



UNIVERSIDAD DEL GOLFO DE MÉXICO NORTE

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
Clave de la Institución 22MSU0014A

CAMPUS QUERÉTARO

LA PEDAGOGÍA DENTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO CON UN
NIÑO AUTISTA

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PEDAGOGÍA

PRESENTA

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ GARCÍA

ASESORA: LIC. LIDYA VERÓNICA GALLEGOS RAMÍREZ

CORREGIDORA, QUERÉTARO 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatoria

Dedico con todo mi corazón mi tesina a mi madre Ma. Isabel García, pues sin ella no lo habría logrado. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien. Por eso te doy mi trabajo en ofrenda por tu paciencia y amor madre mía, te amo.

Para mi hermano Giovanni Gonzalez, quien ha sido como mi padre a lo largo de mi vida con su ejemplo de perseverancia y dedicación se pueden lograr grandes cosas, ya que sin su apoyo no habría sido posible concluir esta etapa de mi vida.

Para mis hermanos y pareja, quienes han sido mi apoyo constante. Su amor y aliento son mi inspiración a lo largo de este viaje.

Gracias por creer en mí.

Agradecimientos

Agradezco a Dios y a María Santísima del Pueblito por haberme otorgado una familia maravillosa, quienes han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. A todos ellos dedico el presente trabajo, porque han fomentado en mí, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha contribuido a la consecución de este logro. Espero contar siempre con su valioso e incondicional apoyo.

¡Muchas gracias!

Índice

Introducción.....	5
Capítulo I. Marco contextual.....	8
Capítulo II. Determinación y análisis del problema.....	20
2.1.1 Planteamiento de problema.....	20
2.2.1 Delimitación del tema.....	20
2.2.2 Justificación.....	21
2.2.4 Objetivo general.....	22
2.2.5 Objetivos específicos.....	22
2.2.6 Descripción de la investigación	22
2.3.1 Marco teórico.....	25
Capítulo III. Plan de trabajo.....	54
3.1 Diagnóstico y valoración.....	54
Capítulo IV. Evaluación.....	72
Capítulo V. Conclusión.....	90
Referencias	

Introducción

El presente trabajo ha sido confeccionado como parte integral del proceso para obtener el título de Licenciada en Pedagogía, bajo la modalidad de tesina especializado en terapia conductual. Este enfoque se ha desarrollado en el contexto específico del diagnóstico y tratamiento de un niño de 5 años, identificado con autismo funcional por el prestigioso Centro para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo (CAADD).

El CAADD, como entidad especializada, desempeña un papel vital en el diagnóstico y atención de niños que presentan autismo u otros trastornos del desarrollo. Su misión principal es proporcionar un plan de trabajo individualizado que no solo aborde las necesidades específicas de cada paciente, sino que también busque facilitar la integración de los niños en la sociedad, permitiéndoles llevar una vida lo más normal y plena posible.

Esta tesina se sumerge en la atención personalizada brindada a un paciente en particular, proponiendo un plan de trabajo exhaustivo que se enfoca en diversas áreas de desarrollo. Los objetivos específicos delineados en este plan están diseñados para fomentar el desarrollo cognitivo del paciente, al mismo tiempo que buscan reducir conductas inapropiadas en consonancia con su nivel de desarrollo.

La estructura de esta tesina está compuesta por cinco capítulos, ha sido concebida para proporcionar una comprensión profunda y un análisis detallado de cada faceta de esta tesina. El primer capítulo de la tesina presenta de manera detallada el objetivo general y los objetivos específicos de la tesina, así como una justificación exhaustiva de la investigación y su relevancia en el campo de la Pedagogía.

En el segundo capítulo, se ofrece una inmersión profunda en el universo del CAADD, proporcionando no solo una visión histórica y detallada de la entidad, sino también explorando a fondo los servicios que brinda. Además, se examina la estructura curricular del centro y se destacan algunas de las actividades realizadas por sus miembros, contribuyendo así a una comprensión más holística de la institución.

El tercer capítulo se adentra en la información específica del paciente en el que se centra esta tesina, respaldado por un marco teórico robusto que fundamenta la investigación. Aquí, se establece una conexión clara entre la teoría y la aplicación práctica, proporcionando al lector un contexto comprensivo para entender el caso específico y la intervención propuesta.

El cuarto capítulo presenta detalladamente las tablas de registro, el plan de trabajo implementado durante la terapia, los objetivos alcanzados y las conductas que experimentaron una disminución notable en el niño. Esta sección actúa como un puente crucial entre la teoría y la práctica, demostrando la efectividad y la aplicabilidad del enfoque terapéutico adoptado.

Finalmente, el quinto capítulo ofrece un análisis pormenorizado de la práctica, haciendo referencia explícita a los autores presentados en el marco teórico. Este análisis no solo se centra en la efectividad de la intervención, sino que también arroja luz sobre la conexión entre la teoría y los resultados prácticos observados.

La conclusión de esta tesina va más allá de un simple resumen. Es una reflexión profunda basada en la experiencia adquirida durante el último semestre de la licenciatura, enfocándose específicamente en la materia de investigación pedagógica. Esta tesina no solo

representó un aprendizaje significativo y enriquecedor, sino también una valiosa contribución a mi desarrollo profesional. La oportunidad proporcionada por el centro CAADD, tanto en mi servicio social como en mi posterior rol como terapeuta, fue una experiencia transformadora que consolidó mi compromiso con la pedagogía y mi dedicación al avance y bienestar de los niños con autismo. Así como las fuentes de consultas en las cuales se sustenta el marco teórico y los datos presentados en esta tesina.

CAPÍTULO I. MARCO CONTEXTUAL

CAADD

Fundada en 2010

“Sé tú la pieza que hace falta”

Avenida Don Bosco #51, local 18 Colonia
El Pueblito, Querétaro, México

Es un centro especializado en el tratamiento del autismo y desórdenes del desarrollo, comprometidos a lograr que cada uno de nuestros pacientes alcance su máximo potencial, a través de metodologías con un sólido respaldo científico.

Creada en 2010 para apoyar a familias cuyos recursos no les permitan costear el valor de los servicios de terapia que requieren sus seres queridos, CAADD tiene como objeto primordial el favorecer la inclusión laboral, educativa, terapéutica y social, a través de convenios con instituciones probadas por su profesionalismo.

Ubicación:

Actualmente CAADD. Está ubicado en una plaza llamada Don Bosco en el segundo piso, cuenta con instalaciones acondicionadas para brindar un servicio de calidad a sus pacientes y familiares, el acceso al centro puede ser por auto o también por transporte público, cuenta con un domicilio central y fácil de llegar.

Misión

Ser un agente de cambio positivo en la transformación de la vida de las familias de pacientes

con autismo y otros desórdenes del desarrollo, a través de programas terapéuticos de la más alta calidad y con métodos científicamente comprobados por su efectividad.

Visión

Ser la institución líder en el tratamiento del autismo y otros desórdenes del desarrollo, a través de la investigación, diagnóstico y aplicación de tratamientos con un sólido respaldo científico que permitan a cada uno de nuestros pacientes adaptarse a su ambiente de la mejor manera y a vivir vidas plenas, sanas y felices.

Infraestructura.

La infraestructura del Centro para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo está compuesta por un edificio de una planta.

- Recepción, en donde se brinda información sobre los diferentes servicios que en este se ofrecen.
- Sala de juntas: en donde laboran los terapeutas en cuanto a la documentación de sus pacientes, también se realizan ahí las entrevistas clínicas.
- Oficina de dirección: en donde realiza su trabajo la directora y fundadora del centro.
- Tres salones: llamados de acuerdo al color que están pintados.
- ✓ El “salón azul” es el espacio de multigrado, este solo se utiliza por las mañanas.
- ✓ El “salón amarillo”, el cual es utilizado solo por las tardes para atender a niños que se encuentran en alguna terapia.
- ✓ El “salón rosa”, el cual es utilizado por las mañanas para atender al grupo de intervención temprana y por las tardes a niños que se encuentran en alguna terapia.

- ✓ También está conformado por un salón de motricidad que surge como complemento de las terapias.

Cada uno de los salones cuenta con el material necesario para desarrollar adecuadamente las terapias y las diferentes atenciones que se les brindan a los niños.

- ✓ Patio que funciona como área de juegos, en la cual los niños pueden tener actividades lúdicas y de activación física que les ayuda en su proceso de desarrollo

- ✓ Bodega en donde se guardan cosas de limpieza y material que no se utiliza constantemente.

- ✓ Área de baños para niños y área de baños para niñas.

- ✓ Baño para personal.

Este centro atiende a niños y adolescentes que van desde los 2años a los 20años, quienes son diagnosticados por medio de una previa entrevista con los papás, seguido de una evaluación que consta de una historia clínica y el trabajo directo con el paciente para así poder determinar el tipo de terapia que requerirá.

Actualmente se atienden a 23 pacientes dentro de los dos turnos, de los cuales solo 6 son del sexo femenino.

De acuerdo a los diversos estudios socioeconómicos que se les aplica a los padres se determina si estos son aptos para adquirir algún tipo de apoyo económico durante el tratamiento que se le dé al paciente.

De los modelos brindados dentro del centro, de acuerdo a los datos proporcionados se puede mencionar que en el modelo de intervención temprana se atienden a niños de diferentes edades. Brindando aprendizajes que permitan a los niños desarrollar diferentes habilidades que le permitan ir teniendo un desarrollo cognitivo

Las modalidades terapéuticas que se manejan en el centro se desarrollan considerando la individualidad de cada miembro de la familia reconociendo que cada uno es único e irrepetible.

Diseñar un programa terapéutico a la medida de cada paciente es una misión constante que nos permite individualizar cada intervención como si fuera un traje a la medida. En conjunto, padres y terapeutas deciden cuál es el modelo de servicios que mejor se ajusta a cada paciente y a su familia.

- Modelo tradicional

Los padres del paciente reciben entrenamiento teórico y práctico necesario para trabajar con su hijo en casa y para documentar su progreso diario.

Para que sus hijos puedan recibir servicios terapéuticos en nuestro centro, los padres deben disponer de un mínimo de una hora diaria dedicada a trabajar en los objetivos terapéuticos individualmente diseñados para su hijo, bajo la orientación de nuestro personal.

Una vez a la semana, los padres visitan nuestro centro para evaluar el progreso de su niño, expresar dudas y recibir orientación que permita continuar con sus objetivos a alcanzar.

Nuestro programa también cuenta con una junta periódica de equipo en la que los padres, terapeutas y otros especialistas involucrados en el caso están invitados a intervenir para plantear objetivos comunes, escuchar sugerencias y preocupaciones de los padres y evaluar el progreso del paciente.

Cualquier modificación al programa de terapia es decidida durante la junta y es avalado por el equipo de trabajo.

- Modelo mixto

Este modelo ofrece terapia altamente estructurada en nuestro centro, a la vez que los padres reciben orientación para que lo aprendido en terapia se aplique en cada ambiente natural donde el paciente se desenvuelva. Este modelo surge de la necesidad específica en México de contar con una base clínica, sin descuidar la necesidad de incorporar a todos los miembros de la familia en el proceso terapéutico.

- Modelo de larga distancia

Nuestro centro también cuenta con servicios de larga distancia para aquellas personas fuera del área de Querétaro y también a nivel internacional. En este caso, nuestra clínica ofrece un periodo intensivo de evaluación, diseño del plan de intervención y entrenamiento para padres. El seguimiento periódico puede hacerse de manera presencial o a través de medios electrónicos.

- Grupo de intervención temprana

Este modelo está diseñado para pacientes entre dos y cuatro años de edad, cuyo diagnóstico y nivel de funcionamiento requieran de una intervención intensiva antes de ser incluidos en el sistema educativo especial o regular. La terapia abarca todas las áreas del desarrollo, de manera que esperamos que al dar de alta a un paciente sus conductas hayan mejorado de manera tan significativa que sea difícil distinguirlo de otros compañeros de su misma edad.

- Grupo de intervención básica

Diseñado para pacientes entre los cinco y los nueve años de edad, cuyas conductas y/o nivel de funcionamiento les impidan ser incluidos en la escuela especial o regular. A través de una intervención personalizada e intensiva, pretendemos reducir al máximo las conductas excesivas o inapropiadas, al tiempo que facilitamos la adquisición de conductas

de reemplazo que se asocian a nuevas habilidades y fomenten la inclusión del paciente dentro de los ámbitos en que se desenvuelva.

- Grupo multigrado

Diseñado para jóvenes entre los 12 y los 20 años de edad, este grupo combina intervenciones educativas a través del sistema INEA, con intervenciones terapéuticas individuales y grupales. El objetivo general del grupo es apoyar a los alumnos en la adquisición de habilidades sociales, comunicativas, conductuales, académicas, pre-laborales y motrices que faciliten su inclusión social, laboral, académica y familiar.

- Grupo de jóvenes

Dirigido a jóvenes con autismo alto funcional u otros trastornos del desarrollo que involucren dificultades comunicativas, sociales y adaptativas, el grupo pretende ser un espacio seguro y amigable en el que se fomenten lazos de amistad, mientras se trabaja en mejorar las áreas de reto.

En el modelo de multigrado se atienden a 2 niños y 2 niñas, de los cuales un niño y una niña se encuentran determinados como “funcionales”.

En el modelo mixto se atienden a 4 pacientes, dando orientación sobre las terapias a los padres para que los apliquen en sus ambientes de desarrollo.

En el modelo tradicional se atienden a 6 pacientes, de los cuales solo 1 está catalogado como paciente “no funcional”.

En el modelo a larga distancia se atienden a 5 pacientes, a los cuales se les brinda una asesoría de cómo trabajar con los pacientes y se les retroalimenta mediante algún dispositivo conectado a una cámara web para poder observar el trabajo.

De acuerdo a la información brindada por parte del centro, se puede mencionar que el 60% de los pacientes cuentan con un nivel socioeconómico alto, mientras que el 25% son de nivel medio y el resto 15% de nivel bajo, siendo estos dos últimos los que reciben el apoyo de la fundación CAADD mediante un estudio socioeconómico.

La fundación CAADD se sustenta mediante donaciones de diferentes instituciones, padres de familia y cualquier otra persona que quiera ayudar, tanto por medio de donativos económicos como donativos de material didáctico, mobiliario, material escolar, etc.

La metodología y los servicios que se manejan están basados principalmente en la terapia conductual, la cual la sustentan con la explicación de que “la ciencia conductual puede alcanzar muchos resultados observables, pero el que más disfruto es la sonrisa de un niño que ha alcanzado un nuevo logro”.

- Evaluación diagnóstica

Esta incluye la aplicación de pruebas estandarizadas y criterios de diagnóstico necesarios para determinar con certeza el diagnóstico del paciente.

- Análisis funcional de conducta

Una vez que se tiene un diagnóstico, se realiza un análisis funcional de conducta y mejorar en el paciente evaluado, de manera que al final se obtendrá un plan de intervención tan individualizado que permita ajustar cada objetivo y estrategia a seguir para cada paciente en particular, como si fuera un traje a la medida.

- Terapia individual y grupal

Todas nuestras metodologías de intervención se basan en el análisis aplicado de conducta, debido a la comprobación científica de los resultados obtenidos. Ofrecemos

diferentes modelos de servicios que se ajustan a las necesidades específicas de cada paciente y de su familia.

Ampliar

- Apoyo en la escuela

Para pacientes que asisten a una escuela regular o especial este apoyo cuenta con:

✓ Consultoría basada en una evaluación de conducta para apoyar a los maestros y sugerir estrategias apropiadas para la enseñanza y mejora de conductas que interfieran con el proceso de aprendizaje tanto del alumno como del grupo.

✓ La consultoría se da de manera periódica y se basa en objetivos planteados por padres, maestros y terapeutas para el mejor desempeño del paciente.

Talleres que permitan a los profesores detectar en sus alumnos la posibilidad de un trastorno del desarrollo y hacer recomendaciones de intervención en el salón de clases. Buscamos la inclusión, entendiendo que cada maestro requiere de herramientas que le permitan llevar a cabo adecuaciones viables e individualizadas.

Entrenamiento y supervisión de maestros sombra o acompañantes terapéuticos. Nuestro servicio incluye la evaluación inicial en la escuela, el diseño del plan de intervención, el entrenamiento del maestro sombra y la supervisión periódica en el ambiente escolar para garantizar la calidad de los servicios.

- Entrenamiento a padres y profesionales.

CAADD está comprometido a promover y compartir el conocimiento de métodos científicamente respaldados para el tratamiento del autismo y otros trastornos.

Es importante que el paciente lleve un acompañamiento en su tratamiento, en el que todos los adultos significativos en su vida (padres, maestros, etc.) trabajen de manera

coordinada para que las intervenciones en casa, en la escuela y en otros ambientes sean constantes.

De esta manera se evitan confusiones y contradicciones que afecten los avances del paciente.

Para ello, CAADD ofrece talleres a padres y profesionales que les permitan aprender las herramientas de trabajo que garanticen los mejores resultados en la intervención.

El personal que labora dentro de la institución cuenta con una cierta preparación para el desarrollo de su trabajo.

1.1 Perfiles profesionales.

- Licenciada: directora y fundadora del centro cuenta con una licenciatura en Pedagogía y un diplomado en “terapéutica de la psicomotricidad” y es especialista en el “análisis aplicado de la conducta”. quien obtuvo su preparación profesional en E.E.U.U. y de donde obtuvo el sustento teórico para la creación de su fundación.

- ✓ La directora tiene que ser una persona especializada en el autismo o algún desorden del desarrollo, también debe de tener certificaciones que avalen su preparación.

- ✓ Su colaboración estrecha con el personal especializado, como la encargada de terapias y los terapeutas líderes, asegura una atención holística y coordinada para los pacientes.

- ✓ Además, su rol es la observación activa de los terapeutas, pacientes y en la implementación de actividades terapéuticas proporciona por cada terapeuta, así como soporte continuo dentro del plan de intervención individualizado.

- Dulce: Encargada de terapias y del grupo de intervención temprana cuenta con una licenciatura en pedagogía (no titulada).

- Lic. Héctor: Terapeuta encargado del grupo de multigrado cuenta con una licenciatura en Psicología.

- ✓ Los auxiliares terapéuticos reciben capacitación y orientación periódica por parte del equipo de profesionales, asegurando así la aplicación efectiva de las estrategias terapéuticas.

- ✓ Esta formación constante les permite adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y mejorar sus habilidades en el manejo de situaciones terapéuticas.

- ✓ Las personas que deciden ser terapeutas deben tener una licenciatura en educación o educación especial, así como algún curso en atención con niños autistas

- Lic. Esteban G: director administrativo, con licenciatura en Contaduría y administración.

- ✓ Se en carga de la planificación, dirección, control y organización de actividades dentro centro.

- ✓ El perfil debe de tener una licenciatura en administración de empresas, así como experiencia en dirección de empresas para llegar a cumplir con los objetivos que desean alcanzar

- Tamara S: Asistente administrativo, recepcionista.

- ✓ Funciones administrativas la actualización, registro y almacenamiento de información; fotocopiado; archivado; tratamiento de textos; atención telefónica y gestión del correo postal y electrónico.

- ✓ El perfil debe de tener carrera técnica en asistente administrativo, así como algún curso o experiencia que Compruebe sus conocimientos

- Auxiliares terapéuticos:

-Valentina: TEC. Puericultura (no egresada) En Puericultura, aporta conocimiento en el cuidado y desarrollo infantil, complementando las intervenciones terapéuticas.

- María José y Karla, estudiantes de Pedagogía, aportan perspectivas educativas en consonancia con las metodologías aplicadas en el centro.

- Adriana, licenciada en Psicología en curso, ofrece una comprensión profunda del comportamiento humano, enriqueciendo las estrategias terapéuticas.

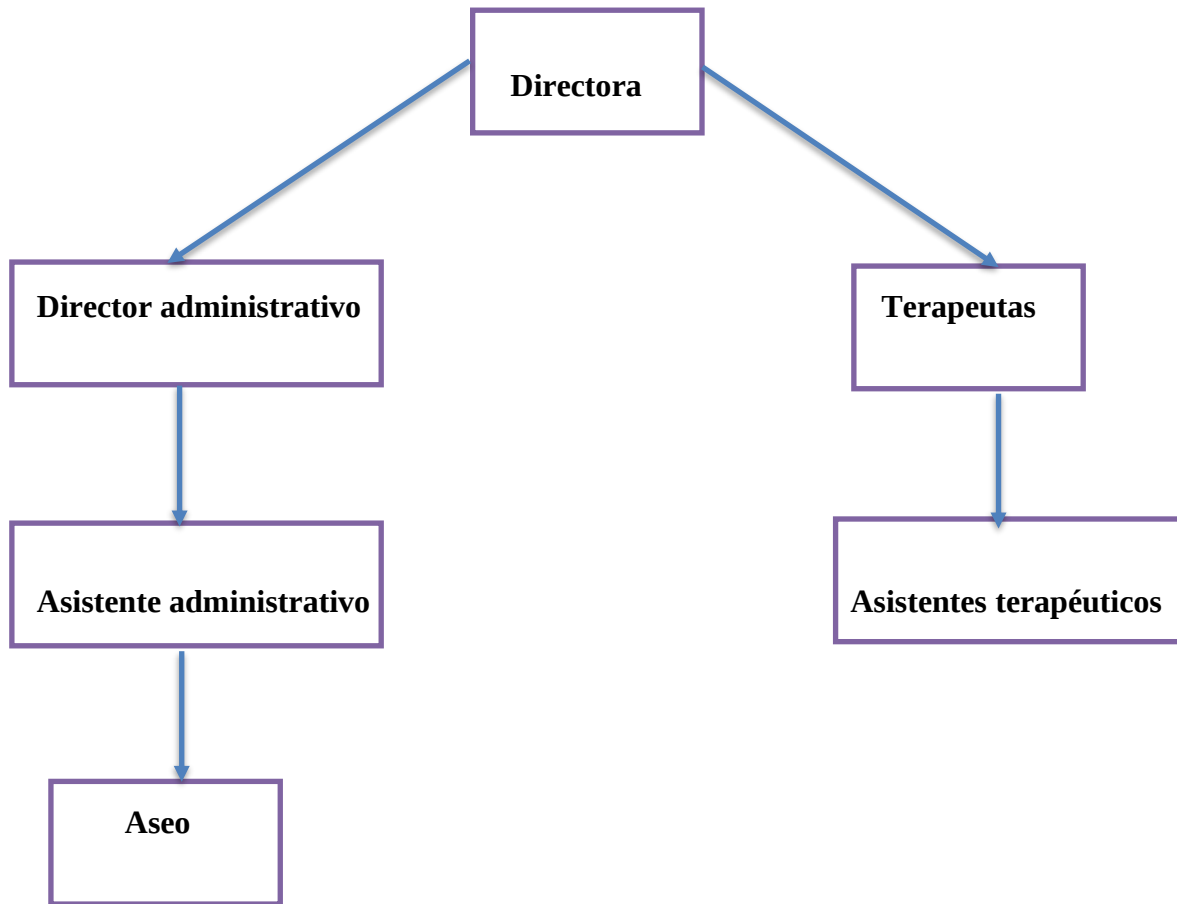
✓ Los auxiliares terapéuticos en el Centro (CAADD) representan un eslabón fundamental en la cadena de atención integral. A pesar de su formación en curso o incompleta, su labor desempeña un papel clave en la implementación de estrategias terapéuticas y en el apoyo continuo a los pacientes.

✓ Destacar cómo cada auxiliar terapéutico aporta desde su formación y cómo se integran en el equipo profesional del CAADD fortalecerá la sección, enfatizando la importancia de su contribución a pesar de estar en proceso de formación.

✓ Esto debería proporcionar una base sólida para resaltar la importancia de los auxiliares terapéuticos y cómo su formación, a pesar de estar en curso o incompleta, se relaciona directamente con su valiosa contribución al centro.

- Auxiliar de limpieza: son dos personas que se encargan de mantener las instalaciones del centro en buenas condiciones, así como de mantenerla aseadas

1.2 Organigrama:



CAPÍTULO II. DETERMINACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1.1 Planteamiento de problema.

El CAADD es una institución, en la cual atiende a niños con problemas en el desarrollo y a niños con autismo, así mismo ofrecen atención para que tengan un desenvolvimiento en su desarrollo cognitivo y social.

Esta instrucción ha establecido una metodología de trabajo con un enfoque conductista, el la cual se ha observado que no permite una propuesta diferente para obtener otros resultados.

Por lo anterior, se analizarán las técnicas y metodología aplicadas dentro del centro con la finalidad de contribuir de forma pedagógica y profesional dentro de los procesos que brinda la institución.

Por lo tanto, surge la siguiente pregunta:

¿Cómo intervine la pedagogía dentro del proceso terapéutico con niños autistas?

2.2.1 Delimitación del tema.

Desde que se empezó a realizar el servicio en la institución llamada CAADD, se encontró con un trabajo terapéutico que brindan a niños con autismo y problemas de conducta, partiendo de diferentes pruebas que permiten saber en qué nivel de autismo se encuentran los niños, para de ahí brindar una terapia que permita tener más atención y controlar su conducta.

Se analizará la terapia que se le brinda a un niño de 5 años, partiendo de sus objetivos específicos y utilizando la misma metodología que la institución tiene, para la realización de su terapia.

También se estarán evaluando los objetivos específicos que se proponen en la institución, para identificar como el niño reacciona ante el plan de trabajo propuesto por el centro y así poder analizar un mejor desenvolvimiento en su proceso cognitivo- conductual.

2.2.2 Justificación:

Es importante reconocer la manera pedagógica que se brinda en el centro a la hora de trabajar con un niño autista, así como el brindar alguna estrategia de mejora que ayude al servicio terapéutico.

Es por ello que se consultaran diferentes autores importantes en la pedagogía, como Jean Piaget para analizar las etapas de crecimiento en las que se encuentra el niño y la importancia del lenguaje de acuerdo a su edad.

María Montessori se analizará como intervine su material didáctico que se utiliza en cada terapia y tener presente que cada niño aprende a su ritmo, así el papel del maestro y la importancia de la educación especial dentro de la pedagogía para mostrar nuevas alternativas que ayuden profesionalmente a la atención terapéutica con niños autistas.

Así mismo un poco de la historia del autismo y las aportaciones que hay sobre este trastorno que permita sustentar la siguiente tesina presentada, para dar énfasis en las cualidades y tratamientos que se utilizan con un paciente con autismo.

También el vínculo entre la pedagogía y el autismo ya que se pretende saber si la institución acepta algunas propuestas dentro de la atención que ellos brindan basada en su

metodología aplicada, para saber cuál son las ventajas y desventajas de este servicio terapéutico.

2.2.4 Objetivo general

Analizar los recursos, las técnicas y los procesos de aprendizaje que se utilizan durante las terapias, de acuerdo con las necesidades que cada paciente requiere, con la posible opción de brindar alternativas de atención para la mejora de la conducta a personas con algún tipo de autismo o desordenes del desarrollo que favorezcan su desempeño en la vida diaria y su relación con las personas.

2.2.5 Objetivos específicos

- Describir la metodología de enseñanza que se aplica en el centro, con la finalidad de analizar su instrumentación aplicada a cada paciente.
- Identificar las técnicas y el material que se utiliza en cada terapia para su desenvolvimiento en cada área de oportunidad.
- Conocer si las técnicas y los recursos en cada terapia ayudan al paciente a lograr sus metas en cada área de oportunidad de acuerdo con sus necesidades específicas.

2.2.6 Descripción de la investigación

El 15 de noviembre se inició el servicio social en el Centro para la Atención del Autismo y Desórdenes del Desarrollo (CAADD), asistiendo 4hr por día los 5 días de la semana; en donde los primeros 2 días se recibió una capacitación para conocer cómo se trabajaba en el centro.

Se asignó la función de “asistente de terapias”, cuya actividad a desarrollar constó de acompañar al terapeuta durante las sesiones en diferentes actividades que este requiriera.

Durante el desarrollo y acompañamiento en las terapias, se conoció de manera real el trabajo que se realizaba con los pacientes, el cual consta de la aplicación de varios instrumentos que permiten conocer si el paciente está logrando algún avance en su desarrollo de acuerdo con los objetivos que se desean alcanzar, basados en el nivel de conducta en el que se encuentre.

La manera de documentar los avances es mediante una rúbrica llamada “conteo de intentos”, en donde se especifica el conteo particular del momento en que se revisó una habilidad específica. Incluye información sobre la fecha, nombre del terapeuta, fase en que se trabajó, objetivos específicos, material usado, conteo final y comentarios relevantes con respecto a ese bloque de intentos en particular.

Cada bloque cuenta con 10 intentos y el conteo final es el porcentaje obtenido al contar únicamente las respuestas correctas emitidas de manera independiente.

Así mismo se empezó a trabajar con un niño de 5 años de edad, el cual proviene de una clase media alta, es hijo único y él llegó a CAADD por razones de conducta; desde que entre a realizar el servicio se me asignó el asistir al terapeuta al momento de dar las terapias con la finalidad de conocer el proceso terapéutico.

Se trabajan diferentes objetivos los cuales permiten que él mejore áreas como: lenguaje, contextualización, motricidad fina y gruesa, canto y lógico matemático los cuales le permitan modificar las conductas no deseadas y tener un aprendizaje más amplio de acuerdo a su edad.

La terapia que se le brinda es de tipo conductual, la cual permite tener el control absoluto, modificar sus conductas y con la ayuda de refuerzos de su gusto ya que estos permiten premiar cada logro obtenido, así como el de disminuir las conductas negativas y se le estimula con palabras que le agradan al paciente.

Desde que se empezó a trabajar se observó que el niño realiza los programas muy rápido, ellos utilizan la clasificación de funcional y no funcional esto quiere decir; que lo funcional lo relacionan con los logros alcanzados y lo no funcional con los objetivos no alcanzados.

Se observó que el niño es muy rápido al realizar las actividades partiendo de sus objetivos que él trabaja.

Por otro lado, el niño a pesar de su edad no tiene un lenguaje entendible con las personas solo balbucea y es muy limitado el lenguaje que utiliza para comunicarse.

Se manejan muchas ayudas no verbales como el de “más” con las manos, el “abre” abriendo los brazos y el de “ayuda” con la ayuda de la palma de la mano, pero realmente en el objetivo de lenguaje y comunicación no se trabajan ejercicios específicos que ayuden al niño a desenvolverse en el habla y solo se trabajan sonidos fonéticos muy simples.

Al momento de empezar la terapia se basan en el conteo de intentos extendidos, el cual consiste en buscar que el niño tenga el 80% del objetivo deseados y se utiliza la hoja de conteo de intentos que logro realizar el niño en cada sección, así como poner cuántos objetivos logro y cuantos distractores se utilizaron en este procedimiento.

Realmente al niño lo que se le dificulta más es el lenguaje y la conducta porque hace berrinches si algo que él desea tener no se le permite tomar.

También en la terapia se le dan 5 minutos de tiempo libre en donde el niño se divierte en el área de motricidad y se juega con él.

Cuando se tiene tiempo libre se realizan actividades que el terapeuta indique como el de acomodar las terapias del paciente, el observar en que paso nos quedamos y cual se trabajara en la nueva sección, así como el material que se utilizara.

Por otro lado, el terapeuta asesora en el llenado de la instrumentación que se utiliza de evidencia para ver el desenvolvimiento del niño y el resumen de la terapia que se les brinda a los papás al finalizar cada sección, donde se les cuenta lo trabajado.

A continuación, se muestra el sustento teórico que se utilizó para la elaboración de este trabajo, así como los antecedentes más importantes del autismo y como interviene la pedagogía en este tipo de trabajos.

2.3.1 Marco teórico

Autismo

El autismo es uno de los cinco trastornos que se pueden encuadrar dentro de la categoría de trastornos neurológicos conocidos con el nombre de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Es considerado un trastorno generalizado de desarrollo, el cual se caracteriza por tener los siguientes tres tipos de síntomas: alteración cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restringida, repetitiva y estereotipada.

Estas características impiden en la persona tener un desarrollo social y de comunicación, que persiste a lo largo de toda la vida; parece que hay una evidencia clara, y

es su presencia durante los primeros 30 meses de vida, dando lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje y la comunicación, de las competencias sociales y de la imaginación.

El autismo impacta el desarrollo normal del cerebro en áreas como lenguaje, interacción social, juego conducta y sistema sensorial. En algunos casos pueden estar presentes conductas agresivas o auto lesivas. Con extremada frecuencia, estos síntomas van acompañados de comportamientos anormales, tales como situaciones, actividades e intereses de carácter repetitivo y estereotipado, de movimientos de balanceo y de obsesiones, a veces insólitas y altamente inapropiadas hacia ciertos objetos o acontecimientos.

Las personas con autismo pueden exhibir movimientos repetitivos y estereotipados como mecerse, sacudir las manos etc. También pueden presentar reacciones inusuales ante la gente o estímulos externos. Es común observar alteraciones perceptuales ante estímulos como el dolor, ruido, texturas, etc.

Desarrollo histórico del TEA: hacia una conceptualización del autismo

A finales de la década de los años sesenta del siglo pasado, el autismo era considerado como un trastorno raro de la infancia y frecuentemente se asociaba a la ausencia de conciencia social, dificultades significativas en el lenguaje y discapacidad intelectual grave (Lotter, 1962).

En la actualidad, el TEA es reconocido como un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que presentan una amplia variedad de expresiones clínicas y que comparten las siguientes características:

- a) dificultades en el desarrollo de la interacción social recíproca
- b) dificultades en el desarrollo del lenguaje y la comunicación verbal y no verbal

c) patrones de interés restringido y

d) presencia de conductas repetitivas y restrictivas.

Los TEA representan, principalmente, los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) definidos en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, como trastorno autista, síndrome de Asperger y TGD no especificado.

El sustancial aumento del número de niños con TEA ha conllevado la demanda de servicios de atención; asimismo, ha favorecido que se planteen cuestiones tales como los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento más apropiados y eficaces.

Según Luis Antonio Pérez-González y Gladys Williams (*Psicothema* 2005. Vol. 17, n° 2, pp. 233-244), para que un niño sea diagnosticado con trastorno autista debe poseer al menos dos características del primer tipo, una del tipo dos y una del tipo tres. Alternativamente, se caracteriza por el retraso o funcionamiento anormal, antes de los tres años, en la interacción social, en el lenguaje utilizado en la comunicación social o en el juego simbólico.

Según las investigaciones que se han producido en torno al autismo, se menciona que puede poseer factores genéticos, considerando de que es mayor la probabilidad de generar autismo si se tiene hermanos con este trastorno, sin embargo, es aún mayor la probabilidad en hermanos mellizos que entre hermanos.

Otra vía de información sobre el desarrollo del autismo en las personas proviene de la observación que se ha realizado en lugares con mayor contaminación, en donde el autismo es aún más común; sin descartar que parte de los factores se debe a ciertos agentes químicos o a medicamentos inapropiados.

Desde su definición, realizada por Kanner en 1943, el autismo se ha presentado como un mundo lejano, extraño y lleno de enigmas: Los enigmas se refieren, por una parte, al propio concepto de autismo, y a las causas, explicaciones y remedios de esa trágica desviación del desarrollo humano normal. A pesar de la enorme cantidad de investigaciones realizadas durante más de medio siglo, el autismo sigue ocultando su origen y gran parte de su naturaleza, y presenta desafíos difíciles a la intervención educativa y terapéutica. Por otra parte, cuando tenemos ocasión de relacionarnos con la persona que presenta ese extraño trastorno cualitativo del desarrollo, sentimos vivencias de opacidad, impredecibilidad, impotencia y fascinación, difíciles de describir, y que acentúan aún más, esta vez en la interacción concreta y no sólo en el terreno conceptual, el carácter enigmático del autismo. Siguiendo a Kanner, en su artículo sobre "Los trastornos autistas del contacto afectivo" (1943), éste comienza dicho artículo con estas palabras: Desde 1938, nos han llamado la atención varios niños cuyo cuadro difiere tanto y tan peculiarmente de cualquier otro conocido hasta el momento.

Este autor relata tres aspectos comunes en niños con autismo:

1. Las relaciones sociales. Para Kanner, el rasgo fundamental del síndrome de autismo era "la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones" (1943: 20), sobre la que hacía la siguiente reflexión: "Desde el principio hay una extrema soledad autista, algo que, en lo posible desestima, ignora o impide la entrada de todo lo que le llega al niño desde fuera. El contacto físico directo, o aquellos movimientos o ruidos que amenazan con romper la soledad, se tratan como si no estuvieran ahí o, si no basta con eso, se sienten dolorosamente como una penosa interferencia".

2. La comunicación y el lenguaje. Kanner destacaba también un amplio conjunto de deficiencias y alteraciones en la comunicación y el lenguaje de los niños autistas, a las que dedicó un artículo monográfico en 1946¹¹ titulado "Lenguaje irrelevante y metafórico en el autismo infantil precoz". Tanto en este artículo como en el de 1943 se señala la ausencia de lenguaje en algunos niños con autismo, su uso extraño en los que lo poseen como si no fuera "una herramienta para recibir o impartir mensajes significativos" (1943: 21) y se definen "alteraciones" como la ecolalia (tendencia a repetir emisiones oídas, en vez de crearlas espontáneamente), la tendencia a comprender las emisiones de forma muy literal, la inversión de pronombres personales, la falta de atención al lenguaje, la apariencia de sordera en algún momento del desarrollo y la falta de relevancia de las emisiones.

3. La "insistencia en la invarianza del ambiente". La tercera característica era la inflexibilidad, la rígida adherencia a rutinas y la insistencia en la igualdad de los niños autistas. Kanner comentaba hasta qué punto se reduce drásticamente la gama de actividades espontáneas en el autismo y cómo la conducta del niño "está gobernada por un deseo ansiosamente obsesivo por mantener la igualdad, que nadie excepto el propio niño, puede romper en raras ocasiones" (1943: 22). Perspicazmente relacionaba esta característica con otra muy propia del autismo: la incapacidad de percibir o conceptualizar totalidades coherentes y la tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.

Un año después de lo relatado por Kanner, otro investigador y doctor, de apellido Asperger, publicó sus descubrimientos y observaciones sobre el autismo en un artículo del año 1944 titulado "La psicopatía autista en la niñez". En palabras de Asperger: "... El trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales. Toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación" (1944:77). Además,

Asperger señalaba las extrañas pautas expresivas y comunicativas de los autistas, las anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje (su peculiar melodía o falta de ella, su empleo muy restringido como instrumento de comunicación), la limitación, compulsividad y carácter obsesivo de sus pensamientos y acciones y la tendencia de los autistas a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio.

A partir de estas investigaciones, el autismo tuvo tres fases de estudio:

- **Primera fase:** 1943-1963. En esta primera época se consideraba que el autismo era un trastorno emocional, producido por factores emocionales o efectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Esos factores daban lugar a que la personalidad del niño no pudiera constituirse. De este modo, madres y/o padres incapaces de proporcionar el afecto necesario para la crianza producían una alteración grave del desarrollo de niños que hubieran sido potencialmente normales y que seguramente poseen una inteligencia mucho mejor de lo que parece, pero que no pueden expresar por su perturbación emocional y de relación. El empleo de una terapia dinámica de establecimiento de lazos emocionales sanos era la mejor manera de ayudar a los niños con autismo. Esta idea es errónea de la terapia dinámica; el autismo no solo es en esencia un trastorno emocional; además, no se ha demostrado en absoluto que los padres sean responsables de la trágica alteración de sus hijos y sí que éstos presentan alteraciones biológicas que pueden estar relacionadas con el origen del “trastorno”. Este se acompaña de retraso mental en muchos casos. Finalmente, las terapias dinámicas no demostraron con claridad su utilidad en el tratamiento del autismo. Por el contrario, se acepta de forma casi universal que el tratamiento más eficaz del autismo con que contamos actualmente es la educación.

-Segunda fase: 1963-1983. En la primera mitad de los años sesenta, un conjunto de factores contribuyó a cambiar la imagen científica del autismo, así como el tratamiento dado al trastorno. Se fue abandonando la hipótesis de los padres culpables, a medida que se demostraba su falta de justificación empírica y que se encontraban los primeros indicios claros de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos. Ese proceso coincidió con la formulación de modelos explicativos del autismo que se basaban en la hipótesis de que existe alguna clase de alteración cognitiva (más que afectiva) que explica las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental. Aunque en esos años no se logró dar con la clave de esa alteración cognitiva, los nuevos modelos del autismo se basaron en investigaciones empíricas rigurosas y controladas, más que, como antes, en la mera especulación y descripción de casos clínicos.

-Tercera fase: El enfoque actual del autismo. En los últimos años se han producido cambios importantes, que nos permiten definir una tercera etapa en el enfoque del autismo. Afectan al enfoque general del cuadro las explicaciones que se dan de él, las explicaciones del autismo, los procedimientos para tratarlo y el desarrollo de nuevos focos de interés. El cambio principal en el enfoque general del autismo consiste en su consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Si el autismo supone una desviación cualitativa importante del desarrollo normal, hay que comprender ese desarrollo para entender en profundidad qué es el autismo. Pero, a su vez, éste nos ayuda paradójicamente a explicar mejor el desarrollo humano, porque hace patentes ciertas funciones que se producen en él, capacidades que suelen pasar desapercibidas a pesar de su enorme importancia, y que se manifiestan en el autismo precisamente por su ausencia. No es extraño entonces que el autismo se haya convertido en los últimos años en un tema central de investigación en

Psicología Evolutiva y no sólo en Psicopatología. Ni que en las definiciones diagnosticas la consideración tradicional del autismo como "psicosis infantil" haya sido sustituida por su encuadre como "trastorno profundo del desarrollo". Ni debe extrañarnos tampoco que la revista científica más difundida sobre autismo, que comenzó llamándose *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, se llame, desde 1978, *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

En los procedimientos para tratar el autismo también se han producido cambios importantes. En una caracterización muy rápida, podemos decir que la educación (que es el procedimiento principal) se ha caracterizado en los últimos años por un estilo más pragmático y natural, más integrador y menos "artificial" que, en los años anteriores, más centrado en la comunicación como núcleo esencial del desarrollo, más respetuoso con los recursos y capacidades de las personas autistas. De forma complementaria, la investigación farmacológica ha permitido el desarrollo de sustancias eficaces para tratar algunas alteraciones asociadas al autismo en algunos casos.

Finalmente, han aparecido nuevos temas de interés que no se habían planteado con tanta fuerza y claridad en las décadas anteriores.

Concepto y características del Trastorno del Espectro autista.

- La definición del autismo ofrecida por Kanner en 1943 sigue estando vigente en la actualidad con sus tres núcleos de trastornos:

- 1) trastorno cualitativo de la relación.
- 2) alteraciones de la comunicación y el lenguaje.
- 3) falta de flexibilidad mental y comportamental.

Esas son las tres dimensiones que se incluyen en las definiciones diagnósticas más empleadas (DSM-IV, APA, 1994; ICD-10 de la Organización Mundial de la Salud, WHO, 1993)

No obstante, el TEA se define como un trastorno del neuro-desarrollo desde la temprana edad, caracterizado por un conjunto de dificultades en la comunicación y relación y por comportamientos e intereses restrictivos y repetitivos (*Baron-Cohen, Meng-Chuan y Lombardo, 2013*), Este trastorno conlleva una serie de síntomas muy heterogéneos que determinan el nivel de afectación de la persona que presenta este trastorno y que pueden situarse dentro de un continuo (*Wing, 1995*).

Esta autora describe seis dimensiones de afectación con distintos niveles de gravedad dentro de ellos:

- 1) Trastornos cualitativos de la relación social
- 2) trastornos de las funciones comunicativas
- 3) trastornos del lenguaje
- 4) trastornos y limitaciones de la imaginación.
- 5) trastornos de la flexibilidad
- 6) trastornos del sentido de la actividad

Tabla 1. muestra, de forma desarrollada y esquematizada, las seis dimensiones del espectro autista con sus características.

Dimensiones del continuo autista

DIMENSIONES CARACTERÍSTICAS	
TRASTORNOS CUALITATIVOS DE LA RELACIÓN SOCIAL.	Aislamiento completo. No apego a personas específicas. A veces indiferenciación personas/cosas.
	Impresión de incapacidad de relación, pero vínculo con algunos adultos. No con iguales.
	Relaciones inducidas, externas, infrecuentes y unilaterales con iguales
	Alguna motivación a la relación con iguales, pero dificultad para establecerla por falta de empatía y de comprensión de sutilezas sociales.
TRASTORNOS DE LAS FUNCIONES COMUNICATIVAS	Ausencia de comunicación, entendida como "relación intencionada con alguien acerca de algo"
	Actividades de pedir mediante uso instrumental de las personas, pero sin signos.
	Signos de pedir. Sólo hay comunicación para cambiar el mundo físico.
	Empleo de conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., que no sólo buscan cambiar el mundo físico. Suele haber escasez de declaraciones "internas" y comunicación poco recíproca y empática
TRASTORNOS DEL LENGUAJE	Mutismo total o funcional (este último con emisiones verbales no comunicativas)
	Lenguaje predominantemente ecológico o compuesto de palabras sueltas.
	Hay oraciones que implican "creación formal" espontánea, pero no llegan a configurar discurso o conversaciones.
	Lenguaje discursivo. Capacidad de conversar con limitaciones. Alteraciones sutiles de las funciones comunicativas y la prosodia del lenguaje
TRASTORNOS Y LIMITACIONES DE LA IMAGINACIÓN	Ausencia completa de juego simbólico o de cualquier indicio de actividad imaginativa.
	Juegos funcionales elementales inducidos desde fuera. Poco espontáneos, repetitivos.
	Ficciones extrañas, generalmente poco imaginativas y con dificultades para diferenciar ficción/realidad.
	Ficciones complejas, utilizadas como recursos para aislarse. Limitadas en contenidos

TRASTORNOS DE LA FLEXIBILIDAD	Estereotipias motoras simples (aleteo, balanceo, etc.).
	Rituales simples. Resistencia a cambios mínimos. Tendencia a seguir los mismos itinerarios
	Rituales complejos. Apego excesivo y extraño a ciertos objetos.
	Contenidos limitados y obsesivos de pensamiento. Intereses poco funcionales, no Orlando Cáceres Acosta 46 relacionados con el mundo social en sentido amplio, y limitados en su gama
TRASTORNOS DEL SENTIDO DE LA ACTIVIDAD	Predominio masivo de conductas sin propósito (correteos sin meta, ambulación sin sentido, etc.)
	Actividades funcionales muy breves y dirigidas desde fuera. Cuando no, se vuelve a (a).
	Conductas autónomas y prolongadas de ciclo largo, cuyo sentido no se comprende bien.
	Logros complejos (por ejemplo, de ciclos escolares), pero que no se integran en la imagen de un "yo proyectado en el futuro". Motivos de logro superficiales, externos, poco flexible

De la lectura de la tabla, podemos ver que en cada una de las dimensiones se establecen cuatro niveles. Para interpretar el contenido de la tabla se debe tener en cuenta que los síntomas principales en cada dimensión se numeran del 1 al 4, a medida que van siendo menos graves y más característicos de personas con nivel mental más alto.

Los niños con autismo de menor nivel ofrecen la imagen de que realizan constantemente conductas sin sentido.

De esta manera en base a los análisis realizados por la misma institución se pudo detectar ciertas alteraciones neuronales por parte de la familia, ya que se reporta que la mamá del paciente ha presentado cuadros de epilepsia y tendencias depresivas.

Por el lado paterno, se describe que el abuelo también presentó epilepsia, lo que puede ser un indicador de algún trastorno emocional o del neurodesarrollo; Pudiendo ser una

de las principales razones por las cuales él niño es canalizado a evaluaciones que permitan saber si pudiera ser compatible con un trastorno del espectro autista (TEA).

En los países desarrollados se diagnostica con autismo aproximadamente a una de cada 2.000 personas (según el DSM-IV-TR de la A.P.A., 2000/2002). La cifra tiende a crecer en algunos países, como en los Estados Unidos (e. g., una persona cada 625 según Rodier, 2000) Este trastorno afecta principalmente al sexo masculino, siendo diagnosticada a una niña por cada cuatro niños, con la diferencia de que la presencia del autismo en las mujeres se representa con un grado de retraso mayor que en los hombres siendo más difíciles de tratar.

Un avance importante en el tratamiento de niños con autismo se produjo tras la investigación de Ivar Lovaas (1987) estudió el efecto de un paquete de procedimientos basados en el análisis de la conducta con 19 niños con autismo de un grupo que recibió 40 horas de tratamiento individual a la semana. Otros 19 niños de un grupo control recibieron un tratamiento similar, pero durante menos de 10 horas a la semana. Otros 21 niños de un segundo grupo control recibieron otro tipo de tratamientos.

Lovaas obtuvo que, después de dos años de tratamiento, 9 niños del grupo experimental (el 47%), se comenzó antes de que cumplieran 3 años y medio de edad, obtuvieron medidas normales del cociente de inteligencia y pasaron el primer grado escolar a la edad de 7 años. Sólo uno de los 40 niños de los dos grupos control obtuvo un nivel funcional semejante. Este nuevo estudio mostró que las ganancias del tratamiento se habían mantenido y que el funcionamiento cognitivo, emocional y social seguía siendo normal (McEachin, Smith y Lovaas, 1993).

Partiendo de esta propuesta que Ivar Lovaas se preparan las secciones dos días por semana con una duración de dos horas por sección, en este tiempo se trabajan los diferentes objetivos que tiene el niño.

Piaget

La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget es una teoría completa sobre la naturaleza y el desarrollo de la inteligencia humana. Fue desarrollada por primera vez por un psicólogo del desarrollo suizo Jean Piaget (1896- 1980). Piaget creía que la infancia del individuo juega un papel vital y activo con el crecimiento de la inteligencia, y que el niño aprende a través de hacer y explorar activamente.

La teoría del desarrollo intelectual se centra en la percepción, la adaptación y la manipulación del entorno que le rodea. Es conocida principalmente como una teoría de las etapas de desarrollo, pero, de hecho, se trata de la naturaleza del conocimiento en sí y cómo los seres humanos llegan gradualmente a adquirirlo, construirlo y utilizarlo.

Para Piaget, el desarrollo cognitivo era una reorganización progresiva de los procesos mentales que resultan de la maduración biológica y la experiencia ambiental.

En consecuencia, considera que los niños construyen una comprensión del mundo que les rodea, luego experimentan discrepancias entre lo que ya saben y lo que descubren en su entorno. Por otra parte, Piaget afirma que el desarrollo cognitivo está en el centro del organismo humano, y el lenguaje es contingente en el conocimiento y la comprensión adquirida a través del desarrollo cognitivo.

Los primeros trabajos de Piaget recibieron la mayor atención. Muchos padres han sido alentados a proporcionar un ambiente rico, de apoyo para la propensión natural de su hijo para crecer y aprender. Las aulas centradas en los niños y "educación abierta" son aplicaciones directas de las ideas de Piaget. A pesar de su gran éxito, la teoría de Piaget tiene

algunas limitaciones como cualquier otras, por ejemplo, un Decalaje que Piaget se reconoce de sí mismo

Para Piaget (1982), el ser humano es un ser activo, alerta y creativo que adquiere una serie de sistemas mentales encargados de procesar y recopilar información, además de estructurarla. Este desarrollo, según Piaget (1956), es realizado mediante una serie de etapas que van surgiendo según el niño va creciendo.

Piaget propuso cuatro etapas del desarrollo cognitivo: el período sensoriomotor, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales. El estadio sensoriomotor es la primera de los cuatro etapas del desarrollo cognitivo que “se extiende desde el nacimiento hasta la adquisición del lenguaje”. En esta etapa, los niños construyen progresivamente el conocimiento y la comprensión del mundo mediante la coordinación de experiencias (como la vista y el oído) con la interacción física con objetos (como agarrar, chupar, y pisar). Los bebés adquieren el conocimiento del mundo de las acciones físicas que realizan dentro de ella. Estas progresan de acción reflexiva e instintiva a luz a principios del pensamiento simbólico hacia el final del estado.

Método Montessori.

Creado por la educadora italiana María Montessori (1870-1952), se caracteriza por estar basado en las teorías del desarrollo del niño. El principio fundamental está basado en liberar el potencial de cada niño para que se auto desarrolle su aprendizaje.

Se desarrolla básicamente sobre la idea de la **auto formación** y principalmente se basa en cuatro pilares que desarrolló su creadora, María Montessori, centrándose en la

observación científica que ella misma realizaba de los niños que acudían a su “Casa de los Niños” y de la capacidad que ellos mismos mostraban de absorber todos los conocimientos que tenían a su alcance.

Este método se basa como decimos en cuatro pilares básicos:

La capacidad de absorción de conocimiento de los niños

Los niños aprenden casi sin darse cuenta, sobre todo en sus primeras etapas de aprendizaje, cuando son más pequeños. Es por esto que debemos proporcionarles, sobre todo en ese momento, todo lo necesario para que aquello que aprendan sea lo necesario para su desarrollo intelectual y guiarles para que lo hagan de la forma más apropiada, pues serán las bases de su formación.

Los denominados periodos sensibles

Son aquellos periodos que debemos aprovechar más para facilitarles todo el material necesario para su aprendizaje, ya que durante estos periodos los niños serán capaces de **adquirir con más facilidad** todas las habilidades.

Un ambiente creado y diseñado para su desarrollo

Este punto es fundamental, ya que las aulas que desarrollan el método Montessori deben tener un diseño específico para poder desarrollar la filosofía de aprendizaje Montessori de la forma más adecuada.

Deben ser espacios con mucha luz y colores cálidos que le aporten a la habitación un ambiente relajado. Con decoración muy simple y siempre ordenado, con los muebles y materiales adaptados por edades.

En estos espacios, los niños deben poder encontrar plantas, arte, libros, música, lenguaje, etc., y los espacios deben estar divididos en zonas de trabajo tanto con mesas como con zonas para poder trabajar en el suelo.

El papel que realiza el profesor

El adulto a cargo debe estar ahí para orientar a los niños y ofrecerle todo el material que se encuentre en el aula, presentándoselo para que los niños puedan trabajar con él.

En el Método Montessori son los maestros y profesores los que se encuentran al servicio del niño, respondiendo a sus dudas y facilitándoles la auto enseñanza, orientando la educación de tal forma que el niño sea capaz de comprender que debe actuar por sí mismo sin la ayuda de los adultos.

Los niños que padecen el trastorno del espectro autista, del tipo que sea, no deben ser discriminados, y por ello el método Montessori de pedagogía puede suponer un gran avance en su educación.

Planteamientos del método:

*Respetar las etapas del desarrollo

*Emplear muebles proporcionales al tamaño del estudiante.

*Participación de los padres.

*Delineación de escalas que incluyen periodos sensibles para el desarrollo del lenguaje, experiencias sensoriales y varios niveles de integración social.

*Uso de materiales auto correctivos, para que vaya corrigiendo sus errores.

*Su fin educativo es la autonomía intelectual, formando un pensamiento crítico, moral a través de su reciprocidad y respeto mutuo al trabajar con sus pares, y emocional por la seguridad que brindan sus límites, la educación de la voluntad y autoestima.

Este método es capaz de desarrollar y potenciar las habilidades de los niños, pues les deja libre elección para escoger el material didáctico que ellos quieran, investigarlo y desarrollarlo hasta comprenderlo correctamente.

Una filosofía que se implanta en aulas específicas, diseñadas para este propósito, con una distribución bien estudiada que permite que los niños se encaminen a su autoformación y aprendizaje, con materiales y mobiliario adaptado a ellos.

El método Montessori les ayuda potenciando todas las habilidades que presenten, sea cual sea su condición.

Esta filosofía de aprendizaje ayuda a los niños a fomentar su auto disciplina y el aprendizaje basado en sus propias experiencias, con niños de edades similares y con el único objetivo de formar a los niños basándose en el respeto, el trabajo individual y en equipo, la reciprocidad, la autosuficiencia, etc.

Similitud entre la enseñanza TEA y Montessori

La metodología de enseñanza para niños con trastorno del espectro autista está muy ligada en muchos de sus aspectos con la filosofía Montessori. Estos son algunos de los puntos en común de ambas:

1. Distribución de las zonas de aprendizaje por ambientes
2. Zonas ordenadas y bien organizadas
3. Materiales didácticos que se autocorrigen y que pueden manipular
4. Fomenta la importancia de la practicidad
5. Fomentan el trabajo de forma individual y autónoma pero también de las inteligencias múltiples
6. Aprendizaje basado en la propia experiencia del niño
7. Una importancia especial en los periodos sensitivos de cada niño

Material Didáctico Montessori para autismo

La creadora de la filosofía Montessori ideó un material específico para el aprendizaje, que se desarrolla como el eje fundamental del método.

Son materiales que se usan para las diferentes actividades del día a día en el aula, como cantar, contar cuentos, juegos, etc.

Son materiales que sólo tienen una posible solución, es decir, son autocorrectivos y por tanto el niño no podrá terminar la tarea hasta que esté realizada correctamente.

No pueden sobrar ni faltar piezas, ni encajarse de la forma incorrecta.

Además, el material didáctico Montessori está diseñado y orientado en diferentes apartados, según los sentidos:

- Vista: tamaños, volúmenes, colores, formas, ...
- Oído: materiales que hagan ruido como los silbatos, xilófonos, campanillas...
- Sentidos del gusto y el olfato: plantas, materiales de cocina y alimentos, perfumes, etc.
- Sentido del tacto: texturas diferentes que desarrollen el sentido del tacto, temperaturas variadas, formas diversas, etc.

El método TEACCH surge con un objetivo claro:

Permitir que los niños/as con TEA crezcan en un ambiente productivo y positivo, favoreciendo sobretodo la autonomía y por tanto la calidad de vida individual y de sus familias.

El uso del programa TEACCH amplía y facilita el proceso de enseñanza-aprendizaje y se sustenta bajo tres principios básicos:

- **La enseñanza estructurada:** es un sistema para organizar el aula y hacer que los procesos y estilos de enseñanza estén orientados al autismo. Permite dar respuesta a las dificultades receptivas del lenguaje, la comunicación expresiva, la capacidad de atención y memoria y los problemas en la percepción sensorial.

- **La estructuración física y temporal:** permite que la información sea clara y accesible para el niño/a y le ayuda a comprender que se espera de él, mejorando su adaptación al entorno y fomentando su autonomía.

Los horarios son fundamentales ya que los niños/as con TEA necesitan previsibilidad y claridad.

- **La información visual, es decir, el uso de apoyos visuales.**

Las instrucciones visuales ayudan a los niños/as a comprender qué es lo que deben hacer y a flexibilizar sus comportamientos. Su procesamiento suele ser mayoritariamente visual por lo que es la mejor manera de garantizar la comprensión.

A continuación, recogemos las similitudes entre ambas prácticas.

SIMILITUDES TEACCH/MONTESSORI	
•	Estructura del espacio por rincones.
•	Ambiente organizado.
•	Material manipulativo y autocorrectivo.
•	Importancia a la vida práctica.
•	Se potencia el trabajo autónomo e individual.
•	Espacios organizados.
•	Importancia de las inteligencias múltiples.

- Diversificación curricular. Programaciones individualizadas.
- Aprendizaje experiencial.
- Importancia a los periodos sensitivos del niño/a.

Sin duda, las similitudes son evidentes, aun así, consideramos que en la aplicación de una u otra metodología el «fundamentalismo» no tiene cabida, y que con cada niño/a tendremos que utilizar lo que él o ella necesite, siempre con un objetivo claro.

Autismo y Pedagogía.

Los estudios han demostrado que las dificultades que presentan los niños autistas para razonar acerca de los *estados mentales* es un déficit subyacente a muchas anormalidades del desarrollo características de este trastorno, de ahí la importancia de poder disponer de herramientas psicoeducativas que incidan en su recuperación.

Los niños autistas pueden tener un problema específico y único para comprender que las personas tienen estados mentales que pueden ser distintos del estado del mundo real y del estado mental que el propio autista tiene (Happé, 1998) Un déficit de este tipo, como propone Frith podría dar cuenta de la *tríada de alteraciones* en la socialización, la comunicación y la imaginación (Happé y Frith, 1994)

La importancia de desarrollar una intervención que incida en el desarrollo de los conceptos de estado mental en niños autistas.

La educación es una parte clave de la vida de todos los niños, pero muchos niños con autismo no reciben la educación y el apoyo que necesitan.

Las investigaciones han demostrado que las metodologías ordinarias con frecuencia no cuentan con la educación completa ni están preparadas para hacer frente a las necesidades de un niño con autismo y brindarles el apoyo necesario para su evolución en el aprendizaje.

El alumno con autismo requiere programas multidisciplinarios personalizados que incluyan apoyo terapéutico para ayudarles a participar en el aprendizaje. Necesitan entornos predecibles estructurados y altos niveles de rutina, junto a contenidos de aprendizaje e interacción social. El plan de estudios debe ser desarrollado de manera compensatoria con una comprensión de la tríada de discapacidad, problemas de procesamiento sensorial y teorías psicológicas para que sea significativo y quede anclado en su aprendizaje de una manera motivadora. Muchos alumnos son aprendices muy visuales y requieren que el aprendizaje incluya esta metodología.

El enfoque educativo es muy importante para el desarrollo escolar del niño. Cuando hablamos de un trastorno autista es necesario darles importancia a varios puntos importantes, entre ellos estarían:

-Adaptación del entorno: el entorno que rodea al alumno tiene una serie de características que dificultan su desarrollo, ya que situaciones u objetos que lo rodean le obstaculizan el avance. Ante estos casos, el alumno en cuestión, se podría encontrar en ciertas situaciones tales como la presencia de estímulos en exceso o el uso de normas e instrucciones para seguir el aprendizaje. En esta situación, el niño autista se encontraría perdido y lo que pretendemos es lo contrario, su adaptación en el centro escolar mediante la reducción de características que lo impida.

-La enseñanza explícita: la educación tiene como propósito la culturización, es por ello que se necesita que se preparen actividades previamente planeadas acorde a las necesidades del niño, para que pueda llevarse a cabo el proceso educativo. Los temas que se incluyen dentro de un contexto escolar sería la del análisis del mundo físico y del propio cuerpo, la comunicación, la imaginación y la flexibilidad para la adaptación a los cambios. Estas capacidades son imprescindibles para la práctica educativa, pero lo son aún más para aquellos alumnos que sean afectados con el trastorno autista.

-Desarrollo de sus habilidades: normalmente los alumnos con autismo se desarrollan de una forma natural o superior si hablamos en cuanto a las funciones cognitivas, pero cuanto mejor estén desarrolladas sus habilidades, más integración tendrán en el mundo físico, pues apoyados por estas habilidades puedan llegar a la comprensión del mundo que les rodea. De esta manera ayudaríamos a su autoestima y una mayor comprensión por parte de su entorno social

A raíz de la declaración de los Derechos Humanos en 1948, y con ello del derecho a la educación, de cuya aplicación aparecen los Derechos de los Deficientes, se plantea la atención especializada a este colectivo. En 1958, con la Declaración de Derechos del 23 Niños, se da otro paso más en esta materia. Los niños con deficiencias podrán seguir un proceso de enseñanza si éste se adecua a sus posibilidades (Lizasoáin, 2014).

Es una modalidad interesante para cualquier alumno o alumna con este tipo de trastorno ya que favorece sus habilidades sociales en mayor medida. Esta modalidad requiere diversos tipos de apoyo al profesorado: monitores de educación especial, apoyo en el aula, apoyo pedagógico o logopédico individualizado. También es necesaria la formación de los profesionales y el apoyo psicológico continuado.

Además, los centros tienen la capacidad de adaptar el currículo para que este alumnado reciba una educación acorde con su circunstancia personal, en un entorno normalizado y en el marco de una escuela comprensiva e inclusiva (Pérez Neira, Guillén Rubio, Pérez Martínez, Jiménez León, & Barragán).

Los encargados de organizar esta aula son (Gobierno de Navarra, 2014):

- Profesorado de pedagogía terapéutica: Realizan la programación de aula, las adaptaciones curriculares, las evaluaciones y las coordinaciones con el centro
- Cuidador: en caso de que el alumno necesite un cuidado personal permanente como por ejemplo aquellos que manifiestan constantes conductas disruptivas
- Profesorado de audición y lenguaje: Esta atención se derivará ante necesidades de Trastorno Específico del Lenguaje o retrasos graves de este o ante la introducción de sistemas alternativos de comunicación
- Profesorado de la especialidad de Orientación educativa: Realizan la evaluación psicopedagógica de estos alumnos y asesoran a las familias. Como se ve, la colaboración interdisciplinar es necesaria para poder desarrollar un trabajo adecuado y conseguir el progreso de los alumnos.

Esta experiencia, pionera en Madrid, consiste en incluir las aulas de un colegio de educación especial en un centro ordinario. ALEPH un centro de educación especial concertado cuenta con 10 aulas; 4 de estas aulas están ubicadas en centros educativos ordinarios y transfieren todos los recursos de Logopedia, Fisioterapia, Orientación psicopedagógica al centro en cuestión (TEA).

Las características de los centros educativos son fundamentales para poder decidir con acierto en cuál incluimos al alumno correspondiente.

- Espacio: Los colegios pequeños y con pocos alumnos favorecen medidas inclusivas

- Trabajo en equipo: Los centros que favorecen la colaboración entre el profesorado pueden atender mejor a un niño con TEA

- Recursos complementarios: En función de las necesidades, la persona con TEA puede requerir ciertos recursos (Sistema educativo TEACCH, Sistemas 30 alternativos de lenguaje) que si no disponemos de ellos no podremos incluirles.

El profesorado es un factor a tener cuenta. Nos podemos encontrar con personas que no conocen ni a estos niños ni a su patología. Algunos incluso pueden sentir que se les ha impuesto el alumno, porque no forma parte de lo que entendían o podían esperar o prever para su clase (Riart, 2009).

Para poder incluir en un centro educativo a un niño con TEA tenemos que tener un profesorado entusiasta, con una formación específica, con flexibilidad y tiempo para poder hacer frente a esta nueva demanda y con capacidad de análisis sobre dificultades y creaciones de retos

El sistema CABAS

El sistema CABAS es un sistema desarrollado por Ivar Lovaas, caracterizado por llevar a cabo una serie de procedimientos cuya esencia está en el método de trabajo, que se fundamenta en aplicar los principios de la ciencia de la conducta a los pacientes que así la

requieran para modificación de algunos aspectos de su conducta. El objetivo de la intervención mediante el sistema “CABAS” es la adquisición de habilidades nuevas y cada enseñanza se diseña con forme a las necesidades que muestre cada paciente.

Toda intervención para enseñar habilidades es evaluada continuamente: las respuestas del niño deben ser anotadas y estos datos se registran diariamente en un gráfico, estos indican el avance en cada programa cuando él aprende, se continúa usando el procedimiento hasta que la habilidad esté aprendida.

Se cuenta con una hoja, en la cual se llena conteo de intento que ayuda a registrar cada sección el progreso que va teniendo el niño durante cada sección trabajada.

Así como el sistema “CABAS”, El Psicólogo Ole Ivar Lovaas, desarrollo el análisis aplicado de conducta “ABA”; este es un método de intervención derivada específicamente sobre la conducta. Se utiliza para mejorar las habilidades humanas socialmente significativas, enfocándose al aumento de secuencias de conductas adaptativas y la reducción de inapropiadas para lograr una mejor integración con el ambiente.

Este ayuda al paciente con autismo a aprender habilidades que le permitirán facilitar su desarrollo y autonomía, proporcionándole una mayor calidad de vida. Para ello se debe de brindar a cada paciente un plan de trabajo específico que incluye aquellas habilidades que requiera aprender para beneficiar su desarrollo.

A continuación, se presentan algunos de los elementos básicos en el análisis de conducta aplicado, propuestos por el Centro de Atención para el Autismo y Desordenes del Desarrollo son:

✓ Antecedente: El cual incluye todos aquellos factores que preceden la ocurrencia de una conducta específica.

✓ Conducta: La cual es la respuesta a condiciones específicas de un estímulo. La conducta debe describirse con base a factores que puedan ser tanto observables como medibles.

✓ Consecuencia: Es la respuesta inmediata que puede ser observada de acuerdo a la conducta del paciente, definiendo la función que tiene esta.

Sistema TEACCH

Sobre el lenguaje, existen diferencias marcadas entre las estrategias que han propuesto los equipos de investigación:

Los sistemas de comunicación con signos, o con la ayuda de dibujos, tales como el sistema TEACCH (cfr., Smith, 1996) o el sistema PECS (Bondy y Frost, 1994). La alternativa a este tratamiento es enseñar el lenguaje vocal. Se cree que es más útil enseñar lenguaje que todas las personas usan en la vida cotidiana porque, en primer lugar, no está demostrado que los sistemas alternativos de comunicación sean efectivos para que un niño con autismo adquiriera el lenguaje normal; en segundo lugar,

La mayoría de los niños con autismo no tienen una limitación motora o biológica que les impida usar los músculos necesarios para hablar; y, en tercer lugar, muchos niños con autismo han aprendido el lenguaje normal con procedimientos similares a los que usamos (*e.g., Lovaas, 1987; Maurice, 1993; McEachin, Smith y Lovaas, 1993*).

Existe gran diferencia entre enseñar lenguaje a partir de análisis lingüísticos y enseñar lenguaje a partir de análisis funcionales (*e.g., Catania, Matthews y Shimoff, 1982; Sundberg, 1990; Sundberg y Partington, 1998; Vargas, 1988*). A partir de análisis

lingüísticos, se enseña a los niños a emitir palabras en varios contextos. Los procedimientos basados en los análisis funcionales, en cambio, ponen mucho énfasis en analizar las condiciones en las que se producen las palabras.

Existe gran diferencia entre enseñar lenguaje explícito, por ejemplo, enseñarle al niño lo que debe decir en cada momento y enseñar de forma que los niños produzcan lenguaje no enseñado explícitamente.

Una característica del lenguaje es que podemos generar frases nuevas en situaciones originales y que entendemos expresiones que escuchamos por primera vez.

Es por eso que a continuación, se presenta el procedimiento que se utiliza para diagnosticar que tipo de autismo tiene el niño, así como para conocer más acerca del antes de dar un tratamiento por el CAADD.

Método:

- Evaluación inicial
- Definición de habilidad y evaluación de cada habilidad
- Diseño del currículo de programa
- Forma de implementar cada programa
- Reforzadores
- Consecuencias por respuestas incorrectas
- Uso de ayudas
- Cambios de criterio basados en cantidades
- Panorama del desarrollo general del currículo
- Intervención sobre conductas inapropiada

- Definición de meta
- Análisis global de la efectividad del conjunto de la intervención
- Resultados
- Análisis cuantitativos

Esta metodología se utiliza al momento de brindar un tratamiento por parte del centro y de acuerdo a sus políticas se aplican diferentes pruebas para un mejor diagnóstico y atención.

CAPÍTULO III. PLAN DE TRABAJO

3.1 Diagnóstico y valoración:

Datos generales del niño.

A es el único hijo de la pareja V. La señora V comenta que su embarazo fue complicado en el último trimestre, pues en la semana 24 tuvo una amenaza de parto prematuro que se trató con medicamento y requirió hospitalización en dos ocasiones.

El niño nació por cesárea con un peso de 2.610 kg, estatura de 47cm, Apgar de 8/9 y tamiz neonatal negativo.

Su desarrollo fue lento desde el primer año de vida, destacando control cefálico a los seis meses de edad, sentarse a los ocho meses, gatear a los 12 meses y marcha a los 18 meses. Recibió estimulación temprana desde los ocho meses y su mamá comenta que se irritaba cuando le estimulaban el tronco, el pecho y los brazos.

Actualmente se describe torpeza en marcha y carrera, salto estático en dos pies, pero aún sin intentos de saltar en un pie y retraso en el desarrollo de habilidades con pelota, como lanzar con los brazos a la altura de la cabeza o caminar a patear una pelota estática.

En cuanto a su motricidad fina, se reporta que muestra una pinza fina definida, inserta figuras en un cubo de formas y logra actividades sencillas de ensamble. Sin embargo, tiende a desesperarse cuando realiza estas actividades.

En cuanto a su desarrollo de lenguaje, se reportan primeras palabras a los ocho meses, sin pérdida posterior. A esta fecha se observa pobre intención comunicativa, con uso predominante de palabras-enunciado como Maggie, mamá, papá, leche o agua. Se reporta

que señala cuando algo le interesa, pero predomina el uso de la mano del adulto como instrumento para obtener lo que desea.

Aún no responde a su nombre de manera constante y tampoco intenta responder a preguntas personales como nombre o edad, aunque los papás le están enseñando a mostrar su edad con los dedos.

Su seguimiento de instrucciones es pobre, aunque no hay sospecha de sordera o hipoacusia. Identifica algunas cosas comunes en su entorno, apoyado algunas veces por el contexto.

Su comprensión y expresión de estados de ánimo es deficiente y se le dificulta la comprensión de límites y reglas.

En cuanto a sus habilidades sociales y de juego, sus padres comentan que no muestra interés por otros niños, no responde a interacciones sociales, no muestra habilidades de juego imaginario y denota pobre interés por juegos y juguetes. La señora comenta que solamente se interesa por lanzar juguetes, chocar carritos de forma repetitiva.

En cuanto a su comportamiento, los padres coinciden en que el niño no tolera la frustración de forma aceptable. Cuando algo le molesta tiende a gritar, a golpear y a dejarse caer en el piso. También comentan que cuando no está ocupado tiende a lanzar objetos sin propósito aparente.

Come solo y sabe usar cuchara, tenedor, servilleta y vaso. Sin embargo, se mantiene en la mesa solamente si le encienden la televisión, pues tiende a levantarse sin haber terminado. Rechaza alimentos como la lechuga y el jitomate y aún no recoge lo que ha usado.

Aún no maneja su ropa de forma independiente. Puede quitarse los zapatos y coopera cuando lo visten. Está parcialmente entrenado para el baño, pues duerme con pañal por la noche y a veces amanece mojado.

Depende de los adultos en actividades de higiene y autocuidado como lavarse los dientes, las manos, peinarse o limpiarse la nariz. Aún comparte recámara con sus papás, aunque están por asignarle su propio cuarto.

En el área cognitiva, se reportan cortos periodos de atención, frustración ante trabajos que se le dificultan, y retraso en la adquisición de algunos conceptos como clasificación por colores, y conceptos pre matemáticos. Sus periodos de atención no rebasan el minuto, aunque puede mantenerse por varios minutos mirando la tele.

Su familia muestra hipersensibilidad ante sonidos irritantes, el llanto de otros niños, o el canto de un gallo. También reportan hipersensibilidad ante texturas como el pasto o la arena que actualmente han mejorado. Le gusta amasar, jugar con agua y tocar la textura de la crema de rasurar.

Le molestan los cambios repentinos y es inflexible ante cambios de rutina. Busca constantemente observar cosas que giran y se mueven. También ha mostrado tendencias obsesivas por temas específicos como los cochinitos, el celular, videos específicos, etc.

Su estado de salud es bueno. Toma contumax para el estreñimiento y no se refiere el uso de ningún otro medicamento a la fecha del presente trabajo. Está en proceso de recuperación de una fractura de radio que ocurrió en la guardería.

Partiendo de esta propuesta que Ivar Lovaas se preparan las secciones dos días por semana con una duración de dos horas por sección, en este tiempo se trabajan los diferentes objetivos que tiene el niño.

3.2 Lenguaje

Nombre la actividad: Lenguaje y comunicación

Objetivo: se pretende que el paciente logre identificar 15 objetos al azar, así como verbalmente pedir ayuda en el momento que él lo necesite.

Material: imágenes de diferentes objetos

Tiempo: 3 meses

Responsables: terapeuta y asistente

Identificara un mínimo de 15 objetos presentados al azar, en cuatro de cinco intentos por dos sesiones consecutivas

Seguirá instrucciones verbales presentadas al azar, en cuatro de cinco intentos, por dos sesiones consecutivas

Imitara el 50% de los movimientos en una canción o ronda, por dos sesiones consecutivas.

Usará un mínimo de tres gestos para expresar sus necesidades o deseos, en cuatro de cinco oportunidades, por dos días consecutivos.

MODIFICACIÓN: de acuerdo a las necesidades que va presentando el paciente durante la terapia, en la cual es este mes no se realizó ningún cambio

RESULTADOS: El paciente logro alcanzar sus objetivos satisfactoriamente de acuerdo los objetivos propuestos

3.3 Conducta.

Objetivo: se pretende que el paciente logre modificar y disminuir conductas destructivas, para poderse desenvolver mejor socialmente.

Materiales: mesa, silla y carritos

Tiempo: 3 meses

Responsables: terapeuta y asistente

Podrá mantenerse en la mesa de trabajo por un mínimo de siete minutos a la vez, por dos veces consecutivas.

Cambiará de una actividad favorita a otra no favorita sin golpear, llorar o tirarse al piso, por dos veces consecutivas.

Modificación: no se aplico

Resultados: se logró que el paciente disminuyera un 80% conductas indeseadas al momento de terminar un juego y trabajar en mesa.

3.4 Juego y socialización:

Objetivo: identifica juguetes que son de acuerdo a su edad, así como desenvolver socialmente

Material: carros y rompecabezas

Tiempo: 3 meses

Responsable: terapeuta y asistente

Completará un rompecabezas de ocho piezas, por dos sesiones consecutivas.

Imitara al menos cinco acciones con juguetes apropiados a su edad, en cuatro de cinco intentos, por dos sesiones consecutivas.

Responderá a interacciones de saludo y despedida agitando la mano, en cuatro de cinco oportunidades, por dos días consecutivos.

Resultados: se logró que el paciente alcanzara satisfactoriamente sus objetivos

3.5 Motricidad gruesa y fina:

Objetivo: se pretende que el paciente desarrolle su motricidad fina y gruesa para un mejor desenvolvimiento

Material: cubos de piezas, tazas graduadas y agujetas

Tiempo: 3 meses

Responsables: terapeuta y asistente.

Completará un cubo de formas sin apoyo del adulto y sin levantarse de la mesa, por dos sesiones consecutivas.

Caminara talón-punta una distancia mínima de dos metros hacia adelante, entre dos líneas separadas a 30 cm de distancia, por dos sesiones consecutivas.

Ensartara 10 cuentas grandes en una agujeta, en cuatro de cinco intentos, por dos sesiones consecutivas.

Ensamblara un set de tazas graduadas en tamaño, por dos veces consecutivas.

Resultados: Se logró que el 80% de sus actividades se alcanzaran satisfactoriamente.

3.6 Habilidades cognoscitivas:

Objetivo: identificara las partes de su cuerpo y 5 colores básicos.

Materiales: colores y suéter

Tiempo: 3 meses

Responsables: terapeuta y asistente

Identificara cinco colores presentados al azar, en cuatro de cinco intentos, por dos sesiones consecutivas.

Identificara 10 partes del cuerpo nombradas al azar, en cuatro de cinco intentos, por dos veces consecutivas.

Habilidades diarias: se les enseña las habilidades que se realizan día a día, para que el niño comience a hacer autosuficiente.

Podrá quitarse un sweater o camisa abierta al frente, por dos veces consecutivas.

A continuación, se presentan los resultados por los cuales se detectó un posible autismo en el niño.

Inventario Brigance de Desarrollo Temprano, Texto Revisado

El inventario Brigance fue administrado durante la observación y complementado con información proporcionada por los padres del paciente. Los resultados a continuación representan el equivalente de desarrollo en cada área, expresado en años y meses:

1- Habilidades y conductas motoras gruesas:

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
Caminar	2-6
Subir escaleras	1-9
Correr	2-0
Brincar	2-0
Saltar	<1-0
Balance	2-0

Patear pelota	1-6
Cachar	3-0
Rodar y tirar	1-9

2- Habilidades y conductas motoras finas:

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
Habilidades motoras de manos y dedos	2-8
Construcción con bloques	3-0
Pre escritura	2-6
Dibujo	NA
Trazo	<3-0
Corte con tijeras	<2-0

3- Habilidades de auto ayuda

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
Alimentarse	2-0
Desvestirse	1-6
Vestirse	1-6
Desabrochar/abrochar	1-6
Uso del excusado	2-9
Bañarse/lavarse	2-9
Acicalarse	3-0

4- Habilidades de habla y lenguaje:

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
Pre-lenguaje receptivo	9 meses
Pre-lenguaje/gestos	1-3
Pre-lenguaje/vocalización	1-3
Desarrollo general de lenguaje y habla	1-3

5- Conocimiento y comprensión general:

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
-----------	---------------------------------

Respuesta a/y experiencia con libros	1-9
Partes del cuerpo/receptivo	2-6
Partes el cuerpo/expresivo	NA
Colores	2-0
Figuras	<2-0
Conceptos cuantitativos	<2-0
Conceptos de dirección y posición	<2-0
Clasificación	<2-0

6- Desarrollo emocional y social:

Habilidad	Nivel de desarrollo el 13/07/18
Desarrollo socio-emocional en general	7 meses
Habilidades y conductas de juego	7 meses
Conductas y habilidades relacionadas al trabajo	2-3

7- Observaciones durante la prueba:

Cooperación	N
Persistencia	N
Nivel de atención	N
Concentración	N
Confianza	S
Rapport	S
Agudeza auditiva	AB
Agudeza visual	AB

N= Necesita mejorar

S= Satisfactoria

AB= Aparentemente bien

Entrevista para el Diagnóstico del autismo, edición Revisada.

La entrevista se llevó a cabo durante la fecha de observación, completándose con documentación de habilidades y conductas observadas, utilizando un algoritmo diagnóstico en el rango de 3.0 años en adelante.

El resumen de puntuaciones obtenidas por el niño se presenta a continuación:

Dominio	Punto de corte	Puntuación
Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca.	10	15
Alteraciones cualitativas de la comunicación	Verbal –8 No verbal –7	Verbal—12 No verbal—10
Patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados	3	6
Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes	1	4

Los resultados de esta prueba confirman que el paciente muestra síntomas compatibles con un Trastorno del Espectro Autista, presentando déficits importantes en las áreas de lenguaje, interacción social y patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados.

Conclusiones: De acuerdo a las pruebas administradas, cumple con los criterios clínicos para el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Se recomienda seguir tratamiento de acuerdo a los resultados del análisis funcional de conducta incluido en este trabajo.

De acuerdo a este análisis sobre el autismo se puede determinar que el niño presenta una variación de conductas asociadas con él es presto autista.

Déficits de conducta:

La siguiente es una descripción de los déficits de conducta presentados por el niño en las diferentes áreas de su desarrollo:

1. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN:

- Muestra un atraso importante en el desarrollo del habla, caracterizado por balbuceo maduro con aparición esporádica de aproximaciones de palabras y palabras-enunciado.

- No identifica una variedad de objetos esperados para su edad.
- Muestra pobre uso de comunicadores no verbales.
- No muestra comprensión de claves de contexto.
- No responde a su nombre
- No muestra comprensión de instrucciones verbales
- No responde preguntas básicas de información personal, como su nombre.

Está aprendiendo a decir su edad con los dedos.

- Muestra pobre intención comunicativa.
- No se observa búsqueda de atención conjunta

2. HABILIDADES COGNOSCITIVAS:

- No clasifica objetos de su interés por campo semántico
- No identifica todas las partes del cuerpo esperada para su edad. Solo manos, cabeza y partes de la cara.
- No identifica colores ni agrupa por colores
- Muestra cortos periodos de atención
- No se sienta frente a la mesa de trabajo

3. HABILIDADES DIARIAS

- No recoge lo que ha usado
- Tiende a rechazar algunos alimentos importantes para su desarrollo
- Aún usa pañal por la noche.
- No se viste ni desviste de manera independiente. Solo se quita los zapatos.
- Depende totalmente del adulto para todas las actividades de higiene y auto

cuidado como cepillarse los dientes, peinarse o lavarse las manos

4. DESARROLLO EMOCIONAL Y SOCIAL:

- Muestra pobre contacto visual.
- No inicia ni responde a interacciones con otros niños
- No se interesa por una variedad de juegos o juguetes apropiados a su edad.
- No imita las acciones de los demás
- Muestra pobre tolerancia a la frustración
- Muestra dificultad para adaptarse a situaciones sociales.
- Muestra dificultad ante cambios inesperados y cambios de rutina.
- No muestra reciprocidad social o emocional
- No muestra interés compartido

5. MOTRICIDAD GRUESA Y FINA:

- Aún no flexiona rodillas al saltar. No salta en un pie.
- Corre de puntas y sin sincronía de brazos y piernas
- No imita marcha hacia atrás ni a los lados
- Muestra pobres habilidades de juego con pelota. Lanza de pecho. No pateo

pelota en movimiento. Comienza a cachar.

- No completa un cubo de formas sin apoyo.
- No completa un set de tazas graduadas en tamaño
- No ensarta
- Tiende a empuñar la crayola
- Aún no recorta

De esta manera base a los análisis realizados por la misma institución se puedo detectar ciertas alteraciones neuronales por parte de la familia, ya que se reporta que la mamá ha presentado cuadros de epilepsia y tendencias depresivas. Por el lado paterno, se describe que el abuelo también presentó epilepsia, “apatía social, lo que puede ser un indicador de algún trastorno emocional o del neurodesarrollo; Pudiendo ser una de las principales razones por las cuales el niño es canalizado a evaluaciones que permitan saber si el niño pudiera ser compatibles con un trastorno del espectro autista (TEA).

A continuación, se presenta el instrumento que se utiliza para registrar el avance que está teniendo el niño (paciente) en cada terapia.

Los resultados se obtienen con la ayuda del conteo de intentos, la cual consiste en un instrumento de medición que permite conocer qué porcentaje de aprendizaje está teniendo el niño ante las actividades que realiza. Así mismo el instrumento se clasifica de la siguiente manera:

Nombre del Paciente _____

Programa: _____

Fecha _____

Inst: _____

Terapeuta: _____

Objetivo: _____

	#INTENTOS.	C/D
1-I NR AT AP C _____	_____	_____
2-I NR AT AP C _____	_____	_____
3-I NR AT AP C _____	_____	_____
4-I NR AT AP C _____	_____	_____
5-I NR AT AP C _____	_____	_____
6-I NR AT AP C _____	_____	_____
7-I NR AT AP C _____	_____	_____
8-I NR AT AP C _____	_____	_____
9-I NR AT AP C _____	_____	_____
10-I NR AT AP C _____	_____	_____
Porcentaje:		

Comentarios: _____

La clasificación del aprendizaje es:

I=incorrecto

AT=ayuda total

C=correcto.

NR=no respondió AP=ayuda parcial

#int= número de instrucción o paso.

C/D= conteo de distractores.

El instrumento permite sacar el porcentaje de la actividad realizada partiendo de los intentos correctos que da en cada sección, si el programa da el 80% se puede decir que el objetivo está siendo aprendido por el niño.

La metodología que se utiliza en este proceso terapéutico es el conteo de intentos, que se utilizan para enseñar programas de instrucciones receptivas (con o sin objeto) y programas de lenguaje expresivo en condiciones altamente estructuradas. Permite la retención de información expresiva y receptiva presentada entre distractores diversos.

A continuación, los pasos que se realizan al utilizar intentos extendidos y que se registran en la hoja de intentos extendidos.

Pasó uno: intento masivo de A,

Paso dos:

Intento uno: “A”

Intento dos: Distractor

Intento tres: “A”

Intento cuatro: Distractor

Intento cinco: Distractor

Intento seis: “A”

Intento siete: Distractor

Intento ocho: Distractor

Intento nueve: Distractor

Intento diez: “A”

Pasó tres: rotación al azar de “A” Y “B”

De igual manera tiene que tener dos respuestas correctas de “A” para poder mostrar el distractor.

Cada tres meses se plantean objetivos y metas nuevas a alcanzar en algunos casos se le modifican y en otros casos se le dejan para reforzar ese aprendizaje, se realiza un reporte de los resultados que el niño ha tenido en cada terapia para brindar un análisis partiendo de sus objetivos, para evaluar si el niño alcanzo el nivel deseado para cambiar de metas y empezar a realizar actividades nuevas que le permitan modificar sus conductas no deseadas y tener nuevos aprendizajes.

Por otro lado, en algunas ocasiones el niño muestra conductas no deseadas que no permiten brindar la terapia como se desea; dentro de estas conductas una de las que más realiza es la de ESCAPE, la cual ayuda a eliminar demandas o actividades no deseadas. Esto quiere decir que el niño se comporta negativamente realizando berrinches y empieza a llorar para no hacer la actividad.

Así mismo a esto se le llama funciones de conducta observadas en pacientes con autismo como, por ejemplo:

Estimulación sensorial: para obtener información.

Escape: para eliminar demandas o actividades no deseadas

Evasión: para mover/eliminar el contacto con otros.

Atención: para ganar la atención o la reacción de los demás

Acceso: para ganar acceso a materiales, actividades o alimentos

Desahogo de frustración: sirve para desahogar la ansiedad y el enojo causados por situaciones que el paciente no puede controlar.

Cada conducta se atiende de maneras distintas para disminuir estas conductas no deseadas.

Por otro lado, si la directora del centro no aprueba las actividades a trabajar con el niño, uno no puede modificar los objetivos ni metas a realizar, ya que ella es la única que puede decir lo que es conveniente enseñar al niño.

En cuestiones con el niño realmente las actividades las realiza muy bien y eso permite que él trabaje más su pensamiento cognitivo y así tener más aprendizajes que le ayuden en su proceso.

Toda su metodología aplicada es basada en El Psicólogo Ole Ivar Lovaas quien fue un psicólogo clínico considerado como uno de los padres de la terapia para el autismo, denominada análisis de conducta aplicada o ACA, más conocido por sus siglas en inglés como ABA.

El análisis de conducta aplicada (ABA) es un método de intervención derivada específicamente sobre la conducta. Se utiliza para mejorar las habilidades humanas socialmente significativas, enfocándose al aumento de secuencias de conductas adaptativas y la reducción de conductas inapropiadas para lograr una mejor integración con el ambiente.

- Así mismo en el condicionamiento operante de Skinner, ya que viene en el texto.
- Toda conducta que es reforzada por un estímulo tiende a mantener o aumentar.
- Toda conducta que no es reforzada por un estímulo tiende a disminuir o desaparecer.

Esto quiere decir que por eso cada paciente al momento de realizar la evaluación con el niño se obtiene cuáles son sus reforzadores que más le gustan para de ahí aplicar la teoría de Skinner y disminuir sus conductas.

También los procedimientos utilizados son por la creación de la directora del centro que ha construido sus procesos de cómo brindar la terapia en la instrumentación utilizada para obtener los resultados deseados.

CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN.

A continuación, se presenta el progreso demostrado por el niño en su primer trimestre de servicios. Cuando un objetivo se reporta como alcanzado es porque refleja un rendimiento mínimo del 80% por dos sesiones u oportunidades consecutivas.

Tabla de progreso del primer trimestre.

Lenguaje

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Identifica un mínimo de 15 objetos presentados al azar.		X			Identifica 11 objetos presentados al azar, entre los cuales se encuentran: Carrito, cuchara, rana, plátano, tigre, búho, taza, etc.
Sigue diez instrucciones verbales presentadas al azar.				X	Logro rebasar este objetivo, pues sigue más de 10 instrucciones verbales, como párate, siéntate, ven, di adiós, etc.
Imita el 50% de los movimientos en una canción o ronda.				X	Ha logrado imitar más del 50% los movimientos de canciones como “Ruedas de san miguel”

					y “las ruedas del camión”.
Usa un mínimo de tres gestos para expresar sus necesidades o deseos.			X		Ha logrado expresar 3 deseos o necesidades tales como: Dame, abre la... y ayuda.

Conducta:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Se mantiene en la mesa de trabajo por un mínimo de siete minutos a la vez.				X	Ha logrado permanecer en mesa por lapsos de 40 a 60 minutos. La estrategia usada consiste en alternar actividades de trabajo que le son complejas o requieren un mayor esfuerzo mental con otras más relajadas y reforzar su esfuerzo constantemente.
Cambia de una actividad favorita a otra no favorita sin golpear, llorar o tirarse al piso.		X			Sigue teniendo dificultad para pasar de una actividad favorita a otra no favorita. Tiende a tirarse al piso, llora y muestra resistencia diciendo “No”. Ha funcionado el no reforzar la conducta y apoyarlo para

					que complete la transición.
--	--	--	--	--	-----------------------------

Aún observamos dificultad para esperar cuando algo que desea no se le entrega de inmediato.

Juego y socialización

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Completa un rompecabezas de ocho piezas.				X	Logró no solo completar un rompecabezas de 8 piezas, sino también logro hacerlo por turnos.
Imita al menos cinco acciones con juguetes apropiados a su edad.		X			Logra imitar dos acciones con juguetes. Utilizando un serrucho realiza la acción de cortar y utilizando un desarmador hace la acción de desatornillar.
Responde a interacciones de saludo y despedida agitando la mano.				X	Responde a interacciones de saludo y despedida. Incluso manda beso.

Motricidad gruesa y fina:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Completa un cubo de formas sin apoyo del adulto y sin levantarse de la mesa.			X		completa el cubo de formas de manera independiente, usando figuras como: Circulo, cuadrado,

					rectángulo, triángulo, cruz, media luna, etc.
Camina talón-punta una distancia mínima de dos metros hacia adelante, entre dos líneas separadas a 30 cm de distancia.				X	Logro caminar con el patrón talón-punta por mucho más de 2 metros.
Ensarta 10 cuentas grandes en una agujeta.				X	Ensarta 10 cuentas grandes sino también medianas y chicas.
Ensambla un set de tazas graduadas en tamaño.		X			Logra conseguir del 8° al 4° nivel de las tazas graduadas. En el resto de los niveles suele alinear y jugar con el material.

Habilidades cognoscitivas:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Identifica cinco colores presentados al azar.				X	Identifica 11 colores presentados al azar, tales como rojo, azul, verde, amarillo, negro, gris, café, etc. Incluso menciona algunos de ellos.
Identifica 10 partes del cuerpo nombradas al azar.				X	Identifica 11 partes del cuerpo tales como cabeza,

					piernas, brazos, orejas, pecho, boca, ojos, etc.
--	--	--	--	--	--

Habilidades diarias: se les enseña las habilidades que se realizan día a día, para que el niño comience a hacer autosuficiente.

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Puede quitarse un sweater o camisa abierta al frente.		X			Ha tenido dificultad en alcanzar este objetivo pero se está trabajando para conseguirlo con ayuda de los padres.

A manera de conclusión, como se puede observar en la tabla de resultados, que ha respondido de manera favorable a la terapia de intervención conductual, logrando alcanzar o rebasar once de los dieciséis objetivos planteados en este trimestre. Los objetivos que aún no ha alcanzado muestran un avance importante, por lo que creemos que pronto lograremos que cumplan con nuestro criterio de aprendizaje.

A continuación, se presentan los siguientes objetivos alcanzados y en progreso que está teniendo dentro del CAADD.

Tabla del segundo trimestre.

Tabla de progreso

Lenguaje

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Nombra un mínimo de 5 objetos presentados al azar.				X	Logro nombrar 8 objetos presentados al azar como carrito, sopa, cepillo de dientes, oso, tigre, gato, etc.
Sigue 10 instrucciones verbales de dos componentes presentadas al azar.			X		Logro seguir 10 instrucciones de dos componentes como párate y ven, manos quietas y manos arriba, salta y aplaude, párate y gira, etc.
Imita cinco movimientos oro faciales presentados al azar				X	Logra imitar 7 movimientos oro faciales como sacar la lengua, inflar las mejillas, soplar, pronunciar “lalala”, “ahhh”, etc.
Usa un mínimo de cinco gestos acompañados de una palabra clave para expresar sus necesidades o deseos.			X		Usa cinco gestos acompañada de una palabra clave como por ejemplo la señal de Abre junto con la

					palabra o cuando necesita ayuda acompañado de la palabra “Ayuda”, Más, Dame y Este o Ese cuando necesita algo.
--	--	--	--	--	--

Conducta:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Espera por un mínimo de cuatro minutos antes de obtener algo deseado.				X	Espera por cinco minutos antes de obtener algo deseado.
Cambia de una actividad favorita a otra no favorita sin golpear, llorar o tirarse al piso.			X		Ha mejorado en su tolerancia al cambiar de una actividad favorita a otra no favorita. Tiende a jugar y demorarse entre 5 y 20 segundos cuando se trata de entregar juguetes. Ha funcionado el no reforzar la conducta y apoyarlo para que complete la transición.

Se ha observado que se le dificulta trabajar con otra terapeuta.

Juego y socialización

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Completa un juego de mesa alternando turnos.		X			Actualmente se le está enseñando a jugar el

					memorama y se encuentra trabajando con 5 pares, mostrando avances respecto a solo voltear una carta a la vez y juntando los pares.
Imita al menos cinco acciones con juguetes apropiados a su edad.				X	Ha logrado imitar 9 acciones con juguetes como el martillo, la el teléfono, el peine, etc.

Motricidad gruesa y fina:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Ilumina el 50% de una figura de bordes gruesos, tomando la crayola con pinza fina y manteniendo la dirección del trazo.			X		Ha logrado iluminar el 50% de un rectángulo, mostrando buen agarre de pinza fina, utilizando su mano de apoyo y manteniendo la dirección de trazo.
Lanza una pelota a una distancia de tres metros.		X			Ha logrado lanzar a una distancia de dos metros. Muestra dificultad debido a que cuando se dispone a lanzar, agacha la mirada y su lance se queda corto.

Ensambla un set de tazas graduadas en tamaño.			X		Ha logrado ensamblar un set de 8 tazas graduadas de manera independiente.
---	--	--	---	--	---

Habilidades cognoscitivas:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
Nombra 10 colores presentados al azar.				X	No solo ha logrado nombrar 10 colores presentados en tarjetas, sino que ha logrado generarlos en su ambiente natural.
Nombra 10 partes del cuerpo señaladas al azar.				X	Nombra 10 partes del cuerpo señaladas al azar tanto en su cuerpo como en otras personas. Igualmente los identifica en, juguetes o fotos.

Habilidades diarias:

Objetivo/Desempeño	Suspendido	En progreso	Alcanzado	Rebasado	Comentarios
--------------------	------------	-------------	-----------	----------	-------------

Puede quitarse un sweater o camisa abierta al frente.	X				A pesar que se han logrado avances con este objetivo, se decidió suspenderlo debido a que en la temporada de invierno se enfermaba recurrentemente de gripa o tos, por lo que fue necesario estar abrigado durante ese tiempo. Este objetivo se retomara más adelante cuando sus condiciones de salud mejoren.
---	---	--	--	--	--

A manera de conclusión como se puede observar en la tabla de resultados, el niño obtuvo un buen desempeño e incluso alcanzo más de la mitad de los objetivos propuestos en este trimestre.

Los objetivos que aún no ha alcanzado muestran un avance significativo, por lo que pronto se espera que sean aprendidos.

4.1 Análisis de la práctica.

De esta manera es como se interviene en el CAADD y es así como se obtienen los procesos y resultados partiendo de cada tres meses, ya que es el tiempo en que se evalúa su crecimiento.

En el primer informe que se brindó dentro del CAADD, se pudo observar que realmente los objetivos que se trabajaron dentro de la terapia si fueron de gran satisfacción

para el niño, ya que al momento de preguntar por lo aprendido muestra un aprendizaje favorable en las diferentes áreas de trabajo.

En el segundo informe se puede observar que cada área ha aumentado más en sus actividades, permitiendo observar que el niño está teniendo un avance favorable en sus objetivos superados.

Así mismo se muestra una gran diferencia en cada reporte realizado, ya que desde que entró al CAADD al último informe entregado el niño ha podido tener cambios favorables en su proceso cognitivo y en su conducta.

Por otro lado, desde que se empezó a realizar la intervención se observó que el niño realmente no muestra problemas en la manera de cómo aprende, si no en las conductas de berrinche que hace cuando algo no le gusta para llamar la atención del terapeuta y de sus padres creando un egocentrismo en el niño como lo dice.

Jean Piaget (citado por Papalia, 2001 y Ellis, 2005) denominó a la etapa de niñez temprana como etapa pre operacional caracterizándola por el surgimiento del pensamiento simbólico, el incremento en las capacidades lingüísticas, la construcción de ideas estructuradas y la mayor comprensión de las identidades, el espacio, la causalidad, la clasificación y el número, conceptos claves para el aprendizaje escolar.

A esta edad, sin embargo, el pensamiento se ve limitado a experiencias individuales, lo que lo hace egocéntrico, intuitivo y carente de lógica.

También muestra un gran problema en el lenguaje, ya que le cuesta mucho trabajo empezar a pronunciar las palabras que quiere expresar. Pero realmente el niño si muestra habilidad al momento que se le enseña una nueva palabra y la repite varias veces sin que se le diga o en ocasiones repite las instrucciones que le da el terapeuta.

Piaget (1988), el lenguaje es el modo de representación más complejo y abstracto que se adquiere dentro de los límites de un sistema socialmente definido. Esta forma de representación juega, por tanto, un papel integral en el desarrollo del pensamiento lógico. En otras palabras, el lenguaje es solo una manera de expresar nuestro pensamiento. El lenguaje desarrolla el pensamiento lógico, sí constituye una condición necesaria para su desarrollo.

Ciertamente, el lenguaje juega un papel importante para refinar estructuras del pensamiento, particularmente en el período formal de su desarrollo. En este sentido sin lenguaje los marcos de referencia serían personales y carecerían de regulación social propiciada por la interacción. Gracias a esto último, el lenguaje extiende el pensamiento lógico a su nivel óptimo.

Desde que él ingreso al CAADD mostro un escaso vocabulario ya que le costaba mucho trabajo pronunciar sus datos personales como su nombre, edad, mamá y papá

Posteriormente se empezó a brindar dentro de la terapia la pronunciación de sus datos personales teniendo un gran avance en su aprendizaje, ya que desde que se ingresó al centro a realizar el servicio el niño ya podía decir sus datos personales.

En el siguiente reporte mostró avance favorable, se observa un aumento en su vocabulario y habilidades de conversación. Comienza a responder preguntas de información personal como nombre y edad y ha logrado generalizar los aprendizajes adquiridos hasta ahora como el identificar y nombrar colores, partes del cuerpo, objetos del ambiente y gestos para expresar sus necesidades o acompañar sus expresiones verbales.

Piaget (1946), expresa que la construcción del lenguaje: “Está subordinada al ejercicio de una función simbólica que se apoya en el desarrollo de la imitación y del juego,

tanto como en el desarrollo ilustrando “es decir cómo el niño experimenta situaciones que lo llevan a la repetición de diversiones, juicios y críticas; mecanismos de aprendizaje en la distinción de objetos haciendo asociaciones de ideas y por medio de la interpretación ser integrado en un orden lingüístico: la palabra por la vía de los significantes, vía necesaria de aprendizaje para darle un sentido al funcionamiento del cuerpo.

Si bien se observa el lenguaje se puede construir partiendo de la socialización y el juego. Según Bruner, estos juegos de formatos constituyen un contexto ideal para aprender a hablar. Bruner manejó la hipótesis de que tal vez la estructura del lenguaje podría explicarse como una derivación a partir de las estructuras de acción e interacción. Es una hipótesis muy parecida a la que Piaget mantiene respecto a la lógica del pensamiento, que, según él, proviene de la lógica de las acciones inteligentes que desarrollamos durante los dos primeros años de vida en interacción con el mundo físico.

Por lo cual, se puede decir que el niño necesita interactuar con sus papás, que sus papás empiecen la construcción del lenguaje que no solo le digan si o no entiendo lo que dice, si no que ellos empiecen a partir de la interacción que tenga entre sí.

Piaget (1948), formula una teoría de la inteligencia, según la cual el pensamiento tiene sus raíces en la acción y no en el lenguaje.

Según la teoría de Piaget (1946), el lenguaje es un producto más del desarrollo intelectual. Consideraba el lenguaje como uno de los cuatro factores fundamentales del desarrollo cognitivo.

Pero si bien la propuesta que hace Piaget (1946) acerca del lenguaje, es muy real por la manera de cómo el niño construye su lenguaje, es decir él está en la etapa de la

imitación todo lo que escucha lo quiere repetir y es así como lo explica la Etapa pre operacional: de los 2 años hasta los 6 años.

Es la etapa del pensamiento y del lenguaje que gradúa su capacidad de pensar simbólicamente, imita objetos de conducta, juegos simbólicos, dibujos, imágenes mentales y el desarrollo del lenguaje hablado.

Por otro lado, una de las áreas de trabajo que ofrece el CAADD es la de juego y socialización, ya que esta área está siendo una parte importante dentro de la construcción de su lenguaje por la manera de como con la ayuda del juego realiza una imitación simbólica mediante el apoyo del juego imaginario. Es una estrategia que se utiliza con el apoyo de diferentes objetos que sirve para la imitación, acompañado con el apoyo de un adulto, en la cual ambos empiezan a jugar creando un juego imaginario donde el niño desarrollar más su lenguaje y repite lo que escucha del adulto.

La capacidad de simbolización empieza en el segundo año de vida, y se desarrolla a lo largo de la infancia, apoyada a través del lenguaje y de su complejidad, que también va en aumento.

El lenguaje permite llegar a acuerdos con los niños que comparten el juego. Esta colaboración se establece gracias a la implementación de un objetivo común, y a la aceptación de unas mismas normas de juego. "El juego simbólico" Piaget - es al juego de ejercicio lo que la inteligencia representativa a la inteligencia sensorio-motora" (Piaget, 1973, pág. 222)

El juego simbólico es, por tanto, una forma propia del pensamiento infantil y si, en la representación cognitiva, la asimilación se equilibra con la acomodación, en el juego

simbólico y prevalece en las relaciones del niño con el significado de las cosas y hasta en la propia construcción de lo significativo. De este modo el niño no sólo asimila la realidad, sino que la incorpora para poderla revivir, dominarla o compensarla.

Con los inicios de la socialización, hay un debilitamiento del juego propio de la edad infantil y se da el paso al juego propiamente preescolar, en el que la integración de los otros constituye un colectivo lúdico en el que los jugadores han de cumplir un cierto plan de organización, sin el cual el juego no sería ciertamente viable.

El juego simbólico es esencial para el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales en los niños.

Un juego simbólico de grupo que va a ser crucial para el proceso de socialización, por eso es muy importante que se dé desde los primeros años del niño, así como lo brindan dentro del centro llamado CAADD donde una parte importante de su desarrollo de Omar está siendo el juego compartido. Primero debe de ser con los padres de familia para más tarde con los otros niños "la regla - sostiene Piaget (1987) - tan diferente del símbolo como puede serlo éste del simple ejercicio, resulta de la organización colectiva de las actividades lúdica".

Por lo tanto, es importante que la mayoría de las reglas morales que el niño aprende a respetar, las recibe del adulto, es decir, que se le dan elaboradas, y, muchas veces y no a medida que las va necesitando y pensadas para él, sino de una vez por todas y a través de la sucesión ininterrumpida de las generaciones adultas anteriores.

Por eso es importante el juego simbólico dentro de la construcción del lenguaje ya que desarrolla las habilidades verbales para poder expresar pensamientos, sentimientos, reacciones y actitudes con más claridad en la edad temprana de la infancia.

Así mismo el juego es para el niño lo que el lenguaje es para el adulto; y los juguetes son para él lo que las palabras son para nosotros. Por lo tanto, cuando el terapeuta juega, se pone al nivel del pequeño. Habla su lenguaje, le escucha, crea y pone significado a lo que va ocurriendo, y le pregunta por su mundo interno a través de los personajes en juego.

Por otro lado, una de las aportaciones importantes que se pueden trabajar con niños autistas es el método Montessori ya que ella dice que los niños que padecen el trastorno del espectro autista, del tipo que sea, no deben ser discriminados, y por ello se puede tener un gran avance en su educación.

Del mismo modo que los niños no están sincronizados para aprender cosas básicas como dejar el pañal, comer por sí solos, etc., en el aprendizaje pasa lo mismo, y si bien es cierto que el periodo evolutivo en el que se encuentran es similar, los niños de una misma edad pueden aprender, perfectamente, a ritmos muy diferentes.

Por un lado, este método no está muy lejos de que se aplique al 100% en el CAADD ya que cuenta con varias de los materiales didácticos que se utilizan dentro de la terapia sus áreas de trabajo estas específicamente diseñadas para cubrir las necesidades de cada uno si bien no se cumple al 100 este método por la parte de la conducta que es súper importante dentro de este proceso terapéutico.

Pero si bien la terapia que se le brinda al niño no está muy lejos de que pueda ser una terapia con enfoque Montessori, ya que la parte de la conducta no está tan presente en el niño, si no que el terapeuta permite que el niño aprenda a su ritmo y las actividades que realiza son integradoras para su proceso de aprendizaje.

Una de las características del Método Montessori es que no está condicionado por parámetros estandarizados de aprendizaje, sino que permite que cada niño pueda aprender a su propio ritmo.

Algo muy importante dentro de una misma etapa vital, cada alumno tiene sus propias particularidades.

De este modo, el Método Montessori es integrador porque cada alumno decide en qué material didáctico quiere invertir el tiempo presente. Pero si bien como lo dice María Montessori que es integrador, dentro del CAADD no están a favor de que se utilice este método para niños autistas por el hecho de que va en contra de la terapia cognitiva conductual que ofrece este centro.

Muchos de los problemas de conducta en el aula y de las dificultades de aprendizaje responden a nuestra imposición de un sistema igual para todos los niños/as, sin tener en cuenta las diferencias individuales y lo que es peor, sin tener en cuenta el periodo evolutivo en el que se encuentra cada niño/a; es decir por eso cada niño debe de ser atendido con su propio plan de trabajo para modificar sus conductas para que se desenvuelva integralmente dentro de la sociedad, así como hacerlo crecer como persona y atenderlo de acuerdo a sus necesidades, es por eso que el plan de trabajo que brinda el centro es para atender las necesidades que el niño tiene para su desarrollo cognitivo y social.

También es importante mencionar que dentro de esta propuesta de Montessori se debe tener bien claro lo que el niño debe de aprender ya que solo el terapeuta será un guía para el teniendo bien claro el método a aplicar para que se obtengan buenos resultados.

Por otro lado, al autismo no se le debe de ver como una enfermedad, si no que se le debe atender de acuerdo a las posibilidades que tiene cada niño, ya que cada uno aprende a su propio ritmo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

La presente tesina ha revelado de manera exhaustiva el proceso evaluativo del tratamiento terapéutico ofrecido por el CAADD. Los resultados obtenidos han sido altamente satisfactorios, destacando la habilidad del terapeuta para manejar la metodología y utilizar la instrumentación de manera efectiva durante las sesiones terapéuticas.

El análisis detallado de esta tesina revela de manera exhaustiva el proceso evaluativo del tratamiento terapéutico aplicado en el CAADD. La observación minuciosa de las sesiones terapéuticas con el terapeuta ha destacado la eficacia de su enfoque metodológico y la habilidad en la utilización de la instrumentación especializada. Los resultados obtenidos han sido, sin duda, altamente satisfactorios, evidenciando la importancia de un manejo preciso y hábil por parte del terapeuta en la aplicación de la terapia conductual.

La instrumentación empleada en el CAADD ha demostrado su eficacia al proporcionar resultados específicos sobre el progreso de los niños sometidos a terapia. Es crucial resaltar el papel esencial que desempeñan los padres en el proceso terapéutico del paciente. La socialización con sus padres se presenta como un factor determinante para el desarrollo del lenguaje, sirviendo como cimiento antes de su interacción con otras personas.

El proceso terapéutico implementado por el CAADD con respecto al paciente ha evidenciado avances notables. Desde el inicio del servicio, el paciente ha mostrado un progreso muy satisfactorio, como se refleja en los informes detallados por su terapeuta, así como en la consecución de objetivos que representan un avance significativo en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

A pesar de los éxitos observados en el progreso del paciente, se plantea una reflexión crítica sobre la metodología conductual aplicada en el CAADD. La reducción de estímulos y el enfoque en la aplicación de premios, aunque efectivos en algunos casos, plantean la necesidad de explorar enfoques más flexibles y centrados en el individuo. La referencia al método Montessori y la importancia de permitir que el niño experimente su aprendizaje de manera menos mecanizada son puntos clave que sugieren la posibilidad de enriquecer la oferta terapéutica del centro.

Es notable que, a pesar de contar con un amplio material didáctico y áreas específicas de trabajo, existe cierta resistencia institucional hacia la adopción plena del método Montessori. La discrepancia entre la filosofía de libertad educativa propuesta por Montessori y la marcada inclinación conductual del centro subraya la importancia de encontrar un equilibrio que fomente la autonomía del niño sin comprometer su desarrollo integral.

En este contexto, es relevante destacar la atención recibida por el paciente que, aunque positiva, plantea ciertos cuestionamientos sobre la necesidad de mantener un enfoque conductual tan marcado. La resistencia a dejar de lado ciertos estímulos y la preocupación por mantener un control absoluto sobre el niño sugieren un área de reflexión y posible adaptación en la metodología del centro.

Es crucial reconocer la importancia de permitir al niño experimentar y aprender de manera menos mecanizada y manipulable. La libertad en el aprendizaje, según la etapa en la que se encuentra el niño, es un enfoque que el terapeuta ha sabido implementar de manera efectiva, alejándose en ocasiones de la atención conductual marcada por la institución.

Aunque el objetivo de modificar la manera de dar terapias no pudo cumplirse en su totalidad debido a las restricciones institucionales, se sugiere que el terapeuta continúe capacitándose en nuevos programas que puedan enriquecer su intervención terapéutica y brindar resultados aún más positivos.

En conclusión, la intervención terapéutica, bajo la guía del terapeuta del CAADD, ha resultado ser positiva y ha contribuido significativamente a su desarrollo. No obstante, las reflexiones planteadas sugieren la necesidad de una mayor apertura hacia enfoques pedagógicos más flexibles y personalizados. La atención brindada en el centro, aunque en su mayoría positiva, puede beneficiarse de un análisis continuo para garantizar la calidad y el amor en cada sesión terapéutica. Estas conclusiones respaldan la importancia de mantener un enfoque dinámico y adaptativo en la terapia conductual, abriendo la puerta a futuras mejoras y ajustes para optimizar la calidad de la atención brindada a niños con autismo

REFERENCIAS

- Aula, Fácil (2004) Autismo: Trastorno del Espectro Autista. aulafacil.com
- Akros, Comunicación (21 marzo, 2016) Juegos Educativos. [akroseducational](http://akroseducational.com)
- Baron, S (2010) Autismo y Síndrome de Asperger (1ra ed.) España academia.edu
- Bondy y Frost (1994). Resultado a largo plazo para los niños con autismo que recibieron tratamiento conductual intensivo temprano. [Pubmed.ncbi.nlm.nih.gov](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov)
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervouschild*, 2, (217250). Trad. Cast: trastornos autistas del contacto afectivo. Publicado en la Revista Española de Discapacidad Intelectual: Siglo Cero
- Lovaas O. I. (1977). The autistic child: language development through behavior modification. New York.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intelectual functioning in Young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 55,3-(11)
- Mora Vargas, A. I. (2004, julio-diciembre). La evaluación educativa: Concepto, períodos y modelos. *Actualidades Investigativas en Educación*, 4(29)
- Piaget, J (citado por Papalia, 2001 y Ellis, 2005) El juego simbólico Piaget - es al juego de ejercicio lo que la inteligencia representativa a la inteligencia sensorio-motora (Piaget, 1973, pág. 222)
- P-G Luis Antonio y Gladys Williams. (2005). Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. *Applied Behavioral Consultant Services* (Nueva Yor, 17, 12)
- Smith (1996). Sistema TEACCH. [formainfancia](http://formainfancia.com).
- Vicente Benedlto y Juan Mes Fres Fernando de Cea. (1987). El criterio moral en el niño. Barcelona: Barcelona. vdoc.pub/explore/psychology