



UNIVERSIDAD OPARIN S.C.

---

Clave de incorporación UNAM: 8794

Plan 25 Año 08

“PROPUESTA DE TALLER PARA PADRES  
QUE TIENEN NIÑOS CON AUTISMO  
DE 3 A 6 AÑOS”

TESIS

Para obtener el título de:  
Licenciada en Psicología

PRESENTA:

Bernal Berriozábal María de la Luz

ASESORA

Mtra. Marilú Benítez Gaspar

Ecatepec, Estado de México, 2024



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, por todo el apoyo y el amor incondicional, que siempre me ha dado. Y sobre todo por enseñarme con el ejemplo a ser valiente y a enfrentar cualquier adversidad, siempre dando lo mejor de mí.

A mi papá por todo su apoyo y por enseñarme que soy más fuerte de lo que creo, a tomar mis propias decisiones y por mostrarme que soy capaz de salir adelante por más difíciles que se pongan las circunstancias.

A bebote, porque siempre, en las buenas y en las malas ha sido mi compañero, por siempre tener una sonrisa o un chiste para hacerme reír. Y sobre todo por ser para mí un ejemplo de madurez y fortaleza.

A mi novio, porque desde el principio confió en mí y en mi capacidad para concluir este trabajo y por siempre animarme a perseguir mis sueños y por siempre apoyar cada una de mis decisiones.

A May, por ser como una segunda madre para mí, por cuidarme y acompañarme. Y sobre todo por siempre estar dispuesta a dar lo mejor de ella por mí y por todo el apoyo que me mostro para la realización de este trabajo.

A mis abuelos, que aunque ya no se encuentran físicamente conmigo, todos sus valores, amor y enseñanzas están presentes conmigo todos los días, y sé que desde donde se encuentran, están muy orgullosos.

A mi asesora. Por animarme a escribir este trabajo y por compartir conmigo todo su conocimiento y experiencia.

A todas esas personas que en algún momento, durante la elaboración de este trabajo, me brindaron palabras de apoyo y se alegraron conmigo por cada pequeño avance que iba logrando.

Y sobre todo a Axel y a Mayra (Su mamá) por ser la principal fuente de inspiración para la elección del tema, que se aborda en este trabajo.

## ÍNDICE

### CAPITULO I: DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

1.1 Teorías del desarrollo	1
1.2 Desarrollo psicosexual de Sigmund Freud	2
1.3 Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson	6
1.4 Teoría de del aprendizaje de Jean Piaget.	11
1.5 Teoría sociocultural de Lev Vygotsky.	16
1.6 Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.	17

### CAPITULO II: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

2.1 Definición	20
2.2 Diagnostico	22
2.3 Signos y síntomas del TEA	27
2.4 Causas	30
2.5 Áreas que afecta el TEA	32
2.6 Niveles de afectación.	36
2.7 Alternativas de intervención.	44
2.8 Medicación	48

### CAPITULO III: DUELO

3.1 El duelo en los padres de niños con autismo	50
3.2 ¿Qué es el duelo?	52
3.3 Etapas del Duelo	54
3.4 Tipos de duelo	61
3.5 Recomendaciones para el afrontamiento del duelo.	63

### CAPITULO IV: LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS CON TEA.

4.1 Desarrollo de habilidades de comunicación.	68
4.2 Habilidades sociales.	73
4.3 Intervención en el área del juego.	77

4.4 Educación y escolarización	80
CAPITULO V: METODOLOGIA	
JUSTIFICACION	93
OBJETIVOS	94
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	95
HIPOTESIS	95
CAPITULO VI: PROPUESTA DE TALLER PARA PADRES DE NIÑOS CON AUTISMO DE EDADES ENTRE LOS 3 Y LOS 6 AÑOS	
6.1 Plan de sesión	96
CAPITULO VII: CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	111

# CAPÍTULO 1: DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO

## 1. Teorías del Desarrollo

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) el desarrollo infantil “Es un proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia de todos sus cuidadores en todas sus áreas de funcionamiento durante la lactancia, hacia una creciente independencia (...) en este proceso adquieren habilidades en varios ámbitos relacionados: sensorial-motor, cognitivo, comunicacional, y socio-emocional. El desarrollo en cada ámbito está marcado por una serie de hitos o pasos y típicamente implican el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender habilidades más complejas” (Pag.11).

Las teorías del desarrollo del niño prestan atención a cómo crecen y se desarrollan estos a lo largo de la infancia en 4 dimensiones básicas: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social.

- El desarrollo físico incluye las bases genéticas del desarrollo, el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales.
- El desarrollo cognoscitivo, incluye los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, la solución de problemas y la comunicación.
- El desarrollo emocional o socio afectivo, se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, y una variedad de emociones y sentimientos, incluyendo el desarrollo del auto concepto.
- El desarrollo social se refiere a la capacidad del niño para crear y mantener relaciones significativas con los adultos y otros niños.

Cuando se habla de teorías de desarrollo, se habla de una ciencia multidisciplinaria, ya que toma elementos de la biología, fisiología, medicina, educación, psicología, sociología y antropología. Las principales perspectivas

teóricas tienen un enfoque distinto para explicar el desarrollo humano, algunas lo explican desde los factores internos (biológicos) y otras desde los factores externos (ambientales).

## **1.2 Teoría del Desarrollo Psicosexual de Sigmund Freud**

Sigmund Freud plantea la idea de que la sexualidad de cada individuo inicia desde el nacimiento y va evolucionando acorde a las diferentes etapas de la infancia.

Es el Psicoanálisis, con Freud como indicador, el que ha planteado que la sexualidad aparece desde el nacimiento y que durante las sucesivas etapas de la infancia que diferentes zonas corporales proporcionan gratificaciones especiales al individuo, pues están dotadas de una energía que busca placer, la libido. Al hablar de sexualidad infantil se pretende reconocer la existencia, en esta etapa de la vida, de excitaciones o necesidades genitales precoces, así como también la intervención de otras zonas corporales (zonas erógenas) que buscan el placer (por ejemplo, la succión del pulgar) independientemente del ejercicio de una función biológica (la nutrición). Es por esto que el psicoanálisis habla de sexualidad oral, anal, fálica, genital. (Tomado de: Villalobos Guevara, 1999).

Las fases psicosexuales que propone Freud son la fase oral, anal, fálica, periodo de latencia y genital, estas fases tienen distintas características:

### **1. Fase Oral: Abarca de los 0 a los 2 años de edad**

En esta fase el niño(a) pasa la mayor parte del tiempo durmiendo. Los periodos de atención consciente quedan limitados a experiencias de nutrición como hambre, lactancia, saciedad, ruidos internos.

Cuando no se satisface alguna necesidad surgen emociones desagradables, lo que provoca las

primeras experiencias de ansiedad en el bebé. Ansiedad por la falta de provisiones vitales.

En esta fase el placer sexual está ligado predominantemente a la excitación de la cavidad bucal y de los labios, que acompaña a la alimentación. Al inicio, la pulsión sexual se satisface por medio de una función vital, la alimentación, pero posteriormente adquiere autonomía y a través del chupeteo se satisface en forma auto erótica.

Entonces en esta etapa la fuente de satisfacción es la zona oral, el objeto de satisfacción se encuentra en estrecha relación con el de la alimentación, el fin u objetivo de esta fase es la incorporación.

## 2. Fase Anal: Abarca de los 2 a 4 años de edad

En esta fase la libido se organiza al alrededor de la zona erógena anal, el objeto de satisfacción está ligado con la función de defecación (expulsión – retención) y al valor simbólicos de las heces. Para el niño(a) eliminar orines o heces es algo normal, natural y placentero, lo considera incluso como una especie de "regalo" que dan al adulto, esto porque para él (ella) es como desprenderse de parte de su cuerpo y entregarlo a mamá y a papá. Para el niño(a), las heces representan su creación y le agrada su olor, textura y color.

El niño(a) debe aprender a cooperar con una persona más poderosa lo que provoca experiencias nuevas de satisfacción y ansiedad. La satisfacción viene de cumplir los deseos de sus padres, avisar y controlar. La ansiedad proviene de la vergüenza y la desaprobación de los demás.

## 3. Fase: Fálica: Abarca de los 3 a 5 años de edad

En esta fase aparece el complejo de Edipo, este es cuando el niño se enamora de su madre y abriga deseos de muerte hacia el padre a quien ve como rival y teme ser castigado con la castración por querer que éste desaparezca. La niña se enamora del padre y quiere que la madre se vaya y se considera castigada por no poseer pene. Ambos desean excluir a todos los demás de la relación que tienen con el padre que es objeto de su amor.

Estos deseos de muerte o desaparición del padre del sexo opuesto provocan un profundo sentimiento de culpa. Culpa por haber cometido un crimen que no ocurrió y que biológicamente es imposible de realizar. Esta culpa inconsciente y la prohibición del incesto hacen que el individuo desplace su iniciativa y curiosidad hacia ideales deseables y metas prácticas e inmediatas, hacia la realización de cosas. Así se olvida el Complejo de Edipo y el niño(a) entra en la latencia.

Otra de las características importantes de esta etapa es el descubrimiento de que existen diferencias sexuales entre las personas y que el niño(a) pertenece a un sexo determinado. Este descubrimiento pudo haberse gestado en la relación que el niño(a) tenía con sus padres y se profundiza ahora que se relaciona más con niños(as) de diferentes sexos y de su misma edad.

En esta edad, el niño también puede dar muestra de exhibicionismo (exhibición de los genitales), de voyerismo (mirar los genitales de otros) y de una curiosidad persistente por la anatomía de los individuos del sexo opuesto o del mismo. Estas conductas son normales y no tienen las connotaciones que le da el adulto.

Al descubrir el niño(a) que pertenece a un sexo determinado, empieza a imitar al progenitor de su mismo sexo. El niño se fija en el modelo masculino que tiene más próximo, el padre y la niña en el femenino, la madre. Ellos quieren parecerse a sus papás. Entonces, el niño(a) aprende a comportarse según su sexo, porque la imitación le permite entender esas conductas. El (ella) necesitan imitar las actividades que realizan los padres porque debe probar los diferentes comportamientos para aprender normas de conducta adecuados para su sexo.

#### 4. Periodo de latencia: Abarca de los 5 a 6 años de edad.

Es un considerado como una etapa en la que se detiene la evolución de la sexualidad, ya que hay una disminución de las actividades sexuales, se desexualizan las relaciones de objeto y de los sentimientos (predomina la ternura sobre los deseos sexuales), aparecen sentimientos como pudor y asco y aspiraciones morales y estéticas, se intensifica la represión, lo que provoca una amnesia al inicio del período, se transforma la libido hacia los objetos en identificación con los padres y se dirige la energía sexual hacia otras actividades no sexuales como el estudio, el deporte, etc.

#### 5. Fase Genital: Abarca de los 6 años en adelante

Se caracteriza por la organización de la libido alrededor de las zonas genitales. Se compone de dos tiempos, separados por el período de latencia: uno la fase fálica (u organización genital infantil) y el segundo, la organización genital propiamente dicha, que inicia en la pubertad.

En la adolescencia temprana los contactos son predominantes con jóvenes del mismo sexo como una forma de reafirmar su identidad.

Forman grupos del mismo sexo que les permite compartir vivencias, ensayar y comentar conductas en relación con el sexo opuesto y calmar sus temores e inseguridades en relación con estos contactos. Algunas conductas presentadas por los adolescentes en esta etapa pueden aparecer de corte homosexual, pero en realidad no lo son. Al llegar a la adolescencia media, las y las jóvenes comienzan a sentirse más confortables con personas del sexo opuesto y de su edad. Aquí las relaciones amorosas son, por lo general, de corta duración y es el inicio de la exploración sexual. Con el tiempo él y la adolescente se liga a una persona específica en relaciones más duraderas, donde aparece una mayor preocupación por los sentimientos y deseos del otro, así como por una relación sexual genital. Como parte de la sexualidad adolescente la masturbación es una actividad normal, que es practicada

sobre todo por los varones. Esta preponderancia en los varones se debe a que, tanto hombre como mujeres, aprenden una respuesta diferente hacia sus impulsos sexuales impuesta por la cultura, donde la mujer debe guardar sus genitales puros e intactos, mientras que el hombre debe ser experimentado en lo sexual. (Tomado de: Villalobos Guevara, 1999)

De acuerdo con la teoría de Freud, las fases psicosexuales se aplican para todos los seres humanos en general y van desde la niñez donde los niños(as) satisfacen sus pulsaciones en su infancia mediante la alimentación, la defecación, el descubrimiento de su cuerpo, etc, hasta su adolescencia en donde los niños(as) presentan una evolución en su pensamiento logrando de esta manera una identidad sexual, la exploración sexual, la masturbación y surgen las relaciones amorosas.

Pero no todos los autores se enfocan en el ámbito sexual para explicar el desarrollo de los niños, también se basan en el ámbito social como la teoría que propone Erickson.

### **1.3 Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erikson**

Erikson organizó una visión del desarrollo del ciclo completo de la vida de la persona humana, -extendiéndolo en el tiempo, de la infancia a la vejez, y en los contenidos, el psicosexual y el psicosocial-, organizados en ocho estadios. Cada estadio integra el nivel somático, psíquico y ético-social y el principio epigenético; comprende un conjunto integrado de estructuras operacionales que constituyen los procesos psicosexuales y psicosociales de una persona en un momento dado. (Tomado de: Bordignon, 2005, pág. 52)

La teoría de Erikson a diferencia de la de Freud consta de 8 etapas o estadios, además de que es una teoría que se basa mucho en la interacción que tiene el individuo con su entorno y explica como este se va desarrollando acorde a su interacción social. Los estadios que conforma esta teoría son:

## 1. Estadío Confianza-Desconfianza: (0-12 meses de edad)

La confianza básica como fuerza fundamental de esta etapa, nace de la certeza interior y de la sensación de bienestar en lo físico (sistema digestivo, respiratorio y circulatorio), en el psíquico (ser acogido, recibido y amado) que nace de la uniformidad, fidelidad y cualidad en el abastecimiento de la alimentación, atención y afecto proporcionados principalmente por la madre. La desconfianza básica se desarrolla en la medida en que no encuentra respuestas a las anteriores necesidades, dándole una sensación de abandono, aislamiento, separación y confusión existencial sobre sí, sobre los otros y sobre el significado de la vida. (Bordignon, 2005, pág. 53)

El estadío de la confianza-desconfianza dependerá de cómo el individuo se relaciona con su madre ya que esto ayudará al niño(a) a relacionarse con las demás personas en un futuro.

De igual manera en este estadío aparece el miedo a lo desconocido y la desconfianza al mundo que lo rodea.

## 2. Estadío Autonomía vs Vergüenza y duda: (Infancia 2-3 años)

Es este el período de la maduración muscular – aprendizaje de la autonomía física; del aprendizaje higiénico – del sistema retentivo y eliminativo; y del aprendizaje de la verbalización – de la capacidad de expresión oral. El ejercicio de estos aprendizajes se vuelve la fuente ontogenética para el desarrollo de la autonomía. Mientras tanto, un excesivo sentimiento de autoconfianza y la pérdida del autocontrol pueden hacer surgir la vergüenza y la duda, como imposibilidad de ejercitarse en su desarrollo psicomotor, entrenamiento higiénico y verbalización; y sentirse desprotegida, incapaz e insegura de sí y de sus cualidades y competencias. (Bordignon, 2005, pág. 55)

En el estadio de autonomía vs venganza y duda el niño(a) comienza a desarrollar sus músculos y de esta manera aprende a tener control de sí mismo y de esta manera se sentirá orgulloso y autónomo a causa de sus propios logros. Pero este proceso de aprendizaje también conlleva a que el niño(a) presente duda y vergüenza.

### 3. Estadio Iniciativa vs Culpa: (Preescolar 3 a 5 años)

La dimensión psicosexual de la edad preescolar corresponde al descubrimiento y al aprendizaje sexual (masculino y femenino), la mayor capacidad locomotora y el perfeccionamiento del lenguaje. Estas capacidades predisponen al niño para iniciarse en la realidad o en la fantasía, en el aprendizaje psicosexual (identidad de género y respectivas funciones sociales y complejo de Edipo), en el aprendizaje cognitivo (forma lógica pre operacional y comportamental) y afectivo (expresión de sentimientos). La

fuerza distónica de esta etapa es el sentimiento de culpa que nace del fracaso en el aprendizaje psicosexual, cognitivo y comportamental; y el miedo de enfrentarse a los otros en el aprendizaje psicosexual, psicomotor, escolar o en otra actividad. Ahora la presencia de la tríada familiar es necesaria para la formación de la capacidad de separación afectiva, de dar y recibir afecto a una tercera persona. (Bordignon, 2005, pág. 55)

El estadio de la iniciativa vs la culpa el niño(a) comenzará a tener interés a relacionarse con otros niños, aquí es donde se comienza a desarrollar sus habilidades sociales. Dentro de este estadio los niños presentarán curiosidad por conocer y aprender cosas nuevas; pero si en dado caso de que sus padres reaccionen de forma negativa a las preguntas y actividades del niño(a) estos pueden presentar sentimientos de culpabilidad.

### 4. Estadio Industria vs Inferioridad: (Edad escolar, latencia de 5-6 a 11-13 años)

Es el inicio de la edad escolar y del aprendizaje sistemático. Es función de los padres y de los profesores ayudar a que los niños se desarrollen sus competencias con perfección y fidelidad, con autonomía, libertad y creatividad. La fuerza dialéctica es el sentimiento de inadecuación o de inferioridad existencial, sentimiento de incapacidad en el aprendizaje cognitivo, comportamental y productividad. (Bordignon, 2005, pág. 56)

En el estadio industria vs inferioridad es de suma importancia la intervención por parte de sus padres, maestros o cualquier figura de autoridad que le brinde conocimientos al niño(a) ya que en este estadio los niños demuestran un amplio interés por el cómo funcionan las cosas y comienzan a realizar actividades por ellos solos pero si el niño(a) sufre de frustración o si no es acogido correctamente por sus madres o maestros los niños tienden a sentirse inferiores, inútiles e inseguros frente a los demás.

#### 5. Estadio identidad vs confusión de roles: (Adolescencia de 12 a 20 años)

La integración psicosexual y psicosocial de esta etapa tiene la función de la formación de la identidad personal en los siguientes aspectos: a) identidad psicosexual por el ejercicio del sentimiento de confianza y lealtad con quien pueda compartir amor, como compañeros de vida; b) la identificación ideológica por la asunción de un conjunto de valores, que son expresados en un sistema ideológico o en un sistema político; c) la identidad psicosocial por la inserción en movimientos o asociaciones de tipo social; d) la identidad profesional por la selección de una profesión en la cual poder dedicar sus energías y capacidades de trabajo y crecer profesionalmente; y e) la identidad cultural y religiosa en la que se consolida su experiencia cultural y religiosa, además de fortalecer el sentido espiritual de la vida. La fuerza distónica es la confusión de identidad, de roles, la inseguridad y la incertidumbre en la formación de la identidad. (Bordignon, 2005, pág. 56)

En el estadio de identidad vs confusión el entorno y la vida social de cada individuo es lo que más interviene en el desarrollo del mismo ya que es donde se empieza a

moldear su propia personalidad, elige a quien parecerse y que rol desempeñar dentro de la sociedad. En esta etapa cada persona empieza a vestirse acorde a su estilo y personalidad.

#### 6. Estadío Intimidad vs Aislamiento: (Joven Adulto de 20 a 30 años)

La intimidad es la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse en afiliaciones sociales concretas y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos. El reverso de esta situación es el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individualismo y egocentrismo sexual y psicosocial, individual o los dos. (Bordignon, 2005, pág. 57)

En el estadío de la intimidad vs aislamiento el individuo busca formar relaciones más íntimas en donde se comienza a priorizar un compromiso recíproco, una relación que le genere seguridad y compañía. Si la persona no logra formar este tipo de relación tiende a permanecer en la soledad o cae en la promiscuidad prefiriendo tener relaciones superficiales.

#### 7. Estadío Generatividad vs Estancamiento: (Adulto de 30 a 50 años)

En este estadío, la prevalencia del modo psicosexual es la cualidad de la generatividad que es, fundamentalmente, el cuidado y la inversión en la formación y la educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, los hijos de los otros y de la sociedad.

En el estadio de la generatividad vs estancamiento hace referencia a la etapa en donde un individuo comienza a ver por su familia y se dedica a ello y de esta manera busca sentirse útil y necesitado. De igual manera, en este estadío comienza a hacer introspección y analiza si todo lo que ha hecho en su vida y se siente estancado sin poder ofrecer nada al mundo.

#### 8. Estadío Integridad vs Desespero: (Vejez, después de los 50 años)

La palabra que mejor expresa ese momento es integridad, que significa: a) la aceptación de sí, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial; b) la integración emocional de la confianza, de la autonomía y demás fuerzas sintónicas; c) la vivencia del amor universal, como experiencia que resume su vida y su trabajo; d) una convicción de su propio estilo e historia de vida, como contribución significativa a la humanidad; e) una confianza en sí y nosotros, especialmente en las nuevas generaciones, las cuales se sienten tranquilos para presentarse como modelo por la vida vivida y por la muerte que tienen que enfrentar.

La falta o la pérdida de esa integración o de sus elementos se manifiestan por el sentimiento de desespero, con la ausencia de sus valores. (Bordignon, 2005, pág. 58)

Por último, el estadio de la integridad vs desespero, en esta última etapa del desarrollo el individuo ya no es tan productivo, ni tiene las mismas energías que solía tener, es una etapa complicada ya que se debe afrontar el duelo por los amigos y familiares que van falleciendo. Además de que en esta etapa llega la nostalgia y la desesperación por los momentos pasados que llegó a vivir el individuo.

#### **1.4 Teoría de del Aprendizaje de Jean Piaget.**

Piaget hace notar que la capacidad cognitiva y la inteligencia se encuentran estrechamente ligadas al medio social y físico. Así considera Piaget que los dos procesos que caracterizan a la evolución y adaptación del psiquismo humano son los de la asimilación y acomodación. Ambas capacidades innatas que por factores genéticos se van desplegando ante determinados estímulos en determinadas etapas o estadios del desarrollo. (Jimenez, 2020)

Piaget propone 4 estadios en los cuales la transición entre estos es gradual; los estadios siguen un orden fijo por lo que todos los individuos pasan por estas etapas. Las etapas del desarrollo según Piaget son:

1. Estadio sensorio-motor: (Desde el nacimiento hasta los dos años)

En este estadio él bebe se relaciona con el mundo a través de los sentidos y de la acción, pero, al término de esta etapa será capaz de representar la realidad mentalmente. El periodo sensorio motor da lugar a algunos hitos en el desarrollo intelectual. Los niños desarrollan la conducta intencional o dirigida hacia metas.

Piaget denominó reacción circular al mecanismo de aprendizaje más temprano. Hay tres tipos de reacciones circulares que van apareciendo de forma progresiva: las primarias que están centradas alrededor del cuerpo del niño (sacar repetidamente la lengua); las secundarias dirigidas hacia la manipulación de objetos (golpear un objeto); y las terciarias que tienen que ver con la exploración de efectos novedosas en el mundo que le rodea (golpear un objeto de formas distintas). (Tomado de: Tomás & Almenara, 2007, pág. 4)

Primer sub-estadio: Ejercitación de reflejos (0 a 1 mes)

Piaget utiliza el término esquema para referirse a cualquier forma de acción habitual. Los primeros esquemas que posee el niño son los reflejos innatos, estos reflejos llegan a ser formas de actividad que el niño inicia por sí mismo. Por ejemplo, se puede observar en lactantes movimientos de boca que corresponden al reflejo de succión, aun cuando no tienen nada en la boca.

Segundo sub-estadio: Reacciones circulares primarias (1 a 4 meses)

Una reacción circular se produce cuando el lactante intenta repetir una experiencia que se ha producido por casualidad. Un ejemplo es la conducta de chuparse el dedo. Durante la actividad espontánea que realiza el lactante, es posible que en uno de sus movimientos casualmente ponga en contacto su mano con la boca, desencadenando el reflejo de succión y comienza a chuparse el dedo.

Tercer sub-estadio: Reacciones circulares secundarias (4 a 10 meses)

Las reacciones circulares secundarias se producen cuando él bebe descubre y reproduce un efecto interesante que se produce fuera de él, en su entorno. Por ejemplo, en algún momento de su actividad puede percibir que al sacudirse o realizar un movimiento más brusco, se mueven y suenan los juguetes de su cuna.

Cuarto sub-estadio: Coordinación de esquemas secundarios (10 a 12 meses)

En este estadio el infante realiza una acción simple para obtener un resultado. Por ejemplo, si ponemos un juguete que le interesa al niño detrás de una caja, de modo que no lo puede tomar, combina el esquema de acción de “retirar la caja” con el esquema de acción de “coger el juguete”. En este caso retirar la caja se transforma en un medio para un fin.

Quinto sub-estadio: Reacciones circulares terciarias (12 a 18 meses)

Las reacciones circulares terciarias experimentan con diferentes acciones para observar diferentes resultados. Por ejemplo, puede darse cuenta al golpear su mesa de juegos, que los objetos sobre ella vibran o se caen. Luego puede repetir el golpe varias veces, con distinta intensidad o fuerza y observar las diferencias en los efectos.

Sexto sub-estadio: Comienzo del pensamiento (18 a 24 meses)

En este estadio los niños empiezan a pensar más las cosas antes de actuar, por ejemplo, Piaget menciona que se presentan las imitaciones diferidas, las cuales consisten en que los niños ejecutan una acción imitando algo que han observado, pero lo hacen un rato o incluso horas y días. (Tomado de: Tomás & Almenara, 2007, págs. 4-6)

2. Estadio Pre-operacional: (De 2 a 7 años)

Piaget observó que los niños aún no entienden lógica concreta y no pueden manipular mentalmente la información. En los niños, se incrementa el juego y pretenden tener lugar en esta etapa, sin embargo, el niño aún tiene problemas para ver las cosas desde diferentes puntos de vista. El niño es capaz de formar conceptos estables, así como las creencias mágicas. Sin embargo, el niño no es capaz de realizar operaciones, que son tareas que el niño puede hacer mentalmente y no físicamente. El pensamiento en esta etapa sigue siendo egocéntrico, lo que significa que el niño tiene dificultades para tomar el punto de vista de los demás. (Santrock, 2004, pág. Capítulo 8)

Este estadio se divide en 2 sub-etapas las cuales son:

La sub-etapa de la función simbólica es cuando los niños son capaces de entender, representar, recordar objetos e imágenes en su mente sin tener el objeto en frente de ellos. Alrededor de 2-4 años de edad, los niños aún no pueden manipular y transformar la información de una manera lógica, pero, sin embargo, sí pueden pensar en imágenes y símbolos. Otros ejemplos de las capacidades mentales son el lenguaje y el juego de aparentar. El juego simbólico es cuando los niños desarrollan amigos imaginarios o juego de roles con amigos reales. Los juegos de los niños llegan a ser más sociales asignando roles entre sí. Algunos ejemplos de juego simbólico incluyen, por ejemplo, jugar a la casita, o tener una fiesta de té. (Russ, 2006, págs. 239-250)

La sub-etapa del pensamiento intuitivo es que los niños tienden a proponer las preguntas de por qué y cómo llegar. Esta etapa es cuando los niños quieren el conocimiento de saber todo. Tiene lugar entre alrededor de las edades de 4 y 7. Los niños tienden a ser muy curiosos y hacer muchas preguntas, empezando a usar el razonamiento primitivo. Hay una emergencia en el interés de razonar y de querer saber por qué las cosas son como son. Piaget llamó a esto la sub-etapa intuitiva porque los niños se dan cuenta que tienen una gran cantidad de conocimientos, pero no son conscientes de la forma en que la adquirieron. La concentración, la conservación, la irreversibilidad, la inclusión de clases y la inferencia transitiva son todas características del pensamiento preoperatorio. (McLeod, 2010)

### 3. Estadio Operaciones Concretas: (De 7 a 11 años)

En esta etapa el niño puede emplear la lógica sobre lo que ha experimentado y manipularlo de una manera simbólica (operaciones aritméticas). Piensa hacia adelante y atrás.

Reconoce que, si se pasa media taza de líquido de un recipiente alto a uno corto, sigue siendo media taza, que es lo que era en un principio. A la

capacidad de pensar hacia atrás Piaget la llama reversibilidad. Esta aptitud ayuda a acelerar el pensamiento lógico y se pueden llevar a cabo deducciones.

En este estadio se encuentran 3 apartados importantes:

**Seriación:** Es la capacidad de ordenar los objetos en progresión lógica, por ejemplo, del más pequeño al más alto. Es importante para comprender los conceptos de número, de tiempo y medición. Para resolver los problemas de seriación, el niño debe aplicar además la regla lógica de la transitividad. Parte del problema de los niños de primaria radica en que no comprenden que los objetos en la mitad de una serie son a la vez más cortos y más largos que los otros.

**Clasificación:** Es una manera en que el niño introduce orden en el ambiente al agrupar las cosas y las ideas a partir de elementos comunes. La clasificación es una habilidad que empieza a surgir en la niñez temprana. Los niños que comienzan a caminar y los preescolares agrupan generalmente los objetos atendiendo a una sola dimensión, como el tamaño o el color.

**Conservación:** Consiste en entender que un objeto permanece igual a pesar de los cambios superficiales de su forma o de su aspecto físico. Durante esta fase, el niño ya no basa su razonamiento en el aspecto físico de los objetos. Reconoce que un objeto transformado puede dar la impresión de contener menos o más de la cantidad en cuestión, pero que tal vez no la tenga. (Tomado de: Meece, 2000, págs. 101-127)

#### 4. Operaciones Formales: (12 años en adelante)

Al finalizar el periodo de las operaciones concretas, ya cuenta con las herramientas cognoscitivas que le permiten solucionar muchos tipos de problemas de lógica, comprender las relaciones conceptuales entre operaciones matemáticas (por ejemplo,  $15 + 8 = 10 + 13$ ), ordenar y clasificar los conjuntos de conocimientos. Durante la adolescencia las operaciones

mentales que surgieron en las etapas previas se organizan en un sistema más complejo de lógica y de ideas abstractas. (Meece, 2000, págs. 101-127)

El niño está capacitado para hacer un pensamiento racional e inductivo a través de la forma de una propuesta ofrecida. Sólo conoce el problema de forma hipotética y puede llegar a una reflexión lógica a través del pensamiento. Esta última etapa no es lograda por todos los adultos, pero sí es característico de los científicos, que pueden manejar un gran número de datos y explicárnoslos claramente. (Francista, 2013, pág. 21)

### **1.5 Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky**

Los aportes dados por Vygotsky a la psicología evolutiva, representan una referencia de gran relevancia en campos de la teoría evolutiva tales como: desarrollo socio cognitivo de la primera infancia, aparición del lenguaje y la comunicación, construcción del lenguaje escrito y otros aspectos.

Vygotsky señala que un comportamiento sólo puede ser entendido si se estudian sus fases, su cambio, es decir, su historia. Vygotsky se interesa por las razones que permiten la aparición de funciones psicológicas (funciones superiores), histórico cultural, señala que este ámbito es el que engendra sistemas artificiales complejos y arbitrarios que regulan la conducta social.

El lenguaje para Vygotsky es un instrumento fundamental para el desarrollo del pensamiento y su evolución.

Según la Teoría Sociocultural de Vygotsky, el papel de los adultos o de los compañeros más avanzados es el de apoyo, dirección y organización del aprendizaje del menor, en el paso previo a que él pueda ser capaz de dominar esas facetas, habiendo interiorizado las estructuras conductuales y cognoscitivas que la actividad exige. Esta orientación resulta más efectiva para ofrecer una ayuda a los pequeños para que crucen la zona de desarrollo próximo ZDP que podríamos entender como la brecha entre lo que ya son capaces de hacer y lo que todavía no pueden conseguir por sí solos. (Bertrand, 2015)

Otro concepto de suma importancia para la teoría de Vygotsky es el andamiaje, el cual se refiere a:

Consiste en el apoyo temporal de los adultos (maestros, padres, tutores...) que proporcionan al pequeño con el objetivo de realizar una tarea hasta que el niño sea capaz de llevarla a cabo sin ayuda externa. (Bertrand, 2015)

La relación que establece Vygotsky entre aprendizaje y desarrollo se fundamenta en la Ley Genética General, donde se establece que toda función en el desarrollo cultural del niño aparece dos veces, o en dos planos. Primero aparece en el plano social y luego en el plano psicológico. Primero aparece entre la gente como una categoría intrapsicológica y luego dentro del niño como una categoría intrapsicológica. (Carrera, 2001, pág. 43)

La teoría que propone Lev Vygotsky nos menciona que el entorno social del niño(a) es lo que lo ayudará a desarrollarse y a generar un nuevo aprendizaje, ya que necesitará del apoyo de un adulto ya sea maestros o padres para que le proporcionen herramientas para realizar nuevas tareas, ya sea cosas simples como el vestirse hasta tareas más complejas como la resolución de un problema matemático, el adulto tendrá que brindarle todo el apoyo que el niño(a) necesite hasta que este logre hacerlo por su propia cuenta.

### **1.6 Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura.**

Bandura menciona que el aprendizaje es:

El cambio en las respuestas, pautas de comportamiento o entidades de orden mental o cognitivo (según el enfoque o paradigma psicológico) como consecuencia del trato que el organismo tiene con el medio. Puede consistir en la adquisición de nuevas respuestas, en la modificación de las existentes o en su desaparición. (Bandura, Principles of behavior modification, 1969)

Bandura menciona que el aprendizaje se da por medio del conocido aprendizaje vicario, el cual se basa en:

Una situación social en la que al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje, a diferencia del aprendizaje por conocimiento, el aprendizaje social el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo

### **Los elementos del aprendizaje vicario son:**

**1. Atención.** Si vas a aprender algo, necesitas estar prestando atención. De la misma manera, por ejemplo, estás adormilado, drogado, enfermo, nervioso o incluso “híper”, aprenderás menos bien. Igualmente ocurre si estás distraído por un estímulo competitivo.

Alguna de las cosas que influye sobre la atención tiene que ver con las propiedades del modelo. Si el modelo es colorido y dramático, por ejemplo, prestamos más atención.

Si el modelo es atractivo o prestigioso o parece ser particularmente competente, prestaremos más atención. Y si el modelo se parece más a nosotros, prestaremos más atención. Este tipo de variables encaminó a Bandura hacia el examen de la televisión y sus efectos sobre los niños.

**2. Retención.** Debemos ser capaces de retener (recordar) aquello a lo que le hemos prestado atención, guardamos lo que hemos visto hacer al modelo en forma de imágenes mentales o descripciones verbales. Una vez “archivados”, podemos hacer resurgir la imagen o descripción de manera que podamos reproducirlas con nuestro propio comportamiento.

**3. Reproducción.** Debemos traducir las imágenes o descripciones al comportamiento actual. Por tanto, lo primero de lo que debemos ser capaces es de reproducir el comportamiento.

**4. Motivación.** Con todo esto, todavía no haremos nada a menos que estemos motivados a imitar; es decir, a menos que tengamos buenas razones para hacerlo. Bandura menciona un número de motivos:

- Refuerzo pasado, como el conductismo tradicional o clásico.
- Refuerzos prometidos, (incentivos) que podamos imaginar.
- Refuerzo vicario, la posibilidad de percibir y recuperar el modelo como reforzador. (Bandura, Social Foundations of Thought and Action: A Social-Comparison Theory, 1986)

## CAPÍTULO 2: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

### 2.1 Definición

Las primeras aportaciones consideradas relevantes sobre lo que actualmente conocemos como trastorno del espectro autista (TEA), corresponden a Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944).

En una primera publicación, donde Kanner describe el cuadro clínico del autismo, observó a 11 pacientes (8 niños y 3 niñas). Durante su observación descubrió que todos estos pacientes tenían algunas características en común:

1. Incapacidad para establecer relaciones.
2. Alteraciones en el lenguaje.
3. Insistencia obsesiva por mantener un ambiente sin cambios.
4. Aparición, en ocasiones, de habilidades especiales.
5. Potencial cognitivo limitado a sus centros de interés.
6. Aspecto físico normal.
7. Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

Trabajos posteriores, principalmente los de la década de setenta, son claves para establecer los criterios de diagnósticos significativos, entre ellos la edad de comienzo, así como la frecuente realidad del autismo asociado con discapacidad intelectual (Reboredo 2015).

En 1979 Lorna Wing utiliza por primera vez el término “Trastorno del Espectro Autista, planteando lo que se conoce como “Triada de Wing”: trastorno de la reciprocidad social, trastorno de la comunicación verbal y no verbal, ausencia de la capacidad simbólica o imaginativa; a los que luego se sumarían los patrones repetitivos de la conducta y los intereses restringidos.

Actualmente, el autismo es definido por el psicólogo Alberto Vázquez como “Un trastorno generalizado del desarrollo, que se caracteriza por la presencia de alteraciones en tres grandes áreas: (1) en la interacción social, (2) en la comunicación y (3) en la flexibilidad conductual, cognitiva y de interés.” (pag.8)

El autismo es un trastorno muy diverso por la variedad de síntomas y grados de afectación que llegan a presentar los pacientes diagnosticados con esta condición. Por esta razón se ha establecido el término “espectro autista”.

“El autismo es un término general que designa un espectro de condiciones del neurodesarrollo, caracterizadas por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en la comunicación, que posee parones de conductas repetitivas y estereotipadas y de interés restringidos; así como la existencia de intereses sensoriales atípicos”. (Reboredo, 2015)

Un espectro es una distribución ordenada de las cualidades de un fenómeno u objeto, por lo tanto se llama espectro autista al extenso abanico de indicadores de autismo desde sus manifestaciones más severas, hasta las más superficiales y en conjunto representan el “nivel de afectación” que presenta cada persona autista. (Ramírez 2015)

Como lo mencionan Barrios y Soto (2016) “un niño puede, por ejemplo, tener más dificultades de lenguaje; otro conductas de inflexibilidad y restringidas, y un tercero puede estar más aislado.” (Soto N. B., 2016)

El autismo es una condición del neurodesarrollo que desde los primeros años de vida afecta a las principales etapas de desarrollo del individuo que lo padece, impidiendo que se desarrolle de forma normal en comparación con otros de su edad. Algunas de las afectaciones que se ven presentes en estos individuos son en el desarrollo del lenguaje, habilidades sociales, conductas estereotipadas y repetitivas cuyas principales signos se ven en los primeros años de vida.

## 2.2 Diagnóstico

El autismo se hace evidente entre los 2 y 3 años, por presentar una serie de características en su conducta que los diferencian del niño y de la niña con desarrollo “normal”.

De acuerdo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), “durante el primer año la mayoría de los niños y niñas a los que luego se les diagnostica autismo, han sido muy pasivos o muy tranquilos, pero durante el segundo año de vida, se hace evidente que algo no va bien. Algunos comienzan a dejar de hacer cosas que ya hacían, como por ejemplo, dejan de hacer sonidos o de hablar, sus juegos se vuelven extraños y repetitivos, y además se enojan excesivamente cuando algo se les niega o no logran conseguir lo que esperaba. Otros no tienen exactamente un retroceso, sino que no muestran el desarrollo esperado.”

La escala para la detección temprana del autismo M-CHAT (2009), plantea seis principales características que indican con mayor probabilidad que el niño o la niña presenta autismo:

- No señala con el dedo índice para indicar lo que les llama la atención: Los niños sin dificultades, entre los nueve y catorce meses aproximadamente, muestra objetos a los adultos, no solamente con el fin de que se los entreguen, sino para hacer una especie de “comentario”. Aquellos que presentan autismo se interesan en algo de forma muy insistente, pueden quedarse largo rato repitiendo una misma actividad, pero no comparten esto con los demás. Puede ser que señalen o lleven de la mano para que les entreguen algo que necesita o desea pero no para compartir con la otra persona.
- No traen objetos para mostrarlos: Los niños pequeños cuyo desarrollo es normal, les muestran o entregan objetos a los adultos con diferentes objetivos (...) Aquellos que presentan autismo, no muestran interés en compartir con los demás aquello que les llama la atención.

- No miran en la misma dirección del adulto: Los niños y niñas sin dificultades, entre los nueve y catorce meses miran lo que el adulto les muestra o señala, voltean la cabeza, sonríen o se interesan en ello. El niño o niña con autismo no se interesa en mirar lo que el adulto insiste en mostrarle, sino que siguen en lo suyo (...). Su mirada por lo general es diferente, pues tienden a evitar la mirada directa a los ojos.
- No responden cuando los llaman por su nombre: Desde pequeños, los niños reconocen su nombre y voltean al ser llamados. Los niños con autismo parecen no escuchar, pero las personas que los conocen están seguras de que si oyen, porque en cambio reaccionan ante ciertos sonidos del ambiente que les llaman la atención.
- No muestran interés en los otros niños: Los niños y niñas se interesan desde pequeños en lo que hacen los otros de su misma edad, mirándolos acercándose o imitándolos. El niño o niña con autismo, en cambio, no manifiesta agrado al estar con otros niños y niñas, incluso puede alejarse de situaciones donde ellos están.
- No imita gestos: Los niños y niñas desde antes de hablar comienzan a imitar cuando el adulto les pide que se despidan, den un beso o hagan algo gracioso. Aquellos con características de autismo, no imitan gestos todas las veces, ya que no se enfocan en las actitudes y gestos de los demás.

Comparado con otros niños de la misma edad, los niños que padecen TEA, presentan diferencias significativas tales como, mostrar interés por lo que le llama la atención, compartirlo con adultos y con otros niños de su edad, no se muestran interesados en socializar con otros niños ni con adultos, tienden a no imitar gestos, ni prestar atención cuando el adulto señala un objeto.

Para realizar un diagnóstico de autismo, no existe un único análisis sin embargo los médicos se basan en lo siguiente: (Intermountain Healthcare, 2004-2012)

- Listas de criterios y cuestionarios: Son aplicados a padres, profesionales de la salud y especialistas médicos que han observado al niño en diferentes circunstancias. Los cuestionarios formulan preguntas sobre el comportamiento, las relaciones con los demás, el lenguaje corporal, la comunicación oral y los hábitos de juego del niño.
- Los criterios medico estándar: El medico diagnostica autismo solo si la información recopilada cumple los criterios estándar para dicho trastorno. El medico obtiene esa información entrevistando a los padres y observando al niño además de utilizar las listas de verificación y los cuestionarios anteriormente mencionados.
- Las pruebas médicas: Es posible que se empleen pruebas adicionales para obtener más información. Estas pruebas no diagnostican el autismo pero pueden ayudar a descartar o descubrir otras afecciones que puedan estar ocasionando los síntomas o empeorándolos.
- Las pruebas de audición: Para descartar problemas auditivos, así como las pruebas del habla y lenguaje para evaluar el habla, el lenguaje y las habilidades generales de comunicación.
- La valoración por parte de médicos especialistas: Consultar a uno o más especialistas con frecuencia puede resultar útil en el complejo proceso del diagnóstico del autismo.

El diagnóstico del autismo debe ser un trabajo multidisciplinario donde se cuenten con entrevistas y cuestionarios a los padres donde se recopilen los criterios estándar de diagnóstico así como una observación de las conductas del niño.

En la actualidad no se conoce ningún tipo de análisis bioquímico o genético que pueda por si solo diagnosticar la presencia del autismo. Sin embargo el DSM-IV presenta algunos criterios básicos para dicho diagnóstico. (Tabla 1)

Tabla 1 Criterios diagnósticos del autismo según el DSM-IV-TR

---

- A. Un total de 6 o más de los ítems 1,2 y 3, con por lo menos dos de “1” y uno de “2” y de “3”.
1. **Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**
    - a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales: contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
    - b) Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas con sus compañeros.
    - c) Ausencia espontánea para compartir con otros intereses u objetivos, etc. (no mostrar, traer, señalar objetos de interés)
  2. **Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:**
    - a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no hay compensación por otros medios no verbales).
    - b) En sujetos con habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
    - c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
    - d) Ausencia del juego realista espontáneo, variado o del juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
  3. **Patrones de comportamiento, interés y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:**
    - a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
    - b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
    - c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir, girar las manos o movimientos complejos de todo el cuerpo).
    - d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:
1. Interacción social.
  2. Lenguaje utilizado en la comunidad social.
  3. Juego simbólico imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil.

*Nota: Según el DSM-IV-TR para que un niño pueda ser diagnosticado con autismo, necesita presentar un total de 6 o más ítems, con por lo menos dos de “1” y uno de “2” y “3”.*

Debido a que el TEA es un trastorno complejo a veces se presenta junto con otras enfermedades o trastornos del aprendizaje, la evaluación integral puede incluir imágenes cerebrales y exámenes genéticos, junto con pruebas de memoria a profundidad, resolución de problemas y de lenguaje. (Instituto Nacional de Salud Mental )

En ocasiones para lograr una adecuada detección del TEA se requiere de la intervención de diversos especialistas, como psicólogos, neurólogos, psiquiatras o pedagogos experimentados en el diagnóstico del TEA. De acuerdo al psicólogo Mario Alberto Vázquez (2015) para una adecuada detección es indispensable que los especialistas apliquen tres tipos de herramientas: (1) entrevistas estructuradas, (2) registro de observación detallada en ambientes cotidiano (casa y escuela) y (3) administración de pruebas de desarrollo.

Tabla 2: Instrumentos para el diagnóstico

Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IITA (inventario de indicadores Tempranos de Autismo)</li> <li>• Inventario de 40 indicadores de Autismo</li> </ul>
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADI-R</li> <li>• ADOS</li> <li>• CHAT</li> <li>• CARS</li> <li>• IDEA</li> </ul>
Pruebas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FOSPAC-R</li> </ul>

*Tomado de: (Ramirez, La atención Educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista , 2015) pag. 12*

Aunque el diagnóstico de los TEA se consigue a través de la identificación de sus indicadores conductuales, es fundamental que los profesionales sepan que este trastorno del desarrollo puede estar asociado a múltiples síndromes genéticos.

### **2.3 Signos y Síntomas del Autismo.**

De acuerdo al Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH por sus siglas en inglés) los síntomas del TEA varían de un niño a otro, pero en general, se encuentran dentro de tres áreas principales. Deterioro de la actividad social, dificultades de comunicación y conductas repetitivas y estereotipadas.

Es importante no perder de vista, que incluso cuando un niño presente cualquiera de estas señales tempranas de advertencia no necesariamente significa que debe ser diagnosticado como TEA. (Reboredo, 2015).

- Falta de balbuceo a los 12 meses.
- Falta de gestos de comunicación ida y vuelta a los 12 meses.
- No articular palabras a los 16 meses.
- No articular frases de dos palabras con sentido a los 24 meses.
- Pérdida del habla o balbuceo o de las habilidades sociales a cualquier edad.
- No responder al nombre a los 12 meses.
- No señalar objetos para comentar o mostrar interés a los 14 meses.
- A los 18 meses: falta de juegos de imaginación, evita, contacto visual, incapacidad para reconocer los sentimientos de otras personas, retrasos en las capacidades del habla y lenguaje, uso repetitivo de palabras, dificultades para el cambio de rutinas, intereses repetitivos, respuestas sensoriales poco usuales, movimientos corporales inusuales y repetitivos.

Cuando hablamos de déficits socio-comunicativos, nos referimos a las dificultades en la comunicación no-verbal (gestos, contacto visual, expresiones faciales usadas para comunicarse (...)) alteraciones en el tono, timbre, velocidad o ritmo. En cuanto a las dificultades en el lenguaje van desde la falta de este a tener un vocabulario extenso pero con déficit en su uso social, es decir, en el uso pragmático del mismo. También se incluyen emociones inapropiadas (risa inmotivada), comportamientos de aislamiento

(caminar sin rumbo, preocupación por las partes de un objeto y no por su uso funcional). (Reboredo, 2015)

Las personas con autismo tienen uno o más síntomas en cada una de estas áreas. Aunque muchos de estos síntomas aparecen durante la niñez, es posible que las señales de aviso del autismo se puedan observar en los bebés. (Intermountain Healthcare, 2004-2012) (Tabla 3)

*Tabla 3: Signos y síntomas del autismo de acuerdo a Intermountain Healthcare*

<p>Dificultades con las interacciones sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• No captan ni responden a las señales sociales como el contacto visual, las expresiones faciales o el lenguaje corporales.</li><li>• Tienen dificultad para hacer amigos y establecer relaciones en un grupo.</li><li>• Parecen estar distantes y preferir pasar el tiempo solo.</li><li>• No tienen interés en compartir con los demás sus ideas, las actividades recreativas o los logros alcanzados.</li><li>• Puede disgustarles dar o recibir un abrazo.</li><li>• No participan en juegos imaginativos o simbólicos.</li></ul>
--	---

<p>Dificultad para comunicarse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienen retraso en el desarrollo del lenguaje.</li> <li>• Tienen dificultad para comenzar o mantener una conversación. Hablan A (y no CON) los demás en conversaciones unilaterales.</li> <li>• Pueden utilizar repetitivamente determinadas palabras o frases.</li> <li>• Tienen dificultad para expresar sus necesidades, recurren a los gestos o la señalización en lugar de utilizar palabras.</li> <li>• No reaccionan ante una señal oral (pueden comportarse como sordos).</li> </ul>
<p>Patrones repetitivos del comportamiento, los intereses y las actividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienen una profunda preocupación por determinados temas.</li> <li>• Pueden llegar a tener un apego inusual con determinados objetos.</li> <li>• Insisten en los itinerarios, las rutinas y los rituales.</li> <li>• Exhiben actividades o gestos poco usuales de manera continua (por ejemplo, girar objetos, mover las manos o los dedos sin sentido o balancearse).</li> <li>• Pueden provocarse heridas (por ejemplo, morderse los brazos) o atacar físicamente a los demás.</li> <li>• Son notablemente hiperactiva o hipoactiva.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden tener un desarrollo desigual de las destrezas motrices (por ejemplo, pueden apilar bloques, pero no pueden patear una pelota).</li> </ul>
Otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pueden ser extremadamente sensibles a sonidos, imágenes, sensaciones y olores. Por ejemplo, determinados olores pueden provocarles vómitos. Las luces brillantes o aún un abrazo pueden provocar que el niño se retire bruscamente.</li> <li>• Pueden ser demasiado sensibles al dolor (o marcadamente insensibles).</li> <li>• Demuestran muy poco o nada de miedo frente al peligro.</li> </ul>

*Nota: La tabla dos muestra algunos de los signos y síntomas más comunes del autismo, que pueden ser señales de alerta.*

Los signos y síntomas mencionados con anterioridad son indicadores que pueden mostrarnos una señal de alerta para la detección temprana del TEA. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran, la falta de contacto visual, los niños con dicha condición suelen ser extremadamente sensibles a sonidos y presentar conductas motrices desiguales.

## **2.4 Causas del Autismo**

Actualmente no se conoce el factor determinante en el origen del autismo, sin embargo después de varios estudios, se han desarrollado varias teorías que

tratan de explicar el origen del TEA. Se considera que su origen es multifactorial. Las doctoras María Vargas y Wendy Navas (2012) refieren que algunos de los factores más sobresalientes en el desarrollo del TEA son:

- Factores genéticos: “se ha descrito al menos 10 genes que se multiplican e interactúan entre sí, mostrando una gran variación fenotípica, también se han señalado la relación causal entre algunos síndromes neurogenéticos y el autismo, como el síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria, síndrome de alcoholismo fetal, síndrome de Rett.”
- Factores neurobiológicos: “En individuos con TEA se reportan alteraciones del crecimiento cerebral que se originan durante el periodo prenatal y persiste a lo largo de toda la vida. También se han descubierto el aumento de la serotonina. Otras investigaciones hablan de alteraciones en el cerebro, específicamente en el número y tamaño de las células de Purkinje”
- Factores psicológicos: Se centra en explicar al autismo desde una postura psicoanalítica. Parte de la idea de un autismo inducido, producido de las primeras relaciones madre-hijo. Sin embargo dicha teoría, carece de sustento empírico. Y las teorías más actuales que se han empleado para explicar al autismo son la teoría socio afectiva, teoría cognitiva y la teoría cognitiva afectiva.

Adicional a los factores anteriormente mencionados también se pueden considerar los siguientes: (Intermountain Healthcare, 2004-2012)

- Factores ambientales: Si un niño posee una tendencia genética al autismo, ciertos factores pueden “desencadenarla”. Entre los factores que se estudian se encuentran las infecciones virales, los desequilibrios metabólicos y la exposición a ciertos químicos.

Aunque aún no se logra identificar plenamente cual es la causa principal que provoca el TEA, todas las investigaciones indican que es multifactorial, dentro de los cuales se encuentran los factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y ambientales. Es de suma importancia destacar que las vacunas no causan

autismo, hasta el momento no existe una relación comprobada entre las vacunas y dicha condición. Esto es un mito común entre los padres de niños autistas, ya que los signos y síntomas relacionados al autismo suelen aparecer después de las primeras vacunas que el niño recibe en sus primeros años de vida.

## **2.5 Áreas que afecta el TEA**

Existe una gran variabilidad entre todas las personas con autismo, según su capacidad intelectual y la intensidad con que se manifiestan sus características. Sin embargo de manera general y de acuerdo al psicólogo Mario Alberto Vázquez (2001) el autismo tiene afectaciones en las siguientes áreas:

- **Atención:** En las personas con TEA se han encontrado dos características en su forma de atender los estímulos, en primer lugar, presentan lo que se ha denominado atención en túnel. Esto significa que se sobreenfocan en algunos aspectos de los estímulos, no logran atender a la globalidad de elementos que conforman un objeto. En segundo lugar muestran lentitud para cambiar rápidamente de foco de su atención. (Vázquez,2001)
- **Senso-percepcion:** En relación a las sensaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfativas, vestibulares, propioceptivas) se han encontrado diversas alteraciones. Pueden presentar hipersensibilidad o hiposensibilidad sensorial, lo que significa que su umbral para las sensaciones puede ser muy bajo o muy alto. En algunos casos son hipersensibles a nivel auditivo, por lo tanto, estímulos que para la mayoría son normales, pueden ser molestos e incluso doloroso para una persona con autismo. Algunas personas presentan hipersensibilidad visual y por esto pueden rechazar estímulos visuales como las luces fluorescentes y de neón, brillo de joyas o elementos metálicos. Si la hipersensibilidad es de tipo táctil, pueden rechazar algunos contactos, cierto tipo de ropa, materiales etc. Ser tocados en ciertas partes de su cuerpo puede ser tan doloroso que a veces huirán de algunos lugares y preferirán aislarse para evitar dichos estímulos, incluso evitaran las caricias o contactos físicos.

Los que presentan hipersensibilidad olfativa o gustativa pueden presentar problemas muy frecuentes de alimentación y aceptar solamente ciertos alimentos (casi siempre, leche pan y azúcar). El simple cambio de perfume de alguien cercano, puede provocar reacciones de llanto, agresión o indisposición. Por otra parte, así como hay hipersensibilidad también existe su contraparte de fascinación sensorial, cierto tono de voz o una expresión de la cara pueden ser sumamente llamativas para algunos autistas. El caso opuesto al exceso de sensibilidad se conoce como hiposensibilidad y se presenta cuando el umbral de estimulación es demasiado elevado. En este caso pueden reaccionar como si ciertos estímulos no existieran. Es muy frecuente la elevada tolerancia a al dolor en las personas con autismo. (Vázquez,2001)

- Flexibilidad mental: Esta inflexibilidad en buena parte se explica por sus dificultades para anticipar mentalmente los eventos futuros e inesperados. Suelen actuar con ansiedad, oposición rechazo o rabietas cuando se les cambia intempestivamente sus horarios, lugares, recorridos, objetos o personas habituales. (Vázquez,2001)
- Memoria: Es una fortaleza, en especial la de tipo visual, la cual frecuentemente es fotográfica. Las imágenes almacenadas difícilmente se borran. Tienen la facilidad para aprender fácilmente secuencias o información con cierto patrón fijo. (Vázquez,2001)
- Dificultades en el Autoconcepto: Presentan dificultades para desarrollar un concepto objetivo, estable y abstracto de sí mismos. Esta es una habilidad que dominan los niños desde la mitad del segundo año de vida, en ellos hay que esperar a veces hasta la edad escolar para que reconozcan su imagen en un espejo o en una fotografía. (Vázquez,2001)
- Comprensión emocional: A los niños y niñas autistas les cuesta mucho trabajo reconocer las emociones y sentimientos en sí mismos y en los demás. Se atrasan en la comprensión de las emociones básicas como la tristeza, el miedo, la alegría y el enojo. El desarrollo y comprensión de los sentimientos es aún más difícil, ya que la vergüenza, la culpa, el orgullo, el rencor, la lastima

etc. Son de una complejidad mayor, incluso existen personas autistas que ni siquiera desarrollan estos sentimientos. (Vázquez,2001)

- **Dificultades para compartir:** La compartición es la habilidad para entregar o desprenderse voluntariamente de una posesión en beneficio de otras personas. Las personas con autismo suelen tener problemas para ejercer esta habilidad, por ejemplo, se apegan de tal manera a ciertos objetos, juguetes y alimentos que será prácticamente imposible convencerlos de prestarlos a otros. Por otra parte en ocasiones se desprenderán despreocupadamente de otras cosas que los demás si valoran, pero no lo harán como un acto de compartir, o entregar en función de los demás, sino más bien como un acto de desinterés o indiferencia por algunas de sus propiedades. El autista no solo no ejerce la compartición sino que le cuesta trabajo comprenderla cuando la ejercen los demás. (Vázquez,2001)
- **Dificultad para desarrollar la teoría de la mente:** La “teoría de la mente” es una competencia que otorga a las personas la capacidad de entender las emociones y pensamientos de los demás. Aproximadamente a la edad de cuatro años, los niños regulares comprenden lo que significa tener mente: se dan cuenta que las personas pueden pensar, saber, creer o sentir de forma diferente. Es por esta habilidad que modulamos el volumen de la voz según la distancia a la que nos encontremos del interlocutor. También gracias a esta habilidad comenzamos a mentir desde la niñez y vamos acomodando mentira a las creencias y personalidad de cada persona. (Vázquez,2001)
- **Problemas de sueño:** Los niños con TEA suelen tener problemas para dormirse o permanecer dormidos. Estos problemas les crean dificultades para prestar atención, reducen su capacidad de funcionamiento y conducen a malos comportamientos. Además, los padres de niños con TEA y problemas de sueño suelen informar la existencia de mayor estrés y una salud familiar generalmente peor. (Vázquez,2001)
- **Otras habilidades sociales:** Cooperar, trabajar en equipo y practicar las reglas: Todos los autistas presentan un mayor o menor nivel de afectación en sus funciones comunicativas. Todos muestran dificultades tanto en la

comprensión como en la expresión comunicativa, y ambas están afectadas tanto en su componente verbal como no verbal. De todas estas dificultades destacan las siguientes: (Vázquez,2001)

1. Fonología o articulación: En términos generales, las personas con autismo no presentan dificultades en la articulación propiamente dicha. Las que no hablan no demuestran dificultades en los órganos fonoarticuladores; si no hablan es por otra razón. Muchos individuos con TEA utilizan el llanto, los gritos, las rabietas, la entrega de objetos a la imposición de fuerza (empujar, jalar o forzar físicamente a otra persona a usar un objeto) para comunicar necesidades y deseos.
2. Prosodia o entonación: La mayoría de personas con autismo verbal muestran una entonación o acento diferente, melodioso, como si fuera extranjera o muy similar a las caricaturas, o muy monótona. Algunos pueden hablar atropelladamente, dificultando a veces que su interlocutor les comprenda. Así mismo pueden hablar a un volumen muy bajo o variar en diferentes momentos el tono de voz, pasando de muy agudo a muy grave.
3. Sintaxis o gramática: La formación de frases simples puede ser apropiada, pero tienden a repetir las frases tal como las escuchan, por lo cual es frecuente la reversión de pronombres; por ejemplo pueden decir “quiere galletas”, en lugar de “quiero galletas”. Las frases muy largas pueden ser difíciles de organizar para ellos, dando la apariencia de un discurso ilógico.
4. Comprensión literal de las palabras: por ejemplo, un niño ira detrás de la bandera diciendo “hola bandera” en un evento cívico porque su maestra le a ordenado “saludar a la bandera”, otro se pondrá a llorar porque su mamá le ha dicho que si no se pone chamarra “se va a morir de frio”.
5. Dificultad para comprender la comunicación no verbal: Las personas autistas de cualquier edad presenta dificultades para entender el significado de la mirada, las sonrisas, las posturas y los movimientos corporales. Un ejemplo es cuando un niño autista golpea a otro, éste no deja de hacerlo a pesar de los gestos de dolor de su compañero, no es que sea sádico o indiferente, lo

que ocurre es que no sabe que el niño está sintiendo dolor y que lo manifiesta a través de su expresión facial.

No todas las personas con TEA presentan afectaciones en las mismas áreas (de ahí que sea llamado espectro) pero algunas de las características más comunes y que suelen estar presentes en la mayoría de los casos son: Alteraciones en el lenguaje, hay casos en los que se puede llegar a desarrollar el habla y otros en los que el lenguaje verbal no aparece, y en los casos donde el lenguaje verbal si está presente pueden presentar alteraciones con los tonos de voz, entonación de las palabras, la sintaxis y la gramática.

## **2.6 Niveles de Afectación**

De acuerdo al psicólogo del desarrollo Mario Alberto Vázquez, el espectro autista es un concepto que se ha utilizado desde su invención para referirse al nivel o gradiente de autismo que presenta cada persona en particular (2015). No hay autistas idénticos: aunque todos comparten los signos característicos del autismo todos difieren en cuanto a nivel de gravedad. Los niveles de autismo no son puros, esto significa que generalmente no existen autistas “profundos”, “graves”, “moderados” o “superficiales”, lo que en realidad ocurre es que cada persona muestra un mapa particular de afectación. Esto significa que un mismo sujeto puede presentar alteraciones muy superficiales en ciertas dimensiones del autismo y muy severas en otras, por ejemplo alguien puede mostrar un buen nivel en la “capacidad para imitar”, pero en cambio en el área de “expresión lingüística” quizá no pueda articular ni una sola palabra. Así pues el espectro autista es la forma especial de afectación que presenta cada persona, donde se combinan alteraciones moderadas con profundas, características superficiales con graves, fortalezas con debilidades etc.

De acuerdo al ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) el autismo se puede manifestar en 3 distintos grados: (tabla 4)

Tabla 4: Grados del Autismo de acuerdo al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Grado	Características
<p>Forma más intensa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Interacción:</u> Son indiferentes con los demás, los miran poco, no se integran. Conducta completamente solitaria.</li> <li>• <u>Comunicación:</u> No hablan. Tratan de conseguir las cosas por si mismos sin pedir ayuda. No aparecen el interés o los intentos por comunicar o responder a las comunicaciones de los otros, en ninguna de las formas posibles (balbuceo, expresión facial, gesticulación, mímica o lenguaje hablado).</li> <li>• <u>Intereses y flexibilidad de conducta:</u> Son repetitivos con su cuerpo, con objetos o con acciones. Pueden mecerse, girar, mover sus manos como para volar, golpear objetos para que suenen o tirarlos para verlos caer. También pueden correr de un lado a otro y hacer ciertos sonidos al mismo tiempo. Se entretienen de esa forma, en lugar de usar juguetes como los otros de su edad. Pueden</li> </ul>

	<p>presentar reacciones muy fuertes cuando algo no sucede como esperaban, llegando incluso a hacerse daño ellos mismos o haciendo fuertes pataletas.</p>
<p>Forma intermedia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Interacción:</u> Se acercan a otros niños y niñas si les insisten, si les ayudan solo con ciertas actividades o juegos. Por ejemplo, les gusta correr o que los persigan. Implica la aceptación pasiva de los acercamientos de los demás, pero una nula o escasa iniciación del contacto social, excepto para satisfacer deseos.</li> <li>• <u>Comunicación:</u> Pueden expresarse con palabras o frases cortas para pedir cosas o actividades, nombrar algo o responder una pregunta. Pero no establecen un dialogo ni cuentan lo que les pasa. Muchas veces sus frases son idénticas a las que oyen. Comprenden algunas frases, pero si son cortas y las oyen decir muchas veces en la vida diaria.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Intereses y flexibilidad de conducta:</u> Insisten en realizar ciertas actividades como por ejemplo, hacen filas con ciertos objetos. Repiten ciertas actividades y se enojan si se les suspenden. Por ejemplo picar papel o almacenar algunas cosas. Usan algunos juguetes, pero tienden a usarlos siempre de la misma forma y no como otros niños o niñas quienes muestran imaginación. Se pueden enojar mucho si se les cambia la actividad, de horario, de ruta.</li> </ul>
<p>Forma menos intensa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Interacción:</u> Buscan a otros niños y niñas, pero casi siempre a los mismos. No tienen en cuenta lo que otros quieren, insisten en los juegos o actividades que ellos desean. Es muy difícil que acepten lo que proponen los demás.</li> <li>• <u>Comunicación:</u> Hablan con frases completas, incluso pueden emplear un vocabulario muy elevado con expresiones de la televisión. Por ejemplo “Chispas” “Rayos” “Caracoles”</li> </ul>

	<p>etc. Insisten en ciertos temas o en decir lo que les interesa, pero no hacen caso a lo que la otra persona les expresa. Por eso es muy difícil entablar un dialogo o conversación con ellos. No cuentan lo que piensan o sienten; es difícil que narren lo que les ha ocurrido. Pueden tener dificultades para expresarse en primera persona.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Intereses y flexibilidad de conducta:</u> Se interesan demasiado por ciertos temas, en lo cual son insistentes y llegan a ser molestos para lo demás. Por ejemplo pueden ser obsesivos con asuntos como dinosaurios, medios de transporte, astros, entre otros. Se enojan o se vuelven irritables cuando no obtienen la información o actividad que desean. No comprenden cuando se les explica la razón.</li></ul>
--	---

*Nota: La anterior nos muestran los diferentes niveles de autismo que se pueden presentar, juntos con sus características más comunes en cada uno de los niveles.*

Sin embargo, esto no significa que no avancen. Algunos en un primer momento muestran características muy intensas, pero más adelante son mucho más leves, dependiendo de los apoyos que hayan recibido.

Existen varios modelos descriptivos que se utilizan para definir el gradiente de afectación autista, uno de los más completos y depurados a nivel mundial es el modelo elaborado por Ángel Riviere (1997); este autor propone organizar los indicadores del Trastorno Autista en cuatro dimensiones, cada una de las cuales está compuesta por tres alteraciones específicas y a su vez cada alteración implica cuatro niveles de afectación que se encuentran descritos en serie desde las manifestaciones más severas hasta las más superficiales. (Tabla 5)

*Tabla 5: Dimensiones para definir el gradiente de afectación autista*

Determinación del Espectro Autista					
Dimensión	Alteraciones	Niveles de Afectación			
		1	2	3	4
1. Social	1. De la relación social 2. De la referencia conjunta 3. Intersubjetivo y mentalista				
2. Comunicación y lenguaje	4. De las funciones comunicativas 5. Del lenguaje expresivo 6. Del lenguaje receptivo				
3. Anticipación y Flexibilidad	7. De la anticipación 8. De la flexibilidad 9. Del sentido de la vida				
4. Simbolización	10. De la ficción 11. De la imitación 12. De la suspensión				

*Nota: Estructura del Modelo de Evaluación del Espectro Autista.*

Es importante resaltar que el nivel de autismo no es una medida que permanece estable a lo largo del tiempo, sino que se encuentra en constante movimiento pues varía en función de la calidad de los apoyos médicos, educativos, psicológicos y alternativos que reciban las personas.

De acuerdo al manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (2013) la severidad del trastorno del Espectro Autista se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos. (Tabla 6)

Tabla 6: Niveles de severidad del trastorno del espectro autista

Nivel de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitiva
<p>Nivel 3 Requiere un apoyo muy sustancial</p>	<p>Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 2</p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de</p>	<p>El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas</p>

<p>Requiere un apoyo sustancial</p>	<p>manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.</p>	<p>restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 1 Requiere apoyo</p>	<p>Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.</p>

*Nota: Dicha tabla divide en 3, los niveles de afectación del autismo, con sus principales características.*

## 2.7 Alternativas de Intervención

Como ya se ha mencionado anteriormente, el autismo está definido por características muy diferentes, por lo cual se hace muy difícil pensar en una única modalidad de intervención. Por tal motivo es de suma importancia identificar en cada niño sus fortalezas y debilidades y es en dicho reconocimiento del perfil, que podemos establecer un mejor modelo de intervención.

“De ahí que a pesar de lo complejo de la elección de un modelo de intervención, es necesario tener una profunda comprensión acerca de las necesidades y habilidades de cada niño, en función de la familia y la comunidad de la que forma parte”. (Reboredo, 2015)

Las prácticas utilizadas y modo de implementación deben ser personalizados en función de las necesidades y fortalezas de cada niño en particular.

De acuerdo a Clelia Reboredo (2015) un modelo de intervención completo debe incluir:

- Contenido Curricular.
- Apoyo intensivo en el entorno de aprendizaje.
- Actividades rutinarias y estructuradas (para favorecer la anticipación).
- Abordaje funcional de los trastornos de conducta.
- Implicación familiar y de la comunidad.

De acuerdo a diversas fuentes e investigaciones, se ha demostrado que la terapia conductual intensiva durante los primeros años y en la edad preescolar puede mejorar significativamente las habilidades cognitivas y del lenguaje en niños pequeños.

De acuerdo al libro blanco de la atención temprana “Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más

pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastorno en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño (...)"

No existe un tratamiento único que sea que sea el mejor para todos los niños con TEA, pero la Academia Americana de pediatría ha notado recientemente características comunes de programas efectivos de intervención temprana (Instituto Nacional de Salud Mental ) estas incluyen:

- Comenzar tan pronto como se haya diagnosticado el TEA.
- Intervención intensiva, el mayor número de horas que el niño pueda recibir por sus características.
- Baja tasa de niño-profesor, con numerosos momentos de terapia 1 a 1, para conseguir objetivos individualizados.
- Inclusión de la familia en el tratamiento.
- Fomentar actividades que incluyan a niños con desarrollo normal, siempre y cuando dichas actividades ayuden a cumplir un objetivo de aprendizaje específico.
- Medir y registrar el progreso de cada niño y ajustar el programa de intervención como sea necesario.
- Proporcionar un alto grado de estructura, rutina y ayudas visuales, como programación fija de actividades y límites claramente definidos, para reducir las distracciones.
- Guiar al niño para que se adapte a las habilidades aprendidas a las nuevas situaciones y entornos y mantenga las habilidades aprendidas.
- Usar un programa con enfoque en: a) Comunicación funcional y espontánea; b) Habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado); c) Habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia; d) Reducción de las conductas disruptivas o

maladaptativas; e) Habilidades cognitivas, como el juego simbólico y el tomar un punto de vista; f) Habilidades de destreza y académicas, según su grado de desarrollo, y g) Desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.)

La mayoría de los programas conductuales para las personas con TEA se basan en los principios de la modificación del comportamiento utilizando el análisis conductual aplicado.

De acuerdo a (Fernando Mulas, 2010) existe una gran diversidad de modelos de intervención, de los cuales, los más aceptados actualmente son:

- Modelo biomédico: Tratamiento farmacológico, dieta, suplementos vitamínicos, alergias alimentarias.
- Modelo Neurosensorial: Integración sensorial, entrenamiento auditivo, comunicación facilitada, terapia de la vida diaria.
- Modelo conductual: Análisis funcional ABA.

El análisis conductual aplicado ABA, por sus siglas en inglés (Applied Behavior Analysis), tiene como objetivo formar y reforzar conductas nuevas, como aprender a hablar y a jugar y reducir las no deseadas. Las interacciones basadas en el ABA incluyen:

- Comportamiento verbal: se enfoca en enseñar el lenguaje mediante el uso de un programa de secuencias que guíe a los niños desde comportamientos verbales simples a habilidades de comunicación más funcionales por medio de técnicas como guía para cometer menos errores y uso de palabras guía.
- Entrenamiento para respuestas fundamentales: Tiene como fin identificar habilidades fundamentales, como la iniciativa y el manejo de sí mismo, que afecta una amplia variedad de respuestas conductuales. Esta intervención incorpora la

educación de los padres ya la familia a fin de proporcionar habilidades que permitan al niño funcionar en entornos inclusivos.

Otro tipo de intervenciones tempranas incluyen:

- Entrenamiento de ensayos separados (Discrete Trial Training, DTT): Es uno de los métodos de instrucción que usa ABA. Descompone habilidades específicas en pequeños pasos, que se aprenden de una manera gradual, por lo que se enseñan desde las habilidades de atención hasta otras más complejas como conductas verbales o sociales. Se empieza con habilidades sencillas, aumentando la complejidad a medida que el niño avanza.
- Intervención combinada: el modelo TEACCH (Treatment and education of autistic and Related Communication Handicapped Children) (tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación) fue fundado en 1966 por el Dr. Schopler, en la universidad de Carolina del Norte en Estados Unidos. El modelo TEACCH se centra en entender la 'cultura del autismo', la forma que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo, de forma que estas diferencias cognitivas explicarían los síntomas y los problemas conductuales que presentan. Sus actividades incluyen, entre otras: diagnóstico, entrenamiento de los padres, desarrollo de habilidades sociales y de comunicación. El programa enfatiza el aprendizaje en múltiples ambientes, con la colaboración de diversos profesores. Se basa típicamente en cinco componentes:
  1. Centrarse en el aprendizaje estructurado.
  2. Uso de estrategias visuales para orientar al niño (estructura de la clase, del material y de la agenda) y para el aprendizaje del lenguaje y la imitación.

3. Aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas.
4. Aprendizaje de habilidades preacadémicas (colores, números, formas, etc.).
5. Trabajo de los padres como coterapeutas, usando en casa los mismos materiales y técnicas.

Los modelos de intervención para el TEA deben ser únicos basados en el perfil de cada individuo. Sin embargo el modelo ABA, es el más aceptado actualmente, debido a que abarca la intervención en las principales áreas afectadas por el TEA, ya que tiene como objetivo, la adquisición y reforzamiento de nuevas conductas así como la disminución de las no deseadas, el desarrollo del lenguaje y habilidades sociales.

## **2.8 Medicación**

De acuerdo al ministerio de salud y protección social no existen tratamientos farmacológicos que demuestren efectividad para el tratamiento curativo o para el control de los síntomas nucleares, soportados en evidencia científica. Existen terapias farmacológicas dirigidas al tratamiento o manejo de síntomas asociados o comorbilidades como hiperactividad, depresión, convulsiones, entre otras.

Algunos medicamentos pueden ayudar a reducir los síntomas que les causan problemas a los niños con TEA en la escuela o en el hogar. Actualmente los únicos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA por sus siglas en inglés) para tratar aspectos del TEA son los antipsicóticos risperidona (Risperdal) y aripiprazol (Abilify). Las investigaciones indican que los pueden ayudar a reducir el sufrimiento emocional, la agresividad, la hiperactividad y la tendencia a autolesionarse.

“Muchas personas que toman risperidona y aripiprazol informan efectos secundarios tales como aumento de peso, sueño excesivo, temblores y

movimientos anormales. Debido a esos efectos secundarios, estos medicamentos pueden ser más adecuados solamente para los niños que tienen síntomas más graves o cuyos síntomas pueden aumentar el riesgo de que se haga daño a sí mismo. (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014). “

El instituto de salud mental menciona “Algunos medicamentos que pueden recetarse no especificados en la etiqueta para niños con el TEA incluyen los siguientes:”

- Los medicamentos antipsicóticos: Se usan más comúnmente para tratar enfermedades mentales serias, como la esquizofrenia. Estos medicamentos pueden ayudar a reducir la agresión y otros problemas de conducta serios en los niños, incluso en niños con el TEA. También pueden ayudar a reducir las conductas repetitivas, la hiperactividad y los problemas de atención.
- Los medicamentos antidepresivos: Como la fluoxetina (Prozac) o la sertralina (Zoloft), se recetan en general para tratar la depresión y la ansiedad, pero a veces se recetan para reducir conductas repetitivas. Algunos antidepresivos también pueden ayudar a controlar la agresión y la ansiedad en niños con TEA.
- Los medicamentos estimulantes: Como el metilfenidato (Ritalin), son seguros y efectivos para tratar personas con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH). El metilfenidato también ha demostrado ser efectivo en el tratamiento de la hiperactividad en niños con el TEA.

Sin embargo, los investigadores aún no están seguros si estos medicamentos son útiles. Todos los medicamentos presentan un riesgo de efectos secundarios.

Los niños con TEA pueden responder de manera diferente a los medicamentos, razón por la cual es de suma importancia que todo se haga con un acompañamiento adecuado de médicos con experiencia en el tratamiento de dicha condición, además de llevar siempre un registro de las reacciones al medicamento.

## CAPÍTULO 3: DUELO

### 3.1 El duelo en los padres de niños con autismo

Un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista rompe con las expectativas parentales y plan de vida que tenía en mente el padre, es ahí donde comienza el duelo, el cual es un proceso que requieren tiempo y esfuerzo para superarlo, este inicia con el rechazo consciente o inconsciente de la realidad de los hechos.

Freud (1917) definió el término duelo como: “la reacción de un sujeto a la pérdida de una persona amada, de una idea o, de un proyecto cuyo valor y significación son importantes para el sujeto.”

Basándome en la definición de Freud, los padres de los niños a los que se les ha diagnosticado TEA atraviesan por un duelo, debido a que pierden el ideal que tenían al esperar a su hijo. Ellos tenían en mente que su hijo se desarrollara igual que todos los demás, estas ideas se rompen al conocer el diagnóstico y las implicaciones que este tiene. Por lo que ahora, como una reacción natural atravesaran por este duelo, en el cual buscaran comprender y aceptar la condición de su hijo, los cambios en el estilo de vida de toda la familia, la atención especial que requerirá su hijo y sobre todo tendrán que lidiar con la carga emocional que todo lo anterior implica.

La fundación “CONNECTEA” en su artículo llamado “El duelo en el autismo” expone que dicho proceso de duelo, “Puede comenzar incluso antes de que llegue el diagnóstico (hay estudios que apuntan a que en el 79% de los casos que se diagnostican de TEA, la voz de alarma la da la familia). Es un período de tiempo de mucha incertidumbre, de miedos, de sentimientos encontrados que puede ir desde la esperanza hasta la negación, los pensamientos van cambiando de un día para otro, hasta que llega el día en el que se recibe el diagnóstico. En ese momento, y por mucho que se haya sospechado, se produce un golpe emocional y comienza el verdadero camino del duelo.”

“Es completamente normal que el enfrentamiento ante la realidad de un hijo que va a tener un desarrollo y unas necesidades diferentes a las esperadas en comparación con los otros niños de su edad, ocasione un conflicto con las expectativas establecidas sobre él y arroje una gran preocupación sobre su futuro” (Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política social, 2009)

De acuerdo a la fundación “CONNECTEA” “No todos los duelos son iguales, en el caso del autismo, existen una serie de características propias que lo hacen diferente de los demás, estas son:

- Rotura de expectativas: Es inevitable, ante la llegada de un hij@, niet@, herman@, etc... generar expectativas sobre lo que podemos hacer con él/ella, y lo que va a ser capaz de lograr. Cuando llega el diagnóstico, todas esas expectativas se vienen abajo y se empiezan a generar otras nuevas con las que no se había contado.
- Constante: El proceso de duelo en el autismo no sigue el mismo curso que los demás. Puede que en el algún momento se llegue a la etapa de aceptación, pero será en parte, ya que, por ejemplo, una vez aceptado el autismo, después viene el aceptar el grado de afectación, ¿dónde está nuestro familiar dentro del espectro? También ocurre que a medida que se avanza en el desarrollo, se van consiguiendo hitos y adquiriendo habilidades, pero en ocasiones, hay que asumir regresiones, o cambios de etapa vital, como puede ser de la infancia a la adolescencia, dónde vuelven a verse truncadas expectativas, o hay que volver a empezar a asumir y trabajar nuevos retos.
- Paulatino: Otros duelos, como el de la pérdida de un familiar, tiene un claro principio. El del autismo, como ya hemos indicado anteriormente, no es de repente, durante toda la etapa anterior al diagnóstico, ya hay sentimientos de duelo entremezclados.
- No es común: A diferencia de otras circunstancias de la vida, el tener un familiar con autismo no es algo por lo que pasen la mayoría de las personas. Esto genera sentimientos de frustración y de soledad que no tienen otros duelos.

- Sentimientos de culpa: Es común que, durante el proceso de duelo, la persona tenga sentimientos de culpabilidad, de buscar algo que dé una explicación y que tenga que ver con uno mismo: algo que hice o que no hice, que podría haber cambiado la situación actual. Estos sentimientos se superan cuando llega la aceptación.
- Sensación de tener que hacer algo: En el duelo del autismo, se produce una carga de responsabilidad en la que la persona tiene la constante sensación de tener que hacer algo, que no puede quedarse con los brazos cruzados y esperar a que el tiempo pase. Esta sensación es en algunos casos el motor que hace que la persona salga hacia adelante y supere las etapas del duelo más rápidamente, pero también puede provocar lo contrario y conseguir que la carga de responsabilidad haga que la persona se bloquee.

El duelo que viven los padres en ocasiones es ignorado por ellos mismos y en otras también por los profesionales. Es muy frecuente que experimenten sentimientos de tristeza, pérdida o ira. Se vive algo muy parecido a las etapas de elaboración del duelo que Elisabeth Kübler-Ross (1969), estableció para explicar las reacciones ante la pérdida de un ser querido.

### **3.2 ¿Qué es el duelo?**

Cuando se recibe el diagnóstico de autismo, los padres y otros miembros de la familia con frecuencia experimentan una variedad de emociones incómodas que se consideran una reacción de duelo, si bien no se atraviesa por la muerte de un ser querido, se trata de la pérdida de un hijo “idealizado”, un hijo en el que se había puesto grandes ilusiones y esperanzas, una pérdida de planes y expectativas referente al futuro del niño y la familia.

“En un sentido más amplio podemos entender el duelo y procesos del duelo como el conjunto de representaciones mentales y conductas vinculadas con una pérdida afectiva, no obstante el término duelo puede también aplicarse a aquellos procesos psicológicos y psicosociales que se ponen en marcha ante

cualquier tipo de pérdida (fracasos escolares, divorcio, separación, pérdida de empleo, pérdida de domicilio, etc) y que pueden originar igualmente reacciones desadaptativas junto a manifestaciones de índole depresiva y emocional (pena, desesperanza, rabia, culpa, etc)”.

“El duelo normal se inicia inmediatamente después o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido. Las manifestaciones clínicas del duelo no son exclusivas del mismo, sino que los síntomas pueden ser muy similares a los de un episodio depresivo. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, pensamientos reiterativos sobre la imagen del fallecido, llanto, irritabilidad, insomnio, disminución de la capacidad intelectual y laboral, pérdida de interés por el mundo exterior, sentimiento de culpa.” (...)

“Las manifestaciones clínicas del duelo en ocasiones se acompañan de síntomas físicos, tales como: pérdida de apetito y peso, sensación de ahogo, opresión precordial, laxitud, migraña, epigastralgias, colitis, palpitaciones, sudoración, disnea. No obstante, aunque todos los duelos suelen tener elementos comunes, cada uno constituye una respuesta adaptativa individual, que dependerá de las circunstancias y personalidad del doliente.”

“El duelo no es un trastorno mental, el DSM-IV lo clasifica en la categoría diagnóstica de trastornos adicionales que pueden requerir atención médica y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) lo considera dentro de los trastornos adaptativos, aquellas reacciones de duelo que se consideren anormales por sus manifestaciones. No obstante, es importante tener en cuenta la relación entre el duelo y la psicopatología, dado que los duelos insuficientemente elaborados pueden dar lugar a la aparición de psicopatología.” (Tomado de Carlos Camps Herrero 2006) .

De acuerdo a Erika G Meza Dávalos,( 2008) “No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas.”

El duelo representa una reacción natural de los seres humanos ante cualquier pérdida, tradicionalmente el duelo dura entre seis meses y un año aunque algunos signos y síntomas puedan persistir mucho más. Para poder decir que se afrontó de manera correcta el duelo, es de suma importancia atravesar cada una de las etapas de este.

### 3.3 Etapas del duelo

La psiquiatra suiza Elisabeth Kübler-Ross publicó en 1969 el libro “On death and dying” (“Sobre la muerte y el morir”), en el que describió por primera vez las 5 fases del duelo. El modelo de Kübler-Ross divide el duelo en 5 etapas que tienen lugar de forma sucesiva;

De acuerdo a la doctora Kübler-Ross “Las etapas del duelo duran semanas o meses (...) mientras fluctuamos de uno a otro. No entramos ni salimos de cada etapa concreta de una forma lineal. Podemos atravesar una, luego otra y retornar luego a la primera”.

“Las cinco etapas —negación, ira, negociación, depresión y aceptación— forman parte del marco en el que aprendemos a aceptar la pérdida de un ser querido. Son instrumentos para ayudarnos a enmarcar e identificar lo que podemos estar sintiendo. Pero no son paradas en ningún proceso de duelo lineal. No todo el mundo atraviesa todas ni lo hace en un orden prescrito”

1. **Negación:** (...) “la persona que se encuentra en esta etapa está realizando el duelo por la pérdida de un ser querido. En un moribundo, la negación puede parecer incredulidad. La persona puede seguir viviendo y negar de hecho la existencia de una enfermedad terminal.”(...) Esto no significa que uno no sepa que la persona querida ha muerto. Significa que regresa a casa y no puede creer que su mujer no vaya a entrar por la puerta en cualquier momento (...) Cuando estamos en la etapa de la negación, al principio podemos quedarnos paralizados o

refugiarnos en la insensibilidad.(...) Esta primera etapa del duelo nos ayuda a sobrevivir a la pérdida. En ella, el mundo se torna absurdo y opresivo. La vida no tiene sentido. Estamos conmocionados y negamos los hechos. Nos volvemos insensibles. Nos preguntamos cómo podemos seguir adelante, si podemos seguir adelante, por qué deberíamos seguir adelante. Intentamos hallar una forma de ir pasando los días sin más. La negación y la conmoción nos ayudan a afrontar la situación y a sobrevivir. La negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay alivio en ella. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar. Estos sentimientos son importantes: son los mecanismos de protección de la psique. Dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador. No podemos creer lo que ha sucedido porque, de hecho, somos incapaces de hacerlo. La negación a menudo se concreta en un cuestionamiento de nuestra realidad. ¿Es cierto? ¿Ha pasado realmente? ¿Es verdad que ya no está? Es similar a no poderse quitarse a alguien de la cabeza. Comenzamos a preguntarnos el cómo y el porqué. ¿Cómo ha sucedido? ahora, volvemos la mirada hacia adentro para intentar encontrar una explicación. Exploramos las circunstancias que rodean la pérdida. ¿Tenía que suceder? ¿Tenía que suceder de esa forma? ¿Podría haberse evitado? Conforme vamos aceptando la realidad de la pérdida y comenzamos a hacernos preguntas, estamos iniciando sin saberlo el proceso de curación. Nos estamos haciendo más fuertes y la negación está empezando a remitir. Pero, conforme avanzamos, comienzan a aflorar todos los sentimientos que estábamos negando. (Kübler-Ross 2015)

Cuando los padres reciben el diagnóstico inicial, de que su hijo tiene autismo, entran en un estado de shock, debido a la grave e inesperada noticia, ningún padre

está preparado para escuchar que su hijo, padece un trastorno que no tiene cura. Es frecuente que los padres nieguen el diagnóstico, no quieran aceptar la realidad y busquen otras opiniones e incluso otros diagnósticos. Intentan minimizar el problema, pensando que con el tiempo se le pasará y se curará.

2. **Ira:** Esta etapa se manifiesta de muchas formas: ira contra un ser querido por no haberse cuidado mejor o ira contra nosotros por no haber cuidado mejor de él. La ira no tiene por qué ser lógica ni válida. Podemos estar enfadados por no haber visto que esto iba a pasar y, cuando lo vemos, porque no se pueda hacer nada para evitarlo (...) Puede enojarnos que le haya podido pasar algo malo a alguien que tanto significa para nosotros. Es posible que uno también esté enfadado consigo mismo por no haberlo podido evitar. No es que tuviera poder para hacerlo, pero sí tenía voluntad. Pero, sobre todo, uno puede estar enfadado por encontrarse en una situación que no esperaba, merecía ni deseaba. La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. Tienes que estar dispuesto a sentir la ira, aunque pueda parecerte infinita mientras realices el duelo, la ira volverá a visitarte muchas veces en sus múltiples formas. La ira no tiene límite. No sólo puede extenderse a nuestros amigos, los médicos, la familia, nosotros mismos y la persona querida que ha muerto, sino también a Dios. Podemos preguntarnos: « ¿Dónde está Dios? ¿Dónde está su amor? ¿Su poder? ¿Su compasión? ¿Es ésta realmente su voluntad?» A menudo asumimos que si somos buenas personas no sufriremos los males del mundo. También suponemos que, si nos cuidamos físicamente, comemos como es debido, nos sometemos a exámenes médicos y hacemos ejercicio, tendremos buena salud. Estos supuestos se desmoronan a nuestro alrededor cuando mueren los buenos, los justos, los entregados, los sanos, los jóvenes e incluso los que necesitamos y más nos faltan. Debajo de la ira anida el dolor, tu dolor. Es natural sentirte desamparado y abandonado, pero vivimos en una sociedad que teme la ira. La gente a

menudo nos dice que nuestra ira es inoportuna, inapropiada o desproporcionada. Algunas personas pueden percibirla como dura o excesiva. Ésta puede adoptar muchas formas: ira contra el sistema de salud, contra la vida, contra el ser querido por habernos abandonado. La vida es injusta. La muerte es injusta. La ira es una reacción natural a la injusticia de la pérdida. También podemos sentir culpa, que es ira vuelta hacia uno mismo. (Kübler-Ross 2015)

La ira y la culpa están presentes en los padres de niños con autismo. Es una etapa en la que se repasa toda la vida del niño, incluso el embarazo intentando averiguar si pasó algo, si hubo algún error o si hay algo que se pudo hacer de diferente manera. Esos sentimientos de ira y culpa se ven agravados debido a que en la mayoría de los casos, los padres no comprenden al cien por ciento el origen del autismo y se dejan llevar por lo que suponen o lo que han escuchado de otras personas, como la teoría que menciona que la condición de su hijo pudo ser provocada por la administración de la vacuna triple vírica, o que la alimentación de su hijo no fue la correcta. A pesar de que dichas teorías ya fueron rechazadas científicamente siguen generando sentimiento de ira y culpa en las familias.

3. **Negociación:** Antes de una pérdida, parece que haríamos cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona que queremos. «Por favor, Dios», pactamos, «no volveré a enfadarme con mi mujer nunca más si permites que viva». Después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal. Nos extraviamos en un laberinto donde no hacemos más que repetirnos «ojalá...». O « ¿y si...?». Queremos que la vida vuelva a ser como era. Queremos retroceder en el tiempo: encontrar antes el tumor, reconocer la enfermedad con más rapidez; impedir que el accidente suceda... La negociación a menudo va acompañada de culpa. Los «ojalás» nos inducen a criticarnos y a cuestionar lo que «creemos» que podríamos haber hecho de otra forma. Es posible que incluso pactemos con el dolor. Haremos cualquier cosa por no sentir el dolor de

esta pérdida. La negociación puede aliviar temporalmente el dolor que conlleva el duelo. En otros casos, la negociación puede permitir a la mente pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra psique el tiempo que necesita para adaptarse. La negociación puede llenar las lagunas que generalmente dominan nuestras emociones fuertes, lo cual a menudo mantiene el sufrimiento a raya. Nos permite creer que podemos restaurar el orden en el caos que nos rodea. Cuando atravesamos la etapa de negociación, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo. (Kübler-Ross 2015)

En la etapa de la negación, los padres desean volver a la vida que se tenía antes de que recibieran el diagnóstico de su hijo. La frase que puede caracterizar esta etapa es ¿Qué hubiera sucedido si...?. Es muy frecuente que los padres se queden con el pensamiento constante sobre lo maravillosa que sería la vida si su hijo fuera “normal” o no presentara esta condición. Esta suele ser la más breve de todas ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor.

4. **Depresión:** Tras la negociación, nuestra atención se dirige al presente. Aparece la sensación de vacío, y el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado. Es importante comprender que esta depresión no es un síntoma de enfermedad mental, sino la respuesta adecuada ante una gran pérdida. permanecemos entre una niebla de intensa tristeza y nos preguntamos si tiene sentido seguir adelante solos. ¿Por qué tengo que seguir adelante? La vida parece no tener sentido. Salir de la cama puede suponer el mismo esfuerzo que escalar una montaña. Te sientes pesado y la acción de ponerse en pie requiere un esfuerzo del que tú careces. A menudo, la depresión tras una pérdida se considera algo no natural: un estado que hay que solventar, algo que se debe desechar. La pérdida de un ser querido es una situación depresiva, y la depresión es una respuesta normal y adecuada. Lo raro sería no sentirse

deprimido tras perder a un ser querido. Por supuesto, una depresión clínica que no se trate puede conducir a un empeoramiento de nuestro estado mental, pero en el duelo, la depresión es un recurso de la naturaleza para protegernos. Bloquea el sistema nervioso para que podamos adaptarnos a algo que sentimos que no podremos superar. Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla. La depresión clínica es un grupo de enfermedades que puede caracterizarse por un estado depresivo a largo plazo. Cuando una depresión normal se transforma en una depresión clínica que requiere ayuda profesional, entonces los antidepresivos sí pueden ser de ayuda durante un tiempo. En algunos casos, es posible que la depresión deba tratarse con una combinación de apoyo, psicoterapia y medicación antidepresiva. La depresión posee elementos que pueden ser útiles en el duelo. Nos obliga a ir más lentos y nos permite evaluar de forma real la pérdida. (Kübler-Ross 2015)

El inicio de la aceptación de que su hijo sufre una afectación irreversible, como el autismo, lleva a los padres experimentar sentimientos de profunda tristeza y desesperanza, que puede derivar en un estado de depresión. Además pueden llegar a sentirse sobrecargados por el peso de estos sentimientos que generalmente son ignorados y reprimidos.

5. **Aceptación:** La aceptación suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha pasado. En esta etapa, se acepta la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y se reconoce que dicha realidad es la realidad permanente. Nunca nos gustará esta realidad ni estaremos de acuerdo con ella pero, al final, la aceptamos. Aprendemos a vivir con ella. Es la nueva norma con la que debemos aprender a vivir. Es posible que dejemos de estar enfadados con Dios; es posible que lleguemos a ser conscientes de las razones objetivas de nuestra pérdida, aunque nunca lleguemos a entenderlas. Es probable que al principio nos resistamos a esta nueva situación y queramos mantener la vida tal como

era antes. Sin embargo, con el tiempo, a través de pequeños pasos de aceptación, vemos que no podemos mantener intacto el pasado. Las cosas han cambiado para siempre y debemos readaptarnos. La aceptación no consiste en que te guste una situación. Consiste en ser consciente de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha pérdida. La aceptación es un proceso que experimentamos, no una etapa final con un punto final. La obtención de la aceptación puede ser sólo tener más días buenos que malos.

Elisabeth Kübler-Ross, (2015).

La fase de aceptación se caracteriza por la superación del estado de depresión. En estos momentos los padres con un hijo con autismo, empiezan a analizar las distintas opciones con las que cuentan para proporcionar a su hijo la atención y tratamiento más adecuados. También comienzan a adaptarse, reorganizarse y ayudar adecuadamente a sus hijos. Muchas familias aceptan a su hijo tal como es, pero toda la vida lamentan que sufra limitaciones y que tenga menos oportunidades. Pueden llegar a querer y disfrutar de sus hijos pero no pueden olvidar la condición que presentan.

Las etapas del duelo no se viven de forma lineal, se puede ir pasando de una etapa a otra; la negación, que es considerada la primera etapa, en muchas ocasiones se presenta en forma de incredulidad al recibir un diagnóstico de autismo, posteriormente en la segunda etapa, aparecen sentimientos de ira por diversas circunstancias y con diferentes personas, principalmente hacia los médicos, la familia, nosotros mismos a Dios. En la tercera etapa de la negociación queremos que la vida vuelva a ser como era, esta etapa nos permite creer que se puede restaurar el orden de las cosas y pensar que todo volverá a estar bien. En la etapa de la depresión, nos concentramos en el presente por lo que realizar acciones comunes nos significan un gran esfuerzo, es importante destacar que esto es completamente normal, es parte del proceso. Por último en la etapa de la aceptación no debe considerarse el significado literal de la palabra, esta etapa puede entenderse como el hecho de aceptar la realidad a la que nos enfrentamos, sin estar de acuerdo con ella.

### 3.4 Tipos de duelo.

No solo existen distintas formas de pérdida por las cuales se origina un duelo en nuestras vidas, también existen distintas formas como estos se presentan, de acuerdo a las numerosas situaciones o maneras en las que transcurre nuestra historia personal.

La Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas identifica los siguientes tipos de duelo:

- **Duelo Normal:** Se denomina duelo normal o duelo no complicado, aquella situación en que la respuesta a la pérdida es considerada proporcional a la misma, con un carácter predecible de sus síntomas y su desarrollo. Su duración no suele superar los dos años.
- **Duelo patológico:** El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado o exagerado. Como sea que se llame, es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Puede adoptar diversas formas, desde ausencia o retraso en su aparición hasta un duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o síntomas psicóticos. Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.
- **Duelo anticipado:** El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico

de incurabilidad, se produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida.

- **Preduelo:** Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.
- **Duelo inhibido o negado:** Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.
- **Duelo crónico:** Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida.

Cuando se habla de duelo o tipos de duelo, es común asociarlo a la muerte, sin embargo es importante desatacar que también se atraviesa por un proceso de duelo ante la pérdida de un ideal, al recibir un diagnóstico de autismo los padres atraviesan por dicho proceso debido a que “pierden” a su hijo, o las expectativas de vida que tenían para él. Por tal motivo es de suma importancia que los padres reconozcan y acepten que deben vivir el proceso de forma correcta, para que cuenten con las herramientas emocionales suficientes para aceptar el diagnóstico y brindar el apoyo necesario a su hijo.

### **3.5 Recomendaciones para el afrontamiento del duelo**

De acuerdo a Vicente Alberola (2007) existen diferencias a la hora de abordar el tratamiento de la persona en duelo, tanto respecto al cómo hacerlo, ya que no existe un tratamiento validado y consensuado, como respecto al cuando es aconsejable iniciar un tratamiento.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el estrés (SEAS) define el afrontamiento como cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

El duelo es considerado uno de los principales causantes de estrés en las personas que lo viven por lo que es muy importante que se busquen las estrategias adecuadas para enfrentarlo y llegar a la resolución final del proceso.

Para Worden, W (1997). el duelo no se trata únicamente de un estado en el que se sumerge una persona tras la pérdida, sino que implica un proceso activo. Se trata de un tiempo en el que la persona ha de realizar diferentes tareas a través de las cuales poder ir elaborando y aceptando la pérdida. Para este autor pues, existen cuatro tareas básicas que la persona en duelo ha de realizar tras la pérdida.

Tarea 1: Aceptar la realidad de la pérdida. Esta primera tarea es básica para poder seguir haciendo el trabajo del duelo. Aunque parezca algo evidente, incluso si la muerte es esperada, como sucede en los casos de enfermedad terminal, en los primeros momentos casi siempre existe la sensación de que no es verdad, una sensación de incredulidad que generalmente se resuelve en poco tiempo. (Worden, W 1997)

En el caso de los padres de niños con autismo esta primer tarea consiste en aceptar el diagnóstico, aceptar que su hijo padece una condición diferente a la de los demás, aceptar todas las implicaciones que este diagnóstico tendrá sobre el desarrollo de su hijo y los cambios que se tendrán que hacer en la dinámica familiar. Aceptar el diagnóstico, implica también aceptar y amar al niño tal como es, con sus diferencias y características que lo hacen único.

Tarea 2: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida Aquí Worden hace referencia tanto al dolor emocional como al dolor físico que muchas personas sienten tras una pérdida significativa. Es importante reconocer los sentimientos que ésta despierta y no intentar evitarlos, sentir el dolor plenamente y saber que algún día pasará. (Worden, W 1997)

En esta segunda tarea los padres deberán reconocer y aceptar los sentimientos y emociones que están presentes en su día a día tras recibir el diagnóstico de su hijo y no reprimirlas, deben sentirlos y dejar que salgan. Llorar si es necesario. Habrá sentimientos de enojo e incluso frustración y los padres deberán buscar las herramientas que les permitan liberar esas emociones sin llegar a lastimarse a ellos o incluso a los demás.

Tarea 3: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente. La realización de esta tarea implica cosas muy diferentes en función del rol del fallecido y del doliente y de la relación que existiese entre ambos, pues no es lo mismo el que el fallecido sea el padre, la pareja o un hijo. (Worden, W 1997)

Esta tercera tarea es probablemente una de las más complicadas, debido a que en este tercer punto es donde los padres deben “aceptar” la realidad, y adaptarse a todos los cambios que implica tener un hijo con autismo. También deben ser conscientes de que deberán buscar las herramientas necesarias para que su hijo tenga las mejores oportunidades.

Tarea 4: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. Básicamente se trata de poder continuar la vida de un modo satisfactorio, sin que el dolor por la

pérdida impida la vivencia plena de sentimientos positivos respecto a los otros.  
(Worden, W 1997)

La última tarea es muy similar a la anterior, en esta, se debe ser capaz de adaptarse a los cambios que se dieron en la dinámica familiar, después del diagnóstico. El diagnóstico no solo tendrá una repercusión emocional en los miembros de la familia, sino que también implicará un cambio en dentro de la rutina, desde adaptaciones en los horarios de las actividades y posibles modificaciones en los espacios y dentro de esta tarea se debe continuar con estos cambios de la mejor manera. En este último paso se da pie a que los padres hagan frente al diagnóstico de su hijo buscando las herramientas necesarias para apoyar su desarrollo.

Durante todo el proceso de afrontamiento del duelo se busca adaptarse de manera gradual a la nueva realidad que implica tener un hijo con autismo.

Adicional a las tareas ya mencionadas, es muy importante que todos los integrantes de la familia reciban asesoramiento por parte de profesionales, para vivir de mejor manera cada una de las etapas del duelo y elaboren cada una de las tareas de la mejor manera.

Worden (1997) hace una distinción entre asesoramiento psicológico y terapia en el duelo, definiendo el asesoramiento como una ayuda a la hora de resolver el duelo normal o no complicado, mientras que la llamada terapia en el duelo son todas aquellas técnicas específicas utilizadas en la ayuda a las personas con un duelo anormal o complicado. A estos conceptos Tizón añade el acompañamiento que define como la ayuda no profesional proporcionada por amigos y familiares, allegados, voluntarios o grupos naturales de una población, señalando también que la asesoría implica formación especializada en el tema aunque pueda ser proporcionada por ONG o por grupos de voluntarios.

El acompañamiento será de suma importancia para elaborar y afrontar el duelo y en este caso, aceptar el diagnóstico de autismo, por eso también será de suma importancia que los padres se encuentren informados sobre las implicaciones

del diagnóstico y sientan apoyados por el resto de su familia, los médicos, los terapeutas e incluso padres que se encuentran en la misma situación.

El autismo se encuentra dentro de los tipos de discapacidad que presentan una menor autonomía en las personas que lo padecen, por esta razón las familias sufren un desgaste más importante desde los primeros años de la vida de su hijo por lo que el apoyo y orientación de profesionales en los primeros momentos son primordiales para que los padres puedan aprender a comprender y aceptar a su hijo. Una vez logrado lo anterior, los padres (y demás personas cercanas a la persona con TEA) pueden enfocar mejor el tratamiento y a obtener un mejor resultado. Contar con una red de apoyo que comprenda qué sucede dentro de la mente de un niño con TEA es de gran importancia porque al comprender se establece una especie de empatía con él y esa empatía lleva a desarrollar una relación especial con el niño.

El duelo en una definición más simple es una forma de hacer las cosas, es la mejor manera de superar una pérdida, la que más acorta el proceso y la que más disminuye el dolor que se sufre. Las consecuencias de no vivir de manera adecuada las etapas del duelo pueden tener repercusiones graves como trastornos de los estados de ánimo, adicciones, empeoramiento o pérdida de las relaciones sociales, o en los casos más extremos pueden llegar a pensamientos suicidas. Por eso el objetivo de la terapia de duelo es que se restablezca el equilibrio emocional a través de la asistencia psicológica. Esta se centra en dar una guía para que las emociones y pensamientos se gestionen de forma saludable.

Uno de los aspectos más importantes de la intervención en el duelo es que las personas puedan sentirse acompañadas, con la orientación necesaria para aceptar los hechos recientes.

## **CAPÍTULO 4. LAS NECESIDADES DE LOS NIÑOS CON TEA**

Como ya se ha mencionado anteriormente, los primeros años de vida, en el desarrollo de cualquier persona son de suma importancia, y en el caso de los niños con trastorno del espectro autista, no es diferente. Por tal motivo es de suma importancia que se identifiquen las necesidades generales a abordar con los niños con TEA.

También ya se ha mencionado anteriormente que todos los niños con TEA son diferentes y presentan características diferentes, por lo que sus necesidades también serán distintas, de acuerdo a las características individuales, pero de acuerdo a Reborado (2015) algunas de las necesidades generales para comenzar a abordar a niños con TEA, son:

- **Motivación:** Demos una razón para que deseen establecer comunicación. Es real que muchos niños del espectro tienen intereses restringidos y muy acotados, que incluso podrían parecer poco interesantes para establecer habilidades nuevas, pero si bien esto es así en parte, también es verdad que dependerá de la habilidad del adulto para transformar ese interés restringido en nuevos intereses y estos en nuevas habilidades. (Reborado 2015)
- **Interacción:** Sabemos que a los niños tanto verbales como pre-verbales les interesan las canciones y los juegos de anticipación. Estas actividades les permiten, a través de la musicalización, las repeticiones y los gestos, adquirir puntos de referencia estables para comprender la secuencia. Permiten la estructuración de espacio tiempo, y por lo tanto, anticipar la etapa siguiente. Así mismo posibilita trabajar la referencia ocular a través de la atención y el seguimiento visual, y la respuesta auditiva. (Reborado 2015)
- **Organizar los espacios de trabajo y juego:** Las condiciones ambientales deben adaptarse a las necesidades atencionales de cada niño. Los ambientes hipercomplejos, vacíos, poco directivos y con largos periodos de actividades espontáneas (sin dirección o guía) suelen ser perjudiciales. El grado de estructura ambiental, deberá ser tanto mayor cuanto más bajo sea el nivel cognitivo del niño, y el adulto deberá preocuparse por flexibilizar el

marco de aprendizaje a medida que el niño con TEA desarrolle sus competencias cognitivas y sus posibilidades comunicativas. Del mismo modo las consignas, instrucciones y señales deben darse solo después de asegurar la atención del niño y ser claras, generalmente simples, consistentes, adecuadas a las tareas y acompañadas de apoyos visuales para la mejor comprensión del lenguaje, esto es así ya que con frecuencia los niños con TEA se ven invadidos por exceso de estímulos verbales y que, en general, escapan a su comprensión. (Reboredo 2015)

Los niños con TEA tienen necesidades diferentes, las cuales van a variar de acuerdo a las capacidades y habilidades de cada uno. Sin embargo es de suma importancia que se aborden las principales áreas que se ven afectadas en el espectro, para que de esta forma el desarrollo de los niños con TEA sea lo más cercano al desarrollo de los otros niños de la misma edad que presentan un desarrollo “normal”.

#### **4.1 Desarrollo de habilidades de comunicación.**

Dentro de los criterios de diagnóstico del trastorno del espectro autista se destaca un notable déficit en la comunicación e interacción social. Pasando también por la dificultad de establecer contacto visual y la incapacidad para comprender y utilizar gestos. Habilidades que son consideradas indispensables para el desarrollo del lenguaje.

De acuerdo al Manual Didáctico para la Intervención en Atención Temprana en el Trastorno del Espectro del Autismo (2018), seguir los patrones evolutivos normativos del desarrollo de la comunicación, a la vez que tenemos en cuenta los conocimientos que poseemos sobre las alteraciones que se producen en los menores con TEA, nos ayudará a establecer objetivos. (...)

Debido a la amplia variedad de dificultades comunicativas (pragmáticas, semánticas, etc...) que se observa en la población con TEA, la variedad de posibles objetivos a abordar es muy amplia y resulta necesario jerarquizarlos.

Como ideas generales de cara a la intervención se pueden tomar en cuenta los siguientes puntos Álvarez Pérez (2018):

- Hay que primar la espontaneidad, la búsqueda de información y la generalización al mayor número de contextos sobre el entrenamiento a responder a nuestras iniciativas o preguntas.
- Partir de los intereses del propio niño o niña, teniendo siempre en cuenta su bienestar emocional.
- Reforzar sus intentos comunicativos, aunque sean muy leves (porque eso les refuerza su motivación a comunicarse).
- Trabajar propiciando ambientes naturales, reales y funcionales.
- Establecer rutinas y situaciones estructuradas (para luego alterarlas).
- Seleccionar objetivos funcionales, necesarios para la persona.
- Enseñar conductas comunicativas autoiniciadas, que no requieran apoyos o claves previas de los otros.
- Realizar la enseñanza en contextos naturales, rutinas de la vida diaria, actividades planificadas significativas o situaciones incidentales.
- Emplear como agentes de la intervención a personas familiares.
- Aprovechar los puntos fuertes del niño o niña.

Lo primero que debe instaurarse serán conductas funcionales de regulación de los otros, mediante actos instrumentales (llevar al adulto hacia el objeto deseado, “utilizar” al otro). Además de los actos instrumentales, iniciaremos la enseñanza de gestos naturales, cuya finalidad es dotar al menor de un repertorio lo más variado posible de gestos comunicativos.

“Podemos pensar que el lenguaje oral se adquiere una vez solventadas las dificultades comunicativas, pero no es así. Aunque un niño o niña con TEA tenga adquirido lenguaje oral, éste muestra ciertas peculiaridades como alteraciones fonológicas (entonación monótona, voz mecánica...), alteraciones semánticas (vocabulario limitado, dificultad en la comprensión

de conceptos...), alteraciones morfosintácticas (inversión pronominal, errores en el uso de morfemas gramaticales...) y alteraciones pragmáticas (déficit en las habilidades conversacionales, en la función declarativa, en el uso inadecuado del habla...)” Álvarez Pérez (2018)

Hay una variedad de razones que explican los motivos por los cuales un niño o niña no hable correctamente: dificultad de tipo motor para ejecutar un determinado sonido (fonética), dificultad fonológica, es posible que sepa hacer a nivel motor el sonido, pero no discrimina bien dicho sonido y dificultades de secuenciación motora cuando un menor comete errores al producir una secuencia motora, en una palabra, lo más habitual es que esas dificultades se produzcan en otras palabras con esa estructura.

Las personas con trastorno del espectro del autismo presentan dificultades para asignar significados figurados, entender ambigüedades o aprender varias acepciones asignados a un mismo término. También son evidentes las limitaciones para comprender significados de términos relacionales (verbos, determinantes, adverbios y preposiciones) pero sin duda, las mayores dificultades residen en la comprensión de significados oracionales, aisladamente o cuando constituyen unidades mayores del lenguaje (discurso y conversación).

El primer paso en la intervención consiste en la introducción o aumento de vocabulario, donde las primeras palabras hagan referencia a alimentos u objetos, antes que a actividades o personas, al ser estos últimos más complejos poco motivantes y funcionales para los niños y las niñas con TEA. Después de la introducción de verbos, hay que ir enriqueciendo las relaciones semánticas y mejorar su organización.

La Pragmática trata del uso social del lenguaje, tanto en recepción (comprender no solo las palabras sino la intención del otro) como la expresión. Las alteraciones pragmáticas más frecuentes en las personas con TEA son:

- Turno de palabra: Por una parte, debemos enseñarles explícitamente normas conversacionales. Por otra parte, la mayoría de los niños y niñas con TEA tienen dificultades con la comprensión del lenguaje no verbal, en este caso hay que enseñarles los gestos que regulan la interacción y enseñar a detectar señales en los demás.
- Cambios de tema en una conversación: Este aspecto está muy relacionado con el anterior, normalmente presentan dificultades para cambiar el tema de conversación, bien porque están centrados en su tema de interés o bien porque no reconocen la necesidad de obtener información relevante de los demás, es este caso, debemos enseñarles o motivarles hacia el conocimiento los demás.
- Comentarios irrelevantes: Con relativa frecuencia aparecen expresiones irrelevantes, sin relación alguna con el tema de conversación.
- Interpretación literal del lenguaje: Entiende el significado de una oración solo a partir de la suma de las partes que la componen, y, por tanto, es incapaz de captar su significado global. Por ejemplo, ante un enunciado como ¿me puedes pasar la sal?, el niño entiende una pregunta y no una petición. Ante este enunciado reaccionará con una respuesta afirmativa o negativa, pero no realizará ninguna acción.
- Vocalización del pensamiento: Una característica de estos niños/as es que con frecuencia vocalizan sus pensamientos en diferentes situaciones (cuando juegan con otros, juegan solos, están en clase).
- Prosodia: hay que enseñar a los niños/as a regular el volumen, ritmo, naturalidad, para resaltar o enfatizar el contenido de lo que decimos. La expresión de su lenguaje suele ser monótono, y lineal (sin cambios en la entonación). Por este motivo los juegos de cambio de rol, dramatizaciones, realización de pequeños teatros, realizar distintas voces, con tonos y timbres diferentes, escuchar su propia voz, suelen ser técnicas o actividades que pueden ayudar al niño o niña a mejorar este aspecto.

A pesar de los esfuerzos y las intervenciones, muchas personas con TEA no logran comunicarse de forma verbal o requerirán apoyos adicionales, por lo que

a lo largo del tiempo se han desarrollado alternativas de comunicación como lo son los SAACS.

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión diferentes del lenguaje hablado que tienen como objetivo aumentar el nivel de expresión (aumentativo) y/o compensar (alternativo) las dificultades de comunicación que presentan algunas personas en este área. (Basil, 2023).

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación no son incompatibles sino complementarios a la rehabilitación del habla natural, y además pueden ayudar al éxito de la misma cuando ésta no es posible.

Existen diferentes tipos de SAACS, pero los más utilizados en la práctica clínica son:

- Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (PECS): El programa PECS está basado en los principios del Análisis Aplicado de la Conducta de Skinner, está especialmente diseñado para personas con TEA. Su aplicación se sucede de forma paralela al desarrollo típico del lenguaje. Es un sistema de comunicación expresiva, que utiliza los elementos de la comunicación comprensiva (elementos visuales: fotos, símbolos, tarjetas, etc.). No se utilizan ayudas verbales para facilitar la iniciativa y evitar la dependencia de ayudas. Requiere el intercambio de un símbolo entre un individuo no hablante y su interlocutor. El sistema PECS no necesita de la habilidad de imitación, contacto visual, orientación facial o habilidades motoras complejas como requisito.
- SPC (sistema pictográfico de comunicación): Diseñado inicialmente para otras discapacidades, es un recurso muy útil para personas con TEA. Consiste en paneles de comunicación formados por dibujos que llevan impresos la palabra. El vocabulario se divide en seis categorías, recomendándose un color diferente para cada categoría. Está especialmente indicado para personas que tienen limitadas sus competencias comunicativas, pero tienen en su repertorio un mínimo de habilidades como

intención comunicativa, agudeza visual y perceptiva y ciertas habilidades cognitivas.

Los sistemas y productos de apoyo son solamente un medio o una condición necesaria para que la persona con discapacidad del habla pueda comunicarse, desarrollar sus capacidades y participar en el mundo que la rodea, pero no resultan nunca suficientes. Lo verdaderamente importante es el proceso de educación, habilitación y asesoramiento que debe acompañarlos. (Basil, 2023)

El desarrollo de habilidades de comunicación en niños con TEA es de suma importancia para que puedan participar en el mundo que los rodea y poder expresar, sus deseos o necesidades. Las técnicas a utilizar para dicho desarrollo son bastante amplias y van a depender de diferentes factores, como las capacidades y limitaciones cognitivas del niño. Pero sobre todo, dichas intervenciones deben estar basadas en los intereses del niño y en los objetivos previamente establecidos. Al trabajar con el desarrollo de lenguaje se debe tener presente que no solo nos podemos comunicar de forma verbal, contamos con diferentes tipos de comunicación, una vez que tenemos presente lo anterior, seremos capaces de identificar como se comunica el niño con TEA, y partir de eso trabajar en fortalecer su forma de comunicación o de ser necesario implementar un nuevo sistema que le permita en medida de lo posible comunicarse con el medio que los rodea.

#### **4.2 Desarrollo de habilidades sociales**

(...) Muchos de ellos nacen con dificultades para procesar la información justamente ligada a la interpretación de los gestos o las intenciones de las demás personas. Y es por ello, que al no poder descifrar el mundo de la misma manera que el resto, tienden a alejarse o a dar respuestas poco adecuadas. Los otros chicos pueden interpretar estas reacciones como violentas o pedantes. (Soto N. B., 2016)

El déficit en la interacción social no es absoluto y las conductas sociales de los individuos con autismo son distintas según su nivel cognitivo, la etapa del desarrollo en que se encuentran y el tipo de estructura social en la cual se observan. (Álvarez Pérez)

En el desarrollo típico, los niños nacen y crecen como seres sociales, lo que nos muestra que la interacción con los otros es un mecanismo básico e innato del ser humano. En el caso de los niños con TEA donde los mecanismos innatos están alterados se requiere aprender de forma explícita los aprendizajes sociales.

De acuerdo (Álvarez Pérez) las dificultades sociales que presentan los niños con autismo son:

- Limitada comprensión emocional (propia y ajena).
- Pobre reciprocidad socioemocional.
- Dificultad para comprender y anticipar reacciones y respuestas de los otros.
- Tendencia a ignorar claves sociales sutiles.
- Rigidez en los códigos sociales aprendidos.
- Insistencia en imponer sus propios puntos de vista.
- Ingenuidad social.
- Dificultad para tener en cuenta el punto de vista del otro durante los intercambios conversacionales.
- Insistencia en conversar sobre los temas de interés propios (ignorando las necesidades del otro).
- Comprensión inmadura del concepto de amistad.
- Dificultad para captar e interpretar componentes de la comunicación no verbal.
- Literalidad en la interpretación del lenguaje figurado.

Esto daría lugar a los dos síntomas cruciales del autismo, la soledad y la inflexibilidad. Estas dificultades pueden ir desde un aislamiento completo

hasta una motivación de relación, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales.

“Para que sea más sencillo de entender vamos a dividir a los niños con TEA en “pasivos” y “activos pero inadecuados”. Los niños “pasivos” tienden a aislarse y al contrario, los niños “activos pero inadecuados” se acercan a los otros con excesiva confianza o incluso invadiendo su espacio personal.” (Soto N. B., 2016)

En el Manual didáctico para la Intervención en Atención Temprana en el Trastorno del Espectro Autista, se presenta la siguiente tabla, la cual muestra las tres áreas que componen el bloque de socialización, basado en el Inventario del Espectro Autista (IDEA) desarrollado por el profesor Ángel Rivière en 1998.

*Tabla 7: Áreas que componen el bloque socialización*

NIVEL	REDES SOCIALES	REFERENCIA CONJUNTA	CAPACIDADES INTERSUBJETIVAS Y MENTALISTAS
1	Aislamiento completo. No apego ni relación	Ausencia de acciones conjuntas	Falta de expresiones emocionales correlativas
2	Vínculo con adultos. No relación con iguales	Acciones conjuntas sin miradas de referencia	Ausencia de intersubjetividad secundaria
3	Relaciones infrecuentes, inducidas con iguales. Falta de iniciativa	Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas	No atribución explícita de estados mentales
4	Motivación, pero dificultad para comprender sutilezas sociales	Ausencia de pautas de preocupación conjunta	Mentalismo lento, simple y limitado

*Nota: La tabla está basada en el Inventario del Espectro Autista (IDEA) desarrollado por el profesor Ángel Rivière en 1998.*

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, para la intervención en niños con autismo se debe desarrollar un plan individual, sin embargo para el desarrollo de habilidades sociales, el Manual didáctico para la intervención en atención temprana en el trastorno del espectro autista, plantea las siguientes estrategias fundamentales.

- Buscar experiencias de relación positivas programando entornos para jugar o compartir experiencias adaptadas a los intereses y a la edad del niño o la niña.
- Iniciar la interacción adulto-menor, y de forma progresiva introducir tiempos de relación con iguales.
- Los tiempos de acción-atención compartida adulto-menor deben ser dedicados fundamentalmente a los intereses del menor, pero buscando siempre que sean actividades compartidas, no en solitario.
- En los momentos de juego o de actividad compartida, es importante asegurar y/o aumentar las miradas “cómplices”, las expresiones emocionales de alegría o sorpresa compartida, las risas y las exclamaciones.
- Aprovechar las actividades cotidianas y el aprendizaje incidental.
- Buscar grupos de ocio o actividades sociales que coincidan con los intereses y/o puntos fuertes del menor, cuando esté preparado para ello.

De acuerdo al IDEA existen objetivos fundamentales en el desarrollo de habilidades sociales, los cuales se dividen en 4 niveles principales:

1. Aprender a obtener placer de la relación con los demás.
2. Desarrollar la motivación de relación.
3. Fomentar la relación con iguales y desarrollar habilidades sociales básicas.
4. Desarrollar habilidades sociales más complejas.

Muchos niños y adultos en el espectro del autismo necesitan ayuda para aprender cómo comportarse frente a la variedad de situaciones sociales que se pueden encontrar en su vida diaria. Y como se ha mencionado no existe un modelo único de intervención, sin embargo la fundación CONECTEA brinda algunas sugerencias para trabajar el desarrollo de habilidades sociales. Las cuales se enlistan a continuación:

- Practicar el juego: aprender a respetar turnos, lidiar con ganar y perder, seguir las reglas....
- Felicitar: fomentando la autoestima.
- Juegos de rol: simulan diferentes escenarios, potenciando la imaginación.
- Historias sociales
- Soportes visuales: estructuran y hacen previsible lo que va a pasar, reduciendo la ansiedad.

Los seres humanos son seres sociales por naturaleza, las habilidades sociales en los niños con TEA son difíciles de desarrollar porque tienen dificultades para entender el comportamiento social adecuado y para comprender las reglas de la conducta social, ya que sus aprendizajes sociales muchas veces son rígidos. A veces no entienden las pautas sociales o no saben responder a las demostraciones de afecto o de enfado, dada su dificultad para comprender las acciones de las otras personas. Y ahí es donde se debe intervenir para poder ayudarlos a lograr todos sus objetivos en los diferentes ámbitos. Es importante que desde pequeños se fomente su comunicación con la sociedad y que puedan llegar a relacionarse con su entorno.

#### **4.3 Intervención en el área del juego.**

Cuando pensamos en los niños y en su desarrollo infantil, lo primero que hacemos es pensar en el juego, porque es a través de la experiencia del juego que el niño aprende (siendo el aprendizaje un proceso de transformación personal y no una conducta innata, es decir, es algo que no estaba ahí previamente). (Reboredo, 2015)

En el trastorno del espectro autista el área del juego también se ve sumamente afectada, ya que el sistema de neuronas espejo (que permiten la imitación, la imaginación y la comprensión de los actos de los demás) se desarrolla de manera inadecuada.

De acuerdo al Manual didáctico para la intervención en atención temprana en el trastorno del espectro autista, el juego de los niños con TEA presenta ciertas particularidades comunes:

- Intereses poco variados.
- Gusto por actividades repetitivas.
- Interés por movimientos giratorios, luces y sonidos que les sirven de auto estimulación. Esto impide el juego funcional.
- Atención a partes de objetos.
- Preferencia por un juego solitario con escasos momentos de juego compartido con los demás.
- Juego funcional y simbólico poco espontáneo y variado, y poco imaginativo.

Es fundamental conocer la evolución del juego para poder situar al niño en una secuencia adecuada evitando exponerlo a situaciones de juego estresantes por su complejidad que terminarán por perjudicar el plan de abordaje. (Reboredo, 2015).

1. Juego Motor-Social: son aquellas actividades de movimiento sin objeto en las que el peso de la actividad recae sobre el adulto. Es el adulto el que propone y dirige la actividad.

2. Juego de Imitación y Contra-imitación: la imitación es un importante recurso para la adquisición de múltiples competencias. Podemos comenzar imitando alguna actividad que realiza el niño frente a él y luego de varios ensayos, cuando logramos su atención, introducir una pequeña modificación dentro del repertorio motor del niño, de esta manera lograremos con el tiempo que sea el niño quien imita al adulto.

3. Música, cuentos y nuevas tecnologías: Estas actividades tienen como factor común que son sencillos de comprender e interpretar para el niño con TEA, ya que no requieren de competencias sociales, a la vez que son secuenciales.

4. Juego funcional con objetos: Los juguetes suelen ser utilizados por los niños con TEA de manera particular, preocupándose más por sus partes que por el todo. Un juego típico es dar vuelta un autito para hacer girar sus ruedas. Para comenzar a trabajar este tipo de juego es preferible empezar por aquellos juguetes cuya utilización tiene una consecuencia evidente, como son los juegos de causa y efecto. De esta manera y progresivamente introduciremos otros objetos enseñándoles a utilizarlos de manera adecuada.

5. Juego funcional con muñecos: El objetivo de este nivel es favorecer las habilidades necesarias previas para el juego simbólico. El adulto será un facilitador y un mediador para que el niño participe en este tipo de juego de manera lúdica y en función de sus propios intereses (podremos utilizarlos para reproducir situaciones o actividades de su rutina diaria, como darles de comer o bañarlos).

6. Juego simbólico/imaginativo: Su característica principal es atribuir funciones que no les son propias a distintos objetos o a personas e imaginar objetos o personas que no están presentes.

7. Juego de reglas: Este es un juego (al igual que el simbólico) particularmente complejo para los niños con TEA, en especial por sus características propias. Casi siempre las reglas son verbales y lo verbal es efímero. Por lo tanto deberemos, para favorecer el aprendizaje del juego de regla, transformar lo verbal en visual, lo variable en estable, y los aspectos imitativos en sistemas de ayuda. Así por ejemplo si vamos a jugar “el baile de la estatua” haremos pictogramas con las reglas establecidas que permanecerán visibles (suena la música, bailo; se detiene, me quedo quieto), haremos estable lo variable (me quedo quieto con una mano en la cabeza o con un pie levantado) e introducimos sistemas de ayuda (lo hacemos con un compañero). De a poco se podrán ir retirando ciertas ayudas o complejizando los juegos.

A partir del juego aprendemos a relacionarnos con los demás, diferentes formas de expresarnos y comunicarnos. Cuando observamos el juego del niño con

autismo rápidamente notamos una particularidad y esta es la preferencia por el juego solitario o el uso inadecuado de los juguetes, por lo que es de suma importancia intervenir esta área, con el objetivo de que el niño con TEA vaya desarrollando sus capacidades simbólicas, de comunicación y sobre todo de socialización. Siempre se debe tener presente que aun en la intervención, el juego debe representar algo divertido y no algo estresante, el cual se irá desarrollando de manera paulatina, la organización de los juegos motores, de los juegos de imitación y de los juegos sociales darán paso a desarrollar nuevas habilidades cognitivas y nuevos intereses para favorecer la aparición de los juegos funcionales, los juegos simbólicos y los juegos de reglas.

#### **4.4 Educación y escolarización.**

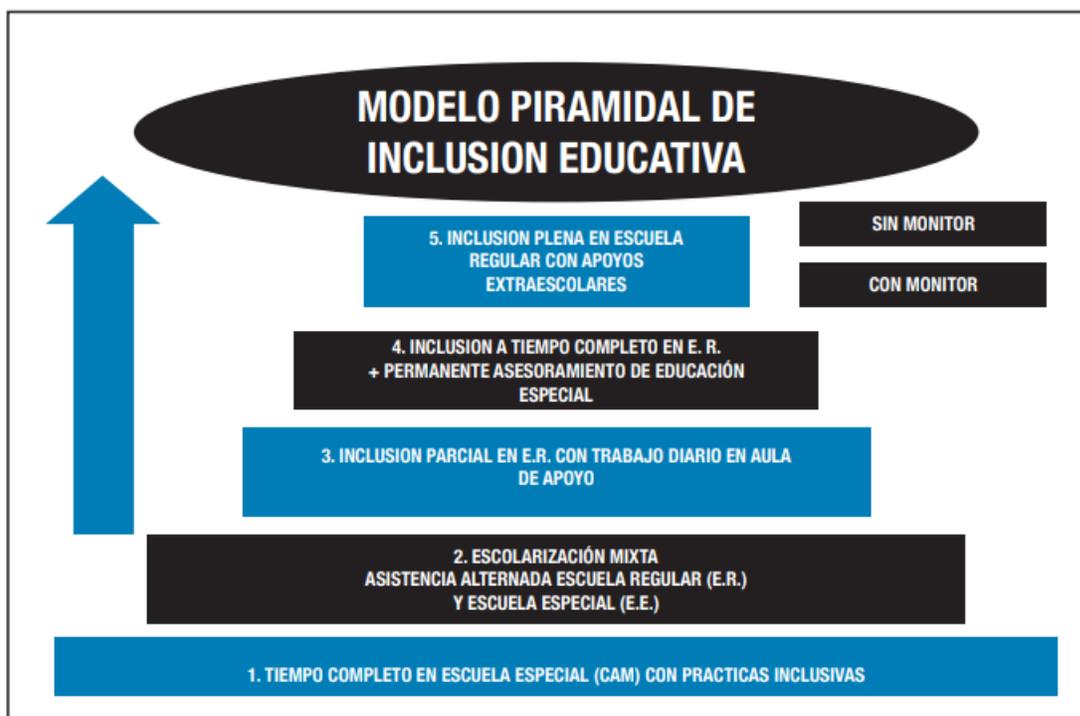
La escolarización de las personas que presentan autismo es fundamental para su desarrollo y aprendizaje óptimo, sin embargo ésta puede adoptar varias modalidades, puede implicar desde la incorporación permanente en escuelas de Educación Especial o en Asociaciones Civiles que atienden exclusivamente a ésta población, hasta la inclusión plena en escuelas regulares con un mínimo de apoyos específicos. (Ramirez, La atención Educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista , 2015)

Los Centros de Atención Múltiple (CAM) en México “son los servicios de educación especial que tiene la responsabilidad de escolarizar a aquellos alumnos y alumnas que presentan necesidades educativas especiales asociadas con discapacidades severas, discapacidades múltiples y trastornos generalizados del desarrollo (también llamados T.E.A.), y que por su condición requieren de adecuaciones curriculares altamente significativas, apoyos generalizados y/o permanentes”. El objetivo de estos centros es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de los alumnos para promover su autónoma convivencia social y productiva, así como mejorar su calidad de vida.

Debido a la complejidad de síntomas que se presentan en el trastorno del espectro autista, no se puede decir que cualquier niño con esta condición debe asistir a un CAM o a una escuela regular. Se necesita una valoración específica, individualizada y concreta de cada caso para poder determinar las soluciones educativas más adecuadas. La mejor opción siempre va a ser la que busque integrar a los alumnos plenamente.

“Lo adecuado es realizar un proceso de escolarización limpio, bien programado y razonado, que considere tanto las fortalezas y debilidades del niño como las de la escuela y la familia, con el fin de que poder disminuir al máximo la probabilidad de fracaso; una buena manera de conseguirlo es pensando en un “Modelo Piramidal de Inclusión Educativa” , donde familias y maestros se sientan libres de seleccionar entre múltiples opciones de escolarización sin limitarse a decidir exclusivamente entre una escuela regular o una especial.” (Ramirez, La atención Educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista , 2015)

Tabla 8: Modelo piramidal de Inclusión Educativa



Nota: La pirámide anterior muestra una propuesta para integrar a los niños con TEA a las instituciones educativas.

Se debe tomar en cuenta que cada niño ira escalando en la pirámide a su propio ritmo y de acuerdo a los apoyos que reciba. Se debe resaltar, como en cada apartado, que cada niño requiere una forma de intervención diferente, sin embargo también para la intervención educativa presenta elementos esenciales para que dicha intervención sea exitosa.

De acuerdo a Ramirez (2015) los cuatro elementos esenciales para lograr una integración educativa exitosa son:

**A. Elaborar una Evaluación Psicopedagógica** contextual, precisa y funcional, que incluya la determinación del Espectro Autista del estudiante.

La Evaluación Psicopedagógica (EP) es el procedimiento de evaluación utilizado para profundizar de manera sistemática en el conocimiento de los estudiantes y con ello poder orientar las acciones para satisfacer sus necesidades educativas especiales. La EP debe aportar información amplia, relevante y funcional sobre el alumno con autismo, su contexto familiar, escolar y comunitario. No existe ninguna batería de pruebas que deba aplicarse obligatoriamente a todos los alumnos con TEA, sin embargo es importante que los maestros y equipos de apoyo seleccionen aquellos instrumentos que garanticen una evaluación confiable de las capacidades, aprendizajes, potencialidades y contextos.

La evaluación psicopedagógica será de suma importancia para determinar las herramientas a utilizar en la intervención educativa, la evaluación debe hacerse siempre al nivel del niño, con la finalidad de obtener información sobre sus fortalezas y debilidades, así como lo que ya tiene aprendido y lo que falta por aprender. Una vez realizada la evaluación, se debe concentrar en un reporte que incluya un panorama general de las características del niño, sus necesidades educativas, las barreras para el aprendizaje así como las cualidades de su contexto cercano. Una vez realizada dicha evaluación se puede proceder a realizar la propuesta curricular.

**B. Realizar una Propuesta Curricular** Adaptada pertinente a las características del alumno y ajustada a las condiciones del centro escolar (que sea realista y funcional).

“Lo correcto es que cada centro elabore un currículo funcional partiendo de la estructura y características del currículo “ordinario”, pero realizando las modificaciones de complejidad y contenido adecuadas para la población estudiantil que atienden.” (Ramirez, La atención Educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista , 2015)

La Propuesta Curricular Adaptada (PCA) es el documento individual que rige el trabajo de todos los participantes en la educación de los alumno con autismo, ya que en ella quedan plasmados los propósitos escolares y los aprendizajes para cada asignatura o “campo de formación”, las modalidades de intervención, la metodología de trabajo, las funciones de cada uno de los agentes educativos (incluida la familia), las adecuaciones a la evaluación y los registros de seguimiento que dan cuenta de los avances conseguidos a lo largo del ciclo escolar.

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden orientar la construcción inicial de la PCA:

A) A partir del Informe de Evaluación Psicopedagógica ¿Qué necesidades educativas especiales (NEE) presenta el alumno?

B) ¿Qué requiere aprender y desarrollar el estudiante durante el ciclo escolar?.

C) ¿Mediante qué métodos o estrategias generales se podrían conseguir esos aprendizajes y desarrollos?

D) ¿Cuáles son las principales barreras para el aprendizaje y la participación del niño o joven con TEA?

E) ¿Qué necesidades presenta la familia para poder contribuir al proceso de aprendizaje, y cómo podrían satisfacerse?

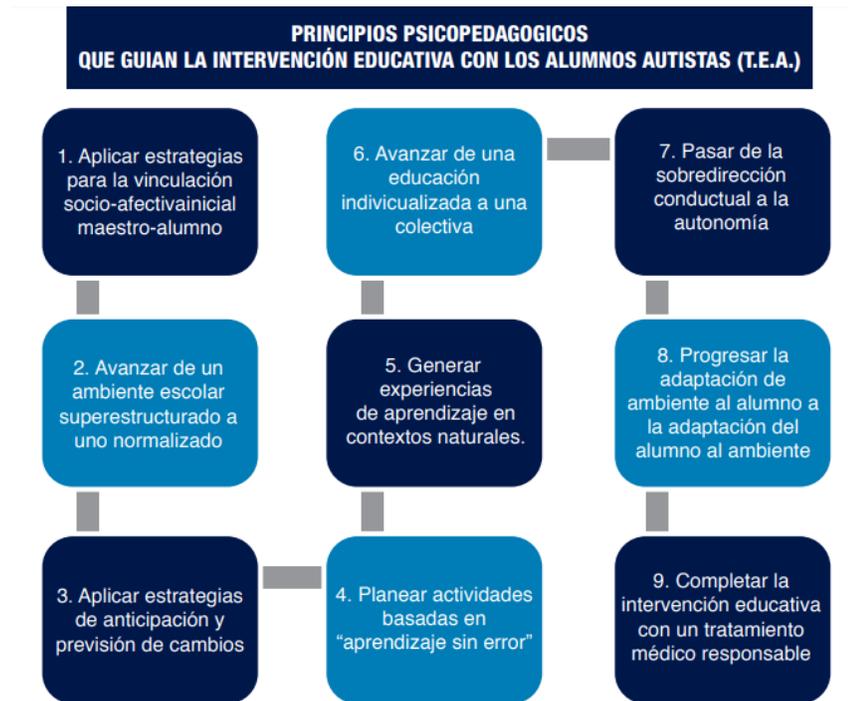
Los propósitos generales con los alumnos autistas de cualquier nivel de educación básica están dirigidos a:

- Potenciar los máximos niveles de autonomía e independencia personal, para lograr un comportamiento ajustado al entorno.
- Adquirir competencias básicas de autocontrol de la propia conducta y la autorregulación emocional.
- Aprender habilidades de interacción social, potenciar la comprensión de los estados emocionales de los otros, adquirir la capacidad de aprender por imitación, detonar la habilidad para resolver problemas interpersonales, y saber respetar las reglas de convivencia y orden en diferentes ámbitos humanos.
- Aprender estrategias de comunicación funcional, intencional, espontánea y generalizada, a través de signos, pictogramas, palabras, fotografías, acciones, parlantes electrónica, tabletas o cualquier otro sistema de comunicación.
- Aprender conocimientos y habilidades elementales del área académico-funcional: adquisición de conceptos básicos de español, matemáticas y ciencias, así como procesos cognitivos elementales como la atención, clasificación, seriación, secuenciación, razonamiento y memoria.

Los propósitos anteriores deben servir de base para diseñar la propuesta curricular de cada uno de los niños con TEA, sin embargo el nivel de complejidad de cada propuesta va a ser diferente, debido a las características y necesidades especiales de cada niño. Las propuestas curriculares deben ser reales y funcionales con altas probabilidades de ser alcanzados en un ciclo escolar.

**C. Aplicar rigurosamente los 9 Principios Psicopedagógicos** Generales necesarios para el proceso educativo de personas con autismo.

Tabla 9: Principios psicopedagógicos que guían la intervención educativa con los alumnos autistas



*Nota: La tabla muestra los principios generales que deben tomarse en cuenta para el sistema educativo en niños autistas.*

“Las propuestas curriculares deben implicar tanto el qué enseñar así como el cómo enseñar, es decir la metodología para conseguir las metas educativas.

El primer principio indica que la falta de vínculo entre alumno y maestro o viceversa, parece producir altos niveles de indisposición y falta de interés escolar por parte de los alumnos. Respecto al segundo principio, se debe buscar ordenar de manera estricta los lugares de trabajo, los materiales y los horarios, el orden de tiempo y espacio se logra mediante el uso de mobiliario, recipientes, e imágenes que se utilizan para dar orden a todos los lugares y actividades que se realizan diariamente en la escuela o en la casa. El tercer principio de la intervención educativa, que habla sobre aplicar estrategias de anticipación y prevención de cambios se refiere a que los facilitadores, ya sean padres o maestros deben de proporcionar la mayor cantidad de herramientas disponibles para que el niño sepa que es lo siguiente que va a

pasar para esto se pueden utilizar imágenes, fotografías o dibujos. En el principio de actividades planeadas en el aprendizaje sin error se debe buscar que el alumno con TEA adquiera experiencias de aprendizaje donde obtenga el mayor número de aciertos, ya que esto incrementara su motivación y persistencia en las actividades, este punto da paso al quinto principio, que habla sobre generar experiencias de aprendizaje en contextos naturales, la importancia de este principio radica en que generalmente los alumnos con TEA tendrán dificultad para aplicar lo aprendido en un aula, fuera de ella. Exponerlos a vivir experiencias en situaciones reales, asegura un mejor aprendizaje y una mejor adquisición de habilidades. El principio seis se enfoca en el proceso de aprendizaje, el cual debe comenzar siendo individualizado y especialmente diseñado para las características de cada niño, y menciona que paulatinamente se debe buscar que se integre a ambientes más normalizados y colectivos. Lo que menos se desea en la intervención en niños autistas es crear un niño dependiente a los facilitadores, por ese motivo dentro de este principio, pasar de la sobredirección conductual a la autonomía, se destaca la importancia de que paulatinamente se debe ir eliminando las ayudas que se le proporcionan al niño. La ayuda será indispensable en el primer momento, sin embargo como se vayan adquiriendo los aprendizajes dichas ayudas deben irse reduciendo hasta el punto que se eliminen y el niño se capaz de realizar las actividades por sus propios medios y sin ayuda, en resumen, todo apoyo de cualquier tipo, debe estar destinado a su eliminación. Uno de los principios más importantes en la intervención educativa de niños con autismo consiste en progresar de la adaptación del ambiente al alumno a la adaptación del alumno al ambiente, este apartado explica que en un primer momento no se debe obligar al alumno a comportarse de forma “normal” en el aula o en cualquier ambiente, sus conductas deben ser aceptadas y toleradas, posteriormente cuando ya existe un nivel más elevado de confianza e interés por parte del niño, se podrá solicitar que se comporte como los otros de su edad o como los que lo rodean. Por último el noveno principio, explica que

aunque los psicofármacos no curan el autismo, si reducen significativamente algunas conductas no deseables. Sin embargo es importante que se deje claro, que no todos los niños deben utilizar medicamentos, y el personal educativo, debe ser muy cuidadoso al referir a los alumnos con autismo al psiquiatra.

“Los nueve Principios Psicopedagógicos Generales que se acaban de revisar deben ser respetados por todos los profesionales que atienden alumnos con autismo, sin embargo no son suficientes para conseguir los aprendizajes plasmados en las Propuestas Curriculares Adaptadas, por lo que deben utilizarse otra serie de recursos más específicos denominados “ejes prácticos.” (Ramirez, La atención Educativa de los alumnos con trastorno del especto autista , 2015)

**D. Utilizar con creatividad y constancia las técnicas, estrategias y materiales que componen los 8 Ejes Prácticos** utilizados mundialmente en la atención educativa de los alumnos con autismo.

Cada eje consiste en un conjunto de estrategias, actividades y técnicas específicas referentes a un cierto tipo de recursos psicopedagógicos bien definidos; su uso intencional y combinado es la mejor manera de lograr lo planeado en las Propuestas Curriculares Adaptadas para niños con TEA, pues permiten conseguir los aprendizajes incluidos en los distintos Campos de Formación y las Asignaturas.

**EJE PRACTICO 1. Estrategias de Protección y Adecuación Sensorial (Perceptual):** Son un conjunto de estrategias que tienen como propósito resguardar el sistema sensorial de los alumnos con TEA para evitarles malestar, distracción, aversión, incomodidad o dolor, aunque también implica tácticas para el aprovechamiento de sus peculiaridades sensoriales a favor de su aprendizaje.

La mayoría de personas con autismo presentan alteraciones que afectan sus sentidos, lo que muchas veces les complica el hecho de concentrarse y de

mantenerse tranquilos, generalmente los niños con autismo viven en una constante saturación sensorial, por lo que será de suma importancia identificar que estímulos son los que causan incomodidad, molestia o dolor, dichos estímulos pueden ir desde materiales pegajosos o muy suaves, hasta olores. Identificarlos permitirá que se trabaje en un ambiente más controlado, intentando ,en medida de lo posible, suprimirlos, utilizando las técnicas necesarias para que se lleve a cabo la intervención sin que sea una experiencia negativa para el alumno. Se pueden utilizar guantes de latex al manipular los objetos o materiales, utilizar protectores auditivos para modular el ruido externo y utilizar semillas, donde los niños puedan meter sus manos o pies y de esta forma identifique y se vuelva más tolerante a diferente texturas.

**EJE PRACTICO 2. Nuevas Tecnologías Electrónicas (Dispositivos y Aplicaciones):** Un elemento renovador y con un potencial enorme para el tratamiento educativo de las personas con Trastorno del Espectro Autista está constituido por los nuevos Dispositivos y Aplicaciones Electrónicas (APPs) que se han desarrollado recientemente. Estos recursos tecnológicos pueden apoyar el Aprendizaje y el Desarrollo de los Alumnos desde edades tempranas.

El uso de tecnologías electrónicas en la intervención, es una tendencia que va en aumento, debido a que cada día se desarrollan más aplicaciones que permiten que los niños con autismo desde edades tempranas, comiencen a adquirir conocimientos en áreas como matemáticas, aprendiendo los números, en español, añadiendo nuevas palabras a su vocabulario o incluso conociendo las vocales etc. El uso de estas aplicaciones, también debe de hacerse de forma controlada y con fines de intervención, no todas las aplicaciones disponibles en los dispositivos cumplen este propósito, por lo que se debe realizar una evaluación exhaustiva para llegar a identificar que aplicación puede resultar útil, tomando en cuenta el nivel y los intereses del niño y que ayude a lograr las metas planteadas en el plan de intervención.

**EJE PRACTICO 3. Estrategias de Comunicación Eficaz:** Son un conjunto de técnicas y estrategias especializadas que permiten al educador comunicarse exitosamente con el alumno y viceversa. Se divide en tres modalidades: comunicación verbal, gestual y visual siendo ésta última la más eficiente. Las estrategias abarcan desde el uso simplificado del lenguaje hasta el intercambio de imágenes entre profesor y alumno.

El uso de estrategias de comunicación eficaz debe ser indispensable en cualquier plan de intervención ya que será de mucha utilidad para explicar reglas, conocer sentimientos y emociones del niño, rutinas e incluso enumerar pasos para alcanzar una acción. Para esto, es muy útil hacer uso de pictogramas y carteles gráficos, e incluso es muy eficiente el uso de un lenguaje lento y marcado, en el cual se exageren las expresiones y gestos al momento de dar instrucciones.

**EJE PRACTICO 4. Estructuración Espacial:** Son un grupo de estrategias tendientes a organizar rigurosamente el espacio, los muebles, propiedades y materiales que utiliza el alumno con autismo. Sirven para disminuir la ansiedad de los estudiantes, ordenar su actividad diaria en la escuela, la comunidad y el hogar, controlar sus conductas inadecuadas cómo agredir, escapar del salón o entrar a espacios privados. Muchos de estos procedimientos se derivan del modelo de intervención llamado TEACCH.

Se ha mencionado anteriormente que los niños con autismo requieren de una rutina estrictamente rigurosa, por lo que tener ambientes controlados, será de mucha ayuda en la intervención, ya que esto reducirá su ansiedad y permitirá una mayor concentración, para esto se puede hacer uso de tapetes sombra para la colocación de objetos, la delimitación del área de trabajo con aros o cinta y el uso de materiales amigables, como lápices suaves, pegamento sin olor etc.

**EJE PRACTICO 5. Estructuración temporal:** Consiste en un grupo de estrategias que permiten organizar la sucesión de eventos, los horarios y las acciones de las personas autistas para brindarles seguridad, tranquilidad e independencia.

Para lograr una plena integración de los niños con autismo a un ambiente escolar, familiar o a cualquier ambiente, es indispensable organizar rigurosamente los sucesos que ocurrirán a lo largo del día y comunicarlos con el niño, para lograrlo se puede hacer uso de agendas visuales, carteles conducta-consecuencia, fotos o videos que permitan reconstruir una secuencia ya vivida. Lo mencionado anteriormente es funcional debido a los niños con autismo son sumamente visuales.

### **EJE PRACTICO 6. Técnicas de Análisis Conductual Aplicado (ABA):**

Este eje práctico está compuesto por un sistema de técnicas comúnmente conocidas como “modificación de conducta”. Son procedimientos sumamente útiles para el aprendizaje de los alumnos autistas porque se basan en la planeación de ambientes estructurados, predecibles y “mecánicos”. Las conductas se adquieren, mantienen o reducen en función de las consecuencias que reciben del medio. Los procedimientos más útiles para conseguir conductas adecuadas en alumnos con autismo son el reforzamiento positivo y el moldeamiento (aprendizaje por aproximaciones sucesivas), ambos consisten en proporcionar estímulos “positivos” inmediatamente después de ocurrida una conducta para incrementar de ésta manera su emisión en el futuro.

Las técnicas de modificación de conducta serán de suma importancia en la intervención con niños autistas, ya que ellos constantemente necesitan ser retroalimentados sobre lo adecuado o indeseado de sus acciones. El reforzamiento positivo y el moldeamiento serán las técnicas que presentan mejores resultados, ya que de ninguna forma se generara una experiencia negativa castigando al niño, al contrario, se reforzaran las conductas deseadas, el reforzamiento estará basado en los intereses y gustos del niño, como por ejemplo después de realizar la tarea que se le indico se le puede “premiar” con su juguete favorito.

### **EJE PRACTICO 7. Estrategias de Interacción Social Eficaz**

Son un conjunto de estrategias de relación interpersonal que facilitan a los educadores, padres, compañeros y otros profesionales interactuar de la

manera más adecuada con las personas que presentan Trastorno del Espectro Autista. Las estrategias más utilizadas en éste eje práctico son:

(1) Uso consistente de la contraimitación para acceder a su “mundo solitario”, y poder reestablecer el contacto social, consiste en sincronizarse con las acciones del alumno, es decir, imitar algunas de sus conductas para captar su atención y generar paulatinamente un vínculo afectivo.

(2) Estrategias de interacción corporal: consiste en adoptar las posturas y expresiones más cómodas para el alumno autista, en general suelen sentirse más seguros cuando se adoptan posturas poco intrusivas e indirectas.

(3) Utilizar los juegos recíprocos, repetitivos y relajados entre profesor-alumno o alumno- compañeros, implica practicar pequeñas actividades de cambio de roles, por ejemplo: jugar a perseguirse, lanzarse una pelota en parejas, provocarse cosquillas mutuamente, compartir bocados alternando turnos, peinar y ser peinado, jugar a las escondidas intercambiado el rol de búsqueda, alimentar y ser alimentado, etc.

(4) Aplicar reforzamiento positivo continua y contingentemente a todas las conductas prosociales que emita el estudiante con TEA, implica entregar refuerzos o recompensas preferentemente 140 de tipo social (palabras de aprobación, señales de reconocimiento, halagos, sonrisas, abrazos, etc.) ante la más mínima conducta social adecuada.

Ya se mencionó la importancia de establecer un vínculo afectivo entre el niño y sus cuidadores para que el proceso de aprendizaje sea mucho más efectivo, para esto es de suma importancia tener muy presente que el acercamiento con los niños con TEA no será igual al que se tiene con los otros niños. Este acercamiento debe ser más cuidadoso y planeado. No se le debe obligar al niño a establecer una interacción, con el uso de las técnicas bien aplicadas, se creara en el niño un interés genuino para interactuar e involucrase en las actividades de forma voluntaria, lo que a su vez hará de la intervención un proceso satisfactorio para todos los involucrados.

## **EJE PRACTICO 8. Actividades Lúdicas para el Desarrollo y el Aprendizaje.**

Este eje práctico implica una serie de procedimientos para el aprendizaje y desarrollo de los alumnos autistas a través del juego. Todos los niños con autismo pueden jugar y tienen las motivaciones lúdicas. El propósito de éste eje es enriquecer la metodología de los maestros que atienden estudiantes con autismo a través de “aprender jugando”. El juego es uno de los medios predilectos de Vigostky y Piaget para mejorar el proceso educativo.

Presentar trastorno del espectro autista, no debe ser un factor para que se les excluya de los juegos, ya que a pesar de su condición, los niños autistas presentan la motivación por jugar, su forma de juego puede ser diferente o no corresponder a su edad cronológica. Por tal motivo es esencial que este juego sea vigilado, inducido y dirigido al logro de metas. El juego es esencial para el desarrollo de todos los niños, ya que les permite desarrollar habilidades sociales, motrices, de comunicación e intelectuales, por lo que en cualquier programa de intervención debe estar contemplado el juego como herramienta de apoyo para el aprendizaje.

El aprendizaje y el desarrollo son responsabilidad tanto de los maestros como de todos los que rodean al niño y que conducen su educación, los maestros tendrán la responsabilidad sobre el aprendizaje dentro de las aulas, mientras que los demás se dedicaran preferentemente a estimular su desarrollo en los demás contextos que rodean la vida cotidiana del niño. El trabajo en conjunto de profesores y cuidadores asegura una mayor efectividad en todos los esfuerzos realizados para alcanzar la meta planteada desde el principio, que es lograr que el niño con autismo se desarrolle a la par de los de su edad o que su rezago se reduzca.

## **JUSTIFICACION:**

La OMS (organización mundial de la salud) estima que en el mundo, 1 de cada 160 personas presentan esta condición. En México la cifra más actual de prevalencia del autismo data de 2016 e indica que 1 de cada 115 niños padecen autismo (alrededor de 400 mil niños).

Cuando a un niño se le diagnostica autismo, los padres y otros miembros de la familia, con frecuencia experimentan una variedad de emociones incómodas, que pueden ir desde el miedo y la angustia, hasta la incertidumbre de no saber que les espera, después recibir dicho diagnóstico.

Como psicóloga, considero de suma importancia, que los padres, reciban una adecuada y oportuna orientación respecto al diagnóstico de su hijo. Partiendo de la idea de que, conocer y comprender el autismo los ayudará a acercarse a esta condición con menos inseguridad y con la confianza de que tendrán herramientas suficientes para hacer frente a los primeros años posteriores al diagnóstico de su hijo.

## Objetivos

### Objetivo general:

Diseñar un taller dirigido a padres de niños que han sido diagnosticados con autismo, con la finalidad de brindar información respecto a dicha condición, como el autismo afecta en la vida de sus hijos y además proporcionar algunas herramientas para una adecuada y temprana intervención.

Esto para que los padres que tengan hijos diagnosticados, estén informados respecto a la condición de su hijo y de igual manera logre que sus hijos comiencen a desarrollar las habilidades que les permitirán adaptarse de manera correcta a la vida cotidiana. Sin dejar de abordar las emociones y el duelo que los padres experimentan tras recibir el diagnóstico de su hijo.

### Objetivos específicos:

Aprender sobre el autismo y cómo puede afectar a los niños que son diagnosticados con autismo.

Brindar estrategias y recursos para criar a un niño con autismo.

Servir de apoyo para que los padres identifiquen y manejen sus emociones tras recibir el diagnóstico de su hijo.

Fomentar la adaptación del niño a la vida cotidiana desde temprana edad.

## Planteamiento del problema

Cuando los padres reciben la noticia de que su hijo padece autismo, experimentan sentimientos de incertidumbre y miedo, al no saber con exactitud, como deben hacer frente a dicho diagnóstico. Agregando el hecho de que atraviesan por un proceso de duelo, al que pocas veces se le presta la atención adecuada, causando que el diagnóstico de su hijo se les presente como un panorama negativo. Es por esto que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál sería la orientación que deben recibir los padres de niños con autismo, para que logren manejar de manera correcta su proceso de duelo, y como consecuencia, puedan guiar a sus hijos hacia un desarrollo integral?

## Hipótesis

Como hipótesis de trabajo se plantea que, mientras más información tengan los padres respecto a la condición de sus hijos, y más conscientes sean sobre las emociones que experimentan tras recibir el diagnóstico, serán capaces de enfrentarse a dicha condición con menos incertidumbre, más seguridad y sobre todo les generara menos estrés.

Como hipótesis alternativa diseñar un taller para padres con información que les permitirá enfrentar la condición del autismo con mayor seguridad, brindando también apoyo al manejo y control de sus emociones.

## 6.1 Plan de sesión.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 1	
Tema de la sesión: Presentación.			Duración de la Sesión: 75 Minutos.	
Objetivo de la Sesión: Dar una breve introducción del taller y generar una integración de grupo.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Presentación del taller	Introducción del propósito del taller y la forma de trabajo.	El instructor dará una explicación sobre que se quiere lograr con el taller.	Diapositivas Proyector	10 min.
Dinámica de Presentación	Lograr una confianza y comunicación efectiva entre el instructor hacia los padres y entre ellos mismos.	Se les asignara un número a los padres entre 1 y 2; posteriormente se separaran en grupos, de acuerdo al número asignado. Se formaran dos líneas paralelas, quedando una frente a la otra, donde una estará estática y la otra se ira moviendo con la finalidad de que los padres puedan platicar entre si, dando a conocer su nombre y una breve descripción sobre ellos.	Ninguno	30 min.
Breve Psicoeducación sobre el contenido del taller	Dar a conocer a los padres que es lo que aprenderán en el taller.	El instructor expondrá brevemente lo que se revisara en el taller y aclarara dudas.	Diapositivas Proyector	30 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	Se les hará preguntas a los padres para saber cómo se sintieron en la primera sesión.	Ninguno	5 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 2	
Tema de la sesión: Autismo			Duración de la Sesión: 60 Minutos.	
Objetivo de la Sesión: Explicar a los padres que es el autismo				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
¿Qué es el autismo y cuáles son sus características?	Que los padres comprendan que es el autismo y las características de este.	El instructor dará una explicación sobre que es el autismo y sus características.	Diapositivas Proyector	40 min.
¿Cómo percibe un niño con autismo?	Que los padres empaticen sobre la forma que tienen sus hijos de percibir el entorno.	Se les presentara el video: ¿Cómo percibe un niño con autismo? Tomado de YouTube en la cuenta de Teletón México.	Proyector Bocina	3 min.
Breve retroalimentación sobre el video	Que los padres comparten su sentir después de ver el video.	El instructor pregunta a los padres su sentir sobre el video. Siendo opcional la participación.	Ninguno	10 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	Se les hará preguntas a los padres para saber si tienen alguna duda o algún comentario que agregar.	Ninguno	7 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 3	
Tema de la sesión: Duelo			Duración de la Sesión: 80 Minutos.	
Objetivo de la Sesión: Explicar a los padres porque ellos atraviesan por un duelo.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
¿Qué es el duelo?	Que los padres sepan que es el duelo y porque ellos pasar por uno después del diagnóstico de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre que es el duelo y como se puede identificar tras recibir un diagnóstico de autismo.	Diapositivas Proyector	40 min.
Aprendiendo a soltar Pt.1	Que los padres identifiquen las emociones y sentimientos que les provoca la condición de su hijo.	El instructor pedirá a los padres que en una hoja escriban de manera muy específica todos los sentimientos y emociones que les provoca la condición de su hijo.	Hoja y pluma	10 min.
Aprendiendo a soltar Pt.2	Que los padres dejen ir las emociones y los sentimientos que anteriormente ya identificaron.	El instructor pedirá a los padres que salgan al aire libre y formen un círculo. Se pedirá a los padres que cuando se encuentren listos y de manera voluntaria pasen al centro, y quemen su hoja. El instructor proporcionara un encendedor.	Encendedor y la hoja que cada padre escribió.	20 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	Se les hará preguntas a los padres como se sienten después de realizar la quema de su hoja.	Ninguno	10 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 4	
Tema de la sesión: Etapas del duelo			Duración de la Sesión: 80 Minutos.	
Objetivo de la Sesión: Explicar a los padres cada una de las etapas del duelo.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
¿Cuáles son las etapas del duelo?	Que los padres sepan cuáles son las etapas del duelo y por qué es importante vivir cada una.	El instructor dará una explicación sobre cada una de las etapas del duelo y un ejemplo.	Diapositivas Proyector	30 min.
¿En qué etapa me encuentro? Pt. 1	Que los padres identifiquen en qué etapa del duelo se encuentran, y como han ido recorriendo cada una de las etapas.	El instructor pedirá a los padres que en una hoja escriban como ha sido su experiencia en cada de las etapas que conforman al duelo.	Hoja y pluma	20 min.
¿En qué etapa me encuentro? Pt. 2	Que los padres compartan con el grupo su experiencia con el duelo.	El instructor pedirá a los padres que cuando se encuentren listos y de manera voluntaria pasen al frente y compartan su experiencia y como es que ellos han superado cada una de las etapas y de acuerdo a su percepción en qué etapa se encuentran.	La hoja que cada padre escribió.	20 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	El instructor hará una retroalimentación sobre la importancia de vivir cada etapa del duelo	Ninguno	10 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 5	
Tema de la sesión: Que áreas y de qué forma afecta el autismo			Duración de la Sesión: 60 Minutos.	
Objetivo de la Sesión: Que los padres conozcan las áreas que se verán afectadas en la condición de su hijo.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
¿Cuáles son las principales áreas afectadas en el TEA?	Que los padres sepan cuáles son las áreas que se verán afectadas en la condición de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre cada una de las áreas afectadas tras el diagnóstico del autismo.	Diapositivas Proyector	30 min.
¿Qué afectaciones tiene mi hijo?	Que los padres logren identificar que afectaciones presenta su hijo y que son provocadas por el autismo.	El instructor pedirá a los padres que identifiquen en qué áreas su hijo presenta un mayor nivel de afectación y los signos y síntomas presenta su hijo.	Hoja Pluma	10 min.
Espectro Autista	Que los padres comprendan porque es llamado “espectro autista”.	El instructor pedirá a los padres que comparen las afectaciones, signos y síntomas de su hijo con los demás padres.	Ninguno	10 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	El instructor dará una retroalimentación sobre el espectro autista dejando claro que no todos los niños presentaran afectaciones en la misma área ni presentaran los mismos signos y síntomas.	Ninguno	10 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 6	
Tema de la sesión: Área motriz y de sensopercepción			Duración de la Sesión: 90 minutos.	
Objetivo de la Sesión: Que los padres aprendan estrategias de apoyo para sus hijos en el área motriz y de sensopercepción.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Área Motriz	Que los padres conozcan como el área motriz se ve afectada en el desarrollo de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre como el área motriz se ve afectada en el desarrollo de sus hijos. Y las actividades sugeridas a trabajar con su hijo para que alcancen a desarrollar las habilidades necesarias.	Diapositivas Proyector	30 min.
Área de Sensopercepción	Que los padres conozcan cómo afecta el área de sensopercepción en el desarrollo de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre como el área de sensopercepción afecta al desarrollo de sus hijos. Y las actividades sugeridas a trabajar con su hijo para que alcancen a desarrollar las habilidades necesarias.	Diapositivas Proyector	30 min.
Circuito	Que los padres mediante diversas actividades conozcan la importancia de las áreas motriz y de sensopercepción poniéndolas en práctica.	Se les pedirá a los padres que se junten en los mismos equipos que la sesión 1. Después se les explicará que cada equipo debe completar un circuito de 3 estaciones en donde para llegar a la primera deberán ir gateando sobre pasto, para llegar a la segunda estación deberán ir saltando. Una vez llegando a esta estación habrá una tina con espuma, otra tina con lentejas y una tina con frijoles; los padres tendrán que meter las manos por 5 segundos en cada tina; y para llegar a la tercera estación deberán ir dando maromeas. Al llegar a la tercera estación tendrán que replicar una	Tina con espuma Tina con frijoles Tina con lentejas Bloques tipo lego	20 min.

		figura con bloques tipo lego. El equipo que termine primero será el ganador.		
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	El instructor hará una retroalimentación sobre la importancia de las áreas vistas en la sesión y se les preguntará a los padres si alguna textura les pareció molesta o si algún ejercicio se les complicó.	Ninguno	10 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 7	
Tema de la sesión: Área de Lenguaje y Comunicación			Duración de la Sesión: 70 minutos.	
Objetivo de la Sesión: Que los padres aprendan estrategias de apoyo para sus hijos en el área de lenguaje y Comunicación.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Área de Lenguaje y Comunicación	Que los padres conozcan como el área de lenguaje y la comunicación se ve afectada en el desarrollo de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre como el área de lenguaje y comunicación se ve afecta en el desarrollo de sus hijos. . Y las actividades sugeridas a trabajar con su hijo para que alcancen a desarrollar las habilidades necesarias.	Diapositivas Proyector	20 min.
Pictogramas	Que los padres se den cuenta de que no se necesita hablar para poder comunicarnos, una forma de comunicación pueden ser los pictogramas.	El instructor pedirá que se formen los equipos de la sesión anterior y a cada equipo se les presentarán una serie de pictogramas en la cual cada equipo tendrá que descifrar que es lo que quieren decir los pictogramas. El equipo que adivine primero será el ganador.	Pictogramas	20 min.
Cuento	Que los padres aprendan nuevas maneras de comunicarse sus hijos comenzando a ser con más expresivos en su lenguaje.	El instructor pedirá que se formen los equipos de la actividad anterior. Después de esto a cada equipo se le brindará un cuento y se les pedirá que uno o varios integrantes de manera voluntaria pasen al frente a contar el cuento que se les brindó. Se les pedirá que sean muy expresivos al momento de contar el cuento, por ejemplo hacer gestos, usar las manos, haciendo sonidos para contar el cuento de la mejor manera posible	Cuentos	20 min.

termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	El instructor hará una retroalimentación de la sesión y se les pedirá a los padres que expresen como se sintieron al tratar de comunicarse de una forma distinta a lo que están acostumbrados.	Ninguno	10 min.
----------------------	---------------------------------------	--	---------	---------

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 8	
Tema de la sesión: Área de socialización		Duración de la Sesión: 60 minutos		
Objetivo de la Sesión: Que los padres aprendan estrategias de apoyo para sus hijos en el área de la socialización.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Área de socialización	Que los padres conozcan como el área de la socialización se ve afectada en el desarrollo de su hijo.	El instructor dará una explicación sobre como la socialización se ve afecta en el desarrollo de sus hijos. . Y las actividades sugeridas a trabajar con su hijo para que alcancen a desarrollar las habilidades necesarias.	Diapositivas Proyector	20 min.
Enredados	Que los padres se diviertan compartiendo una actividad juntos, e intentando resolver la situación en la que se encuentran	Se les pedirá a los padres que hagan un círculo entre todos, y el instructor comenzara a pedirles que se vayan moviendo y atravesando entre ellos a modo de formar un enredo entre ellos, y los padres tendrán que comunicarse entre ellos para lograr liberarse sin soltarse las manos.	Ninguno	25 min.
Cierre de la sesión	Se hará el cierre de las actividades	El instructor hará una retroalimentación de la sesión y se les pedirá a los padres que expresen como se sintieron al estar en esa situación con sus compañeros, y también que sentimientos presentaron.	Ninguno.	15 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 9	
Tema de la sesión: Escolarización		Duración de la Sesión: 60 minutos		
Objetivo de la Sesión: Que los padres conozcan cuales son las alternativas para integrar a sus hijos al sistema educativo.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Escolarización para niños con autismo	Que los padres aprendan la importancia de que su hijo se integre a un sistema educativo.	El instructor dará una Psicoeducación sobre como la escolarización es importante en el desarrollo de su hijo	Diapositivas Proyector	20 min.
Características de una escuela para niños con autismo	Que los padres identifiquen cuales son las características con las que la escuela debe contar para el correcto desarrollo de su hijo	El instructor dará una Psicoeducación de cuáles son las características con las que una escuela debe contar para que los niños con autismo se integren de la mejor manera y de esta manera se logren los aprendizajes esperados.	Diapositivas Proyector	20 min.
CAM	Que los padres observen como se aprende en un Centro de Atención Múltiple (CAM) a través de un video.	El instructor les presentará un video a los padres sobre cómo es que se aprende en un Centro de Atención Múltiple. El video se titula Conoce el Centro de Atención Múltiple (CAM) para los niños con discapacidad. En el canal de la Secretaria de Educación de Guanajuato.	Proyector Video “Conoce el Centro de Atención Múltiple (CAM) para los niños con discapacidad”	10 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	Se les preguntará a los padres su opinión sobre el CAM y sobre la importancia de la escolarización de manera voluntaria.	Ninguno	10 min.

Nombre del programa: Propuesta de taller para padres de niños con autismo de 0 a 6 años.			Número de Sesión: 10	
Tema de la sesión: Cierre		Duración de la Sesión: 65 minutos		
Objetivo de la Sesión: Dar cierre al taller y conocer las opiniones de los padres.				
Tema	Objetivo	Actividad	Material	Duración
Retroalimentación	Dar un pequeño repaso de lo revisado durante el taller resaltando únicamente las partes más importantes.	El instructor preguntará a los padres que es lo que ellos más recuerdan sobre lo revisado en el taller y sobre eso se hará la retroalimentación	Ninguno	20 min.
¿Qué aprendí?	Que los padres reconozcan lo que aprendieron en el taller y como les será útil más adelante en el cuidado de sus hijos	El instructor pedirá a los padres que cada uno exprese que fue lo que aprendieron en taller y como esta información les fue útil para comprender la condición de sus hijos	Ninguno	20 min.
Buzón de dudas y sugerencias	Que los padres expresen su opinión honesta sobre el taller. Además de abrir un espacio de apoyo para que los padres que aún tienen dudas.	El instructor pedirá a los padres que en una hoja escriban la opinión que tienen sobre el taller, o pueden realizar alguna sugerencia o incluso si tienen alguna duda muy específica o que por alguna razón no compartieron con el grupo. Esto con la finalidad de que posteriormente se les brinde un seguimiento más particular.	Hojas Plumas	15 min.
Termino de la sesión	Se hará el cierre de las actividades.	El instructor agradecerá la participación de los padres en el taller haciendo énfasis en no olvidar lo aprendido y les pedirá a los participantes que entre todos se den un abrazo grupal.	Ninguno	10 min.

## Conclusiones

“Dicen que las personas bien informadas son las que toman las mejores decisiones. No se pueden tomar decisiones adecuadas cuando se desconocen los detalles del por qué sucede algún fenómeno. Es imposible saber lo que resultará de una acción, si no se cuenta con la información de la causa que la origina y el efecto que podría generar.” (Monzón, 2021)

El trastorno del espectro autista es una condición del neurodesarrollo que se diagnostica en la primera infancia y que afecta las principales áreas de desarrollo de quienes lo padecen, si bien no existe ninguna cura para dicha condición, con una intervención adecuada y a tiempo, se puede lograr empoderar y dotar de habilidades vitales, que perdurarán para toda la vida en los niños que padecen esta condición.

Como papás no se está completamente preparado para la llegada de un hijo, y mucho menos se está preparado para las implicaciones de tener un hijo que será diferente al resto, y que requerirá un apoyo y atención constante. Dicha situación les causará estrés, miedo e incertidumbre y sobre todo un complejo conjunto de emociones, las cuales son muy similares al duelo que se vive ante la muerte de un ser querido. Si bien un diagnóstico de autismo no representa una pérdida física, representa una pérdida de las expectativas planteadas sobre el nacimiento de su hijo, y sobre su futuro.

Se puede observar que la hipótesis de trabajo que se mencionó al principio, la cual establece que “mientras más información tengan los padres respecto a la condición de sus hijos, y más conscientes sean sobre las emociones que experimentan tras recibir el diagnóstico, serán capaces de enfrentarse a dicha condición con menos incertidumbre, más seguridad y sobre todo les generara menos estrés”, se confirma, debido a que cuando a los padres se les brinda una orientación oportuna y concreta por parte de profesionales, su miedo ante la condición y lo que esto implica, se reduce considerablemente.

Con mi formación como psicóloga y mi experiencia al trabajar con familias que tienen un niño con autismo dentro de sus miembros, considero que implementar

un taller para padres, es imprescindible después de recibir el diagnóstico, debido a que si reciben la información y apoyo adecuados, podrán ser capaces de brindar a sus hijos el mejor cuidado y una mejor atención. Es importante que los padres e incluso familiares cercanos, se eduquen sobre el trastorno y las diferentes terapias y tratamientos disponibles, así como también cómo manejar situaciones cotidianas, que muchas veces serán bastante desafiantes para los que rodean al niño que padece TEA. Además será de suma importancia que los padres conecten con una red de apoyo que puede estar conformada por otros padres que se encuentren en situaciones similares o incluso profesionales en el área de la salud, para que puedan compartir experiencias y obtener apoyo emocional. Con el apoyo adecuado, los padres pueden ayudar a sus hijos con autismo a alcanzar su máximo potencial y llevar una vida plena y feliz.

Mi compromiso como psicóloga es ayudar a los padres de niños con autismo, ya que además de brindar un acompañamiento emocional que permitirá manejar el duelo, el estrés y la ansiedad generadas tras el diagnóstico, también será adecuado, ayudar a los padres a comprender mejor el trastorno e incluso dotarlos de habilidades para una crianza efectiva.

Si los padres de niños con autismo no reciben una información adecuada y oportuna sobre la condición de su hijo, pueden enfrentarse a diversos desafíos. En primer lugar tendrán dificultades para comprender el comportamiento de su hijo y por ende no podrán manejarlo de forma correcta. Además de presentar problemas para acceder a los servicios y tratamientos necesarios para atender a su hijo, incluyendo las terapias ocupacionales, de lenguaje y conductuales. Dentro de estas dificultades para incluir a sus hijos en las escuelas, para que reciban una educación adecuada ya que muchas veces los padres desean que sus hijos asistan a la escuela y aprendan como los demás.

Como se mencionó con anterioridad el autismo afecta diversas áreas del desarrollo, como lo es el área de la comunicación, la socialización, el aprendizaje etc. Sin embargo con el apoyo adecuado y oportuno, los niños afectados con esta condición serán capaces de lograr muchas cosas, entre ellas, mejorar sus

habilidades sociales, aprendiendo a interactuar con los demás de una manera efectiva, también podrán desarrollar habilidades de comunicación las cuales les permitirán compartir sus deseos y necesidades con los demás, y por ende será una herramienta para integrarse al mundo que los rodea. Otra de las cosas que se pueden lograr es que su capacidad de aprendizaje mejore de manera significativa lo que les permitirá adquirir nuevas habilidades. Los niños con autismo también llegan a tener problemas con la regulación de sus emociones, sin embargo dentro de la intervención, se conseguirá que los niños logren regular sus emociones y comportamientos dentro de los diferentes contextos. Además del anterior, con el apoyo correcto los niños con autismo serán capaces de ampliar sus intereses y habilidades. En resumen, con el apoyo adecuado los niños con autismo serán capaces de lograr grandes cosas, lo que les permitirá llevar una vida muy similar a la de los demás niños de su edad. Si bien tomara más tiempo que los demás e incluso requerirá un mayor esfuerzo, de manera gradual irán adquiriendo mayor independencia y su calidad de vida será cada vez mejor.

Por todo lo anterior, concluyo que un padre correctamente informado sobre la condición de autismo que presenta su hijo, puede tomar las medidas necesarias para ayudar a su hijo de forma oportuna para que logre alcanzar su máximo potencial. Los padres serán capaces de entender mejor las necesidades de sus hijos y buscar el apoyo adecuado, como lo son terapias de lenguaje, terapias conductuales, incluso terapias ocupacionales y la educación especial que requieren. Adicionalmente podrán aprender estrategias que permitirán que desde casa los niños comiencen a desarrollar sus habilidades, motoras y sociales. Es de vital importancia que los padres trabajen de la mano de profesionales de la salud y de la educación, creando un plan de tratamiento individualizado para su hijo. Sin dejar de lado que será sumamente importante que los padres de niños con TEA encuentren su propia estabilidad emocional, ya que de lo contrario se pueden presentar dificultades para tomar decisiones e incluso afectar la relación con su hijo y por lo tanto la capacidad de crear un ambiente seguro para su hijo también se verá afectada.

## Bibliografía

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). *Tratamientos para los niños con trastorno del espectro autista, revision de la investigacion para los padres y personas que ayudan al cuidado*. Houston, Texas.
- Álvarez Pérez, R. F. (s.f.). *Manual didáctico para la intervencion en atencion temprana en el trastorno del espectro del autismo* . Federacion Autismo Andalucia .
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social-Comparison Theory*. Englewood: Prentice Hall.
- Basil, C. (2023). ARASAAC. Obtenido de <https://arasaac.org/aac/es>
- Bertrand, R. (1 de Junio de 2015). *Teoría Sociocultural de Lev Vygotsky*. Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-sociocultural-lev-vygotsky>
- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de la investigación*, 52.
- Carlos Camps Herrero, C. C. (s.f.). Comunicación y duelo. Formas del Duelo. *Servicio de Oncología Médica*, 17-24.
- Carrera, B. (2001). *Vygotsky: Enfoque Sociocultural*. Venezuela: Universidad de los Andes.
- Castro, M. B. (2015). *EL ROL DE LA FAMILIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA AUTODETERMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO*.
- Elisabeth Kübler-Ross, D. K. (2015). *Sobre el duelo y el dolor* . España: Luciernaga .
- Erika G Meza Dávalos, S. G. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las perdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 28-31.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana ( GAT). (2005). *LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA*. Madrid: Centro Español de Documentación sobre discapacidad.
- Fernando Mulas, G. R.-C. (2010). *Modelos de intervencion en niños con autismo* . España.
- Francista, M. (2013). *La Teoría del Desarrollo cognitivo de Piaget aplicada en la clase de primaria* . Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Instituto Colombiano del bienestar familiar. (2007). *Orientaciones pedagogicas para la atencion y promocion de la inclusion de niñas y niños menores de 6 años con autismo*. Bogota, Colombia: Instituto Colombiano del Bienestar Familiar .
- Instituto Nacional de Salud Mental . (s.f.). *Guia para padres sobre el Trastorno del Espectro Autista* . Estados Unidos.

- Intermountain Healthcare. (2004-2012). El autismo y otros trastornos relacionados, informacion para pacientes y sus familias.
- Jimenez, A. (25 de Junio de 2020). *Jean Piaget y la teoría del aprendizaje*. Obtenido de Un blog para educadores: <https://www.soydocentemaestroyprofesor.com/2020/04/blog-post.html>
- María Cristina Aguilar-Villota, J. H. (Diciembre 2017). Diferencias del duelo y afrontamiento de los padres de niños con espectro autista. *Conference Proceedings UTMACH*, 17-24.
- McLeod, S. (2010). *Simply psychology*.
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente*. México DF: SEP.
- Meza Dávalos, E. G. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las perdidas emocionales. . *Revista de especialidades medico-quirurgicas*, 28-31.
- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD. (2015). *PROTOCOLO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RUTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA*.
- Monzón, C. M. (2021). *POR QUÉ ES IMPORTANTE ESTAR INFORMADO*. Obtenido de Agencia Universitaria de Noticias .
- Ocadiz, I. (2022). *Aprendizaje y Comunicación Social en Niños de 3 a 5 años” Desde la teoría de Albert Bandura*. México: Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo.
- OMS. (2013). *El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate*.
- Ramirez, M. A. (2015). *La atencion Educativa de los alumnos con trastorno del especto autista* . Aguascalientes, México: Instituto de Educacion de Aguascalientes .
- Ramirez, M. A. (2015). *La atencion educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista* . Aguascalientes, Mexico: Instituto de educacion de Aguascalientes.
- Reboredo, C. (2015). *Espectro Autista deribando mitos, construyendo realidades. Guia practica para padres y profesionales*. . Avellaneda, Argentina : Doble/E.
- Russ, S. (2006). *Pretend play, affect, and creativity*. Foudations and frontiers in aesthetic.
- Santrock, J. (2004). *Life Span Development*. Boston: Mc-Graw Hill Collage.
- Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Politica social. (2009). *Información para padres tras un diagnostico de Trastorno del Espectro Autista (TEA)*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- Soto, N. B. (2016). *Trastorno del espectro autista, estrategias para padres*. . Buenos Aires, Argentina : Fundacion Brincar, para un autismo feliz .
- Tomás, J., & Almenara, J. (2007). *Master en Paidopsiquiatría*. Barcelona: Colegio Oficial de Psicología de Catalunya.

- UNICEF. (s.f.). *Duelo. Manual de capacitacion para acompañamiento y abordaje del duelo* .
- Vicente Alberola Candel, L. A. (2007). Intervencion individual en el duelo . *Duelo en oncologia* .
- Vicente Alberola Candel, L. A. (s.f.). *INTERVENCIÓN* .
- Vicente Alberola Candel, L. A. (s.f.). *Intervencion individual en el duelo* . Valencia .
- Villalobos Guevara, A. M. (26 de Octubre de 1999). *Desarrollo psicosexual, Adolescencia y Salud* .  
Obtenido de [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000100011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000100011&lng=en&tlng=es).