

# LA COTERAPIA DEL AUTISMO INFANTIL

ANGEL LUIS YUSTE NAVARRO, MONTIEL MONZO  
CASTILLO, CARIDAD GOMEZ LOPEZ,  
AFRICA NAJERA MARTINEZ

## INTRODUCCION (NIVEL Y AREA CURRICULAR)

El Programa de Trabajo que se presenta, personalizado y adaptado a una de nuestras alumnas autistas, ha sido realizado de acuerdo con el DISEÑO CURRICULAR BASE DEL CENTRO, siguiendo y respetando todos los parámetros implícitos en el mismo.

No obstante, han sido las Areas CONOCIMIENTO DEL MEDIO y AUTONOMIA PERSONAL, las más relevantes por dos razones significativas. En primer lugar, porque en ellas están incluidos los objetivos que en el caso concreto de la alumna se pretendían conseguir. Y en segundo lugar, y que es en realidad lo más importante, si no se alcanzaban dichos objetivos resultaba practicamente imposible alcanzar los objetivos establecidos para el resto de las Areas.

Por consiguiente era necesario establecer un PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA (PMC). Ahora bien, dado que dentro de dicho Programa, se pretendía que la alumna, además de ser tratada como paciente, se integrara en su propio Programa en función de COTERAPEUTA, fue necesario interdisciplinarizar las Areas de su ADAPTACION CURRICULAR INDIVIDUALIZADA (ACI) en torno a un eje básico: «COLABORACION CON SU PROFESORA Y AYUDA A SUS COMPAÑEROS».

Hablar de adaptaciones curriculares, individualización de la enseñanza, etc. supone hablar de un marco legal que permite desarrollar cualquier tipo de Diseño educativo dependiendo de las características del sujeto. Estamos hablando de la LOGSE y las disposiciones que la desarrollan (por ejemplo, el REAL DECRETO 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales). Sin embargo la historia de la individualiza-

ción de la enseñanza en Educación Especial ya tiene su propio marco legal:

1. La Constitución Española de 1978, en su artículo 49, encomienda a los poderes públicos realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración en favor de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que deberán prestar la atención especializada que requieren y amparar para el disfrute de los derechos que en su título I reconoce a todos los ciudadanos.

2. La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, desarrollando el citado precepto constitucional, establece los principios de normalización, y sectorización de los servicios, integración y atención individualizada, que han de presidir las actuaciones de las Administraciones públicas, en todos sus niveles y áreas, en relación con las personas con alguna minusvalía.

3. Real Decreto 334/1985, de 6 de marzo, de Ordenación de la Educación Especial. El cual establece un conjunto de medidas para que los alumnos con necesidades educativas especiales alcancen, en el máximo grado posible, los objetivos educativos establecidos con carácter general y conseguir de esta manera una mayor calidad de vida en los ámbitos personal, social y laboral. Estas medidas se han ido vertebando en torno al programa de integración escolar.

4. Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. Fomenta una formación personalizada que propicia la educación integral en conocimientos, destrezas y valores de los alumnos, atendiendo a la diversidad de capacidades, intereses y motivaciones de los mismos. Respecto a la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales, establece que el sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que dichos alumnos, puedan alcanzar, dentro del mismo sistema, los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos.

5. Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales. Que regula los aspectos relativos a la ordenación, la planificación de recursos y la organización de la atención educativa a los alumnos con necesidades educativas especiales temporales o permanentes cuyo origen puede atribuirse, fundamentalmente, a la historia educativa y escolar de los alumnos, a condiciones personales de sobredotación o a condiciones igualmente personales de discapacidad senso-

rial, motora o psíquica. Y estos son los capítulos y artículos a los cuales nos acogemos para plantear la experiencia de COTERAPIA:

## CAPITULO I: *PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES GENERALES*

### Artículo 5. *Garantías para la calidad de la enseñanza*

2. ... adoptará las medidas que sean precisas en lo que concierne a la cualificación y formación del profesorado, la elaboración de los proyectos curriculares y de la programación docente, la dotación de medios materiales y personales, la PROMOCION DE LA INNOVACION Y LA INVESTIGACION EDUCATIVA y la adaptación en su caso, del entorno físico.

4. ... facilitará y promoverá la realización de EXPERIENCIAS DE INNOVACION Y DE INVESTIGACION EDUCATIVA, así como la elaboración de materiales didácticos y curriculares, entre cuyos objetivos figure el de MEJORAR LA CALIDAD DE LA EDUCACION de los alumnos con necesidades educativas especiales.

### Artículo 6. *Proyecto curricular*

2. Los profesores que atiendan a alumnos con necesidades educativas especiales realizarán, con el asesoramiento y apoyo de los equipos de orientación educativa y psicopedagógica o de los departamentos de orientación, según proceda, LAS ADAPTACIONES CURRICULARES PERTINENTES PARA AYUDAR A ESTOS ALUMNOS A PROGRESAR EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS EDUCATIVOS.

### Artículo 7. *Adaptaciones curriculares*

1. ... podrán llevarse a cabo ADAPTACIONES EN TODOS O ALGUNOS DE LOS ELEMENTOS DEL CURRÍCULO, incluida la evaluación, de acuerdo con la naturaleza de las necesidades de los alumnos.

2. En el caso de los alumnos con necesidades educativas especiales, podrán llevarse a cabo ADAPTACIONES CURRICULARES SIGNIFICATIVAS QUE AFECTEN A LOS ELEMENTOS PRESCRIPTIVOS DEL CURRÍCULO, previa evaluación psicopedagógica realizada por los equipos

de orientación educativa y psicopedagógica o, en su caso, por los departamentos de orientación.

3. Las adaptaciones curriculares individualizadas servirán de base a las decisiones sobre los apoyos complementarios que deban prestarse a los alumnos con necesidades especiales.

## 1. MARCO TEORICO DE LA INNOVACION

Los problemas que plantea la conducta maníaca, obsesivo-compulsiva, de los alumnos deficientes psíquicos, con rasgos psicóticos-autísticos asociados, son tantos y tan diversificados que pueden afectar la conducta escolar de forma importante. Este problema se agrava en mayor medida cuando dichos comportamientos (introducir la mano en los bolsos; bolsillos de los adultos de manera obsesiva, que es el que nos concierne, para «sacar» el dinero) se extiende fuera del ámbito familiar y se generaliza a todos aquellos ambientes y situaciones en los que diariamente se desenvuelve la alumna (Colegio).

Estos son los factores que afectan a la alumna autista objeto del presente estudio, escolarizada en un aula de niños deficientes psíquicos severos y PCI (Parálisis Cerebral Infantil). Pero, ¿quiénes son los niños y niñas autistas? Los autores de esta experiencia, como terapeutas de base, nos decidimos a plasmar la definición de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), la cual aceptamos por su objetividad y generalidad: «el autismo incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los treinta primeros meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si logra desarrollarse se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura, incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los cinco años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hastanormal o por encima. La actuación es, en general, mejor en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-

visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas».

La definición anterior nos da pie para que reforcemos nuestra consideración de «proyecto innovador» a este trabajo. Partimos de niños y niñas solitarios sin ninguna capacidad ni interés por establecer contactos comunicativos, y marcados por una deficiencia mental a menudo severa. Y mediante experiencias de este tipo —Coterapia— hemos logrado establecer un puente de comunicación multidireccional: alumna autista-compañeros; alumna autista-Profesora/Educadora, y viceversa. Consiguiendo de paso eliminar conductas disruptivas y perturbadoras en la alumna.

La contextualización socioeducativa de nuestra alumna es la siguiente: entorno rural tanto del Colegio de Educación Especial donde está matriculada, como de la Residencia para Minusválidos Psíquicos y Físicos donde vive habitualmente: Comarca de la Foia de Bunyol (Valencia).

La actuación del Equipo Educativo fue diseñar un PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA (PMC) sistemático en base a un ANALISIS FUNCIONAL DE CONDUCTA, en el que obviamente se presentaron conductas alternativas positivas-adaptativas, e incompatibles con aquellas conductas negativas que se pretendían extinguir. En este sentido, la COTERAPIA integraba la mayor parte de las conductas alternativas. Consiguientemente se recompensaba y gratificaba la realización de las nuevas conductas adaptativas siguiendo lógicamente este proceso, con la finalidad de ampliar conductas, diversificar comportamientos y desarrollar actividades socialmente válidas, aceptables y reforzantes en sí mismas, tanto por su valor adaptativo como por el refuerzo social que directamente implica.

Introducción al concepto «coterapeuta». La bibliografía sobre el tema que nos concierne (alumnos autistas) es sumamente corta, y se centra en los niños como coterapeutas y los animales como coterapeutas (1):

1. LOS NIÑOS COMO COTERAPEUTAS.—Son notables las experiencias de *M. Sasaki* y *H. Yasuda* en Tokio (2), donde se ha utilizado el valor terapéutico de la interacción con niños normales, permitiendo que los niños autistas, algunos de los cuales presentaban un estado bastante grave, se integren en la vida de una escuela normal. La película es una muestra evidente de los grandes avances que pueden conseguirse en la socialización y en diversas destrezas, siempre y cuando la terapia comience en el estadio más temprano posible. Esto no sólo porque en la sociedad normal los niños vayan juntos y jueguen mucho juntos, sino también porque, como saben quizá mejor las madres observadoras, los lazos entre hermanos pequeños pueden

ser en algunos aspectos incluso más íntimos que los del niño con su madre. Los especialistas comentan que tanto los niños con síndrome de Down como los autistas, pueden beneficiarse con la escolarización y la enseñanza comunes. La insistencia callada y amistosa para hacer contactos sociales que es típica del síndrome de Down, hace que estos niños sean con frecuencia aceptables e irresistibles para los niños autistas. Dado que los niños con el síndrome de Down no se resisten a ser enseñados, los maestros tienden a dedicarles más tiempo para instruirles. De cara a los autistas, esto reduce el entrometimiento al que ellos se oponen, y les proporciona la oportunidad de aprender muchas cosas simplemente observando y asimilando mucho de lo que se les enseña a los niños con el síndrome de Down. Así, este tipo de arreglo puede reducir la carga del maestro y no obstante beneficiar a ambos tipos de niños. Distribuciones similares pueden muy bien incluir otros niños con trastornos emocionales, aunque por supuesto no están indicados como coterapeutas los niños agresivos o con otros inconvenientes similares.

Sería posible en escuelas de niños normales bien llevadas, y sobre todo en las escuelas primarias, agregar un número limitado de niños autistas, incluso bastante graves, haciéndolo de una forma holgada y con el concurso, a tiempo parcial de profesorado de apoyo. Hay que reconocer que la integración de niños autistas en escuelas comunes no es fácil, pero descargar simplemente a los niños autistas en escuelas que están pensadas para niños con impedimentos del todo distintos, es una propuesta demasiado fácil. Esta inadecuada colocación podría evitarse bien si se comprendieran mejor las razones del bajo rendimiento de los autistas y de otros niños con trastornos emocionales.

Tampoco deberían infravalorarse las posibilidades de los hermanos dentro de cada familia (3) y (4). Lo que hasta ahora hemos visto y oído por nosotros mismos, nos ha convencido de que, dependiendo de la intuición y la actitud de los padres, los hermanos pueden ser un elemento tanto constructivo como destructivo en la rehabilitación de un niño. Sabemos de familias en las cuales, siguiendo el ejemplo de los padres, los hermanos de un niño autista han desarrollado un sistema defensivo (aunque muy perjudicial para su hermano autista) de dejar bien claro por una serie de medios explícitos e implícitos que: «él es un autista; no puede hacer esto o aquello», o: «debes ignorar sus peculiares manías». A menudo nos sorprende ver lo insensibles y desconsiderados que pueden llegar a ser los miembros de una familia, por otra parte amables y nada crueles, simplemente porque asumen de un modo explícito o tácito que los niños autistas, especialmente los mudos, no pueden comprender lo que se les dice. No debería disculparse que incluso padres y hermanos con muy buena voluntad, puedan una y otra revelar el lado dañino de esa actitud ambivalente

hacia el miembro autista de su familia, actitud que no logran evitar. En ocasiones cuando están exasperados, dicen cosas, incluso con verdadera malicia, que duelen y pueden llegar a deshacer mucho del apoyo útil que por regla general proporcionan.

Sólo recientemente y de un modo gradual ha ido haciéndose claro que un niño autista puede a veces, quizá en los momentos críticos de su vida, responder con presteza a un requerimiento, mejor aún si es hecho por sus padres, para «ayudar a otros niños que son incluso más desgraciados que él mismo». o a personas o animales enfermos, y que proporcionar esta ayuda activa puede tener un efecto sorprendentemente beneficioso sobre el propio niño.

2. LOS ANIMALES COMO COTERAPEUTAS (5).—En primer lugar relataremos las experiencias con poneys de *Royds* en Inglaterra (1978). La Sociedad Nacional para Niños Disminuidos Mentales está especializada en utilizar la monta a caballo como medio de liberar a niños con muy diversos trastornos emocionales, entre ellos autistas, haciendo que monten en poneys (con una cuidadosa supervisión). Los datos obtenidos en tres escuelas diferentes con un total de 86 niños, muestran que después de una regular monta de poneys (que incluye un breve paseo con alguien que le ayude a su lado, desmontarle, hacerle que acaricie el caballo y le dé una palmada diciéndole «gracias»), el 73-75 % de los niños, cuya conducta general fue valorada como «muy pobre» al principio (y se trata de un eufemismo para referirse al nivel inferior), mejoró hasta tal punto que cabía plantear su vida fuera de una institución. La mejoría más clara afectaba a la confianza en sí mismos, a la sociabilidad, al habla y al alivio de la tensión, haciéndose el niño más relajado y satisfecho. Se registran casos de niños que pronuncian su primera palabra desde la silla de montar...

El niño y el animal interaccionan. Incluso los caballos con bastante más temperamento y de difícil manejo (y por supuesto los que suelen tener una actitud amistosa), responden a los niños que tienen problemas graves con una «responsable» actitud en extremo amistosa, sintiendo con claridad que «se trata de alguien que no me va a dominar, sino que necesita mi ayuda». Nuestra propia interpretación es que el caballo percibe los más leves signos de inseguridad que emite el niño, los cuales le hacen responder como si fuera un potrillo. Pero tan pronto como un caballo empieza a dar muestras de irritación y de falta de colaboración con un niño, los profesores de esta Sociedad lo consideran como el primer síntoma de mejora del niño, cosa que presumiblemente se manifiesta por una conducta algo menos independiente y un poco más dominante.

S. *Corson* (6) informa sobre sus experiencias con «psicoterapias apoyadas en animales domésticos» (PAD) en un Hospital de Was-

hington. El Proyecto comenzó porque el ladrido de los perros que se mantenía (para diferentes fines) en una perrera anexa al hospital, hizo que algunos de los pacientes, sobre todo adolescentes (muchos de los cuales no habían establecido nunca comunicación alguna), rompieran su silencio autoimpuesto y comenzaran a preguntar si podrían jugar con los perros u ocuparse de ellos. En el trabajo que surgió aquí, «los perros fueron presentados a los pacientes, ya en la perrera («la sala de los perros») o en la sala de los pacientes, o junto a la cama de los pacientes...». Esto no se hizo en tanto el paciente no expresara su deseo de que le permitieran cuidar un perro, y tras permitirle que escogiera qué perro. Más tarde la cosa se extendió a otros animales. Los pacientes del PAD eran, todos ellos, retraídos, introvertidos y nada comunicativos, algunos de ellos casi mudos y con una postración en cama de carácter psicológico. Carecían de propia estimación y mostraban una inseguridad y dependencia infantiles... La asociación del perro a un paciente produjo de modo gradual en este un sentido de respeto por sí mismo, independencia y responsabilidad... Al principio la cosa se limitaba a la relación con su perro... (pero) ...dejó de ser un círculo cerrado... Por el contrario, el perro comenzó a servir como catalizador de los vínculos de socialización en la sala de pacientes... y resultó carente de todo fundamento el miedo inicial ante el peligro de que la vinculación animal pudiera excluir la socialización con los compañeros humanos.

La «coterapia» con animales queda reflejada en nuestro país en las experiencias llevadas a cabo con delfines (delfinterapia), tanto en Tarragona como en Castellón. Estos trabajos usando a los delfines como terapeutas o medio para que la comunicación con los alumnos autistas se facilitara empezaron en 1992 y son fruto de una gran polémica en la actualidad. *Benson Schaeffer*, el gran especialista en comunicación no verbal (CNV) ponía en duda su eficacia en las jornadas del VII Congreso Nacional de Autismo (Salamanca, octubre de 1993), emplazando a dichos centros a que expusieran científicamente tanto su metodología como los resultados de la terapia.

Nuestra propuesta de «coterapia», aunque se englobaría en el punto 1 (niños u otros alumnos como terapeutas) aporta la novedad esencial que es el mismo trabajo de la alumna el que va a suponer tanto una ayuda para sí misma como para los demás (autoayuda y heteroayuda).

## 2. OBJETIVOS. CONTENIDOS

Los contenidos que plantea el Equipo Educativo para llevar adelante la experiencia son:



I. ACI (ADAPTACION CURRICULAR INDIVIDUALIZADA).

II. PMC (PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA).

- I. ACI: \*
- \* AUTONOMIA PERSONAL
  - \* EDUCACION ARTISTICA
  - \* LOGICO/MATEMATICA
  - \* LENGUAJE/COMUNICACION
  - \* CONOCIMIENTO DEL MEDIO
  - \* FORMACION PRE-LABORAL
  - \* EDUCACION FISICA

II. PMC:

II.1. ESTABLECIMIENTO DE LA LINEA BASE

II.1.1. Registro de Conductas.

Los Registros de Conductas utilizados fueron:

a) OBSERVACION ASISTEMATICA de conductas manifiestas por la alumna durante la jornada escolar, con la finalidad de detectar los comportamientos obsesivo-compulsivos.

b) OBSERVACION SISTEMATICA con el propósito de delimitar objetivamente, conceptualizar, clasificar y codificar las conductas que a priori se debían extinguir, tanto por su frecuencia, duración e intensidad, como por ser las más desadaptativas.

Se planificaron SITUACIONES ESTRUCTURADAS para conseguir un control de la conducta en cuanto a los antecedentes (estímulos que la provocan) y consecuentes (reforzadores que la mantienen).

Los REGISTROS DE CONDUCTA se realizan en función de los objetivos de las siguientes Areas implícitos en el DCB (DISEÑO CURRICULAR BASE).

A: \* CONOCIMIENTO DEL MEDIO.

1. «LOS PRIMEROS GRUPOS SOCIALES».

Objetivo: «Conocer y actuar en función de pautas de comportamiento y normas básicas de convivencia en la escuela: hacer uso correcto de las dependencias».

TRAYECTO AUTOBUS/CLASE. 10'00 horas. CONDUCTAS NEGATIVAS:

- escaparse del Centro nada más bajar del autobús escolar;
- dirigirse de forma obsesivo/compulsiva a introducir la mano en los bolsos y bolsillos de los adultos;

- escaparse en el vestíbulo hacia el mostrador de Conserjería para «asaltarlo» cogiendo la caja de las monedas.

EN LA CLASE..... 10'15 horas. CONDUCTAS NEGATIVAS:

- abrir el armario de la clase donde están los bolsos de la Profesora y Educadora para coger el dinero;
- tirar el mobiliario al suelo;
- romper juegos didácticos.

EN EL PATIO..... 11'30 horas:

- subirse al tejado;
- saltar la valla del Colegio.

EN EL COMEDOR..... 13'00 horas (AUTONOMIA PERSONAL).

DE LA CLASE AL VESTIBULO..... 16'15 horas. CONDUCTA NEGATIVA:

- la misma que en el punto trayecto autobús/clase.

DEL VESTIBULO AL AUTOBUS. 16'30 horas. CONDUCTA NEGATIVA:

- las mismas que a las 10'00 horas.

## 2. «EL CUERPO HUMANO».

Objetivo: «Controlar su comportamiento en sus manifestaciones más llamativas (rabieta, autoagresiones...».

CONDUCTAS NEGATIVAS:

- autolesionarse en la cabeza por golpearse contra superficies duras;
- tirar el mobiliario de la clase.

B: \* AUTONOMIA PERSONAL.

### 1. «EL CUIDADO DE UNO MISMO».

CONDUCTAS NEGATIVAS:

- desnudarse;
- romperse la ropa.

**OBJETIVO:** «Adquirir hábitos y modales correctos en la mesa».  
**CONDUCTAS NEGATIVAS:**

- levantarse de la mesa para ir directamente hacia el Personal de Comedor llamando su atención mediante el gesto de las dos manos «dame dinero» (índice derecho golpeando palma izquierda);
- levantarse de la silla y meter la mano en los bolsillos del personal para intentar «sacar» el dinero.

## II.2. FASE EXPERIMENTAL-TRATAMIENTO. OBJETIVOS A LOGRAR.

1.<sup>a</sup> FASE: Supuso la aplicación de técnicas específicas para conseguir la supresión de las conductas desadaptativas anteriormente citadas.

2.<sup>a</sup> FASE: Una vez lograda la supresión total de respuesta o conducta, es evidente que si no se ha llevado a cabo un entrenamiento en el que se haya ofrecido una respuesta alternativa, la alumna vuelve, después de un período más o menos largo, a recuperar la conducta que ha sido extinguida. Por consiguiente, la COTERAPIA integra la mayor parte de las conductas alternativas positivas-adaptativas (ver punto 1).

### Conductas-Actividades de COTERAPIA:

- bajar del autobús cuando llega la Profesora y/o Educadora y esperar sin moverse a que baje su compañera;
- coger el bolso de la Profesora y Educadora, colgárselo al hombro, coger de la mano a una compañera, dirigirse hacia el vestíbulo a cierta distancia de la Profesora/Educadora, caminando tras ellas;
- recoger en el vestíbulo a la compañera que va en silla de ruedas y conducirla a la clase a cierta distancia de la Profesora/Educadora:
- EN LA CLASE : guardar el bolso de la Profesora/Educadora en el armario de la clase (por supuesto sin abrirlos ni «sacar» monedas);
- quitar la mochila y la chaqueta de cada uno de los compañeros menos válidos-colocarlos en la percha correspondiente-indicar a cada uno donde deben sentarse para el almuerzo, y repartir los utensilios de comida;
- abrir el armario y coger el bolso de la Profesora/Educadora para sacar exclusivamente aquello que se le ordena (llaves, pañuelos...);
- acompañar al lavabo a cada uno de los compañeros (junto a la Profesora y/o Educadora) y ayudarles en las tareas de vestido/desvestido;
- PATIO: en el momento de salir al recreo, coger la silla de ruedas de su compañera PCI y conducirla directamente al patio;

- en otras ocasiones cogerá de la mano a dos de sus compañeros de aula y la Profesora o la Educadora conducirán la silla de ruedas;
- poner correctamente el babero a cada uno de los compañeros menos válidos;
- HORA DE COMER. Servir el primer plato del menú;
- cortar, desmenuzar el segundo plato.
- hacer lo mismo con el postre.
- quitarles el babero cuando acaban de comer;
- acompañar al lavabo a los compañeros junto con Profesora o Educadora y ayudarles en las tareas de vestido/desvestido.
- TRAYECTO DE LA CLASE AL AUTOBUS. Peinar a cada uno de los compañeros;
- ponerles la chaqueta y la mochila;
- coger el bolso de la Profesora y la Educadora, colgárselos, llevar de la mano a la compañera de autobús y a cierta distancia de los adultos dirigirse al autobús sin detenerse durante el trayecto;
- subir a la compañera; entregar a la Profesora y Educadora sus bolsos, libros o paquetes, subir de forma correcta y sentarse en el lugar correspondiente.

### II.3. EVALUACION/SEGUIMIENTO

En este punto se unifica la evaluación del PMC (PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA) junto con la evaluación del ACI (ADAPTACION CURRICULAR INDIVIDUALIZADA), puesto que tal y como anteriormente se ha determinado, las conductas incluidas en el PMC han sido seleccionadas de los objetivos del DCB (DISEÑO CURRICULAR BASE) propio del Colegio.

Por razones más que obvias y centrándonos en el nivel educativo donde se actúa, no se debe esperar hasta el final de un tratamiento o Programa para evaluar los resultados. La evaluación continua es la única manera de detectar de inmediato los errores que hayan podido cometerse en el PMC o aquellos defectos relacionados con una aplicación defectuosa de este último.

La comparación entre los resultados efectivos y los postulados en un principio nos van informando acerca de la adecuación del plan durante su mismo transcurso y, consiguientemente, revisar el Diseño cuando no se logran los resultados previstos.

El Equipo aplicó las técnicas de observación más adecuadas y desarrolladas por los especialistas en Autismo Infantil: observación estructurada; observación específica y observación discreta.

### 3. METODOLOGIA

La metodología utilizada en un primer momento del programa se limitó a la aplicación de técnicas habituales y específicas de supresión de conductas negativas. No obstante, para conseguir la adquisición de las conductas alternativas que forman la COTERAPIA se utilizaron procedimientos centrados en el APRENDIZAJE VICARIO (APRENDIZAJE SOCIAL-OBSERVACIONAL) dado que este tipo de aprendizaje es clave explicativa de los procesos de interacción social, y cuya suma total lo componen los llamados procesos de socialización.

La técnica observacional utilizada fue el MODELADO PARTICIPATIVO CON REPRODUCCION FORZADA. Este procedimiento se supone por ir presentando subunidades de conducta modelada, siguiendo a cada una de ellas la invitación a la alumna para que desarrolle la pauta modelada, reforzando la reproducción correcta. De esta forma se consiguió la implantación de pautas de conducta cada vez más complejas.

Conjuntamente se utilizó un ENTRENAMIENTO DE RECOMPENSA, orientado del mismo modo a la adquisición y establecimiento de conductas nuevas adaptativas.

### 4. ORGANIZACION

Para llevar a cabo este Programa se consideraron los siguientes elementos organizativos:

#### **Humanos**

- Profesora
- Educadora
- Conserjes
- Profesor responsable de los Talleres de Granja y Floricultura.

#### **Espaciales**

- zona de autobuses
- vestíbulo central
- aula-clase
- patio
- cuarto de baño
- talleres

## 5. TEMPORALIZACION

La temporalidad del Programa queda distribuida de la siguiente forma:

- \* cinco días consecutivos dedicados a la OBSERVACION ASISTEMATICA de la conducta, a lo largo de toda la jornada escolar;

- \* diez días destinados a la OBSERVACION SISTEMATICA de la conducta, centrando dicha observación en los espacios anteriormente citados (patio, aula...);

- \* seis semanas para la aplicación sistemática del Programa y la Evaluación-Seguimiento (estudio de los datos de los Registros como forma de desarrollar el concepto de Evaluación Continua-Formativa).

## 6. MATERIALES

Los materiales que a continuación se enumeran responden a dos niveles: PROGRAMA DE MODIFICACION DE CONDUCTA (PMC) y ADAPTACION CURRICULAR INDIVIDUALIZADA (ACI):

- \* refuerzos sociales (amplio espectro);
- \* recompensas materiales motivadoras;
- \* bicicleta;
- \* bolsos;
- \* repertorios de monedas;
- \* monederos;
- \* (Clase): mobiliario chaquetas; juegos...
- \* (Vestíbulo): silla de ruedas...
- \* (Comedor): platos, cubiertos...
- \* (Cuarto de baño): toallas; productos de higiene...

## 7. VALORACION FINAL

Esta no puede ser más positiva, y a varios niveles. De los registros diarios y mediante la Evaluación Continua hemos denotado una transformación completa en nuestra alumna: su nivel comunicativo se ha visto incrementado; su grado maníaco, obsesivo y compulsivo ha desaparecido casi por completo, y las conductas, por desgracia, más llamativas y perturbadoras se han anulado (romperse la ropa; meter la mano en los bolsillos; escaparse).

Al no dedicar tanto tiempo a conductas negativas, ahora es capaz de ser una eficiente colaboradora en la clase y participar en los Ta-

lles de Granja y Floricultura del Colegio: plantar bulbos; regarlos; llenar lasa tolvas de comida; recoger huevos...

El Equipo Educativo de las Unidades de Niños Autistas quiere dar a conocer este trabajo con un grupo de niños tan especiales, y de los cuales tan escasa bibliografía práctica existe en el mercado. Y animar a los profesionales para que trabajen en equipo y no decaigan ante la problemática tan diversa que presentan los alumnos y las alumnas autistas. Con el trabajo de COTERAPIA hemos desarrollado aspectos humanos en una niña, que hasta ahora eran impensables.

#### BIBLIOGRAFIA GENERAL

FRITH, UTA: Autismo. Ed. Alianza. Madrid, 1991.

OMS: Clasificación internacional de enfermedades (CIE-), Sección V 308.0.

VARIOS: Actas del VII Congreso Nacional de Autismo. Ed. Amaru. Salamanca, 1983.

VARIOS: Diseño curricular base del CPEE «Virgen de la Esperanza» de Cheste (Valencia), 1992.

#### BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA

1. TINBERGEN, N.: Niños autistas. Ed. Alianza Psicología. Madrid, 1983.
2. SASAKI, M.: A comment on the film all are friends a integration remedy for autistic children. Departament of Neuropsychiatry. Facultad de Medicina. Universidad de Tokio. Japon.
3. PARK, C.: The siege. Londres. Penguin, 1978.
4. BECK, N.: The exorcism of an albatros. Regina. Canada. Zephyr, Printers.
5. ROYDS, E.: The beacon, 46-51, 1997.
6. CORSON, S.A.: Pet dogs as nonverbal communication links in Hospital Psychiatry. Comprehensive Psychiat., 18, 61-72.