



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

Revisión de intervenciones con cuidadores de niños preescolares con
TEA, para promover su desarrollo integral.

T E S I S D O C U M E N T A L
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Susana Guadalupe Juárez Trejo

DIRECTORA:

Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez

REVISORA:

Dra. Edith Romero Godínez

SINODALES:

Mtra. Rocío Nuricumbo Ramírez

Mtra. Gabriela Vázquez Flores

Mtra. Paula Chávez Santamaría

Ciudad Universitaria, CD. MX. 2023





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por brindarme un segundo hogar en donde se me brindo una formación académica y profesional de calidad, así como agradecer a los docentes que me compartieron sus conocimientos y experiencias.

Al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) “Estrés cotidiano, afrontamiento y psicopatología en preescolares” IA301521 de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) de la UNAM, por el apoyo recibido.

A la Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez, mi directora de tesis, por confiar en mí y darme la oportunidad de formar parte de su proyecto, por la orientación y retroalimentaciones recibidas en todo momento, por su paciencia, motivación y dedicación.

Agradezco a mi revisora de tesis, la Dra. Edith Romero, así como a los miembros del comité por su tiempo, dedicación y aportes recibidos.

A mis padres, por brindarme siempre su apoyo, por estar siempre en los momentos buenos y malos, por la educación que recibí de ellos, por apoyarme en todas mis decisiones y siempre confiar en mí, por su amor y sus palabras de aliento, por enseñarme a no rendirme y luchar siempre por mis metas, los admiro y amo.

A mis hermanos, por siempre apoyarme y cuidar de mí, por su apoyo incondicional y saber que siempre están para mí cuando necesito de su ayuda, por ser esos hermanos que hacen de mis días más alegres y ante las adversidades siempre buscar la manera de salir adelante.

A mi familia en general, por siempre apoyarme cuando los necesito, por brindarme momentos bonitos, alentarme y motivarme a lograr mis metas, por brindarme su cariño, así como a quienes ya partieron de esta vida, siempre los voy a llevar en mi corazón. Así como a mi pareja, por motivarme a lograr mis metas y ser un gran apoyo emocional.

A mis amigas Daniela y Jenn, por haber estado en un momento difícil de mi vida, fueron un gran apoyo emocional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	11
1.1 Historia y antecedentes.....	11
1.2 ¿Qué se entiende por TEA?.....	15
1.3 Concepto actual del Trastorno del Espectro Autista	16
1.4 El TEA en las distintas etapas evolutivas: Primera infancia (0-6 años de edad)	17
1.5 Epidemiología y bases biológicas del Trastorno del Espectro Autista.....	25
1.6 Alteraciones en los niños con TEA.....	28
1.7 Teorías explicativas del TEA.....	31
1.8 La detección temprana: Síntomas de alerta en el TEA.....	34
1.9 Clasificación: Diagnóstico. Criterios para valorar el autismo.	37
1.10 Inteligencia dinámica vs Inteligencia estática.....	47
1.11 Necesidades Educativas Especiales en el TEA.....	49
1.12 Mitos y falsas creencias sobre el TEA	50
CAPÍTULO 2. DESARROLLO INTEGRAL Y ROL DEL PADRE DE FAMILIA EN EL PREESCOLAR.....	53
2.1 Desarrollo integral en el preescolar	53
2.2 Desarrollo en la infancia temprana	55
2.3 Contexto familiar	57
2.4 Parentalidad, habilidades y competencias parentales.....	60
2.5 El rol del padre de familia o cuidador en el niño preescolar con TEA	65
CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON CUIDADORES DE NIÑOS PREESCOLARES CON TEA	68
3.1 Intervención temprana.....	68
3.2 Clasificación de las intervenciones en el TEA	70
3.3 Intervención basada en la evidencia.....	74
3.4 Importancia de la integración de los padres de familia en la intervención.....	74
3.5 Recomendaciones, principios y puntos claves para las intervenciones en niños con TEA.....	76
3.6 Habilidades que se enseñan en una intervención dirigida a niños con TEA	78
3.7 Características de un programa de intervención eficaz	79
3.8 Objetivos generales de la intervención temprana en el TEA.....	82
3.9 Eficacia y efectividad en los programas de intervención	84

3.10 Criterios de inclusión en los programas de intervención.....	84
CAPÍTULO 4. MÉTODO.....	86
4.1 Justificación.....	86
4.2 Preguntas de investigación	89
4.3 Objetivo General.....	89
4.4 Objetivos Específicos.....	89
4.5 Tipo de Estudio.....	89
4.6 Criterios para la recopilación de las intervenciones.....	90
4.7 Categorías de análisis	91
4.8 Procedimiento.....	92
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	94
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	131
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	137
REFERENCIAS.....	139
ANEXOS.....	152

RESUMEN

El trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo, cabe aclarar que no es una enfermedad que se pueda “curar”, más bien es una condición de vida, la cual abarca un amplio espectro, es por esto que las personas que tienen TEA llegan a presentar diversas dificultades en diferentes áreas a lo largo de toda su vida, sin embargo, con una adecuada intervención temprana el panorama de un niño con TEA puede mejorar, sobre todo si en la intervención se integran a los cuidadores del niño o niña.

Por lo anterior, el presente trabajo es una investigación documental cuyo objetivo fue realizar una revisión de las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA, que promueven el desarrollo integral del niño, con la finalidad de analizar sus características y elementos que componen dichas intervenciones y resultan ser más efectivas, para así describir los efectos positivos que se logran con estas intervenciones que integran a los cuidadores de los niños con TEA teniendo un rol como terapeutas o co-terapeutas.

El método que se llevó a cabo fue realizar una búsqueda y revisión de artículos a través de cinco bases de datos, los cuales fueron: Scielo, Pubmed, Redalyc, Dialnet y PsycInfo, utilizando algunas palabras claves como: Intervention in children with autism, intervention programs with parents, Autism Spectrum Disorder, se obtuvieron un total de 10,700 artículos, identificando un total de 38 programas de intervención para niños con TEA, de los cuales solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

En la mayoría de los programas de intervención analizados se incluyen a los cuidadores como los terapeutas o co-terapeutas, usan técnicas de interacción sensible, son individualizados ya que todos toman en cuenta las habilidades y dificultades de los niños, así como las necesidades de las familias, se les capacita y forma a los padres de familia para que ellos sean capaces de intervenir con sus hijos para lograr su desarrollo integral, son intervenciones estructuradas, dirigidas y flexibles, cuentan con metodologías, técnicas y estrategias establecidas por cada programa de intervención y los efectos en general es que mejoran las habilidades sociales y de la comunicación, favoreciendo el desarrollo integral.

Palabras clave: Programas de intervención, Trastorno del Espectro Autista, Preescolares, Desarrollo integral, Rol del cuidador.

INTRODUCCIÓN

Desde finales de los años setenta no sólo se ha incrementado el refinamiento en la definición del autismo, sino que también se ha extendido o ampliado hacia el concepto del trastorno del espectro Autista (TEA) (Alcantud, 2013).

De acuerdo con Stanton (2002) lo primero que se debe comprender acerca del autismo es que se trata de un trastorno del neurodesarrollo que ejerce una influencia duradera en todos los aspectos del desarrollo social, la comunicación y cognitivo del niño, no se trata de un fenómeno psicológico temporal, por lo tanto, debemos comprender que se trata de un trastorno que abarca un amplio espectro. Esta gama tan amplia de capacidades o habilidades y diferencias o dificultades que abarca el TEA suelen confundir a los padres y profesionales.

Esta variabilidad del TEA de un caso a otro puede darse desde una forma leve hasta un panorama más grave asociado con un deterioro cognitivo marcado, es por esto que se hace referencia al término de “Espectro Autista”.

Por otro lado, de acuerdo con Vicari y Auza (2019) el autismo es una condición del neurodesarrollo vinculada a la maduración anormal del cerebro que está determinada biológicamente. Comienza durante la gestación, mucho antes del nacimiento del niño, el funcionamiento mental de las personas con autismo resulta ser atípico; aparece desde los primeros años de vida y tiende a durar para siempre. De acuerdo con el DSM-V, el antes conocido síndrome de Asperger se agrupa en esta misma categoría llamada “Trastorno del Espectro Autista”, en donde se menciona como dos síntomas principales a:

- Las dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social
- Los patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos

Dentro de las dificultades en la interacción social, Vicari y Auza (2019) mencionan que la alteración social en niños con autismo afecta en su calidad, con una gran cantidad de síntomas sociales que van desde la falta total de conciencia sobre las otras personas a su alrededor, hasta acercamientos sociales extraños que no toman en cuenta el contexto, la capacidad de mantener y establecer relaciones sociales es a menudo inadecuada. Los niños más pequeños pueden mostrar una falta de interés social y de conciencia sobre la existencia

del otro. También experimentan dificultades para regular sus emociones. En cuanto a las alteraciones de la comunicación son variadas, algunos niños no responden por su nombre cuando les llaman sus padres y a menudo dan la impresión de ser sordos. La prosodia es atípica, si el lenguaje verbal está presente, los niños parecen incapaces de iniciar o mantener una conversación de forma bidireccional, también pueden utilizar neologismos, invertir el uso de pronombres o presentar ecolalia. También tienen problemas en la comunicación no verbal, que incluye el uso de gestos para indicar o mostrar algo que les guste, no juegan juegos de simulación, sino que tienden a utilizarlos mecánica y repetitivamente, sin poder jugar a fingir hacer algo o ser alguien diferente (imitar).

En cuanto a su comportamiento o conducta, tienden a presentar algunas inflexibilidades en el comportamiento provocando algunas interferencias en el funcionamiento en algunos contextos, presentan algunas dificultades para cambiar de actividades, conductas repetitivas y estereotipadas como estereotipias motoras, juegos o intereses repetitivos, fijación en las rutinas, entre otros (Hortal, 2014).

La manera en que se manifiesta el autismo cambia a medida que el niño crece y se desarrolla, por lo general, el niño en cuestión presenta un desarrollo normal durante el primer año y medio de vida (Rodríguez & Cafiero, 2019).

Es alrededor de esa edad cuando la mayor parte de los padres y madres comienzan a tener sospechas de que algo raro está ocurriendo en el infante. Hacia los 18 meses, la familia describe las primeras manifestaciones de alternación en el desarrollo, informando de una detención en el desarrollo o incluso de una regresión. De acuerdo con Alcantud (2013) los niños a partir de los 18 meses dejan de interesarse en la relación con otros niños y gradualmente se observan conductas de aislamiento social. No utiliza la mirada y es difícil establecer contacto ocular con él, en cuanto a la actividad funcional y el juego con los objetos es muy rutinario y repetitivo, no muestra ni desarrolla actividad simbólica, repitiendo casi siempre las mismas cosas, rutinas y rituales, muestra oposición a cambios en el entorno y se perturba emocionalmente.

De acuerdo con Paluszny (1987) a medida que el niño con autismo empieza su segundo y tercer año de vida, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos

problemas. La falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente, parece no darse cuenta de las personas dentro de su ambiente y se siente contento en extremo si puede jugar solo o si se le permite jugar de manera repetitiva con algún juguete o cualquier otro objeto, sus juegos son estereotipados, repetitivos y no muestra variación alguna, los movimientos corporales repetitivos resultan más significativos, el niño puede mostrar falta de respuesta a otros estímulos, aparejada con una hipersensibilidad ante la presencia de otros.

La comunicación verbal continúa siendo uno de los problemas principales a medida que los niños con autismo crecen, la habilidad para el lenguaje de un niño con autismo entre los tres o cuatro años de edad puede estar ausente por completo y cuando se observa cierto desarrollo del lenguaje, este se encuentra perturbado.

Como lo menciona Stanton (2002) se ha establecido que un diagnóstico y una intervención precoz ofrecen más esperanzas de un resultado positivo y que las formas más eficaces de intervención son de carácter psicoeducativo, pues el diagnóstico es un indicador que dirige a los cuidadores (mamá o papá) y a sus hijos hacia la obtención de una asistencia adecuada. Aunque todos los niños son diferentes, se menciona que los niños con autismo comparten en mayor o menor medida los siguientes rasgos:

- Resistencia al cambio
- Apego a la rutina
- Poca comprensión o habilidad social
- Rigidez del pensamiento
- Interpretación excesivamente literal del lenguaje
- Tendencia a la obsesión y a convertir las rutinas en rituales esenciales que se deben repetir hasta el último detalle.

Sin duda alguna, saber todo esto, ayuda o facilita a comprender que las dificultades sociales y del lenguaje de un niño tienen una raíz orgánica, esto es de gran ayuda para diseñar intervenciones que conduzcan a mejorar la comunicación, la interacción social, habilidades cognitivas, de comportamiento, entre otras cosas, es decir, un óptimo desarrollo integral.

Sigman y Capps (2000) mencionan que el autismo no se diagnostica hasta que los niños tienen entre dos años y seis meses a tres años, porque generalmente los padres o los pediatras no reconocen los síntomas antes de esta edad. Cuando no hay una observación directa por parte del especialista, surgen algunas cuestiones fundamentales que no se abordan, como, por ejemplo, si los niños con autismo carecen de los primeros tipos de respuestas sociales (aquellas que preceden a la comprensión social) o si demuestran esa respuesta social pero después no consiguen desarrollar unas formas más complejas. Las únicas fuentes de información de las cuales disponen son las explicaciones retrospectivas de los padres y más recientemente, los videos familiares de los niños antes de ser diagnosticados.

Las intervenciones precoces, de acuerdo con Stanton (2002) ayudan a mejorar la calidad de vida de la persona con autismo y reducen la necesidad de asistencia a largo plazo. Cuando se trata de elegir como intervenir, existen muchos métodos educativos específicamente centrados en el autismo, dichas intervenciones pueden variar en los resultados, dependiendo de cada niño, pues lo que funciona con un niño con autismo, puede ser que no funcione de la misma manera con otro, por lo que lo ideal es que la intervención se base en el perfil individual de cada niño.

Sigman y Capps (2000) describen que, en la mayoría de los países, la educación formal de los niños autistas empieza a una edad más temprana que la de los niños con un desarrollo normal, se deben reconocer los beneficios de una intervención temprana, por lo que los niños con autismo deben recibir intervención hacia los tres años de edad.

No hay ninguna intervención que sea capaz de “curar” el autismo, en la elección de la intervención, es importante considerar la fase de desarrollo por la que atraviesa el niño con autismo y sus características específicas (Vicari & Auza, 2019). Como cualquier otro tipo de tratamiento, las intervenciones deben seguir prácticas basadas en la evidencia, de los cuales se ha demostrado que de los más efectivos para los niños preescolares con TEA son las intervenciones que involucran a los padres o madres (cuidadores). Se menciona que para que una intervención sea efectiva se debe tomar en cuenta la intensidad, es decir, cuantas horas a la semana de intervención y por cuanto tiempo, que debe llevarse a cabo lo más antes posible y que se deberían involucrar a los cuidadores previamente capacitados.

De acuerdo con Paluszny (1987) los primeros estudios sobre niños con autismo indicaron que el desarrollo del lenguaje anterior a los cinco años de edad era indicador de posibles resultados favorables. La importancia de la intervención temprana (aplicada a partir de los tres años de edad) se relaciona con que durante los primeros años de la infancia existe una gran plasticidad del cerebro, que es crucial para el aprendizaje de muchas funciones mentales y en particular de las habilidades socio-comunicativas. Por lo que una intervención temprana y específica aumenta la probabilidad de que el cerebro del niño se enriquezca y se beneficie de la estimulación.

De acuerdo con Vicari y Auza (2019) el involucramiento activo de los padres es un punto crucial en cada tipo de intervención, durante la planificación de la intervención, los intereses y necesidades de la familia tienen que ser tomadas en consideración y los mismos padres (cuidadores) tendrían que participar en el proceso, ayudando a su hijo a generar en la vida cotidiana las habilidades adquiridas progresivamente. El TEA se expresa de manera diferente según la edad del niño, por eso los padres deben estar acompañados y recibir entrenamiento para dominar las herramientas adecuadas durante el crecimiento de su hijo y así, mejorar la calidad de vida de toda la familia.

Las intervenciones que involucran a los padres o mediadas por ellos están dirigidos a la mejoría de los síntomas principales del niño con TEA, como el problema en la comunicación y la interacción social, las conductas y los intereses restringidos y estereotipados (Rodríguez & Cafiero, 2019).

El presente trabajo tiene el objetivo de hacer una revisión de la información disponible sobre las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA, que promueven su desarrollo integral, con el fin de saber cuáles son los elementos que integran estas intervenciones y que efecto tienen en el desarrollo integral, por lo tanto, el capítulo uno habla sobre las características generales del TEA, el capítulo dos aborda el tema del desarrollo integral en el niño preescolar y el rol que tiene el padre de familia, por último, el contenido del tercer capítulo es sobre los programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA, explicando brevemente el concepto de intervención, las clasificaciones, así como la importancia de la integración de los padres de familia en las intervenciones.

CAPÍTULO 1. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

1.1 Historia y antecedentes

De acuerdo con Alcantud (2013) “Es importante hacer un recorrido histórico por las diferentes descripciones, con las aportaciones paralelas de las investigaciones en el campo del autismo, para llegar a la clasificación y definición actual del TEA” (p.17).

Hortal (2014) menciona que, con el paso de los años, el diagnóstico, la comprensión y características atribuidas al TEA se han ido modificando.

La palabra autismo procede del término griego *autos* que significa en sí mismo. En el año de 1911 apareció el origen del término autismo, año en el que Eugen Bleuler lo utilizó para describir a pacientes esquizofrénicos, los cuales presentaban un trastorno del pensamiento y dificultades con el contacto afectivo con el resto de las personas. Dicha descripción fue imprecisa ya que no realizaba la identificación concreta del trastorno, únicamente describía las características de una patología esquizoide (Sánchez, 2017).

Los pioneros en la investigación en autismo fueron Leo Kanner y Hans Asperger. Leo Kanner en Estados Unidos y Hans Asperger en Austria empezaron a identificar la presencia de “autismo” y utilizaron dicho término para denominar al trastorno que padecían los niños que ambos trataban. Contribuyeron a fundamentar las bases de la concepción actual del autismo.

En 1943, Leo Kanner publicó un artículo con el título *Autistic disturbances of affective contact (Trastorno Autista del contacto afectivo)*, donde describió los signos patognomónicos de una alteración psiquiátrica que hasta el momento no había sido diferenciada de entre otras. Su lúcida y detallada descripción enumeraba las características comunes presentes en once niños: incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones, alteración en el lenguaje y la comunicación, la insistencia en la invariancia en el ambiente, tendencia a comprender las emisiones verbales de forma muy literal, la inversión de pronombres personales (hablaban de sí mismo como tú y de la persona

a la que se dirigían como yo), actividades de juego repetitivas y estereotipadas, poca tolerancia a los cambios del entorno y poca imaginación (Martínez, 2015).

De acuerdo con Sánchez (2017) la definición de autismo elaborada por Kanner en 1943, estableció los elementos centrales del trastorno que aún en la actualidad siguen vigentes:

- Trastorno cualitativo de la relación
- Alteraciones de la comunicación y del lenguaje
- Falta de flexibilidad mental y comportamental

Gracias a la descripción científica de Leo Kanner, se empezó a reconocer el autismo como identidad.

Martínez (2015) señala que un año después, Hans Asperger publicó un artículo con el título *Die "Autistischen Psychopathen im Kindesalter"* (la psicopatía autista en la niñez) donde, al igual que Kanner, describió las características comunes presentes en la conducta de cuatro niños: comienzan a manifestarse alrededor del tercer año de vida, desarrollo lingüístico adecuado, deficiencias en el uso pragmático de la comunicación, torpeza en la coordinación motriz, trastorno en la interacción social, trastorno de la comunicación no verbal, comportamientos e intereses obsesivos y repetitivos y desarrollo de estrategias cognitivas sofisticadas y pensamientos originales (p.15).

Leo Kanner y Hans Asperger eligieron el término "Autismo" siendo el disponible en la literatura de la época, a pesar de esto, existen diferencias en sus trabajos, Kanner se enfocó en los aspectos descriptivos y signos de la alteración, sospechando de esta desde el nacimiento, mientras que Asperger se orientó hacia la intervención, pues él creyó que la condición observada era consecuencia de una alteración del desarrollo personal.

Cabe destacar que los artículos de Kanner y Asperger se consideran de vital importancia para el estudio del autismo, desde sus primeras descripciones hasta su concepción actual. Con las aportaciones de dichos autores, se pudo observar que dentro del diagnóstico autista había niños con un grado de afectación más profundo y otros que presentaban un grado de afectación más moderado.

Rivière (2001) identificó tres períodos en el estudio del autismo, el primer período que consta de 1943-1963, el segundo período de 1963-1983 y el tercer período de 1983-2000:

El primer período se encuentra caracterizado por los escritos de Leo Kanner y Hans Asperger, siendo considerado al autismo como un trastorno emocional producto de la inadecuada relación afectiva que se establece entre el niño y su madre, término conocido como “madre refrigerador”, por lo que se creía que dicha frialdad emocional materna era el factor etiológico del autismo.

El segundo período se caracterizó por el comienzo de las investigaciones científicas con el fin de comprender las alteraciones que presentaban los niños y descartando la hipótesis de la “madre refrigerador”, se identificaron las primeras asociaciones del autismo con trastornos neurobiológicos. Se desarrollaron las primeras intervenciones específicas de corte psicoeducativo, creando programas específicos de intervención, así como centros especializados para su atención, se crearon las primeras asociaciones de papás, hecho fundamental para el avance en el conocimiento del autismo, también se demostró que algunas conductas de personas con TEA cumplen una función específica en las áreas en donde presentan dificultades.

En este mismo período, Baron-Cohen (2010) menciona que la Dra. Lorna Wing madre de una hija con autismo, así como miembro fundador de la Asociación de Padres del Reino Unido, realizó un estudio epidemiológico que cambió drásticamente algunas concepciones del autismo, mencionando que el autismo no era categórico sino más bien una alteración cuyos signos y síntomas se manifiestan en forma de espectro; puso de manifiesto que las alteraciones en la comunicación, interacción social y otras áreas se expresan en distintos niveles o grados y en personas con diferente desarrollo intelectual.

Otra aportación de Lorna Wing fue su famosa triada, ya que Alcantud (2013) considera que hasta la fecha sigue siendo la base para el diagnóstico de TEA, el grupo de las tres alteraciones nucleares son:

- Alteración cualitativa de la interacción social recíproca (Interacción social)
- Alteración cualitativa de la comunicación verbal y no verbal (Comunicación)

- Alteración de la imaginación social y un repertorio notablemente reducido de actividades e intereses (Flexibilidad e imaginación)

De esta manera se llegó a un nuevo término, conocido como Trastorno General del Desarrollo (TGD).

Retomando a Rivière (2001) el tercer período que consta de 1983-2000 se caracteriza por la asunción explícita que comprende al autismo como una alteración del desarrollo, surgen hipótesis de teorías psicológicas que ayudan a explicar algunas alteraciones presentadas en el TEA.

En 1992, dentro de los TGD se englobaron el Trastorno Autista, Síndrome de Asperger, Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia y el Trastorno autista no específico, de acuerdo con el entonces DSM-IV-TR (Hortal, 2014).

Ángel Rivière en 1998 diseñó el inventario del espectro autista (IDEA) un instrumento que evalúa las doce dimensiones que él encontró alteradas en aquellas personas que presentaban TEA.

Sánchez (2017) señala estas doce dimensiones, las cuales son:

Dimensión social:

1. Relación social
2. Capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupación conjuntas)
3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas

Dimensión de comunicación y lenguaje:

4. Funciones comunicativas
5. Lenguaje expresivo
6. Lenguaje receptivo

Dimensión de anticipación y flexibilidad:

7. Competencias de anticipación
8. Flexibilidad mental y comportamental
9. Sentido de la actividad propia

Dimensión de simbolización:

10. Imaginación y de las capacidades de ficción
11. Imitación
12. Suspensión

Martínez (2015) considera que hay un cuarto período, el cual consta del año 2000 a la actualidad, en donde gracias a la investigación se identifican los signos evolutivos más tempranos que caracteriza el curso típico de los TEA, este conocimiento se incrementó considerablemente gracias a la convergencia de los resultados obtenidos en investigaciones que utilizan dos estrategias metodológicas: los estudios prospectivos (seguimiento de bebés y niños considerados como población de riesgo, por ejemplo, hermanos menores de niños diagnosticados con TEA) y los retrospectivos (utilización de video filmaciones familiares previas al diagnóstico del niño) y por último, se establecen consensos que permiten identificar los alcances y límites de la intervención psicoeducativa.

En 2007, la Autism Society of America describió la tríada presentada por Lorna Wing (desarrollo de las habilidades sociales, de lenguaje y comunicación y los intereses y actividades limitados y repetitivos) y la consideró necesaria para el diagnóstico del TEA, haciendo hincapié en la presentación dentro de un espectro (Hortal, 2014).

1.2 ¿Qué se entiende por TEA?

Stanton (2002) menciona que algo muy importante que se debe resaltar sobre el TEA es que no es un fenómeno psicológico temporal y que es muy probable que tenga un origen

genético. Se debe dejar en claro que las personas con TEA están abiertas a toda la gama de emociones y pensamientos, pueden tener problemas en ciertos ámbitos de la vida a causa de sus dificultades, pero hay que recordar que estas dificultades, por muy raras que puedan parecer, son propias de la condición humana.

Cabe mencionar que las características de los niños con TEA no siempre son comprendidas y que la manera en que se manifiesta cambia a medida que el niño crece y se desarrolla. De acuerdo con Hortal (2014) y Sánchez (2017) el TEA abarca un conjunto de síntomas como dificultades en la comunicación, en mantener relaciones sociales y conductas obsesivas y repetitivas, dichos síntomas varían en su intensidad, según cada caso, que pueden ir asociados a diferentes trastornos neurológicos y a niveles intelectuales muy variados. Se afirma que está más presente en niños que en niñas. Aunque varían los síntomas en cada persona en la forma e intensidad también es cierto que comparten características en común. Suelen evitar sostener la mirada cuando otra persona trata de relacionarse con ellos, presentan una incapacidad para interpretar lo que otros están pensando o sintiendo (teoría de la mente) no logran comprender del todo los códigos o normas sociales. No observan el rostro de la otra persona y cuando lo hacen les resulta difícil captar en la mirada y gestos de la otra persona, toda aquella información no verbal que para otra persona es muy evidente.

Para Alcantud (2013) el TEA es un trastorno del neurodesarrollo, viéndose afectada el área de la cognición social, llevando a la persona a expresar menos interés por atender el entorno social que le rodea, afectando al desarrollo de habilidades importantes como la comunicación social o la adquisición de repertorios comportamentales basados en la capacidad para entender la conducta comunicativa y social de los demás, llegando a afectar también a los procesos de aprendizaje y la conducta adaptativa.

1.3 Concepto actual del Trastorno del Espectro Autista

El término Trastorno del espectro autista es un concepto reciente. Desde las primeras descripciones hechas por Kanner y Asperger hasta llegar a las actuales, ha cambiado la concepción sobre el autismo, sin embargo, lo que ha permanecido constante son las

dificultades en la interacción social, en la comunicación y el lenguaje y la presencia de conductas e intereses restringidos y estereotipados.

De acuerdo con Martínez (2015):

Al conjunto de alteraciones evolutivas que afectan las pautas de interacción social, de comunicación y lenguaje, que se expresan conjuntamente con la presencia de conductas e intereses repetitivos y estereotipados y que se manifiesta a través de un continuo dimensional, se les denomina Trastornos del Espectro Autista (p. 21).

Por otro lado, Vicari y Auza (2019) mencionan que el autismo es una condición del neurodesarrollo vinculada a la maduración anormal del cerebro que está determinada biológicamente. El TEA se manifiesta desde los primeros años de vida y tiende a durar por toda la vida de la persona con esta condición. Los principales síntomas son dos: Dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social y patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos.

1.4 El TEA en las distintas etapas evolutivas: Primera infancia (0-6 años de edad)

1.4.1 Manifestaciones de los niños con TEA de los 0 a los 3 años de edad:

Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo de la persona, puesto que la dependencia del niño de los que lo rodean y la plasticidad cerebral, propia de esta etapa, requieren de un ambiente con estímulos y socio-afectivo que le permita tanto satisfacer sus necesidades como desarrollar al máximo sus capacidades.

Se debe tener en cuenta la importancia que tiene el desarrollo en la primera infancia, ya que es progresivo y trascendental para su evolución futura, por lo que, tanto para padres y/o cuidadores y educadores es fundamental conocer las diferentes etapas de los niños, con el fin de adecuar su actuación a las características evolutivas de cada niño, tomando en cuenta que cada infante presenta un ritmo de progreso diferente, considerando sus posibilidades, situación personal y social. En la primera etapa del desarrollo evolutivo que consta de los 0 a 3 años de edad, el niño con TEA en ocasiones no presenta diferencias significativas respecto

a otros niños de su misma edad, aunque en otras ocasiones sí pueden aparecer algunos indicadores que hagan sospechar o pongan en alerta a los padres y/o cuidadores (Hortal, 2014).

Por lo regular, los indicadores de alerta se presentan en los niños aproximadamente en su primer o segundo año de vida, los cuales interfieren las funciones de comunicación y socialización y afectan a los procesos básicos de atención, que son la base para el aprendizaje. Cuando estos signos son evidentes en este período, pueden ser evaluados y diagnosticados antes o a los tres años de edad, este diagnóstico precoz adquiere un gran valor para iniciar con la intervención temprana, la cual debe ser específica e individualizada para los niños con TEA y sus familias, mejorando el pronóstico en la gran mayoría de los casos (Hortal, 2014).

Sánchez (2017) menciona que entre las señales o manifestaciones de alerta en este rango de edad más importantes son las que recaen en las conductas comunicativas y sociales, en especial en la imitación, el juego funcional y simbólico, la atención conjunta, habilidades de compartir y la respuesta emocional de los niños hacia los demás, por lo que, durante en el primer año de vida del niño con TEA se presenta una interacción social escasa, limitada expresividad emocional, ausencia o dificultad para responder a su nombre, no miran a la cara de las personas, ausencia o dificultad para imitar, no señalan o muestran objetos a los demás, para el segundo año de vida del niño con TEA, presenta retrasos o dificultades en la aparición del habla, así como el surgimiento de conductas estereotipadas, de manera general las señales de alerta son:

De 0 a 12 meses de edad:

- No mira a los ojos de otra persona o lo hace muy rara vez
- Poco interés en los juegos interactivos acordes a su edad
- Ausencia o poca aparición de una sonrisa

De 12 a 24 meses de edad:

- Ausencia o escaso contacto visual con otras personas

- No responde a su nombre
- No señala para pedir algo ni muestra objetos a otras personas
- Poca o ausencia de interés por los juegos interactivos simples
- No mantiene contacto visual cuando otra persona le señala
- Dificultad o ausencia del balbuceo, así como de la imitación

De 24 a 36 meses de edad:

- No comparte objetos que son de su interés, tampoco los muestra
- Dificultades para seguir la mirada del adulto
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- Ausencia o escaso juego funcional y simbólico con juguetes
- Juegos repetitivos con algunos objetos o juguetes
- Nulo o poco interés por otros niños de su edad
- Escaso uso de expresiones para mostrar afecto
- Regresión en el lenguaje
- Dificultad para imitar o repetir gestos o acciones que otras personas

hacen

De acuerdo con Alcantud (2013) los padres informan que el fenómeno de regresión que se da en algunos niños, se da en torno a los 18-24 meses de edad, empezando generalmente por la pérdida de habilidades lingüísticas, la pérdida de las habilidades que ya había adquirido el niño genera que gradualmente se vayan implicando menos en intercambios comunicativos, sociales y de juego con los adultos y otros niños. Aunque aún no se sabe con exactitud la causa de este fenómeno regresivo. Por lo que, se puede decir que la comunicación y uso del lenguaje va a ser muy variado, pues esto va a depender del grado de afectación, ya que siendo un espectro, en algunos niños se puede llegar a presentar ausencia en el lenguaje

y en otros si hay presencia pero con dificultades, algunos pueden manifestar en su lenguaje las ecolalias, en niveles de afectación más notables, en donde el niño requiere de ayuda muy notable no saben cómo expresar sus necesidades, o por lo contrario, en donde los niveles son menos alterados a pesar que es posible comunicarse, presentan cierto grado de dificultad. En cuanto a la conducta, en este rango de edad, empiezan a presentar modelos de conductas repetitivos y estereotipados, destacando que no todas las conductas son malas o se deben tratar de eliminar, ya que algunas de estas ayudan a bajar su tensión, aunque se debe poner atención a las conductas disruptivas en donde el niño puede llegar a dañarse.

Aunque existen condiciones del niño que determinan que su evolución sea favorable, las experiencias educativas pueden tener un efecto impactante en el desarrollo del cerebro. Durante los primeros años de vida el sistema nervioso se encuentra en una etapa de maduración de importante plasticidad; por ese motivo, la primera infancia constituye una etapa especialmente crítica que se caracteriza por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, afectivas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el mundo (Hortal, 2014).

De manera general, durante el primer año de vida, presentan una interacción social escasa, ausencia de sonrisa y falta de expresividad emocional, dificultades o ausencia para responder a su nombre, no suelen mirar a la cara de las personas, no señalan ni muestran objetos, ausencia de imitación espontánea, postura y patrones de movimiento atípicos. A lo largo del segundo año de vida, el niño con TEA se caracteriza por presentar retraso en la aparición del habla, conductas estereotipadas y déficit en la atención conjunta (Sánchez, 2017).

1.4.2 Manifestaciones de los niños con TEA de los 3 a 6 años de edad (Etapa preescolar)

En esta etapa preescolar es donde el niño tiene más oportunidad de optimizar su desarrollo, ya que estos años de su vida les provee de una base para su desarrollo posterior. Durante esta etapa se construyen las bases del desarrollo cognitivo, lingüístico, social y emocional. Las experiencias tempranas tienen un gran valor, refiriéndose al contexto social

y al apego del niño con sus cuidadores, gracias a estas experiencias tempranas y a su genética presentan cambios continuos en la organización cerebral.

Rodríguez y Cafiero (2019) mencionan que esta etapa preescolar del desarrollo es de vital importancia ya que constituye lo que se denomina “ventana de oportunidad”, siendo un período crítico para el desarrollo óptimo del preescolar, en donde los aprendizajes adquiridos tendrán un efecto a largo plazo. Algunas señales de alerta de TEA en niños en etapa preescolar son:

- Área del lenguaje o comunicación:
 - Ausencia o retraso en el lenguaje
 - Regresión o pérdida del uso del lenguaje
 - Si se encuentra presente el lenguaje hablado, puede incluir características no comunes
 - Entonación peculiar
 - Repetición frecuente de palabras (ecolalia)
 - Uso atípico del lenguaje para la comunicación
 - Retraso o ausencia de respuesta al llamado por su nombre, así como a la sonrisa social
- Área social:
 - Respuesta reducida a las expresiones faciales o sentimientos de las personas
 - Respuesta evitativa a la demanda de las otras personas

- Disminución o ausencia de interés social en los demás, incluidos niños de su edad, puede rechazarlos, pero si tiene interés puede presentar iniciativas poco usuales
- Imitación de acciones de las personas reducida o ausente
- Iniciativa de juego social con otros reducida o ausente, juego solitario
- Uso de gestos y expresiones faciales para comunicarse ausente o puede presentar una disminución
- Disminución o escasa integración de expresiones faciales, contacto visual y habla usada en la comunicación social
- Uso social del contacto visual disminuido o ausente
- Reducción o ausencia de la atención conjunta demostrada, por ejemplo, no mira donde la persona señala, no señala o muestra objetos para compartir su interés
- Reducción o ausencia de imaginación y de juego simbólico
- Área de la conducta: Movimientos estereotipados y repetitivos
- Juego estereotipado y repetitivo
- Intereses excesivos o inusuales
- Insistencia excesiva en seguir rutinas (hacer siempre las cosas igual), reactividad emocional frente a cambios o nuevas situaciones
- Hiperreacción o hiporreacción a estímulos sensoriales (hiper o hipo sensibles) como a texturas, sonidos y olores

- Rechazo a algún tipo de comida, reacción excesiva a un sabor o apariencia de un alimento

Hortal (2014) menciona que, según el nivel de afectación, se puede observar ausencia del lenguaje, hasta poder explicar un tema de su interés con un lenguaje gramaticalmente adecuado con poca intención comunicativa, pasando por la comunicación basada en ecolalias, haciendo un uso del lenguaje sólo para pedir, no para compartir o buscar la aprobación. Sánchez (2017) menciona que suelen referirse a ellos mismos por su propio nombre en vez de utilizar el pronombre yo.

En la autonomía, los avances son más lentos, requieren a menudo más tiempo, más paciencia y más modelos por parte del adulto, por lo que, es fundamental el soporte visual y verbal de todos los pasos a seguir de acuerdo con la actividad que se vaya a realizar.

En cuanto al juego, este no suele ser funcional, prefieren jugar solos, a menudo de manera repetitiva, les cuesta compartir espacio y juguetes, tienden a inclinarse por los juegos con estímulos luminosos y/o musicales, suelen fijarse únicamente en una parte del juguete. Tienden a aislarse y pueden evitar establecer o mantener el contacto visual y/o físico, e incluso no responder a su nombre o, por el contrario, buscan el contacto físico insistentemente (Hortal, 2014).

Retomando las dificultades que presentan en el juego simbólico de acuerdo con Sigman y Capps (2000) una característica distintiva del TEA es la ausencia de fantasía en sus juegos, aunque no siempre es así, ya que algunos niños con TEA con capacidades lingüísticas desarrolladas llevan a cabo algunos juegos de manera funcional. Estas dificultades en el juego simbólico lo ven como una posibilidad en que la razón sea más bien que el tipo de juego dirigido al objeto que ellos prefieren se puede hacer sin tener que simular mucho. Algunos factores como el social o el cognitivo pueden ayudar a explicar el limitado juego de simulación en niños con TEA, ya que este tipo de juego está vinculado con la actividad social y los niños con TEA tienen menos inclinación a iniciar la conducta social.

De acuerdo con Fejerman y colaboradores (1994) menciona que es erróneo afirmar que un niño con TEA en edad preescolar no tiene la capacidad de expresar afecto.

Con lo que respecta al lenguaje, la ausencia o problemas en esta área es una de las principales preocupaciones externadas por los padres de familia, siendo la comprensión y la pragmática uno de sus problemas más presentes en el lenguaje, siendo muy frecuente la ecolalia, por lo que, cuando un niño con TEA en esta etapa no es verbal se le debe complementar el canal auditivo con el visual. En cuanto a la cognición, las habilidades del niño con TEA pueden variar desde un coeficiente intelectual menor a la media o superior.

Rodríguez y Cafiero (2019) describen la interacción social en los niños con TEA en diferentes perfiles, siendo el perfil con mayor grado de ayuda un niño con aislamiento completo, sin expresiones de afecto o apego hacia las personas más cercanas a él, disminuyendo el grado de ayuda a relacionarse con adultos pero no con niños de su edad, siendo escasas las iniciativas de relación o socialización con los demás, pueden llegar a relacionarse con niños de su edad, siempre y cuando un adulto los motive o induzca a esto, hasta llegar a poder relacionarse con los demás pero con un grado de dificultad por falta de comprensión social.

Sánchez (2017) menciona algunos signos de alerta de TEA de los 5-6 años de edad, los cuales son:

- Alteraciones en la comunicación:
 - Desarrollo del lenguaje inadecuado, en algunos casos, el desarrollo del lenguaje no está afectado y puede ser fluido, pero no adecuado al contexto
- Alteraciones sociales:
 - Muestra confusión o desagrado ante los estímulos sociales
 - Dificultades para integrarse en el juego con los iguales y para jugar de forma conjunta
 - Posee pocas habilidades para la detección de las normas culturales

- Dificultades para adaptarse a ambientes poco estructurados
- Se altera cuando se invade su espacio personal
- Muestra resistencia cuando se le intenta cambiar el foco de interés que tiene en su mente
- Conductas e intereses limitados
- Inflexibilidad en su proceder
- Ausencia de juego imaginativo cooperativo, pero sí puede construir escenarios imaginarios que sean una copia de películas o dibujos animados

Es muy importante identificar los signos o síntomas de alerta en esta etapa preescolar, ya que es cuando empiezan a manifestar las primeras dificultades importantes, sobre todo asociadas al área de la comunicación social y las exigencias que ésta requiere. Algunos padres de familia o cuidadores pueden no darse cuenta de estos signos de alerta antes de los tres años, ya que pueden notar que se desenvuelven de una manera adecuada en su ámbito familiar, esto suele cambiar cuando el niño ingresa por primera vez al preescolar.

1.5 Epidemiología y bases biológicas del Trastorno del Espectro Autista

Como señala Sánchez (2017) en los últimos años parece que se está produciendo un incremento de los niños que presentan Trastorno del Espectro Autista, el cual es tres veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, sin embargo, a pesar de las numerosas investigaciones que se están realizando, hoy día, todavía no hay datos que permitan concluir con certeza cuál es la causalidad del autismo. Cabe resaltar que no parece que se esté produciendo una epidemia, pero sí un mayor conocimiento de este tema y una mayor precisión en su evaluación y diagnóstico. Aun así, se debe seguir investigando y trabajando ya que hay muchos aspectos de este trastorno que siguen siendo desconocidos.

Fortea y cols (2013) mencionan que la prevalencia del TEA se debe mayormente en las mejoras en los procesos de detección temprana, en los cambios de criterios diagnósticos del TEA, así como en los instrumentos más eficaces que se emplean para el diagnóstico y en la sensibilización que se ha dado sobre el TEA en la actualidad, con esto, las personas son más conscientes sobre lo que implica el TEA.

Fejerman y colaboradores (1994) mencionan que durante los primeros veinte años del estudio del autismo fue considerado una perturbación emocional adquirida, originada por un mal estilo de crianza por parte de los padres, sobre todo por la mamá que en ese entonces las creían emocionalmente perturbadas, dichas consideraciones fueron cambiando con el transcurso de los años, hasta llegar a la conclusión que el factor etiológico más importante es el genético.

Ruggieri y Arberas (2022) señalan que en aproximadamente el 50% de los casos pueden ser determinados sus factores etiológicos, lo que permite su asesoramiento genético, el otro 50% restante pueden deberse a factores ambientales, actuando en forma aislada o en combinación con determinantes genéticos.

De acuerdo con Alcantud (2013) el factor etiológico más importante parece ser el genético, vinculado con influencias ambientales aún poco conocidas, es decir, se trata de un escenario multifactorial donde se manifiestan diversos factores biológicos incluidos los genéticos, factores ambientales e interacciones genético-ambientales.

A pesar que no se ha logrado identificar cuál es la etiología del TEA, la evidencia recabada en los últimos años deja en claro que existe un componente neurobiológico relevante asociado con el autismo, ya que se han encontrado diversas diferencias entre personas con TEA y personas que no tienen TEA, las diferencias encontradas han sido cambios a nivel de la estructura (cambios en el volumen global y de áreas específicas del cerebro) y función del sistema nervioso central en el cual se encuentra presente una disfunción en las diversas proteínas involucradas en la sinapsis neuronal y en los genes que codifican dichas proteínas, al igual que una actividad irregular de diversos circuitos cerebrales asociados a funciones cognoscitivas y emocionales (Yáñez, 2016).

Yáñez (2016) señala que de acuerdo con diversos estudios de imagen realizados a menores con TEA se ha demostrado que existe una reducción en el volumen total cerebral de los niños al nacer, una aceleración en el aumento del volumen durante el desarrollo hasta aproximadamente los cinco años de edad y una atenuación progresiva en el curso de la adultez, esto se asocia con un patrón de conectividad estructural y funcional atípico, otros estudios de imagen funcional han demostrado que se encuentra disminuida la conectividad funcional entre áreas corticales que requieren activarse para la realización de actividades asociadas a la cognición social, el procesamiento emocional, lenguaje y funciones ejecutivas, mientras que, hay un exceso en la conectividad en regiones como la corteza y estructuras subcorticales. En la actualidad se considera que el TEA es resultado de una alteración en el neurodesarrollo normal teniendo una base genética, aunque todavía sigue siendo un tema muy complejo ya que muchos genes asociados al TEA se relacionan al desarrollo y función de la sinapsis nerviosa.

Baron-Cohen (2010) menciona que se ha comprobado que la amígdala, el hipocampo, el núcleo caudado y partes del cerebelo son más pequeños en niños con TEA, indicando también que tienen más materia gris (puede deberse a un exceso de células nerviosas) y materia blanca en los lóbulos frontales, también se refiere a una red de regiones cerebrales como “cerebro social”, en donde el niño con TEA muestra una hipoactividad, es decir, cuando estas regiones se activan para ejercer ciertos aspectos de la empatía, en el cerebro del niño con TEA esta actividad siempre está por debajo de la de un cerebro típico. También menciona diferencias en los neurotransmisores como la serotonina (ayuda a controlar la ira, agresividad, humor, sueño y apetito) que en algunas personas con TEA sus niveles se encuentran elevados y el GABA que cumple una función inhibitora en el cerebro, con niveles bajos en una persona con TEA puede llegar a un estado de sobreestimulación e hiperreactivo, por lo que, se podría llegar a explicar la ansiedad e hipersensibilidad en el TEA.

1.6 Alteraciones en los niños con TEA

Las alteraciones que están asociadas a este trastorno afectan a las principales áreas del desarrollo de la persona: socialización, comunicación, comprensión y adaptación al entorno (Cuesta, 2009).

De acuerdo con Hortal (2014) la mayoría de los investigadores defienden que existe un componente genético sobre el que pueden actuar factores ambientales (epigenética). En el TEA se presentan comportamientos peculiares, siendo la dificultad para comprender las relaciones sociales una característica común. La confusión que les genera la exigencia de las relaciones, así como su dificultad de adaptación al entorno explican sus conductas. Es por esta razón que las manifestaciones varían de un niño a otro.

Las principales dificultades, de las cuales pueden llegar a afectar su desarrollo cognitivo y emocional son:

- Dificultad para procesar la información que les llega a través de los sentidos, causada por un trastorno del procesamiento sensorial (hipo o hiperestimulación) y una incapacidad para organizarla.
- Dificultad para pasar de un pensamiento concreto a uno abstracto. Esto puede explicar su lenguaje más ecolálico, literal, poco funcional y su pensamiento rígido, que se manifiesta tanto en las conversaciones como en el juego.
- Dificultad para entender o intuir lo que los demás piensan o sienten y comprender que otras personas pueden pensar o sentir de un modo distinto (teoría de la mente).

1.6.1 Alteración en la integración sensorial

Como se mencionó, dentro de sus principales dificultades está presente la disfunción de la integración sensorial, muchas personas con TEA reaccionan inusualmente ante los estímulos sensoriales, presentando dificultades para procesar información que les llega a través de los sentidos, mostrando hipersensibilidad (sensibilidad mayor en las experiencias sensoriales que pueden ser auditiva, olfativa, táctil, gustativa y visual) es por esta razón que

buscan paz o sentirse seguros realizando determinados rituales, movimientos repetitivos o acciones con un orden concreto y preestablecido, ya que esta hipersensibilidad muchas veces les resulta caótico, también pueden mostrar hiposensibilidad (menor sensibilidad en la percepción de las sensaciones) algunos presentan muy baja sensibilidad al dolor, esto explica en algunos niños con TEA su constante necesidad de estimulación sensorial (Hortal, 2014).

1.6.2 Alteración en la comprensión del entorno

En cuanto a su pensamiento concreto, la dificultad en procesar y comprender la información social compleja va unida a un modo diferente en fijarse y percibir el mundo que le rodea. Así, las personas con TEA, cuando tienen a una persona delante, se suelen interesar más por algún detalle como la ropa u objetos que lleva que por su rostro o su mirada, hecho que contribuye a la dificultad de comprensión del entorno (Hortal, 2014).

1.6.3 Alteración en las funciones ejecutivas y atención conjunta

Otra dificultad se encuentra en las funciones ejecutivas, siendo esta la capacidad de la mente para llevar a cabo las acciones necesarias para “mantener la mente” en una tarea determinada, se asocia también a las habilidades adaptativas, en las personas con TEA, un déficit en estas funciones podría ayudar a explicar las dificultades que tienen en todo aquello que implica organización y planificación y su dificultad para adaptarse a los cambios (Hortal, 2014).

La atención conjunta permite coordinar a nivel social la atención de los demás, por lo que, se relaciona con el aprendizaje, el desarrollo del lenguaje, el pensamiento simbólico, la cognición social y el desarrollo de las habilidades sociales, en los niños con TEA presentan dificultades en los esquemas triádicos (sujeto-objeto-sujeto), así como dificultades en establecer un diálogo comunicativo, en el inicio de la atención conjunta como señalar o mostrar algo, dificultades en la respuesta como seguir una mirada o cuando le señalan algo, otra alteración se encuentra en la capacidad para cambiar el foco atencional (hiperfocalización), aunque una fortaleza a esto es que pueden llegar a tener una capacidad superior de atención a los detalles (Yáñez, 2016).

1.6.4 Alteraciones en el lenguaje

En el TEA las alteraciones en el lenguaje suelen ser muy variados, ya que pueden tener algunas dificultades en el contenido, la forma y el uso, puede que un niño con TEA presente una falta total del desarrollo del lenguaje verbal o puede que tenga un manejo avanzado en el vocabulario, esto va a depender de acuerdo con el grado de ayuda de cada niño con TEA. También se encuentran alteraciones en el lenguaje expresivo y comprensivo, llegando a utilizar el lenguaje de manera limitada, utilizándose comúnmente para solicitar algo más que con intenciones de informar, describir, etc. (Yáñez, 2016).

Sigman y Capps (2000) mencionan que la alteración en el lenguaje es una característica esencial del TEA, presentando dificultades para comunicarse con los demás durante toda su vida, reflejando carencias en la comprensión y expresión, aunque es posible que utilicen correctamente palabras y estructuras gramaticales, presentan confusión en la inversión de pronombres, sustituyendo por lo general el “tú” por “yo” y de “yo” por “tú”.

Otra alteración del lenguaje presente en los niños con TEA es la ecolalia, ya que tienden a repetir en automático lo que escuchan de los demás, aunque esto puede estar presente en el desarrollo normal del lenguaje, se convierte en algo atípico si persiste después de los dos años y si se convierte en la forma dominante de expresión (Vicari & Auza, 2019).

1.6.5 Alteración en la comprensión social

Los niños con TEA manifiestan alteraciones o dificultades en las conductas sociales, pocas veces inician las interacciones sociales y conversaciones, así como la atención que les prestan a las personas a veces es muy dispersa, presentando dificultades para reconocer y expresar emociones, aunque muchos muestran signos de estabilidad afectiva con sus cuidadores, pocas veces recurren a la referencia social, manteniendo dificultad para comprender los pensamientos, las creencias y las actitudes de los demás.

De acuerdo con Sigman y Capps (2000) los niños con TEA tienen dificultad para llevar a cabo los juegos simbólicos, siendo esto una característica distintiva, aunque algunos niños sobre todo los que tienen desarrollo en el lenguaje si logran llevar a cabo juegos funcionales, mencionan que difícilmente desarrollan formas de simulación más complejas,

como las de imaginar objetos inexistentes, atribuir emociones, etc., aunque es posible que hagan esto ya que su tipo de juego dirigido al objeto no tenga que ser necesaria mucha simulación, estas dificultades en el juego del niño con TEA está vinculado a la actividad social, ya que la base del juego funcional es que los niños observen a sus pares y adultos, también se relaciona a un factor social ya que en el juego simbólico o funcional por lo regular se hace compartiendo el juego con otra persona, pero un niño con TEA por lo regular suele jugar solo.

1.6.6 Alteración en los patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos

Vicari y Auza (2019) señalan que algunos niños con TEA muestran un interés inusual y persistente sobre ciertos objetos o actividades, están acostumbrados a las rutinas y rituales en su día a día, un pequeño cambio en sus rutinas puede llegar a causar reacciones emocionales. En cuanto a sus comportamientos repetitivos se incluyen las estereotipias, pues constantemente pueden llegar a repetir una conducta sin que haya cambios en esta, como aplaudir, movimientos en las manos como aleteos, etc.

También dentro de las alteraciones en el comportamiento es que algunos niños pueden tener mucha actividad o, por el contrario, ser pasivos, se muestran con angustia ante el cambio en sus rutinas, suelen ser restringidos los temas, actividades u objetos que sean de su interés (Sánchez, 2017).

Hervás y Rueda (2018) mencionan que la hipersensibilidad a estímulos sensoriales diversos puede provocar reacciones conductuales extremas en diferentes lugares y circunstancias, que a veces la familia puede que no las identifique, por otro lado, la hiposensibilidad puede ser un factor de riesgo para las autolesiones, ya que a veces no hay reacción al dolor, porque hay una disminución en la identificación de percepciones físicas.

1.7 Teorías explicativas del TEA

Hortal (2014) señala que algunas teorías psicológicas y alteraciones neurológicas nos pueden explicar el comportamiento de las personas con TEA. Cabe destacar que los niños con TEA presentan dificultades en el ámbito de la comunicación, socialización, junto con

alteraciones en su comportamiento. Es por esto que algunas teorías explican el funcionamiento mental de las personas con TEA, pues se sabe que su cerebro procesa la información diferente a la de un neurotípico.

A continuación, se presentan algunas de las teorías que explican estas dificultades.

1.7.1 Teoría de la mente

De acuerdo con Alcantud (2013) esta teoría propone un déficit cognitivo en el autismo relacionando posibles y múltiples alteraciones neurológicas con manifestaciones conductuales, de acuerdo con este autor, una teoría de la mente nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social.

La teoría de la mente es la habilidad psíquica que tienen las personas para representar y atribuir estados mentales a los otros (pensamientos, deseos, creencias, intenciones y/o conocimientos). Mediante esta representación se puede explicar y predecir la conducta de las otras personas y también permite la relación con el entorno social. Esta habilidad se adquiere mediante la experiencia individual de las relaciones afectivas y coordinadas con otras personas (Hortal, 2014).

Esta capacidad o habilidad por lo regular se adquiere a partir de los tres o cuatro años de edad y se desarrolla a lo largo de toda la vida.

Sin embargo, de acuerdo con Hortal (2014) en los niños con TEA, la representación de los estados mentales no sigue el mismo desarrollo, ya que presentan dificultades para atribuir pensamientos, deseos e intenciones a otras personas, suponiendo una serie de dificultades para predecir o entender las acciones y las intenciones de los demás, llegando a generar alteraciones en su comportamiento y deficiencias en las relaciones sociales, dando lugar a conductas repetitivas y sentimientos de angustia e incompreensión.

Esta dificultad que se presenta en los niños con TEA para distinguir lo que ellos saben, de lo que saben los demás, está relacionada con la interacción social, esto es debido a que ellos carecen o se les dificulta este repertorio de destrezas sociales (Sigman & Capps, 2000).

Baron-Cohen (2010) menciona que una de las ventajas de la teoría de la mente es que explica las dificultades sociales y de comunicación de las personas con TEA, además es universal en la medida en que afecta a todo el espectro autista, pero la desventaja está en que no explica los comportamientos que no guardan relación con la sociabilidad.

1.7.2 Teoría de la función ejecutiva

Alcantud (2013) señala que la función ejecutiva es el constructo cognitivo usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales. Dichas funciones ejecutivas se les considera como una habilidad en donde se buscan estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta, incluyendo la planificación, control de impulsos, flexibilidad de pensamiento. Yáñez (2016) explica que un niño con TEA muestra conductas que son características propias del trastorno, como los comportamientos repetitivos y perseverantes, preferencia a las rutinas, problemas para cambiar el foco de atención, síntomas semejantes a las personas con alguna lesión de los lóbulos frontales, por esta razón, se sugiere la hipótesis de que las personas con TEA presentan una alteración en las funciones ejecutivas.

Las neuronas espejo tienen un papel importante en el funcionamiento ejecutivo para los procesos mentales, intervienen en la imitación, en la preparación para la ejecución y para la simulación mental de estados mentales ajenos, estas neuronas son descargadas al observar o ejecutar una acción en los demás, el estudio sobre estas neuronas puede aportar información sobre los problemas de adquisición del lenguaje y los procesos de socialización (Sánchez, 2017).

De acuerdo con Baron-Cohen (2010) la mejor forma de explicar los rasgos básicos de las personas que tienen algún trastorno del espectro autista es hablando de su dificultad para planificar acciones y desviar la atención de lo que están haciendo.

Hay datos que indican la existencia de correlaciones significativas entre habilidades de función ejecutiva y síntomas centrales del autismo, comenzando por las alteraciones sociales muy tempranas y continuando a lo largo de la infancia y la edad adulta, pero no se conocen con precisión las direcciones causales y la naturaleza específica de estas relaciones (Alcantud, 2013).

1.7.3 Teoría de la coherencia central débil

La teoría explica la tendencia que se presenta en la mayoría de las personas a captar la información de forma global y generalizada. Baron-Cohen (2010) menciona que las personas con TEA tienen problemas para integrar la información en un único “todo” coherente y general. En cambio, se centran en los detalles pequeños y locales, por lo que, una persona con TEA tiene una coherencia central débil y tiende a fijarse más en el detalle que a adoptar una perspectiva general. Esta teoría explica las habilidades de las personas con TEA como la atención al detalle y una excelente memoria, así como habilidades concretas necesarias en ciertos campos de especialidad. En general la teoría menciona que las personas con TEA concentran mejor su atención en los pequeños detalles, por lo que pueden tardar más en percibir el contexto general, ya que se concentran en unidades de información menores. Sin embargo, uno de los puntos débiles de la teoría es que supone a las personas con TEA incapaces de ver la totalidad.

Por ejemplo, una persona con TEA puede acordarse de detalles muy concretos de una conversación, pero puede tener dificultades para recordar la información global de la misma.

Alcantud (2013) menciona que las personas con TEA presentan problemas para otorgar niveles altos de significado, el cual es una característica universal del procesamiento humano de la información que está intacta en las personas con desarrollo normal, los problemas en la coherencia central abarcan distintos niveles de procesamiento de información, desde el procesamiento perceptivo, visoespacial y el semántico.

Sánchez (2017) y Yáñez (2016) consideran que la coherencia central débil puede ser una característica de las personas que tienen TEA, aunque no es suficiente la teoría para explicar el TEA de un modo completo, ya que, por sí sola no es capaz de explicar del todo la fenomenología.

1.8 La detección temprana: Síntomas de alerta en el TEA

Las señales o síntomas de alerta del Trastorno del Espectro Autista pueden detectarse a temprana edad, la detección precoz será de vital importancia para derivar a un centro de

atención temprana en donde se brinde una intervención temprana, en la que los padres o cuidadores del niño con TEA tienen un rol importante en la identificación y descripción de los primeros síntomas del autismo (Busquets et al., 2018).

Como se ha mencionado previamente el autismo es un trastorno crónico que se manifiesta en los primeros años de vida del niño; Los síntomas del autismo aparecen durante los primeros tres años de vida y siguen apareciendo a lo largo de toda la vida. La severidad y el pronóstico del TEA va a depender de la gravedad de los síntomas y de la intervención que se aplique.

Alcantud (2013) señala que los sistemas de detección temprana pueden ayudar a conocer y comprender las manifestaciones y signos tempranos y de hecho todas las experiencias aportan, en mayor o menor medida indicaciones sobre los síntomas iniciales más específicos y sugerencias importantes sobre el curso evolutivo del trastorno en sus primeras fases, pero esta identificación implica mucho más que la búsqueda de signos de TEA, es importante, ya que a partir de esta detección se da paso al diagnóstico temprano, dando lugar a la oportunidad de una intervención temprana (se dice que a una intervención temprana, mejor será el desarrollo del niño, ya que su cerebro tiene mucha más plasticidad) además se busca que las familias afronten mejor la situación.

Respecto a lo anterior, Sánchez (2017) coincide con el planteamiento de que la detección precoz o temprana de los TEA conlleva la oportunidad de implementar una intervención temprana que favorezca el pronóstico de estos niños. Se han delimitado, también, una serie de variables predictoras implicadas en su evolución y pronóstico como el nivel intelectual relacionando un CI bajo con un panorama menos favorable. Es fundamental diseñar la intervención acorde a las características y necesidades del niño con TEA, el contexto y el apoyo familiar, ya que son una pieza clave para favorecer el desarrollo del niño con TEA.

De acuerdo con Sampedro-Tobón y colaboradores. (2013) la detección temprana en el TEA es una variable determinante de un mejor pronóstico, los padres detectan o sospechan que algo no anda bien en su hijo alrededor de los 18 a 24 meses de edad. Esto se debe a que en dicho período, se espera en el desarrollo del lenguaje del niño o niña, la emisión de las

primeras palabras o frases, así como un nivel de atención aceptable, el inicio del aprendizaje del control de esfínteres, en general, su desarrollo evolutivo tendría que ser más normalizado, en el caso de los niños con TEA no es así, ya que uno de los principales síntomas o señales de alerta es que presentan dificultad en el desarrollo del lenguaje, o una regresión en el mismo. También presentan dificultades en la interacción social, por lo tanto, el comportamiento social atípico puede ser el mejor indicador temprano para diferenciar a niños con TEA de niños con desarrollo normal o con retraso en el desarrollo.

De acuerdo con Sánchez (2017) a partir de los seis meses se pueden observar las primeras señales que hagan sospechar la presencia de este trastorno, los rasgos pueden variar de mayor a menor gravedad para cada niño. Sánchez (2017) menciona que las primeras preocupaciones de los padres y/o cuidadores empiezan cuando observan un comportamiento extraño en su hijo, viendo que no hace lo mismo que otros niños de su edad, aunque es importante destacar que no todos los niños desarrollan sus habilidades al mismo tiempo. Cuando existen dichas sospechas, deben llevar al niño a un especialista, el cual va a llevar un proceso de valoración que consiste en la observación del comportamiento, evaluación psicológica del niño en relación con su desarrollo cognitivo, su lenguaje y comunicación y sus habilidades sociales. Se realizan procedimientos diagnósticos utilizando entrevistas, cuestionarios, escalas y/o inventarios específicos.

De manera muy general Cala y colaboradores (2015) y Carrascón (2016), mencionan los síntomas o señales de alerta en el TEA, de los cuales los más inmediatos son no balbucear o no hacer gestos (12 meses), no decir palabras sencillas (18 meses), a los dos años el niño no puede decir frases con al menos dos palabras y si las dicen éstas son frases que acaban de escuchar y repiten (ecolalia), pérdida de habilidades del lenguaje o en el área social a cualquier edad, uso limitado de la mirada para ver a otras personas, dificultad o falta de interés en los juegos en donde tiene que interactuar con otras personas, después de los doce meses sigue sin mantener contacto visual con las personas, no responde a su nombre, no señala para mostrar o pedir algo, no imita lo que ve de los demás, no mira si le señalan algún objeto, no muestra interés por los juegos con las personas mayores o con sus iguales, así como los juegos suelen ser repetitivos, sus períodos de atención suelen ser breves, se muestran hiper o hipo sensibles a estímulos sensoriales como a la vista, gusto, olfato, tacto,

presentan movimientos corporales repetitivos y/o estereotipados, en ocasiones muestran apegos inusuales por objetos, dificultad para distinguir los pronombres, se les dificulta mantener una conversación, suelen aislarse, prefiriendo pasar tiempos solos, tienen intereses restringidos y preferencia por las rutinas, algunos pueden mostrarse hiperactivos o por el contrario, demasiado pasivos.

1.9 Clasificación: Diagnóstico. Criterios para valorar el autismo.

Alcantud (2013) menciona que no se conoce un marcador biológico del TEA, por lo que el diagnóstico se realiza infiriendo sus dificultades a partir de la observación de su comportamiento.

Es conveniente que el diagnóstico sea conducido por un equipo multidisciplinario integrado por diferentes profesionales los cuales se tienen que apoyar de pruebas que ayuden en la observación.

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2013) en su manual el DSM-V, respecto de su edición anterior, dos son los cambios que se propusieron para la nueva edición del manual. El primer cambio es el agrupamiento de los signos y síntomas en dos dominios nucleares: la alteración del desarrollo de la comunicación social y la presencia de conductas repetitivas. El segundo cambio es el criterio según el cual se organizan los signos y síntomas.

De acuerdo con Martínez (2015):

El trastorno autista y los demás trastornos del desarrollo que se encontraban agrupados en el DSM-IV dejan de considerarse como entidades nosológicas diferentes para clasificarse como una única entidad donde los signos y síntomas patognomónicos de la alteración evolutiva de las capacidades de interacción social, comunicación y lenguaje, se expresan en un continuo dimensional (p. 26).

Estos cambios se producen porque los síntomas de los trastornos de este espectro atienden a un continuo de leve a grave y, por tanto, no son trastornos distintos a los que forman parte de esta clasificación.

Sánchez (2017) considera que debe estar presente desde la infancia temprana las dificultades significativas y constantes en la comunicación social, presentar patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses para el diagnóstico del TEA. Dejando de considerar al lenguaje un síntoma definitorio, sino más bien un factor que afecta a la manifestación de los síntomas.

A continuación, de acuerdo con la American Psychiatric Association (2013) se detallan los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V para los TEA:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socio-emocional varía, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (por ejemplo, estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (por ejemplo, gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígido, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (por ejemplo, fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o -hipo-reactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (por ejemplo, indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general del desarrollo.

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañado.

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

Con catatonía.

La mayor preocupación de los padres es el diagnóstico adecuado de su hijo, guía y orientación para saber qué pasos dar en los servicios de salud y el acceso a los tratamientos, apoyo psicológico, disminución de los tiempos de espera y mayor coordinación multidisciplinaria (Sánchez, 2017). Es importante señalar que el diagnóstico debe servir como un indicador que dirige a los padres o cuidadores de los niños con TEA hacia la obtención de una asistencia adecuada, no como una etiqueta.

Se deben incluir algunos puntos clave en el proceso diagnóstico del TEA como la historia clínica del niño incluyendo antecedentes familiares y médicos, evaluaciones médicas, de inteligencia, habilidades sociales, comunicativas, lingüísticas y de competencias adaptativas (Yáñez, 2016).

1.9.1 Evaluación del niño con TEA

De acuerdo con Albores y colaboradores (2008), mencionan que se han realizado avances muy importantes en el diseño de instrumentos de diagnóstico, los cuales son muy diversos, siendo desde listas de auto informe dirigidos a los padres para que registren los síntomas de sus hijos, o cédulas de observación para ser completadas por el profesional, considerando mejor el uso mixto de instrumentos para obtener la mayor cantidad de información posible como el CHAT o el SCQ, algunos motivos que dificultan la evaluación son: co-existencia con el retraso mental, las clasificaciones del **DSM-IV y CIE-10** (esto se debe a que toman en cuenta diferentes criterios para el diagnóstico del TEA), variabilidad clínica, falta de especificidad en algunos síntomas, dificultad para evaluar lenguaje y socialización en niños preescolares que están en el proceso de adquisición de dichas habilidades y dificultades para entrevistar a niños en esta etapa de desarrollo, también mencionan que la detección del TEA en México es muy importante ya que por la falta de reconocimiento de este trastorno tiene costos muy elevados para las familias, prestadores de salud y educación.

De acuerdo con Sánchez (2017) en la evaluación de los TEA deben valorarse las capacidades cognitivas, las habilidades de relación y comunicación, las relaciones interpersonales, las características emocionales y de la personalidad, los aspectos del currículo y los estilos de aprendizaje. Las herramientas de evaluación utilizadas suelen ser entrevistas estructuradas y semiestructuradas, cuestionarios y escalas. Una vez que se obtienen los resultados de la evaluación, se realiza el diagnóstico oportuno (siendo fiable a partir de los dos o tres años de edad) que indica la presencia o no de TEA, para pasar a la elaboración de un plan de acción adaptado a las características individuales del niño.

En la evaluación del TEA es importante considerar la aportación de la familia y tener una relación constante con ellos, en la evaluación se deben emplear métodos, técnicas y procedimientos adecuados y confiables. La evaluación puede realizarse mediante un análisis cuantitativo, se lleva a cabo a través de técnicas e instrumentos, este análisis consiste en pasar una serie de cuestionarios o escalas que establecen un punto de corte, que ayuda a tomar la decisión sobre la necesidad de realizar una valoración exhaustiva para determinar la existencia del TEA, por lo que es necesario un análisis cualitativo, en la evaluación se

recogen datos, se describe e identifica, se seleccionan los instrumentos de observación más adecuados, de acuerdo con las características del niño evaluado, se elaboran los resultados y por último, se toman las decisiones correspondientes, esto es canalizar al niño a un programa de intervención que más se adecue a las necesidades del niño y de la familia (González, 2016).

Yáñez (2016) considera dos instrumentos como los más valiosos en la evaluación del TEA, el *Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) el cual es un instrumento de observación semiestructurado y el *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) que consta de una entrevista para padres reuniendo información de la historia personal y evolutiva del niño. Cabe mencionar que estos instrumentos están traducidos al español y estandarizados, sólo resultan eficaces combinados con el análisis de quien está evaluando.

Para Baron-Cohen (2010) una prueba que es muy utilizada en la evaluación del TEA es el *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT), dicha prueba es una escala que mide el TEA en niños de entre uno y dos años y medio detectando la ausencia de conductas consideradas normales en un bebé con desarrollo normal y la presencia de conductas consideradas fuera de lo normal. Las pruebas se han modificado a manera que sean más efectivas, de acuerdo con Velarde y colaboradores (2021) el *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), es en la actualidad una de las herramientas más utilizadas, se aplica desde los 16 a 30 meses de edad, incluye 23 ítems de respuesta si/no, con seis elementos clave, diseñada para detectar posibles signos tempranos del TEA o retraso en el desarrollo y que a diferencia del CHAT, la versión modificada cuenta con adaptaciones cuyos niveles de sensibilidad y especificidad son mayores.

Para Rodríguez y Cafiero (2019), la evaluación es una herramienta de gran importancia, pues ayuda a determinar cuáles son las áreas en las que poseen mayor y menor dificultad y de cuáles se pueden apoyar para superar sus mayores dificultades. Como se había mencionado, una de las primeras fases en la evaluación es la recolección de datos, que consta de la entrevista, empezando por la historia clínica, se realiza con el fin de conocer la historia personal y familiar y la situación actual del niño, conociendo datos como los antecedentes familiares, datos pre y postnatales, historia evolutiva, es decir, la información más relevante sobre el desarrollo del niño desde su concepción hasta la actualidad, historial médico,

aspectos familiares y psicosociales y si en alguna ocasión el niño tuvo consultas o algún tratamiento previo.

Sánchez (2017) también considera importante realizar una evaluación psicopedagógica, para obtener información detallada sobre dificultades, capacidades, estilos de aprendizaje, habilidades de lecto-escritura, intereses y necesidades de la persona evaluada, con el objetivo de establecer un programa de intervención. En la evaluación del TEA se les realiza entrevistas semiestructuradas a los padres, se busca valorar si existe un desarrollo evolutivo normal, tales instrumentos sirven para evaluar la sintomatología del TEA recogiendo información sobre las relaciones sociales, comunicación, juego, intereses, etc. Algunos tipos de entrevistas que suelen aplicar a los padres son:

- Entrevista para el diagnóstico de autismo-revisada (ADI-R). Evalúa las áreas de la interacción social recíproca, comunicación y lenguaje, juego, conductas ritualizadas o perseverantes.
- DISCO. Evalúa las áreas del desarrollo en los dos primeros años de vida, sus habilidades actuales, actividades repetitivas o alteraciones sensoriales, conductas desadaptativas.
- PIA (Entrevista sobre el autismo para padres y madres). Es apropiada para aplicar a niños con edades comprendidas entre 2-6 años. Las áreas que evalúa son la conducta social, función comunicativa, actividades repetitivas y alteraciones sensoriales.

Retomando a Yáñez (2016), también se aplican pruebas o inventarios observacionales con el fin de evaluar conductas del TEA, tales como:

- Escala de Observación Diagnóstica del Autismo-Genérica (ADOS-2). Se observa el comportamiento del niño en tareas específicas desde los doce meses de edad con o sin lenguaje. La escala consta de cinco módulos, observando los comportamientos en el área de la comunicación, la interacción social, juego y las conductas restrictivas y repetitivas.

- Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS). Se puede aplicar en niños de más de 24 meses de edad, es una entrevista estructurada que es utilizada como instrumento de observación.

Sánchez (2017) señala algunas pruebas de valoración y diagnóstico del TEA, las cuales permiten hacer una valoración general a través de un screening que da información sobre los síntomas que puedan hacer sospechar de la existencia de este trastorno, algunas de estas pruebas son:

- Cuestionario de comunicación social (SCQ): es utilizado como un cuestionario de screening y como medida para realizar una revisión de la evolución del tratamiento. Es cumplimentado por los padres y está destinado a evaluar las habilidades de comunicación y funcionamiento social.
- IDEA. Inventario de Espectro Autista. Puede aplicarse a todas las edades, aunque no es una prueba estandarizada.
- (ASQ:SE). El ámbito de aplicación son los niños con edades comprendidas entre los 6 y 60 meses de edad.
- Child Development Inventory. Se aplica en niños y niñas de edades entre 0 y 6 años.

Alcantud (2013) también considera importante tomar en cuenta la evaluación psicológica, entre los que se encuentran:

- Evaluación de inteligencia: entre estas pruebas de evaluación de la capacidad intelectual se encuentran las escalas de desarrollo; Escala Bayley de desarrollo infantil, escala de desarrollo de Uzgiris y Hunt, escala de desarrollo psicomotor de la primera infancia de Brunet-Lezine, escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas, escalas Mullen de aprendizaje temprano. Otras pruebas de evaluación del CI se encuentran los test de inteligencia; escala manipulativa internacional de Leiter y la revisada, escala de aptitudes y psicomotricidad para niños de McCarthy, escala de inteligencia Stanford-Binet 5ta. Edición, perfil psicoeducativo revisado, batería de evaluación de niños de Kaufman, escalas de inteligencia Wechsler (escala de

inteligencia para preescolar y primaria-III, escala de inteligencia de Wechsler para niños IV, escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III, escala no verbal de aptitud intelectual de Wechsler).

- Evaluación del lenguaje y comunicación: dentro de las pruebas de evaluación de la comunicación se encuentran las escalas de comunicación social temprana y las escalas de conducta comunicativa y simbólica. En cuanto a los test de evaluación del lenguaje se encuentra la prueba de lenguaje oral de Navarra revisada, el test de vocabulario en imágenes de Peabody-III, la escala de desarrollo de lenguaje de Reynell, el test de comprensión de estructuras gramaticales, escala de valoración del lenguaje preescolar PLS-4, entre otros.
- Evaluación de la conducta adaptativa: una de las más utilizadas es la escala de conducta adaptativa de Vineland, trata de una entrevista semiestructurada, diseñada para utilizarse con padres y profesionales, consta de tres formatos, siendo el formato de encuesta el más utilizado.
- Evaluación específica de los síntomas de autismo: dentro de las pruebas que complementan la evaluación se encuentran las pruebas de evaluación del juego simbólico; test de juego simbólico de Lowe y Costello, escala de evaluación del juego, test de juego de ficción.

Cabe mencionar que ninguna herramienta sustituye el papel que tiene el especialista, ya que este se encarga de vigilar el desarrollo del niño, especialmente en los primeros tres años de vida, por lo que dichas herramientas de detección temprana son recursos que complementan la actividad de los profesionales en la búsqueda activa de los casos con sospecha, es decir, solo se pueden usar como parte de un proceso de evaluación y no como herramienta única para el diagnóstico.

1.9.2 Los tres niveles de apoyo del TEA

De acuerdo con la American Psychiatric Association (2013) en el DSM-V, el concepto actual del TEA comprende tres niveles de apoyo, los cuales son:

- Nivel 1: Necesita ayuda.

Comunicación social: Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.

Comportamientos restringidos y repetitivos: La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

- Nivel 2: Necesita ayuda notable.

Comunicación social: Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.

Comportamientos restringidos y repetitivos: La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

- Nivel 3: Necesita ayuda muy notable.

Comunicación social: Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las

interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.

Comportamientos restringidos y repetitivos: La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

1.10 Inteligencia dinámica vs Inteligencia estática

El desarrollo evolutivo del niño o la niña constituye, ante todo, un proceso dinámico y complejo, en tanto que depende no solo de los aspectos biológicos, sino también de los factores sociales y culturales del contexto en que tiene lugar el nacimiento y desenvolvimiento posterior del sujeto.

Rodríguez y Cafiero (2019) retoman el concepto de la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) de Lev Vygotsky desde su enfoque histórico-cultural, la ZDP se refiere a la distancia que existe entre el desarrollo psíquico actual de la persona y su desarrollo potencial, es decir, los niños y niñas desarrollan sus capacidades cognitivas independientemente de las etapas específicas de su crecimiento y que además estas se dan únicamente como resultado de las interacciones con los demás, por lo que este concepto permite evaluar en el niño su estado evolutivo dinámico, por lo que, se entiende entonces que el aprendizaje de las personas es un proceso de naturaleza social, en donde los niños acceden a la vida intelectual de aquellos que los rodean.

Alcantud (2013) menciona que el neurodesarrollo es un proceso dinámico, por lo tanto, una persona con alteraciones en el neurodesarrollo como lo es el Trastorno del Espectro Autista, tendrá afectaciones en dicho proceso dinámico.

Aunado a lo anterior, Gutstein (2011) considera es que el TEA se deriva de una falla del cerebro para desarrollar el funcionamiento dinámico normal (esto incluye habilidades en

los dominios cognitivo, de sí mismo, comunicativo y de relación). Una cantidad de literatura científica sobre déficits cognitivos, sociales, emocionales y de sí mismos de TEA los vinculan al funcionamiento del cerebro dinámico y los investigadores han encontrado que la mayoría, pero no todas las personas con TEA, retienen de manera intacta y en ocasiones superior, el funcionamiento estático (acciones de la vida de manera automática, con poco pensamiento o esfuerzo consciente, cuando se hace de la misma manera varias veces, es como cuando se funciona de manera similar a las computadoras). Por lo que hay un cierto tipo de disfunción cerebral en el niño con TEA. Por lo tanto, algunos investigadores concluyen que el origen del TEA está relacionado con la forma como aprende el cerebro con TEA a comunicarse consigo mismo.

Gutstein (2011), señala que las personas con TEA pueden o no tener déficits en la inteligencia estática (algunas habilidades estáticas son el de categorizar, organizar, memorizar), sin embargo, la mayoría tiene dificultades en la inteligencia dinámica, entendiendo esta como el razonamiento de sentido común, el pensamiento flexible, la metacognición y el funcionamiento ejecutivo. En las investigaciones de la Dra. Dawson y sus colaboradores, el mismo autor refiere que han publicado que el factor de pronóstico más importante para el desarrollo posterior de un TEA es si el niño comunica o no para una atención conjunta, una forma de comunicación que se espera esté presente, de forma habitual, alrededor de los 12 meses de edad. En las investigaciones, los científicos creen que los déficits innatos conducen al niño a una falla para desarrollar una preparación social-emocional que es esencial, la cual parece ser el resultado directo de potenciales vulnerabilidades neuronales que, aún, estando presentes desde el nacimiento, pueden manifestarse hasta alrededor del segundo año de vida.

Estas investigaciones realizadas son muy interesantes, ya que en la literatura disponible sobre el TEA se habla muy poco de estas dificultades en la inteligencia dinámica, por lo que, sería muy valioso realizar una investigación más a fondo sobre el tema.

1.11 Necesidades Educativas Especiales en el TEA

Lledó y colaboradores (2006) especifican que las personas con Trastornos del Espectro Autista requieren de necesidades educativas especiales (NEE) relacionadas con los problemas en la interacción social, problemas en la comunicación y con los estilos de aprendizaje, algunos de estos son:

- NEE relacionadas con los problemas en la interacción social:
 - Necesitan aprender a conocer y comunicar las emociones y pensamientos propios, así como comprender los de los demás.
 - Necesitan aprender a utilizar los objetos de manera funcional y creativa, disfrutar de ellos con los demás.
 - Necesitan aprender a relacionarse de una forma efectiva con los demás en diferentes situaciones y contextos.
- NEE relacionadas con los problemas en la comunicación:
 - Necesitan aprender habilidades de comunicación funcionales en la vida real.
 - Necesitan aprender un código comunicativo (verbal o no verbal), sobre todo con una finalidad interactiva.
 - Necesitan aprender a iniciar y mantener intercambios conversacionales con los demás, ajustándose a las normas básicas que hacen posibles tales intercambios (contacto ocular, expresión facial, tono, volumen, etc.).
- NEE relacionadas con el estilo de aprendizaje:
 - Necesitan un contexto educativo estructurado y directivo.
 - Necesitan situaciones educativas específicas y concretas que favorezcan la generalización de los aprendizajes.

- Necesitan ambientes sencillos, poco complejos, que faciliten una percepción y comprensión adecuada de los mismos.
- Necesitan aprender en contextos lo más naturales posibles: entornos educativamente significativos.
- Necesitan aprender habilidades y estrategias de control del entorno y de autocontrol.
- Necesitan descentrar la atención de unos pocos estímulos y alcanzar “atención conjunta” con otros.
- Necesitan situaciones educativas individualizadas.
- Necesitan ampliar las actividades que realiza, así como los intereses que poseen.

1.12 Mitos y falsas creencias sobre el TEA

Hortal (2014) señala que todavía existen las falsas creencias sobre el TEA, razón por la cual es importante resaltar algunas de estas:

- “El trastorno es fruto de la educación y del comportamiento de los padres, de una vacuna o mala alimentación”: Esto es completamente falso, como se mencionó anteriormente, en los primeros años de investigación del autismo, se creía que el trastorno era resultado de la inadecuada relación afectiva madre-hijo, años después se abandonó esta hipótesis, ya que gracias a las investigaciones científicas se identificaron las primeras asociaciones del autismo con trastorno neurobiológicos, en la actualidad se piensa que en la mayoría de los TEA su causa es idiopática (desconocida), de base genética, abandonando también la idea que el trastorno sea fruto de una vacuna o mala alimentación.
- “Todos los niños con TEA presentan discapacidad intelectual”: Esta creencia también es falsa, aunque en aproximadamente dos tercios de personas con TEA presentan

discapacidad intelectual, también se debe destacar que el CI de otras personas con TEA es normal o superior al normal.

- “Los niños con TEA no son capaces de comunicarse ni de entender a los otros”: Otra falsa creencia, pues los problemas de comunicación varían de acuerdo con cada persona con TEA. Pero a pesar de sus dificultades para establecer una comunicación social, son sensibles a las muestras de afecto y expresan con sus conductas, sus sentimientos, deseos y emociones.

Stanton (2002) también resalta otros mitos sobre el autismo, de los cuales son:

- “Los niños con TEA siempre están ensimismados”: Es una falsa creencia ya que ellos pueden estar interesados en otras personas, son sensibles a la intensidad de la atmósfera emocional que les rodea, aunque no sepan leer muy bien esas emociones ni responder adecuadamente. Las personas creen falsamente que los niños con TEA son egoístas, pero se debe recordar que les cuesta imaginar qué piensan o sienten los demás.
- “Eso no es autismo, lo hacen todos los niños”: Algunas personas no suelen tomar en serio las implicaciones del TEA, creen que el problema se encuentra en los padres por “no saber educar a su hijo”.

Vicari y Azua (2019) señalan otros mitos que siguen presentes sobre el TEA, algunos de ellos son:

- “La intervención psiquiátrica puede curar al niño con TEA”: Esta suposición se encuentra vinculada a la hipótesis de una causa no biológica del TEA, lo cual se ha demostrado ser erróneo, desafortunadamente, es un mito que persiste en algunas naciones, incluida México.
- “Los niños con TEA sólo necesitan intervención médica”: Hoy en día no existe una pastilla o un tratamiento médico que cure el TEA, esta condición requiere una intervención que involucre a la familia, a la escuela y el contexto en el que se desarrolla el niño. Sin embargo, a pesar de que ninguna pastilla o tratamiento cure el

TEA, algunos medicamentos pueden utilizarse para contrarrestar la hiperactividad, la agresión y las obsesiones, todos síntomas que a menudo se asocian con el TEA.

- “El TEA pasa con el crecimiento”: La intervención temprana aumenta las posibilidades de éxito en la terapia, pero la condición no desaparece. Todos los niños con TEA alcanzan su máximo potencial de autonomía y conocimiento con una intervención que se ofrece a temprana edad, lo que facilita su camino por la vida adulta. En ausencia de una terapia o en caso de una intervención tardía, las posibilidades de vida autónoma se reducen en gran medida.

“Si el niño habla, no puede tener TEA”: El lenguaje es una de las áreas más afectadas en el niño con TEA, pero no en todos los casos, pues algunos niños desarrollan el lenguaje, aunque con algunas limitaciones como el número de palabras usadas, capacidad expresiva del lenguaje, etc.

CAPÍTULO 2. DESARROLLO INTEGRAL Y ROL DEL PADRE DE FAMILIA EN EL PREESCOLAR

2.1 Desarrollo integral en el preescolar

De acuerdo con Santi-León (2019) el desarrollo integral ocurre durante toda la vida de las personas, favoreciendo habilidades y destrezas que se dan a consecuencia de factores ambientales, históricos, sociales y culturales. El desarrollo infantil integral se da en la etapa de los 0 a 6 años de edad, durante dicha etapa se fortalecen las habilidades y destrezas cognitivas, las motoras, las psicosociales entre otras, este proceso interactivo de maduración resulta de un avance ordenado del desarrollo de habilidades perceptivas, motoras, cognitivas, del lenguaje, socio-emocional y de autocontrol.

Dentro de las habilidades perceptivas, de acuerdo con Duque y Sierra (2002) las refieren como el conocimiento de los objetos mediante el contacto con ellos, esto a través de sus sentidos (vista, oído, tacto, gusto y olfato), lo cual impacta en otros aspectos del desarrollo del niño ya que se puede aprender realizando actividades utilizando los sentidos. Las habilidades sensoriales y motrices o motoras son importantes ya que el niño también se desarrolla a través del movimiento haciendo partícipe a los sentidos.

En cuanto a las habilidades cognitivas, López (2011) menciona que su desarrollo es relevante ya que incluye el aprendizaje a través de la observación e imitación, en esta etapa los niños tratan de comprender el mundo y cómo actuar ante este, se pondrá en juego el desarrollo sensorial, el motor, el de atención, el lenguaje, el simbólico, es decir, todos los procesos cognitivos que se emplean para procesar la información de manera significativa facilitando o abriendo paso al pensamiento.

Por otro lado, Pérez y Salmerón (2006) describen la habilidad del lenguaje cuyo desarrollo ocurre como resultado de la interacción entre las bases biológicas, el entorno físico y social que rodea al niño, su proceso es importante ya que ayuda a regular las relaciones interpersonales, la conducta del niño y permeabiliza al individuo en el medio sociocultural en el que está inmerso.

Suárez y Vélez (2018) mencionan que en la habilidad socio-emocional influye la dinámica familiar, el desarrollo de la habilidad es importante ya que es la capacidad del niño para poder relacionarse con otros de una manera positiva, por último, la habilidad de autocontrol se refiere a la capacidad que le permite al niño eliminar comportamientos no deseados y actuar de manera “socialmente aceptable”, por lo tanto, es conveniente el desarrollo óptimo de todas estas habilidades ya que tiene relación entre sí.

El desarrollo infantil integral se alcanza con la relación social, fortaleciendo habilidades y destrezas cognitivas, emocionales, físicas, sociales y culturales, por lo que, un apego seguro y una intervención temprana contribuyen a potenciar el desarrollo infantil integral, al intervenir de una manera eficaz, se condiciona los alcances de las capacidades, habilidades, competencias, aprendizajes, niveles de salud, adaptación, entre otros alcances más a lo largo del ciclo de vida.

Cabe destacar que otro factor importante que incide en el desarrollo del niño es el ambiente en el cual se desarrollan los padres, la calidad de la interacción del niño con sus padres y/o cuidadores, favoreciendo la estimulación de las habilidades y destrezas, así como el tiempo que dedican a sus hijos, ya que esta calidad de relación entre padres e hijos funciona como un mecanismo protector, aumentando la resiliencia frente a la adversidad de la vida cotidiana (Santi-León, 2019).

Para comprender el desarrollo del niño desde la perspectiva del desarrollo integral se deben conocer y comprender tres nociones básicas, Rivera y Sánchez (2009) mencionan que dichas nociones son las de adaptación al medio, el mismo concepto de lo integral y las etapas dentro de un cambio continuo, en donde la adaptación es la capacidad que tiene el niño para relacionarse con su entorno y aprender de éste lo necesario para su comprensión del mismo, para aprender y al mismo tiempo tener la habilidad de modificarlo conforme a las necesidades e intereses del niño, ya que estas van cambiando con el tiempo, así como también se modifica la manera en la que se relacionan con sus padres, amigos, familia, etc., logrando una evolución en el niño, de esta manera, la forma en la que sus padres y familia se relacionan con el niño debe cambiar, estableciendo en conjunto la forma en la que se van a comunicar.

La noción de lo integral viene relacionada con las funciones y capacidades de cada niño, las cuales van modificando con el tiempo, las modificaciones pueden verse en algunos momentos, actividades o comportamientos, cambiando la forma de relacionarse con las personas, las cosas, espacios donde crece, su medio, entre otros aspectos. Por lo que, lo integral no sólo tiene que ver con sus experiencias que suceden en el momento, sino también con la posibilidad y recursos que tendrá el niño para enfrentar y resolver los problemas a futuro.

Por último, el niño requiere de un ambiente que permita la expresión del máximo de las capacidades, con el fin de responder a la condición del ser social.

2.2 Desarrollo en la infancia temprana

El desarrollo infantil visto desde una perspectiva integral, consiste en promover la condición plena de bienestar, ante esto, Rivera y Sánchez (2009) mencionan que “dicho desarrollo corresponde a los cambios evolutivos observados en el niño”, cuando el niño alcanza su potencial o se encuentra en su desarrollo, va adquiriendo más independencia de sus padres y/o cuidadores, va descubriendo su personalidad, en cuanto a las relaciones con su exterior se va ampliando en conjunto con las interacciones con sus padres y/o cuidadores, la familia, la escuela y los amigos.

Conforme va pasando el tiempo, en su desarrollo también implica los cambios necesarios que le permiten al niño una mayor madurez, por lo tanto, sus capacidades socio-emocionales son óptimas, así como sus respuestas a las demandas que se les solicita, adaptarse a las exigencias de su entorno y oportunidades, de esta manera se abre la posibilidad de organizar su mundo conforme a sí mismo y a las condiciones del medio en el que se desenvuelve (Rivera & Sánchez, 2009).

Por lo tanto, el desarrollo es entrar a la dinámica de la vida humana, de esta manera se facilita la organización de sus comportamientos o conductas para establecer una adecuada relación con el entorno, llegando a la conclusión de que el desarrollo es la capacidad del organismo de interactuar con el medio, desarrollando su capacidad de adaptarse y modificar

las características del entorno. Algunos de los criterios básicos del desarrollo es que se presenta en un contexto integral, la adaptación juega un papel importante y siguen etapas diferentes en los cambios que se observan en los niños (Rivera & Sánchez, 2009).

De acuerdo con Papalia y colaboradores. (2001) el desarrollo del ciclo vital se divide en ocho etapas, la tercera etapa es la que corresponde a la edad preescolar, llamada niñez temprana que va de los tres a los seis años de edad, las características más comunes que mencionan sobre esta etapa es que su crecimiento es constante, aumentan las habilidades motrices finas y gruesas, su razonamiento es egocéntrico, se consolida la memoria y el lenguaje, la inteligencia se hace más previsible, aumenta la independencia y desarrollan de manera más óptima sus habilidades sociales y emocionales.

El niño preescolar desarrolla habilidades en cuatro áreas principales, las cuales son:

- Desarrollo cognitivo (aprendizaje y pensamiento), entendida como la capacidad para aprender, memorizar, razonar y resolver problemas.
- Desarrollo socio-emocional, la cual es la capacidad del niño para formar relaciones sociales y el manejo de sus emociones.
- Desarrollo del habla y el lenguaje, tratándose de la capacidad del niño para comprender y utilizar el lenguaje, incluyendo el uso del lenguaje corporal y gestos para comunicarse.
- Desarrollo físico, el cual comprende el desarrollo de las habilidades motoras finas, siendo la capacidad del niño para utilizar los músculos menores, es decir, sus manos y dedos y el desarrollo de habilidades motoras mayores o gruesas, siendo la habilidad del niño para usar los músculos grandes, como sentarse, caminar o correr.

La complejidad del proceso del desarrollo del niño se observa a partir de sus estilos propios para expresar comportamientos innatos, en donde se ven reflejadas las competencias iniciales con las que establecen su relación con los demás (Rivera & Sánchez, 2009).

De acuerdo con Rodríguez y Cafiero (2019) los aprendizajes adquiridos durante este período tienen un efecto a largo plazo, es el período en el que la plasticidad cerebral es más

activa y eficiente, el desarrollo cognitivo progresa hacia procesos de mayor complejidad, necesarios para el acceso a posteriores aprendizajes y a la adaptación en el contexto. Tal y como lo menciona Hortal (2014), para tener una buena base de los aprendizajes futuros, el niño en esta etapa va a adquirir y asimilar conocimientos y habilidades, a esta edad aprenden por imitación, observación y ensayo-error, el desarrollo del lenguaje le permite estructurar su pensamiento, para que de esta manera regule poco a poco su conducta.

En la edad preescolar el niño con desarrollo normal por lo regular completa sus fases evolutivas a un ritmo uniforme (Sigman & Capps, 2000), esto no es así con el niño con TEA, ya que en algunas ocasiones suelen tener regresiones en los avances de su desarrollo.

Es en la edad preescolar cuando los niños que presentan TEA manifiestan las primeras dificultades importantes, sobre todo centrado a la socialización y comunicación, les resulta complicado el aprendizaje de las rutinas, el desarrollo de la autonomía personal, algunos presentan un retraso considerable en el lenguaje, tienen intereses restringidos, apegos a rutinas, y como ya se había mencionado, presenta dificultad en las relaciones sociales, juegan de manera diferente a los niños con desarrollo normal, ya que un niño con TEA prefiere jugar solo y lo hace de una manera repetida, presentan estereotipias y les resulta difícil comprender y entender las emociones de los demás.

2.3 Contexto familiar

2.3.1 Contexto familiar y desarrollo psicológico en el niño preescolar

El desarrollo psicológico del niño es un proceso dinámico en donde se manifiestan las habilidades innatas del niño, integrándose en constante interacción con el entorno familiar, social y cultural en el que el niño crece, por lo que, el desarrollo psicológico es el resultado de múltiples influencias, como las características de la cultura, las normas, estilos de vida, los estilos de relación, acceso a experiencias (las más importantes en esta etapa se dan gracias a los padres o cuidadores), por último, los rasgos y características del niño como la edad, contextos individuales de desarrollo, etc. (Palacios et al., 2014).

La influencia del contexto familiar en el desarrollo psicológico del niño es muy importante, Arranz y Oliva (2010) mencionan que las interacciones familiares significativas afectivamente y constantes tienen un impacto en el proceso del desarrollo psicológico en sus dimensiones socio-afectivas y cognitivas. También influye el contexto familiar en el desarrollo psicológico del niño cuando las interacciones que se brindan en la familia son comprendidas como parte de un sistema dinámico complejo. Por lo anterior, es relevante brindar la formación y orientación a los padres de familia proporcionándoles recursos para apoyarlos en sus tareas de crianza, de esta manera se obtiene un mejor desempeño en su vida cotidiana, así como las condiciones en las que se va a producir el desarrollo de sus hijos.

2.3.2 Contexto familiar y desarrollo cognitivo y socioemocional en el niño preescolar

Se debe destacar la importancia del desarrollo motor, cognitivo, socioemocional, y del lenguaje, ya que evolucionan de manera integrada. Con lo que respecta al desarrollo cognitivo es un proceso que cambia de manera constante a partir de las interacciones y experiencias de las personas. En el desarrollo cognitivo el infante tiene la capacidad de relacionarse, actuar y transformar la realidad, se cuestiona, se permite un mejor conocimiento dando como resultado una mayor facilidad al relacionarse con su familia, también se consolidan los procesos como el de percepción, atención y memoria (Babativa, 2017).

Las capacidades cognitivas se relacionarán con la etapa en la que se encuentra el niño, en la etapa preescolar, corresponde la etapa preoperacional de Piaget, desarrollándose sobre todo la función simbólica, siendo la encargada de posibilitar la formación de símbolos mentales que representan objetos, personas o situaciones (Palacios et al., 2014).

Es importante el contexto familiar en el desarrollo cognitivo infantil, ya que influyen varios factores como el grado de interés y motivación de los padres hacia el niño, así como la diversidad de experiencias que los padres ofrecen a sus hijos, la estimulación lingüística, el modelado y la estimulación de la madurez social, es decir, en cómo afronta su vida día a día como el expresar sus emociones, dar opiniones, etc. (Palacios et al., 2014).

Algunas variables para tomar en cuenta son las de la situación general de la familia, el impacto del niño en la familia, la calidad y solidez del cuidado, así como de las relaciones

del niño con sus iguales, el interés de los padres por la sociabilidad de su hijo, apoyo de la red familiar y social, los acontecimientos estresantes y el control. Otras variables que influyen en el desarrollo cognitivo infantil dentro del contexto familiar son las interactivas, las cuales son actividades llevadas a cabo por el adulto que interactúa con el niño, facilitándoles la transición de éste desde el desarrollo efectivo hasta el desarrollo potencial, es decir, la Zona de Desarrollo próximo (ZDP) de Vygotsky, por lo que, juega un papel importante la imitación, las repeticiones y otras actividades para que el niño llegué a un nivel cognitivo superior, siendo el juego simbólico muy importante para el desarrollo cognitivo infantil, teniendo un papel predictor de las capacidades representacionales en los niños.

La calidad del contexto familiar también tiene un rol muy importante en la teoría de la mente, entendida como la capacidad de representar la mente de otro y utilizarla eficazmente en las adaptaciones cotidianas, por lo tanto, la influencia del contexto familiar hacia su hijo se encuentra en el apego seguro (Arranz & Oliva, 2010).

Por lo tanto, de acuerdo con Barreto y colaboradores (2018) el contexto familiar debe proporcionar al niño preescolar, afecto, valoración y aceptación, ya que una interacción adecuada entre padres e hijos no es suficiente por sí sola, debe haber un clima emocional de calidad en la familia, ya que a mayor calidad en la interacción socioemocional más se estimula el desarrollo cognitivo y lingüístico del niño. En esta etapa del desarrollo, el niño preescolar experimenta cambios en el ámbito socioemocional, el niño permanece muy integrado en su entorno familiar, siendo fundamental los puntos de referencia de sus padres o cuidadores.

El estado emocional de un niño se ve influido por el de sus padres, en cuanto al bienestar emocional en el niño se encuentran aspectos como la alegría, satisfacción, identidad, autoestima y los mecanismos de afrontamiento que el infante pone en práctica, pero, en niños con TEA se sabe que la forma en la que expresan sus emociones y cómo se relacionan con los demás es diferente a como lo llevan a cabo los niños con un desarrollo normal (Simarro, 2013).

El contexto familiar de apoyo está asociado a un buen desarrollo socioemocional a lo largo de la infancia, así lo afirman Arranz y Oliva (2010) el apego juega un papel importante

en el niño dentro de su contexto familiar, ya que un apego seguro refleja en el niño una percepción interna de seguridad, siendo un punto clave para el desarrollo del ajuste social y emocional, por lo que, debe haber una interacción con respuestas eficaces y estables de la figura de apego a las necesidades biológicas y sociales del niño, también el apego seguro es un predictor de la adaptación de los niños en el ámbito preescolar, ya que se relaciona con niños más empáticos en sus relaciones sociales y con mejor autoestima en la infancia. También influye la expresividad emocional y el lenguaje acerca de las emociones que utilizan los padres o cuidadores y profesionales del preescolar. Es importante la integración de los padres para facilitar las interacciones de sus hijos con sus iguales, es decir, con niños de su misma edad.

Se afirma que el sistema familiar potencia el desarrollo social y afectivo de los niños y niñas, siendo la familia el primer vínculo donde el niño debe fomentar buena comunicación, afectividad, apoyo y habilidades sociales que favorezcan el desarrollo integral del niño, ya que va a reflejar lo aprendido en su contexto familiar determinando algunas pautas de comportamiento específico. Otro elemento importante a considerar es la comunicación para comprender las situaciones que se presentan en el ámbito social (Suárez & Vélez, 2018).

2.4 Parentalidad, habilidades y competencias parentales

Es durante la infancia, cuando las principales decisiones de la vida de un niño en relación con su alimentación, salud, educación etc., las toma la familia, por lo que, a raíz de sus decisiones acertadas o no, puede darse ya sea una influencia positiva o negativa en la vida de su hijo (Simarro, 2013).

Barudy y Dantagnan (2005) mencionan que la parentalidad se relaciona con las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar, para asegurarles de esta manera un desarrollo sano a sus hijos, por lo tanto, lo que un padre de familia siente, piensa o hace por sus hijos y la forma en cómo se comunica tiene un impacto significativo en el niño, relacionándose la manera en la que el niño se sienta consigo mismo. El mérito de la parentalidad se encuentra en el hecho de que deben responder a las diferentes necesidades de sus hijos, las cuales van cambiando con el tiempo, esto es un reto para los padres de familia

y/o cuidadores, ya que, además de contar con recursos y capacidades, deben disponer de una plasticidad estructural para adaptar sus respuestas a la evolución de las necesidades del desarrollo infantil.

Con todo lo anterior, es importante una parentalidad resiliente, la cual la ejercen los padres de familia como apoyo afectivo a sus hijos en los sucesos de la vida, con la existencia de este apoyo, se indica que los padres también poseen una capacidad de resiliencia nutrida de un sentimiento de pertenencia familiar, siendo una de las principales características del padre resiliente el ser flexible, ser capaces de enfrentar y resolver problemas, habilidades de comunicación y destrezas para participar en redes sociales de apoyo. De acuerdo con Rodrigo (2009) la resiliencia parental es un proceso dinámico que permite a los padres desarrollar una relación protectora y sensible ante las necesidades de los hijos e hijas a pesar de vivir en un entorno potenciador de comportamientos de maltrato” (p. 52), por lo tanto, es visto como un proceso que posibilita a las familias que pasan por situaciones estresantes en su vida cotidiana, salir fortalecidas antes dichas situaciones, es decir, pasan por procesos de afrontamiento y adaptación de la familia como unidad funcional ante los estresores de la vida cotidiana.

Otro aspecto importante de la madre, padre o cuidador, referido por Barudy y Dantagnan (2005), es la habilidad para estimular las interacciones con sus hijos en un clima de afectividad, ya que esto ayuda a potenciar las capacidades de los niños. Así mismo el padre de familia debe ofrecer a sus hijos la diversidad de experiencias en espacios diferenciados, ya que los niños necesitan diferentes espacios para estimular sus diferentes áreas de desarrollo, con espacios diferenciados se hace referencia a los espacios afectivos, siendo posibles cuando los padres y cuidadores poseen capacidades de apego con sus hijos, siendo empáticos para entender el lenguaje con el que los niños expresan sus necesidades.

Garrido (2006) menciona que la teoría del apego de Bowlby la cual se refiere a la inclinación de las personas para establecer vínculos afectivos sólidos con ciertas personas a lo largo de la vida. El papel del padre de familia con su hijo por lo tanto es proporcionarles una base segura, proteger al niño cuando lo necesite y animar a explorar el mundo.

Otro espacio importante es el íntimo, en donde el niño o la niña encuentre su personalidad, pero los padres o cuidadores siempre ofrecen la posibilidad de estimular sus potencialidades para que puedan afrontar las dificultades de su vida cotidiana y resolver sus conflictos de una manera positiva, reforzando en todo momento sus rasgos, atributos y capacidades.

En relación con los espacios lúdicos, la mamá, papá o cuidador deben ser capaces de ofrecer tiempo de calidad a sus hijos en el juego, de esta manera facilitaran vivencias significativas, ayudando a estimular el juego como uno de los pilares importantes del desarrollo infantil. Por último, el espacio de aprendizaje, en donde el padre de familia debe transmitir conocimientos y experiencias en un clima afectuoso ya que los niños en la etapa preescolar se van haciendo seres sociales estimulados por lo que ven, aprendiendo más de lo que el adulto hace que de lo que dice, es decir, por la imitación, más adelante, el acceso al pensamiento simbólico y a la palabra adiciona la posibilidad de aprender de lo que el otro dice (Barudy & Dantagnan, 2005).

Vargas y Arán (2014) también consideran que la parentalidad tiene un papel muy importante en el desarrollo cognitivo del niño, pues la calidad de esta contribuirá de una manera significativa, siendo flexible y ajustándose a cada etapa del desarrollo, así como también consideran importante que los padres o cuidadores sean capaces de brindarles experiencias, durante las etapas de aprendizaje, como ya se había mencionado anteriormente.

Es importante que haya un vínculo afectivo, ya que, sin este, el aprendizaje no se produce de una manera adecuada, pero otro aspecto importante a destacar es que la sobre estimulación puede resultar contraproducente para el desarrollo de la infancia. Cabe destacar que también juega un papel importante la parentalidad en la maduración cerebral del niño, ya que parece ejercer un papel central en la emergencia de las capacidades ejecutivas.

La etapa de la infancia es fundamental en el proceso de la socialización, la familia juega un papel muy relevante para enseñarles a sus hijos las pautas culturales, ya que los padres poseen experiencia y conocimiento para transmitir a sus hijos, es importante señalar que los padres o cuidadores tengan expectativas sobre sus hijos, pero, si ellos por alguna razón nacen con alguna otra condición que no cubra las expectativas preconcebidas, deben

ser capaces de adecuar las expectativas a la realidad, ejerciendo una influencia en la forma que va tomando cada proceso de socialización en las diferentes familias de acuerdo con las necesidades y capacidades de sus hijos (Capano & Ubach, 2013).

Las competencias y habilidades parentales hacen referencia a la capacidad práctica del que dispone la mamá, papá o el cuidador del niño para poder cuidar, proteger y educar a sus hijos, para que de esta manera se les asegure un ambiente sano y un desarrollo integral, por lo tanto, Rodrigo y colaboradores. (2009) hacen referencia a las competencias parentales como un concepto integrador, viendo a la competencia parental de una manera multidimensional (implicación del funcionamiento integrado de la cognición, el afecto y el comportamiento), bidireccional (propicia el ajuste personal y social a los contextos), dinámica (cambia a medida que las personas se enfrentan a nuevos retos) y contextual (ofreciendo el contexto oportunidad para nuevos aprendizajes y prácticas). Sallés y Ger (2011) consideran que dentro de las competencias parentales se debe contar con capacidades y habilidades por parte del padre o cuidador, con lo que respecta a las capacidades se debe dar respuestas adaptadas y adecuadas a cada etapa de su hijo, así como el ser capaces de vincularse y ser empáticos con su hijo, mientras que en las habilidades influyen los modelos de crianza y la participación de los padres en redes sociales de apoyo.

Por lo tanto, las competencias parentales son el conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de una manera positiva y adaptativa la tarea vital de ser padres, considerando las necesidades y características de sus hijos, esto último es muy importante ya que se debe considerar la vulnerabilidad y resiliencia del niño para determinar qué competencias parentales habría que potenciar en los padres o cuidadores, ya que si un niño no tiene un desarrollo “normal” y tiene alguna otra condición diferente a la normal, en este caso el TEA, se necesitan ajustes para la educación de su hijo, de ahí la importancia de potenciar en los padres algunas competencias que son cruciales para el cuidado y desarrollo positivo de los niños y niñas (Rodrigo et al., 2009). Los conocimientos, habilidades y actitudes de los padres de familia o cuidadores de acuerdo con Sahuquillo y colaboradores. (2016) se deben de poner en marcha para responder y adaptarse evolutivamente a las necesidades de sus hijos e hijas.

De acuerdo con Sallés y Ger (2011) las funciones de la parentalidad centradas en el desarrollo del niño son las de protección, la afectiva en donde se debe proporcionar un entorno que garantice el desarrollo psicológico y afectivo del niño, la de estimulación garantizando de esta manera el desarrollo correcto del niño en su entorno físico y social con el fin de conseguir su máxima potencialidad, por último el educativo, en donde el padre o cuidador debe poder orientar y dirigir el comportamiento de su hijo, así como de sus actitudes y valores.

De acuerdo con Arranz y Oliva (2010) existen un conjunto de habilidades y competencias requeridas para la difícil tarea vital de ser padres, algunas de estas son:

- **Habilidades educativas:** Se debe saber reconocer los logros evolutivos y alcanzados del niño con calidez y afecto, se debe supervisar el comportamiento del niño de acuerdo con su etapa del desarrollo en la que se encuentre, también se debe estimular y apoyar el aprendizaje brindando motivación, ayuda y orientación a su hijo, por último, se debe tener la capacidad de observar, ser flexibles haciendo referencia a ponerse en el lugar de su hijo, ser empáticos y sensibles ante las necesidades del niño y reflexionar sobre las propias acciones y sus consecuencias.
- **Cualidades personales en el rol parental:** Se debe tener en cuenta la percepción de las propias capacidades para llevar a cabo el rol del padre, es decir, ser autoeficaces, también tomar en cuenta la percepción de tener el control sobre sus propias vidas y ser capaces de adaptarse y cambiar cuando sea necesario, ser conscientes de la tarea que conlleva el ser padre de familia ya que implica esfuerzo, tiempo y dedicación, por último, se deben realizar acuerdos en pareja para establecer ciertos criterios a sus hijos.
- **Autonomía personal y búsqueda de apoyo social:** El padre de familia o cuidador se debe involucrar en la tarea educativa de su hijo, buscar ayuda de personas significativas con el fin de complementar el rol parental, así como saber identificar y utilizar los recursos para cubrir las necesidades como padres.

- Desarrollo personal: Deben ser asertivos, también la autoestima y las habilidades sociales del padre de familia aumentan sus competencias parentales, así como las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés y las capacidades para responder a múltiples tareas y retos.

2.5 El rol del padre de familia o cuidador en el niño preescolar con TEA

Se sabe que la familia es la primera escuela del niño, siendo los padres o cuidadores los primeros educadores de sus hijos, por lo tanto, son elementos que modulan el desarrollo efectivo y social del niño (Hortal, 2014).

También Simarro (2013) está de acuerdo con la afirmación que la familia ejerce un papel muy importante e influye en todos los aspectos de la vida de su hijo, incluyendo el aprendizaje y la calidad de vida.

Es de suma importancia reconocer el papel crucial de la familia en la educación de su hijo con TEA, Lledó y colaboradores. (2006) mencionan que cuando se detectan las dificultades en la familia se deben hacer las adaptaciones correspondientes de manera paulatina. El apoyo que se brinde a la familia es importante en el momento en que se detecta a su hijo el TEA, se les debe informar las características del trastorno, en qué consiste, sus dimensiones, así como la importancia de comprender la situación de su hijo, lo cual ayuda al progreso en el desarrollo personal y el equilibrio familiar. Los padres o cuidadores del niño con TEA deben estar informados sobre las condiciones del autismo, lo que deben saber de las condiciones cualitativas es con lo que respecta a la relación social, la alteración en la comunicación y el lenguaje, sobre las conductas y actividades restringidas y repetitivas, dicha información les servirá de apoyo para elegir la intervención más adecuada para su hijo, de acuerdo con las necesidades del niño y de la familia, es decir, el mejor método de actuación con su hijo con TEA.

Como se mencionó anteriormente, no todos los niños tienen las mismas competencias emocionales, sociales, cognitivas, etc., por lo tanto, no se posee el mismo grado de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes. Como se sabe, en el desarrollo

socioemocional del niño con TEA tienen algunas dificultades, presentando complicaciones para la comunicación social, esto lleva a que algunos niños con TEA no establezcan relaciones afectivas con sus padres o lo demuestren de otra manera que puede ser difícil de interpretar, , puede existir dificultad en la adaptación o en la conducta, es por esto, que el entorno familiar y la dedicación de los padres es fundamental, teniendo como función cuidar y formarlos para integrarse a la sociedad de una manera incluyente, por lo que, las relaciones de cariño y protección son significativas para su desarrollo, así como también el padre o cuidador tiene un papel importante al ofrecerle a su hijo con TEA estabilidad emocional, afecto y cariño haciendo que el niño se sienta protegido y seguro (Zamora & Ginebra, 2022).

Por lo tanto, la formación de los padres de niños con TEA es de suma importancia, necesitan aprender estrategias para que sean participantes activos en la intervención del niño con TEA, considerar que el potencial de su hijo tiene que ver con su nivel cognitivo, los recursos de comunicación con el que cuenta, su afectividad, el interés que muestre hacia las personas y cosas.

A manera de resumen, existen diferencias de un niño con TEA a un niño con desarrollo normal, es evidente la desviación cualitativa de su desarrollo, ya que el niño con TEA desde el inicio de su desarrollo presenta alteraciones significativas en el desarrollo socio-comunicativo, los cuales aparecen de manera temprana en un niño con desarrollo normal, en general el niño con TEA presenta dificultades en la interacción persona a persona, en la comunicación, problemas con las interacciones triádicas, problemas en las conductas de atención, acción conjunta y de referencia social, también presentan intereses y realizan actividades estereotipadas, repitiéndose una y otra vez dicha actividad o conducta, juego limitado o con poca imaginación, resistencia a cambios en su entorno, es decir dificultad para adaptarse a los cambios, por esto algunos niños necesitan de rutinas, por lo que, es un reto para los padres de familia saber adaptarse a la condición de su hijo con TEA (Lledó et al., 2006).

Como ya se ha mencionado anteriormente, los padres de niños con autismo pasan por varias dificultades, hablando del aspecto emocional hasta como en cuestiones prácticas, ya que la condición de su hijo con autismo en algunas dinámicas familiares puede llegar a afectar, aunque con la formación de los padres llegan a adaptarse a la situación, por lo que,

los padres o cuidadores son los pilares principales en la integración del niño, influyendo a que se dé una mejor convivencia que permita mantener unida a la familia, es importante que los padres busquen grupos de apoyo con la finalidad que les permitan entender los sucesos de una manera razonable y así poder ayudar de manera efectiva a sus hijos, mientras comienzan a comprender mejor los ajustes que hay que realizar, ya que es importante que tengan un plan lo más estructurado posible para el hogar (Cabezas, 2001).

Finalmente, el rol que tienen los cuidadores en sus hijos es muy importante, se debe poner mucha atención en los primeros años de vida del niño con TEA, sobre todo en la etapa preescolar, que es cuando la intervención suele ser más eficaz y los pronósticos son más favorables si se empieza la intervención a esa edad, en la medida en la que la familia tenga una formación adecuada sobre cómo ayudar a su hijo a desarrollar las habilidades en donde presentan más dificultades y a adquirir los conocimientos necesarios, el desarrollo del niño con TEA se verá claramente incrementado (Simarro, 2013).

CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON CUIDADORES DE NIÑOS PREESCOLARES CON TEA

Hoy en día las intervenciones dirigidas a personas con TEA han pasado de centrarse del control o eliminación de la sintomatología clínica a encaminarse también a la enseñanza de habilidades adaptativas que permiten ser lo más independiente posible en la vida cotidiana, así como en diferentes contextos. Se considera que la atención que se les brinda a las personas con TEA fue principalmente promovida por la familia, por lo que, es un reto para las instituciones crear redes de recursos y apoyos que puedan garantizar el futuro de las personas con TEA desde un enfoque integral (Cuesta, 2009).

La intervención para niños con TEA se debe basar en un planteamiento integral, así lo afirman Cuesta y colaboradores. (2016) ya que se debe abarcar las necesidades para sus diferentes áreas o entornos de la vida, con tal de facilitar un favorable desarrollo personal y social, pues como se sabe, las alteraciones o dificultades que se presentan en el TEA permanecen durante toda su vida, llegando a afectar en sus principales áreas de desarrollo, por esto, los programas de intervención deben estar basados en modelos integrales, los cuales deben ser específicos y flexibles, así como incorporar a los padres de familia en la intervención, por lo que, en intervención temprana hay más probabilidades de un mejor desarrollo óptimo y mejor calidad de vida, tanto para los niños con TEA como para su familia.

3.1 Intervención temprana

La Intervención en el ámbito de psicología abarca tanto la aplicación clínica-terapéutica, como el ámbito educativo. El término intervención, hace referencia a intervenir en algo, es decir una situación, o una persona, teniendo una participación activa, ayudando a planificar, conseguir y/o cambiando sus objetivos, tomando en cuenta los factores que influyen en la situación o persona. Conforme ha ido evolucionando los conocimientos sobre TEA los programas de intervención también han ido transformándose, buscando mejoras en su eficacia, el dilema está en cuál es el método de intervención temprana más apropiado, el que más se recomienda es un programa de intervención diseñado e implementado, basado en evidencias alcanzadas en estudios evaluativos empíricos (Alcantud, 2013).

Existen hipótesis que afirman que la intervención temprana podría disminuir las alteraciones que se observan en los niños con TEA. La mayoría de los programas de intervención para niños con TEA están diseñados para aplicarse a partir de los tres años de edad, cabe recordar que las características sociales y de aprendizaje de los bebés contrastan notoriamente con las de niños en edad preescolar, por lo que, los programas diseñados para niños preescolar (3-6 años) no pueden aplicarse a niños de 0 a 3 años de edad (Martínez, 2015).

Una intervención a los tres años de edad es más efectiva que aquella que comienza a los seis años. Lo anterior es posible, siempre y cuando los programas sean sistemáticos, estén cuidadosamente planificados, incluyan objetivos individualizados y se lleven a cabo de forma intensiva durante los cinco primeros años de vida (Sampedro-Tobón et al., 2013).

Zalaquett y colaboradores (2015) se refieren a la intervención temprana como “un conjunto de actividades diseñadas para fomentar el desarrollo de niños pequeños con discapacidades o situaciones de contexto que vulneran el adecuado desarrollo infantil”, esta va dirigida a la población de 0 a 6 años de edad, por lo tanto, intervenir tempranamente de una manera efectiva trae consigo involucrar y observar el contexto familiar. Un beneficio muy importante de la intervención temprana es que puede servir para modificar el curso del TEA a nivel cerebral hacia una trayectoria más adaptativa del desarrollo.

La importancia de la detección precoz es más que solo la búsqueda de signos de TEA, es lo que da paso al diagnóstico temprano, con lo que se abre la posibilidad de tener la oportunidad de acceder a una intervención precoz o temprana dando como resultado un mejor desarrollo de los niños con TEA ya que el cerebro infantil tiene mucha más plasticidad, además de que involucra a la familia ayuda a que afronte la situación de una manera positiva. La intervención temprana puede favorecer a que el grado de ayuda del niño con TEA sea menor, minimiza algunos síntomas como los intereses restrictivos, conductas rutinarias, o las dificultades en la socialización, llegando a mejorar la calidad de vida de los niños con TEA y su familia. La eficacia de la intervención suele ser mayor cuando se inicia antes que el niño presente una regresión o disminuya sus habilidades sociales o comunicativas (Alcantud, 2013).

De acuerdo con Sigman y Capps (2000) el fin con el que se han generado diversos programas de intervención es para asegurar el máximo desarrollo y bienestar del niño con TEA, así como ayudar a su familia a afrontar los retos que conlleva la situación. La mayoría de los programas de intervención en niños con TEA son del tipo de intervención psicoeducativa, favoreciendo principalmente las habilidades de socialización y de comunicación, recomiendan que la intervención sea temprana, por lo que, lo ideal es comenzar con la intervención en el niño con TEA a partir de los tres años de edad, siendo fundamental la participación de los padres.

Es importante que los padres de familia o cuidadores de los niños con TEA sepan cómo elegir el programa de intervención que se adecue más a las necesidades de su hijo y a la de ellos, por lo que, necesitan una fuente de información centralizada y no sesgada sobre los diferentes tipos de intervención, conociendo sus puntos buenos y malos (Baron-Cohen, 2010).

3.2 Clasificación de las intervenciones en el TEA

Se puede dividir a las intervenciones en diferentes categorías, Yáñez (2016) considera dos categorías las más importantes: Las psicoeducativas y las combinadas o modelos globales.

De acuerdo con Alcantud (2013) “Un programa de intervención psicoeducativo se trata de aplicar los principios de la enseñanza/aprendizaje adecuados para mejorar conductas, habilidades, competencias o aptitudes humanas socialmente significativas” (p. 212). Por lo tanto, los programas de intervención psicoeducativos en niños con TEA se clasifican según el modelo o el área en el que se centra la intervención; hay modelos clásicos de intervención conductual como el EIBI o el DDT, también modelos contemporáneos de intervención conductual tales como el PBS, evaluación funcional, el FCT, también existen las intervenciones basadas en el desarrollo como el modelo social-pragmático del desarrollo, la intervención basada en el desarrollo de las relaciones, o modelos de intervención centradas en la familia, o los modelos clasificados por áreas como los basados en la comunicación o las intervenciones basadas en las interacciones sociales.

Las intervenciones conductuales se encuentran basadas en técnicas estructuradas, tienen el objetivo de enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades, uno de los programas más reconocidos del tipo conductual es el programa Lovaas y el ABA. También se encuentran las intervenciones evolutivas, encargadas de dirigir a los niños con TEA a desarrollar relaciones positivas con otras personas, promoviendo habilidades para la vida diaria, basada en técnicas sociales y de comunicación. Las intervenciones basadas en terapias se enfocan en las dificultades o síntomas en específico. Por último, las intervenciones basadas en la familia, resaltan la importancia de incluir a la familia en el desarrollo de la intervención.

La segunda categoría, la de las intervenciones combinadas o modelos globales están muy bien estructurados, tratan de abarcar todas las áreas de dificultad del niño con TEA, algunos de los programas de intervención más importantes de esta categoría son: El modelo TEACCH, modelo SCERTS, modelo Denver y modelo LEAP, cabe destacar que en esta categoría se integran a los padres de familia en la intervención.

3.2.1 Programas o intervenciones comprensivas

Las intervenciones psicoeducativas se han desarrollado con diferentes propósitos, para Martínez (2015) existen dos propósitos principales, el primer propósito es promover simultáneamente el desarrollo de varias áreas, en el caso de la intervención en TEA las áreas que se buscan promover son las de comunicación, lenguaje, interacción social, juego, imitación, conductas e intereses, etc., el segundo propósito es el de promover solo un área en específico. Una de las técnicas que permite enseñar diferentes habilidades son los programas comprensivos, caracterizados por establecer un amplio conjunto de habilidades a enseñar para diferentes dominios, es decir el qué se va enseñar, estableciendo el cómo se va a enseñar, es decir las técnicas de enseñanza a utilizar, así como tomando en cuenta el cuándo se van a llevar a cabo las actividades. Las técnicas que se utilizan son eficaces y los procedimientos se elaboran a través de objetivos de enseñanza que se desarrollan durante el transcurso de la intervención.

3.2.2 Intervención centrada en la familia.

Del Toro y Sánchez (2020) consideran que la intervención centrada en la familia promueve la forma de entender y desarrollar la atención temprana, ya que la familia es considerada el primer motor del desarrollo del niño. Es por esto que se le considera un eje fundamental. Existen distintos enfoques de integrar a la familia en la intervención, en donde la familia puede quedar en segundo plano, otro en donde el profesional trabaja con la familia pero no se incluye directamente, otra forma y la más importante, es en donde la familia participa activamente, así como complementando también al profesional, por lo tanto, este último enfoque permite participar a la familia como miembro fundamental del proceso reconociendo sus potencialidades de cara al desarrollo a su hijo, aprovechando un entorno cercano al niño como impulsor del aprendizaje. Aquí se debe priorizar las fortalezas, los recursos y la relación directa entre familia-profesional, dando prioridad a las necesidades de la familia y su hijo. Es importante tomar en cuenta la preparación y motivación de la familia.

Dunst y Trivette (2009) mencionan algunas características de un modelo eficaz centrado en la familia:

- Transmite comprensión hacia las necesidades del niño y la familia
- Respetar valores y creencias de cada familia
- Promueve la adquisición de habilidades y conductas que disminuyan las necesidades de apoyo, para que, de esta manera, no se creen lazos de dependencia con los profesionales
- Fomenta el uso de apoyos y recursos informales

Es importante mencionar los beneficios del modelo centrado en la familia, de acuerdo con Del Toro y Sánchez (2020) refieren que existen muchos autores que señalan los beneficios, los más importantes son los siguientes:

- Disminuye el estrés de los padres y/o cuidadores, así como también facilita el progreso del niño

- Promueve una mayor calidad de vida
- Se mantiene una relación cercana entre familia-profesional
- El grado de satisfacción de las familias es significativo comparado a otros modelos de intervención
- Se aumenta el sentido de confianza y competencia en los padres respecto del rol que tienen en el desarrollo de su hijo

De acuerdo con Cañadas (2012) este modelo tiene como objetivo principal “capacitar a la familia atendiendo a sus singularidades, resaltando sus fortalezas y confiando en sus elecciones”. Se considera muy importante el fortalecimiento de las capacidades familiares, el modelo o programa que esté centrado en la familia debe ayudar en la búsqueda de las estrategias más efectivas para resolver sus necesidades.

Autores como García y colaboradores(2014) consideran que en las intervenciones centradas en la familia son sensibles a las necesidades de cada niño y su familia, en donde la identificación de dichas necesidades se realiza con ayuda de la propia familia, tienen un rol activo, son co-responsables del programa de intervención, también tienen un rol en la decisión de los objetivos, ya que debe haber un acuerdo entre familia-profesional, para lograr los objetivos se requiere que la familia tenga continuidad a su actuación, para conseguirlo se necesita atender las necesidades reales de la familia en su entorno, empezando por orientar y ayudar a las familias a que aprendan a ser competentes. El beneficio que tiene la intervención centrada en la familia en su entorno natural consiste en la obtención de beneficios a través de estrategias como las rutinas o intervención parental, generando oportunidades de aprendizaje contextualmente mediado, ya que estos se dan de forma más natural, son variados, presentan estímulos más significativos, todo esto ayuda a obtener mayores cambios plásticos en el Sistema Nervioso Central.

Es muy importante conocer el papel de la familia en los programas de intervención ya que esto incrementa su efecto, de acuerdo con revisiones de algunos programas de intervención se observa que las que incluyen a los padres de familia tienen efectos positivos en la adquisición de habilidades del niño con TEA, esto se da gracias a que se prepara y

capacita a los familiares para asumir un papel activo en la intervención de su hijo, tanto dentro como fuera de las sesiones de intervención temprana, así como realizando las adaptaciones apropiadas al programa. Por lo que, si los padres de niños y niñas con TEA participan de forma activa en la intervención, el éxito y la eficacia del programa se incrementan. Otro elemento que juega un papel muy relevante en los resultados que obtienen una mayor eficacia en la intervención es su intensidad, es decir, el número de horas, incluyendo las horas que el niño pasa con su terapeuta, así como las horas de la participación activa de sus padres y/o cuidadores dentro de su contexto familiar (Bejarano, 2020).

3.3 Intervención basada en la evidencia

De acuerdo con Alcantud (2013) se debe realizar una revisión sistemática y objetiva sobre los estudios publicados que nos ofrezcan un panorama de cuál o cuáles son los programas de intervención más efectivos, para saber seleccionar dichas evidencias que comprueben la eficacia o efectividad, se deben tomar en cuenta ciertos indicadores de calidad tales como:

- Descripción detallada de las características de los involucrados en el programa de intervención
- Fiabilidad de los datos
- Replicabilidad de los procedimientos del estudio
- Mantenimiento y generalización de los resultados de la intervención en la vida cotidiana de los participantes

3.4 Importancia de la integración de los padres de familia en la intervención

De acuerdo con Sánchez (2017):

Es necesario que todas las personas encargadas del cuidado y atención del niño con TEA cuenten con la información y formación precisa para atenderlo e intervenir, de la manera más adecuada, en su estimulación. Se ha demostrado que esta formación, junto con una intervención temprana en el menor en los diferentes ámbitos de su vida, provoca una serie de avances y aprendizajes muy positivos (p.143).

Por lo que, queda claro que a mayor formación de los padres en la intervención mayor serán los avances de los niños preescolares con TEA, así como es importante una intervención temprana, dentro de la cual es importante considerar el número de horas e intensidad, teniendo en cuenta que el número ideal de horas a la semana son de 15-20 horas, también se debe tener presente el costo para iniciar y mantener una intervención con este número de horas, por lo que, lo ideal es que los papás o cuidadores se involucren en la implementación de la intervención, siendo ellos los que puedan intervenir en el día a día del niño con TEA.

Rodríguez y Cafiero (2019) enfatizan la relevancia de que los padres o cuidadores de niños con TEA sean parte de la intervención, pues el mayor número de oportunidades de aprendizaje suceden en la vida cotidiana del niño, es decir, en su entorno familiar. Mencionan que para considerar efectivo un programa de intervención debe mejorar el funcionamiento general del niño con TEA, así como promover conductas a nivel social comunicativo y de adaptación, debe haber una reducción, si es que estaban presentes de conductas repetitivas y no adaptadas, ayudar a reducir el nivel de estrés a la familia e involucrarlos en la intervención, ayudando a adaptarse y relacionarse con el niño, así como tomar en cuenta sus fortalezas y debilidades.

Así mismo, Simarro (2013) y Alcantud (2013) concuerdan en que los padres o cuidadores son los principales en conocer la vida del niño, esto es muy importante, ya que aportan información a los profesionales para que ellos puedan saber qué tipo de intervención le resultaría más efectiva, otro aspecto importante es que ayuden con la planificación de los objetivos, pues lo ideal es que la familia del niño exprese sus necesidades, pues debe participar en el establecimiento de los resultados a los que quieren llegar, por lo que, es fundamental que estén presentes en la ejecución de la intervención para conseguir los objetivos deseados, así como también toman relevancia en el desarrollo de habilidades del niño con TEA. Ante esto, es importante que los padres o cuidadores estén conscientes de la relevancia que tienen sobre el niño. Es relevante que la familia pase por un proceso de formación, ya que deben estar sensibilizados de la situación del niño con TEA, para darles una formación al respecto y brindarles un mantenimiento en todo momento. Por lo que, el

compromiso y conocimiento previo de los padres en los programas de intervención de niños con TEA hace que tengan mayor éxito, ofreciendo mejores resultados.

Por lo tanto, la calidad de vida de las personas con TEA se favorece cuando en los programas de intervención se integra a la familia, por lo que, en estos se debe tomar en cuenta las expectativas de la familia; se debe llevar a cabo un procedimiento para revisar dichas expectativas, en el diseño del plan de desarrollo personal se integra las expectativas de la familia ajustándose a las necesidades y capacidades de la persona con TEA (individualizado) respetando el estilo de vida y relación familiar, promoviendo que la familia se integre directamente en la intervención. Otro aspecto por considerar es la implicación de la familia en la intervención; participan en la elaboración de los planes de desarrollo personal de la persona con TEA, en donde, debe tener acceso a la información acerca de su progreso, el profesional asesora y forma a la familia. Con lo anterior, se favorece un aumento del nivel de satisfacción familiar (Cuesta, 2009).

Alcantud (2013) resalta la importancia de que los padres participen en la intervención temprana de sus hijos con TEA, ya que ellos representan el entorno más influyente para el niño durante las primeras etapas de su desarrollo, sin la participación de los padres o cuidadores, será difícil mantener los aprendizajes que adquiere el niño en la intervención ya que no habría una continuidad en su ambiente familiar, que es donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo.

3.5 Recomendaciones, principios y puntos claves para las intervenciones en niños con TEA

De acuerdo con Cuesta (2009) la calidad de vida de las personas con TEA se considera inferior a la del resto de personas con alguna otra condición, por lo que, recomienda que en los apoyos e intervenciones que se les da deben cumplir con lo siguiente:

- Se debe promover el máximo control por parte de las personas
- Que la intervención sea individualizada

- Que la intervención y apoyo se adapte y flexibilice de acuerdo con las necesidades de cada persona
- Se debe promover en todo momento la máxima autonomía
- Respetar la dignidad e integridad de las personas

Algunas recomendaciones que consideran importantes y que se deben tomar en cuenta en un programa de intervención para niños con TEA de acuerdo con Rojas y colaboradores. (2019) es que sus objetivos deben contemplar las diversas áreas de desarrollo del niño.

Cuesta (2009) señala que todo programa de intervención dirigido a personas con TEA debe cumplir ciertas condiciones, por lo que, las intervenciones se deben basar en algunos principios tales como:

- Se debe promover el bienestar emocional de la persona
- Las intervenciones deben ser flexibles, espontáneos, en donde el aumento de la libertad es un punto importante
- Se deben desarrollar en las intervenciones destrezas cognitivas y de aprendizaje
- Buscar desarrollar las competencias comunicativas
- Ampliar o reforzar la capacidad de las personas con TEA de comprender las interacciones humanas
- Disminuir las conductas problemáticas que producen daño a la propia persona, así como a quien lo rodea
- Desarrollar o aumentar las capacidades que permiten entender lo que sucede en el entorno
- Apoyar la máxima inclusión ambiental

Prior y colaboradores. (2011) considera algunos puntos claves para que una intervención sea efectiva, los cuales son:

- Que los contenidos de los programas específicos para el TEA provean ambientes de enseñanza con altos niveles de apoyo y estrategias de generalización
- Que promuevan la predictibilidad y la rutina
- Un acercamiento funcional hacia las conductas desafiantes
- Apoyo en las transiciones
- Uso de apoyo visual
- Intensidad suficiente (la adecuada para cada niño)
- Enfoque colaborativo multidisciplinario
- Inclusión de pares con desarrollo normal
- Enfoque hacia el funcionamiento independiente

3.6 Habilidades que se enseñan en una intervención dirigida a niños con TEA

Se sabe que un niño o una niña con TEA presenta sus propias características, por lo que, cada uno es único, debido a esto, el programa de intervención tiene que adaptarse a la medida de sus necesidades. Powers (1999) considera que las habilidades que se tienen que enseñar en un programa de intervención dirigido a niños o niñas con TEA deben ser las habilidades cognitivas: muchos niños o niñas con TEA tienen problemas con las habilidades cognitivas más fundamentales y requieren, por tanto, que se les enseñe metódicamente, aunque algunos otros no tienen problemas en esta área, algunas de las habilidades cognitivas tempranas que requieren a menudo mayor atención son: diferenciar entre sí a personas, objetos y acontecimientos distintos, e imitar los actos que realizan los demás, también habilidades sociales y de comunicación.

Así mismo, Cuesta (2009) menciona que los programas de intervención tienen un papel fundamental para equilibrar las principales dificultades del Trastorno del Espectro Autista, promueve el progreso y desarrollo en diferentes áreas, como en la comunicación, interacción social y comportamientos obsesivos, se sabe que las dificultades ya mencionadas persisten a lo largo de la vida de una persona con TEA, por lo que, en las intervenciones existen apoyos en donde se les puede ayudar a las personas con TEA como en:

- El desarrollo de habilidades de la comunicación social
- Ayudas visuales y otros sistemas de comunicación
- Normas y reglas sociales
- Técnicas de autocontrol
- Adaptación a diversos contextos de la vida cotidiana

3.7 Características de un programa de intervención eficaz

Cualquier programa de intervención debe cumplir con ciertas características, las más importantes para Sánchez (2017) es que deben ser aplicadas lo más pronto posible, ser intensos, individualizados, es decir, se deben ajustar a las necesidades y puntos fuertes que posea el niño con TEA, adaptando el contenido del diseño de las actividades más apropiadas a cada uno, se debe adaptar el ambiente, fomentar la participación de la familia, las actividades no deben rebasar de los 20 minutos de duración y deben ser variadas, no debe haber más de 5 niños con TEA por terapeuta y las áreas de intervención en las que se debe trabajar es en la socialización, comunicación, flexibilidad, simbolización, adaptación y estructuración del ambiente.

Para el área de socialización, se busca que reconozcan las emociones, la relación y asociación de éstas con las situaciones. En el área de la comunicación se les estimula, para desarrollar habilidades básicas de comunicación y el uso adecuado de las que ya poseen, en el área de flexibilidad y adaptación se busca mejorar a través de la introducción de sistemas de anticipación y por último, en área de la adaptación y estructuración del ambiente, el

objetivo es estructurar el ambiente de manera espacio-temporal y eliminar o reducir los estímulos sensoriales a los que el niño o la niña sea hipersensible.

Para que un programa de intervención sea adecuado o eficaz, Powers (1999) considera algunas características importantes a tomar en cuenta, tales como:

- Diagnóstico e intervención temprana adecuada
- Programas estructurados, orientados hacia la enseñanza de habilidades
- Los programas de intervención deben diseñarse de acuerdo con las necesidades de cada niño (debe ser individualizado)
- Registrar el progreso del niño
- Emplear sistemas motivacionales individualizados
- Las áreas de aprendizaje deben ser estructuradas y organizadas, así como contar con un ambiente libre de distracciones. Los horarios para las rutinas y las actividades deben cumplirse con uniformidad y confiabilidad a lo largo del día, todos los días
- Los programas deben ofrecerse por día y año, se deben emplear diversos estímulos, proporcionar un programa que integre a los padres o cuidadores del niño con TEA

De acuerdo con Simarro (2013), la individualización es uno de los indicadores más precisos de calidad que se pueden establecer en un programa de intervención, ya que cada persona es diferente, necesitando apoyos, intervenciones y oportunidades para cada uno, por lo tanto, un programa de intervención se necesita recibir en espacios, intensidades y formas diferentes, por lo que, es importante individualizar los planes de intervención, la metodología, los materiales empleados y las actividades a realizar.

Como se sabe, el autismo va surgiendo de forma gradual en el niño, manifestándose principalmente entre los 12 y 36 meses de edad, Alcantud (2013) apoya la idea que a mayor intensidad del programa de intervención mejores resultados, es decir, que a mayor número de horas de intervención en niños de 2-4 años de edad, se favorece el nivel del lenguaje que

el niño puede lograr, aunque la intensidad no siempre resulta ser eficiente, ya que se deben tomar en cuenta otros factores en la intervención, como las características del niño ya que no muchos logran centrar su atención en una actividad por mucho tiempo, otro factor a tomar en cuenta son las características del entorno social.

Siguiendo con las características de una intervención eficaz, de acuerdo con Vicari y Auza (2019) se deben realizar evaluaciones periódicas dirigidas a valorar los efectos de la intervención, así como deben seguir prácticas basadas en la evidencia, pues deben provenir de estudios publicados en revistas científicas. Algunas intervenciones que recomiendan y que se encuentran basadas en evidencia científica son las mediadas por los padres y el personal educativo, algunas de las características básicas de dichas intervenciones es su intensidad, ya que se recomienda que el programa de intervención dure de 20 a 25 horas a la semana durante todo el año, durante estas horas el niño debe participar en actividades psicoeducativas, las cuales están planeadas sistemáticamente y siendo las adecuadas de acuerdo con la etapa evolutiva del niño.

Otras características de los programas de intervención que se deben cumplir de acuerdo con Cuesta (2009) son las siguientes:

- Número y calidad de las sesiones
- Variedad de las experiencias
- Participación en intercambios sociales
- Participación e integración de las familias en el diseño del programa de intervención
- Facilidad para favorecer la comunicación, flexibilidad y autonomía

Yunta y colaboradores. (2006) consideran importante que dentro de la intervención temprana se dé continuidad al programa desde la etapa preescolar hasta la escuela primaria. Plantean algunas normas generales que debe cumplir un programa de intervención, algunas normas son: El programa debe estar basado en una teoría y método sólidos, la eficacia del programa de intervención debe poder evaluarse en períodos de tiempos establecidos, especificar objetivos generales y específicos, supervisión del programa por profesionales

capacitados, integrar a los miembros de la familia en la intervención, llevándolo a cabo en diferentes contextos, que el niño con TEA sea lo más independiente posible.

Otras consideraciones importantes en un programa de intervención es su diseño, para esto, Yunta y colaboradores (2006) consideran algunos requisitos importantes para elaborar un diseño óptimo de un programa de intervención tales como: Dar prioridad al desarrollo de la intención comunicativa, observar al niño para especificar cuáles son las habilidades que tiene que adquirir, es decir, sus áreas en donde presenta mayores dificultades, se debe incluir el refuerzo de las conductas positivas, reduciendo las desadaptativas, los métodos y técnicas a emplear deben ser acorde al nivel o grado de ayuda del niño con TEA y realizar evaluaciones antes y durante la intervención para conocer su eficacia.

3.8 Objetivos generales de la intervención temprana en el TEA

En una intervención se busca incrementar las competencias en las áreas afectadas de los niños con TEA, Alcantud (2013) señala que dichas áreas se pretenden desarrollar a través del interés o áreas de fortaleza del niño. Algunos de los objetivos generales de una intervención temprana dirigida a niños con TEA son:

- Incrementar la flexibilidad cognitiva de imaginación y simbolización
- Mejorar la comunicación y el lenguaje
- Desarrollar habilidades sociales
- Mejorar el comportamiento adaptativo

Para cumplir con los objetivos se recomienda utilizar algunas técnicas en las intervenciones como:

- Encadenamiento hacia atrás: Una vez que ha sido analizada la conducta o habilidad que se pretende desarrollar o adquirir, se descompone en pasos o subtareas, se utiliza el modelamiento con el niño paso a paso, pretendiendo que el último paso el niño lo

realice sólo, cuando esto sucede se le va dando más autonomía, hasta que logre realizar todos los pasos sin ayuda.

- Aprendizaje sin error: técnica en donde se cree necesario organizar la tarea a aprender poniendo el énfasis en el éxito, pues lo que se pretende evitar es que dicha tarea a aprender se vuelva aversiva al niño y llegue a frustrarse, para lograr dicho éxito se debe asegurar brindarle en todo momento motivación al niño, enseñar la tarea solo cuando el niño pone atención y hacerlo de una manera clara, presentar o adaptar las tareas de acuerdo con las capacidades y/o habilidades del niño considerando su nivel evolutivo y proporcionar reforzadores que sean significativos para el niño.
- Modelado: la técnica consiste en presentar o enseñar la conducta que se desea adquiera o aprenda.
- Andamiaje: es una mediación que se puede realizar en forma de ayuda o apoyo físico.
- Refuerzo positivo: con este reforzador, lo que se busca es aumentar la conducta que se quiere desarrollar o adquirir, pues al realizarla se recibe a cambio algo que le gusta al niño, estos reforzadores pueden ser objetos como algún juguete preferido, un dulce, etc., reforzadores sociales como un abrazo y algunas actividades deseadas por el niño, como soplar burbujas, etc.
- Enseñanza incidental: el adulto debe estar preparado ante una muestra de iniciativa de alguna enseñanza iniciada por el niño, pues el adulto debe reforzar estas respuestas de manera natural.
- Entorno estructurado: dicha técnica se utiliza en el modelo TEACCH, en donde se ocupa de apoyos visuales y señalizaciones en donde se anticipa al niño de alguna actividad.
- Nuevas tecnologías: uso de la tecnología de una forma lúdica.
- Apoyo conductual positivo: se busca reforzar las conductas sociales positivas, promover las conductas deseadas, llegando a aumentar su frecuencia.

- Promoción de la comunicación: en los niños con problemas en el lenguaje, se busca una alternativa de comunicación a través de imágenes PECS (forma de comunicación en la que se comunica dando y recibiendo pictogramas a otra persona).

3.9 Eficacia y efectividad en los programas de intervención

Son muy importantes los términos eficacia y efectividad en los programas de intervención, para estos términos Martínez (2015) menciona que la eficacia se determina por la calidad de los datos empíricos que sustentan a la intervención, entre los aspectos más relevantes que se consideran para una intervención eficaz se consideran la metodología de investigación apropiada y los resultados obtenidos por la intervención, mientras que para la efectividad se toman en cuenta criterios tales como la relación de costos-beneficios, la aceptación que tiene por parte de las personas que buscan la intervención y la generalización de los resultados de las investigaciones realizadas. Otro concepto muy importante es el de funcionalidad ya que se asocia a los aprendizajes que genera independencia en el niño con TEA, promoviendo su autonomía.

Uno de los programas más importantes encargado de revisar los estudios sobre la eficacia de los programas de intervención para Martínez (2015) es el University of California at Los Angeles Young Autism Project (UCLA YAP). Cuando se habla sobre la eficacia de una intervención siempre se debe especificar la edad y características de los niños.

3.10 Criterios de inclusión en los programas de intervención

Existen criterios de inclusión que se deben tomar en cuenta en un programa de intervención, para Martínez (2015) los más importantes es que los programas tengan una publicación en donde se describan los procedimientos de cómo llevarlo a cabo a detalle a manera que se permita su réplica, otro criterio es que el programa cuente con las características de un programa de intervención comprensivo y que cuente con una publicación en donde se informe sobre la eficacia de dicha intervención. También existen dimensiones que permiten identificar si la intervención es efectiva o no, como el lenguaje y

comunicación, interacción social, conductas adaptativas, siendo estos objetivos para favorecer su desarrollo, otras dimensiones importantes que se toman en cuenta en la intervención son las de enseñanza (Describir con detalle cómo se aplican las técnicas que se utilizan), evaluación (antes, durante y después), los objetivos, el desarrollo del programa, el progreso, uno muy importante es el de re decisión, pues si al evaluar los elementos que conforman la intervención no se notan cambios favorables en el niño, es decir, no se han logrado los objetivos propuestos, se debe tomar la decisión de reelaborar las estrategias implementadas, otras dimensiones a considerar son: la familia, apoyos sociales, intensidad, inclusión, duración y eficacia.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA.

4.1 Justificación

De acuerdo con Hortal (2014) y Sánchez (2017) el TEA abarca un conjunto de síntomas como dificultades en la comunicación, en mantener relaciones sociales y conductas obsesivas y repetitivas, dichos síntomas varían en su intensidad, según cada caso, que pueden ir asociados a diferentes trastornos neurológicos y a niveles intelectuales muy variados.

Vicari y Auza (2019) refieren que el autismo es una condición del neurodesarrollo vinculada a la maduración anormal del cerebro que está determinada biológicamente. El TEA se manifiesta desde los primeros años de vida, los principales síntomas son dos: Dificultades persistentes en la comunicación y la interacción social y patrones de comportamiento e intereses restringidos y repetitivos. Stanton (2002) menciona que algo muy importante que se debe resaltar sobre el TEA es que no es un fenómeno psicológico temporal, pues es una condición que dura toda la vida, manifestándose de diferentes formas a lo largo de las distintas etapas de desarrollo.

Las primeras preocupaciones de los progenitores empiezan cuando se observa algún comportamiento extraño en su hijo, a veces esto se produce porque ven que no hacen las mismas cosas que los demás niños de su edad. No todos los niños desarrollan las habilidades al mismo tiempo, de acuerdo con Sánchez (2017) existen unos periodos característicos de cada edad en los que se suelen adquirir, sirviendo de orientación y criterio para saber si el niño está teniendo un desarrollo normalizado o no.

Con las primeras preocupaciones de los padres o cuidadores viene la detección o signos de alarma del TEA, es importante saber detectar dichos síntomas los cuales tienen que ver con dificultades en la comunicación, la interacción social, las relaciones sensoriales a los estímulos, el juego y el comportamiento, a partir de esta detección se debe realizar un diagnóstico adecuado a una edad temprana, de acuerdo con Rodríguez y Cafiero (2019) el TEA se diagnostica a una edad promedio entre los dos y tres años de edad.

Es importante llevar a cabo una intervención temprana, es decir, después del diagnóstico buscar un programa de intervención lo antes posible, ya que Hortal (2014) y Rodríguez y Cafiero (2019) mencionan que durante los primeros años de vida el Sistema

Nervioso Central (SNC) se encuentra en una etapa de maduración de importante plasticidad, considerada la etapa de la “ventana de oportunidades”, por lo tanto, la primera infancia es una etapa crítica caracterizada por la progresiva adquisición de funciones tan importantes como las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, afectivas y sociales que permiten la adaptación al entorno e interactúan en forma dinámica con los factores genéticos, epigenéticos y del entorno. Cabe destacar que lo que sucede en los primeros años de vida provee una base para el desarrollo posterior, se puede considerar a esta etapa de la primera infancia importante para optimizar el desarrollo de los niños, en este caso, los de edad preescolar (Rodríguez & Cafiero, 2019).

De acuerdo con lo anterior, Sigman y Capps (2000) mencionan que la educación formal de los niños con TEA empieza a una edad más temprana que la de los niños con desarrollo típico, por lo que consideran importante que reciban una intervención hacia los tres años de edad, ya que la intervención temprana trae muchos beneficios.

Después del diagnóstico correcto del TEA, lo que el padre o cuidador del niño debe hacer es identificar una intervención basada en evidencia científica capaz de favorecer la adquisición de las habilidades sociales, comunicativas y de otras áreas de su hijo, en donde el involucramiento activo del padre o cuidador es un punto crucial en la intervención, así como los intereses y necesidades de la familia tienen que ser tomadas en consideración (Vicari & Auza, 2019).

La importancia de que los padres o cuidadores sean partícipes activos en la intervención de su hijo con TEA se da ya que de acuerdo con Rodríguez y Cafiero (2019) las relaciones de los niños con sus cuidadores a edades tempranas tienen un impacto trascendente en su desarrollo cognitivo, lingüístico, emocional y social, por lo tanto la participación activa de los padres o cuidadores en la intervención es importante también por el hecho que la mayor cantidad de oportunidades de aprendizaje suceden en torno a las actividades habituales de los niños, es decir, en sus hogares. También representan el entorno más próximo e influyente para el niño durante las primeras etapas de su desarrollo y sin la participación de los padres será difícil que se mantengan y generalicen los aprendizajes que logre el niño en las sesiones de intervención con los especialistas (Alcantud, 2013).

Por lo tanto, involucrar activamente a los padres o cuidadores en el programa de intervención aumenta las posibilidades de que el niño desarrolle su máximo potencial. Así como iniciar una intervención temprana aumenta la probabilidad de que el cerebro del niño se enriquezca y se beneficie de la estimulación.

Ante esto, Rodríguez y Cafiero (2019) resaltan la dificultad en el acceso a las intervenciones ya que es una realidad a la que se enfrenta la mayoría de los niños con TEA y sus familias, no solo por la calidad y especificidad de las intervenciones, sino también por la disponibilidad y costos, ante estas dificultades Sánchez (2017) resalta la importancia de la formación de los padres o cuidadores, ya que es muy costoso mantener una intervención de 15 a 20 horas semanales, lo más ideal ante esto es que los profesionales que trabajan con el niño formen y orienten a sus cuidadores para que de esta forma, sean ellos los que puedan intervenir en el día a día con su hijo preescolar con TEA, generando un efecto mucho mayor en su desarrollo integral.

Se sabe que las intervenciones con mayor efectividad son las que involucran activamente a los padres o cuidadores en la intervención de su hijo y que las intervenciones tempranas dirigidas sobre todo a niños en edad preescolar son las más convenientes.

La información sobre cualquier tema es muy amplia, si buscamos en internet sobre intervención para niños con TEA podemos llegar a encontrar más de medio millón de resultados, estando la información al alcance de todos, pero esto puede generar confusiones sobre la información.

Por lo tanto, es importante analizar cuáles son los elementos o características que hacen de la intervención más efectiva y que reportan mayores efectos positivos en el desarrollo integral del niño preescolar con TEA, dicho análisis debe ser detallado, obteniendo información en artículos o buscadores especializados que sean relevantes y confiables, identificando cuáles elementos o características podrían ser importantes para desarrollar nuevos programas, mejorar los existentes o hacer la elección que se ajuste a cada necesidad.

4.2 Preguntas de investigación

¿Cuáles son los elementos que integran las intervenciones que involucran a los cuidadores de niños preescolares con TEA?

¿Qué efecto en el desarrollo integral tienen las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA?

¿Qué características tienen las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA que reportan una mayor eficacia en el desarrollo integral del niño?

4.3 Objetivo General

Revisar la literatura de las diferentes intervenciones que involucran a los cuidadores de niños preescolares con TEA para saber cuáles son los efectos que tienen en su desarrollo integral.

4.4 Objetivos Específicos

Describir los elementos de las intervenciones que involucran a los cuidadores de niños preescolares con TEA.

Analizar el efecto que tienen las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA en su desarrollo integral.

Describir las características de las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA que reportan mayor efectividad en su desarrollo integral.

4.5 Tipo de Estudio

La presente es una investigación documental de carácter descriptivo (Tamayo, 2006) en donde se recopilieron las diferentes intervenciones que involucran a los cuidadores de

niños preescolares con el Trastorno del Espectro Autista para promover su desarrollo integral, con la finalidad de describir los resultados de los elementos y características de dichas intervenciones que reportan mayor efectividad y explorar el efecto que tienen en los niños preescolares con TEA.

MÉTODO

Muestra de estudios

Los estudios incluidos se obtuvieron a partir de búsquedas en bases de datos informatizadas como Dialnet, PsycInfo, Scielo, Redalyc y Pubmed, empleando las palabras claves: Intervention in children with autism, intervention programs with parents, Autism Spectrum Disorder. La revisión exhaustiva proporcionó 12 trabajos que cumplían los siguientes criterios:

4.6 Criterios para la recopilación de las intervenciones

Para la presente revisión documental se establecieron criterios de inclusión y exclusión, para facilitar el proceso de búsqueda y análisis de la información.

Criterios de inclusión:

- Intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA que promueven su desarrollo integral, siendo éstas las áreas de:
 - Comunicación
 - Interacción social
 - Conductual
- Involucra la participación de padres o madres (cuidadores) de niños con el Trastorno del Espectro Autista de los 3 a 6 años de edad.
- Que las intervenciones contaran con tiempo y número de sesiones.

- Que fueran flexibles y se adaptaran a las necesidades de cada niño con TEA siendo éstas individualizadas para cada caso.
- Que dispongan de los recursos o materiales adecuados.
- Que promovieran la máxima autonomía en cada niño preescolar con TEA.

Criterios de exclusión:

- Intervenciones diseñadas a edades que no incluyeran la etapa preescolar del niño con TEA.
- Las intervenciones en donde no involucren a los padres o madres (cuidadores).
- Que la intervención incluya solo un área del desarrollo integral del niño preescolar con TEA.

4.7 Categorías de análisis

Las categorías de análisis que se tomaron en cuenta para llevar a cabo la revisión de las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA fueron las siguientes:

- Nombre de la intervención.
- Autor quien desarrolló el programa de intervención.
- Rango de edad a la que va dirigida la intervención.
- Objetivo de la intervención.
- Número de sesiones y cuánto dura cada una (Temporalización).
- Elementos de las intervenciones que involucran a los cuidadores de niños preescolares con TEA.
- Efectos que tienen las intervenciones con cuidadores de niños preescolares con TEA en su desarrollo integral.
- Recursos y herramientas.

4.8 Procedimiento

La búsqueda de evidencia requiere una adecuada definición de la pregunta de investigación y la creación de una estructura lógica, para la búsqueda bibliográfica de evidencias en la literatura, lo cual facilita e incrementa el alcance de la investigación (Mamédio et al., 2007)

Para la presente revisión bibliográfica se tomó en cuenta la estrategia PICO, la cual describe que: Una vez que la pregunta de investigación fue formulada, la etapa siguiente es el inicio de la búsqueda bibliográfica de evidencias, que viabilizará la recuperación de las evidencias en las bases de datos, presentándose algunas etapas a seguir:

-Selección de términos de búsqueda: Identificación de los términos (descriptores) relacionados a cada uno de los componentes de la estrategia PICO.

Se utilizaron descriptores como:

Controlados: Conocidos como descriptores del asunto que son utilizados para indexación de artículos en las bases de datos.

No controlados: Representan las palabras textuales y sus sinónimos, por ejemplo: Trastornos del Espectro Autista, Trastornos del Neurodesarrollo, etc.

A mayores rasgos, los componentes de la estrategia PICO son los siguientes: P. paciente o problema de interés, aquí se va a delimitar la búsqueda de información en un paciente o grupo con una condición particular, en este caso la P. es el TEA en niños preescolares. La I es la intervención en el caso, es la intervención con los cuidadores de niños preescolares con TEA, la C. se trata de la comparación, es decir una intervención alternativa con la cual se va a comparar, se puede omitir este componente y solo quedar en formato PIO, pero en este caso si se va a tratar de comparar algunas estrategias para saber cuáles reportan mayor efectividad en el desarrollo integral del niño preescolar con TEA y la O trata sobre los resultados, es decir se trata de las consecuencias relevantes de interés, el resultado esperado de la intervención. Por lo tanto, se tomaran en cuenta estos componentes para el desarrollo de la búsqueda de información documental, buscando en bases de datos como en Redalyc,

PsycInfo, Pubmed, Scielo y Dialnet y utilizando palabras claves como: Trastorno del Espectro Autista, Trastorno del Espectro autista infantil, Intervenciones con cuidadores de niños con TEA, Desarrollo integral en el niño con Autismo, entre otros, con el fin de recopilar toda la información para llegar a los resultados y de esta manera poder concluir y discutir los programas de intervención con cuidadores que tienen una mayor efectividad y promueven el desarrollo integral del niño preescolar con TEA.

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Se llevó a cabo una búsqueda de programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA que favorecen su desarrollo integral, a través de cinco bases de datos los cuales fueron: Pubmed, PsycInfo, Dialnet, Redalyc y Scielo, utilizando algunas palabras claves como: Intervention in children with autism, intervention programs with parents, Autism Spectrum Disorder.

Durante la búsqueda que inicio en el mes de noviembre de 2022 y concluyó en abril de 2023 se obtuvieron un total de 10,700 artículos identificando un total de 38 programas de intervención para niños con TEA, de los cuales solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para el presente análisis.

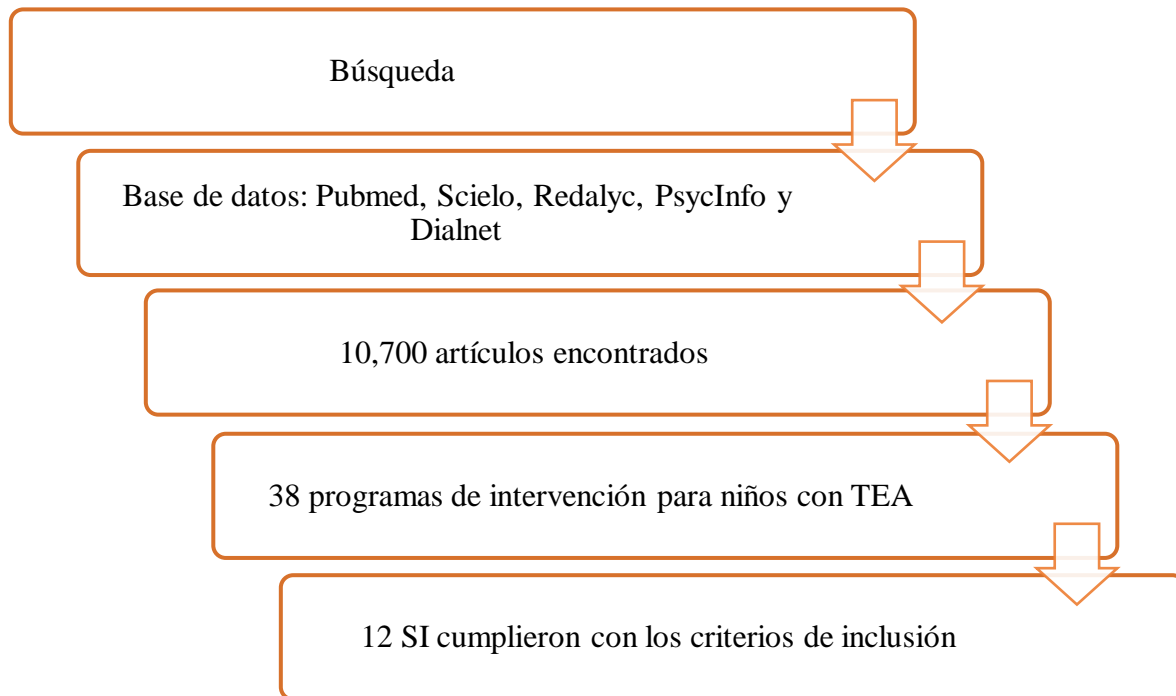


Diagrama 1. Estrategia de búsqueda para seleccionar los programas de intervención

De los programas recopilados, diez programas fueron desarrollados en Estados Unidos, uno en Canadá y uno en Reino Unido. A continuación, se presenta la descripción y análisis de los programas de intervención con cuidadores en niños preescolares con TEA obtenidos.

5.1 Treatment and Education of Autistic Communication-Handicapped Children (TEACCH)

El programa fue creado por el Dr. Eric Schopler a principios de la década de 1960, estableciéndose el programa en el año de 1972, es uno de los programas pioneros en la intervención para niños con TEA y su familia. Su aplicación empezó a implementarse en las escuelas de educación especial en Carolina del Norte, EE, UU.

Eric Schopler fue el primer director de TEACCH. Tuvo un enorme éxito y un efecto positivo inmediato sobre los padres que participaban y sus hijos. Al pasar los años, TEACCH ha ayudado a revisar los conceptos de las teorías acerca del autismo y ha creado un enfoque de intervención.

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por el creador del programa y por investigadores independientes, revelando mejoras en el desarrollo integral del niño y una reducción en los comportamientos inadecuados, así como una reducción en el nivel de estrés de los padres o cuidadores del niño,

Su objetivo principal es la atención integral de la persona con TEA y su familia, buscando mejorar su calidad de vida.

El programa TEACCH incluye uno de los principios más utilizados en la intervención con niños, es decir, los ambientes estructurados, basándose en las fortalezas y dificultades que presenta cada uno de los niños con TEA, este tipo de principio está diseñado para sacar provecho de las fortalezas considerando que la mayoría de los niños con TEA procesan la información visualmente, pero siempre tomando en consideración las dificultades.

Con la enseñanza estructurada se intenta enseñar habilidades para que el niño con TEA pueda desarrollar actividades de la manera más independiente posible en entornos altamente adaptados a partir de la utilización de información visual. Por la variabilidad en la sintomatología y en el nivel del desarrollo del TEA se requiere un programa educativo individual con constantes re-evaluaciones y ajustes, el cual TEACCH toma en cuenta en su programa, así como las prioridades de la familia.

Lo que se implica en la intervención es un cuadro temporal y espacial muy estructurado, en el que los puntos de referencia sean visibles y concretos o sean comprensibles y previsibles, por lo que, una característica de la estructuración es su flexibilidad.

La estructuración se realiza con base en el espacio, el tiempo y el material que se utiliza. Es importante que cada espacio sea dedicado a una sola actividad, así el niño podrá orientarse solo y conseguir pronto una autonomía de movimiento que será muy gratificante para él.

Es importante estructurar el día a través de una organización temporal que le indique al niño en cada momento lo que está pasando, lo que pasó y lo que pasará, haciendo que se aumente el control de la situación para disminuir la incertidumbre la cual es fuente de ansiedad.

Cada niño tiene una agenda diaria, constituida por una secuencia de objetos, imágenes o palabras escritas, según sus habilidades.

Además de la agenda diaria, el niño tiene un esquema de trabajo ubicado en su mesa de trabajo, en donde se utilizan diferentes elementos con símbolos que caracterizan a cada uno.

La estructura del tiempo y espacio es una herramienta evolutiva, un instrumento para ayudar al niño con TEA a lograr un mejor control de su propio ambiente y de su vida.

Se caracteriza por la utilización de diferentes técnicas de enseñanza, como ya se había mencionado anteriormente, a la enseñanza estructurada, la cual remite a las estrategias destinadas a estructurar el ambiente físico y la actividad a realizar de modo tal que propicie el desarrollo y aprendizaje de los niños con TEA. Básicamente se utilizan claves visuales que proporcionan al niño información relevante sobre: ¿Qué tarea tiene que hacer?, ¿Cuánta tarea tiene que hacer?, ¿Cómo se sabe si ha progresado?, ¿Cuándo termina su tarea? y ¿Qué sucede una vez que terminó?

Algunas de las dimensiones que contempla el programa TEACCH son las siguientes: Comunicación y lenguaje, interacción social, conductas adaptativas, generalización, enseñanza, evaluación, objetivos, desarrollo, progreso, re-decisión, coordinación, entorno, padres, edad y eficacia.

- Áreas de intervención:
 - Imitación, percepción, flexibilidad de pensamiento y desarrollo del juego simbólico
 - Motricidad fina y gruesa
 - Capacidad de atención
 - Organización, planificación y resolución de problemas
 - Motivación (énfasis en identificación de factores que motivan a los niños con TEA, fomentando áreas de interés, para ayudar a que aborden sus áreas más débiles)
 - Comunicación y lenguaje (con la ayuda de los sistemas visuales como el uso de horarios, instrucciones y sistemas de comunicación individualizados)
 - Conductas adaptativas, área académica y habilidades cognitivas
 - Interacción social - habilidades sociales (ayudar a desarrollar la capacidad de trabajar con otras personas y puede ayudar a estructurar las interacciones)

En la actualidad es uno de los modelos más utilizados y está influenciado por el modelo conductual y el cognitivo. Es un modelo estructurado que integra el diagnóstico, la identificación de las habilidades y fortalezas de cada sujeto, el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación, así como el entrenamiento del lenguaje, así como el entrenamiento de los padres, ya que tienen un papel como co-terapeutas con el fin de facilitar el desarrollo integral de sus hijos.

El programa de intervención TEACCH destaca los siguientes componentes que lo guían:

- Se centra en el aprendizaje estructurado
- Utiliza estrategias visuales para orientar al niño y promover el aprendizaje del lenguaje y la imitación
- Promueve el aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas
- Promueve el aprendizaje de habilidades pre académicas
- Adaptan simultáneamente el entorno, para que el niño encuentre sus condiciones óptimas de desarrollo personal

- Trabaja con los padres como co-terapeutas ofreciéndoles una formación intensiva, así como a los niños con TEA
- Estructuran el entorno y las actividades de manera que sean comprensibles para los niños, de esta forma tiene y comprende la información acerca de lo que se supone tiene que hacer, cuánto tiempo va a durar, o cuántas veces tiene que hacer la actividad, el progreso que está haciendo a lo largo del desarrollo de la actividad hasta finalizar, cuándo sabe que la actividad ha terminado o qué actividad viene después
- Aprovecha los puntos fuertes, como las habilidades visuales e intereses en detalles visuales para compensar las dificultades importantes en otras habilidades
- Uso de los intereses del niño para motivarlo y hacer que se mantenga en las tareas de aprendizaje
- Apoyo del uso de la comunicación espontánea y funcional
- Colaboración entre familiares y profesionales y utilización de diferentes técnicas y métodos combinados de manera flexible, en función de las necesidades individuales de la persona y de sus habilidades emergentes

El programa TEACCH tiene principios que centran sus investigaciones y prioridades como el de adaptación óptima, el de colaboración entre padres o cuidadores y profesionales, intervención eficaz, énfasis en las teorías cognitiva y conductual, asesoramiento y diagnóstico temprano.

El programa TEACCH se fundamenta en que:

- Se aprovecha de las capacidades espaciales
- El material utilizado en cada actividad tiene que reducir al mínimo la posibilidad de error
- Se pueden enseñar de forma visual, contenidos conceptuales y procedimentales. a través de estrategias de clasificación y de emparejamiento
- Se usan pictogramas y palabras en los paneles que se sitúan encima de la mesa de trabajo de cada alumno, esto permite que se puedan dar instrucciones visuales que favorezcan la resolución de la tarea

Características del material utilizado:

- Flexibles y fáciles de recoger para que puedan utilizarlo de manera autónoma
- Manipulativos: adaptarse al desarrollo psicomotriz del niño
- Proporcionar información visual

Técnicas utilizadas:

- Presentación visual de la información
- Organización espacial
- Las actividades deben tener un principio y un fin
- Enseñar rutinas flexibles
- Individualización

Metodología:

- Los objetivos deben ser funcionales, realistas y adaptados a la edad y características del niño con TEA
- El proceso de enseñanza-aprendizaje debe ser motivador
- Utilizar lenguaje verbal conciso, frases sencillas, cortas y claras
- Evitar estímulos que sean innecesarios
- Uso de refuerzo positivo y refuerzo negativo cuando sea necesario
- Utilización de gestos cuando sea necesario, para comunicarse
- Uso preferente de la estructura e información visual (los componentes para conseguir resultados positivos son la claridad visual, la organización visual y las instrucciones visuales)
- Evitar aprendizaje por ensayo-error
- Moldeamiento de la conducta
- Utilizar rutinas que se puedan modificar posteriormente
- Fomentar enseñanza en entorno naturales
- Ofrecerle ayuda al niño únicamente cuando sea necesario

Dentro de la estructuración espacial dentro del aula para realizar actividades se tiene un espacio delimitado, cada espacio o rincón se identifica con una fotografía y el pictograma correspondiente, dentro de los espacios con los que deben contar son los siguientes:

- Espacio de la agenda de clase
- Espacio de trabajo individual
- Espacio del material para trabajar
- Espacio de aprender
- Espacio del desayuno
- Espacio del ordenador
- Espacio de relajación
- Espacio de juegos
- Espacio de experimentos
- Espacio del panel

Algunos de los conceptos claves del programa TEACCH es el de comunicación espontánea, dimensiones de la comunicación, intervención individualizada, viejas habilidades y nuevas habilidades, flexibilidad, colaboración de los padres.

También se cuentan con horarios destinados para cada actividad, los horarios deben ser predictibles, claros e individualizados, la función del horario es dirigir las actividades específicas, así como reducir la ansiedad en los niños, ya que los ayuda a organizarse, comprender y prever las actividades de su vida cotidiana, también proporciona una rutina cómoda. El programa TEACCH ocupa el formato escrito y en forma de calendario y agenda, a los cuales integra imágenes o dibujos que representan las actividades, ya que el tipo de horario y número de elementos que presenta la agenda o calendario deben estar al nivel de comprensión del niño.

Para evaluar la comunicación en el niño con TEA, el programa TEACCH comprende una hoja de trabajo de prioridad de objetivos con el fin de ayudar al profesional a evaluar y jerarquizar posibles objetivos, también se basan en la muestra de comunicación y en la entrevista sobre las observaciones y prioridades de los padres.

En el programa de intervención TEACCH se ve a los padres como la fuente más viable de información sobre el niño y están involucrados directamente en el programa de intervención con el papel de “socios de los profesionales”. Es por esto que desarrolla su propia estrategia y enfoque para el trabajo con los niños preescolar con TEA y su familia, garantizando la continuidad y coherencia a través de todos los servicios pensados para ellos.

El programa TEACCH está al servicio de las personas con TEA de todas las edades, sin embargo, aproximadamente el 80% de los acercamientos iniciales para comenzar con la intervención son para niños de menos de cinco años de edad, es decir, en edad preescolar. Por lo tanto, la intervención se puede extender durante muchos años, con una duración por sesión de aproximadamente 1 hora.

Las familias de los niños con TEA observan las sesiones de tratamiento para posteriormente desarrollar este trabajo en sus casas, comentado lo sucedido con el profesional.

5.2 Early Start Denver Model (ESDM)

El programa de intervención está enfocado en la intervención precoz para niños con autismo de 1 a 6 años de edad, fue desarrollado por Sally Rogers y Geraldine Dawson en el año 2000, en Estados Unidos, tiene un marco conceptual constructivista y transaccional. Es una de las intervenciones que ha demostrado tener la mayor efectividad, ya que proporciona una intervención dirigida, temprana e individualizada.

Cuenta con estudios de eficacia, en donde se demuestra que el modelo ESDM tiene un mayor efecto en las mejoras de la cognición.

Es un modelo evolutivo que integra principios de terapia conductual con programas educativos basados en psicología evolutiva y con un enfoque específico en la calidad de las relaciones.

Tiene como objetivo fomentar, estimular y reforzar las actividades sociales, además de promover la reciprocidad social.

Se lleva a cabo una valoración previa para programar los objetivos a corto plazo, organizados en cuatro niveles que corresponde de los 12 a 48 meses de edad, en función del desarrollo del niño, teniendo en cuenta el perfil de desarrollo de los niños con TEA.

El programa o modelo Denver usa actividades que se basan en la interacción entre adultos y niños y presta especial atención a las emociones positivas, promoviendo la iniciativa y comportamiento espontáneo del niño en diferentes contextos naturales, por lo tanto, puede usarse en diversas situaciones o contextos de la vida cotidiana del niño con TEA.

Las actividades del modelo Denver están basadas en el juego para niños con TEA, ya que enfatiza el desarrollo de las habilidades del juego, las relaciones y el lenguaje, a través del juego se busca aumentar el interés del niño en diferentes actividades y aumentar sus habilidades sociales. Por lo que, parte de la iniciativa y de los intereses del niño a través del juego y de las rutinas del día a día del mismo niño, pues es él quien decide con qué quiere jugar y qué hacer, a partir de la elección el profesional o padre de familia tiene que buscar las oportunidades del juego elegido para trabajar con los objetivos establecidos.

La intervención la llevan a cabo los profesionales y también los padres de familia o cuidadores, aunque el terapeuta siempre debe supervisar y coordinar la aplicación. Va más allá de las horas de intervención que se realiza entre el terapeuta y niño, el terapeuta debe enseñar a los padres del niño como interactuar con su hijo facilitándoles el aprendizaje de habilidades comunicativas y sociales, de esta manera se empodera los padres para que sean capaces de sacar el mayor potencial de su hijo.

Los padres que reciben la terapia basada en el modelo ESDM aprenden diferentes estrategias para aumentar la comunicación, la interacción y para intervenir en el comportamiento de sus hijos y reducir su nivel de estrés.

El modelo Denver facilita la iniciativa social y el desarrollo lingüístico y comunicativo de los niños con TEA. Estimula y refuerza las habilidades de imitación y apertura social. Además, ayuda a padres y maestros a interpretar las señales socio-comunicativas del niño, a mejorar la interacción social y ayudar al niño con TEA a prestar atención a las caras, voces y acciones de otras personas.

Lo que se espera del modelo Denver es que los niños tienden a adquirir y a usar un lenguaje más espontáneo y un comportamiento más apropiado en iniciativa social. Los padres que siguen este modelo adquieren habilidades para promover el desarrollo de la comunicación social y reducen los comportamientos que interfieren con el aprendizaje de su hijo. La aplicación del modelo en una variedad de contextos como en el hogar, centro de terapia, escuela, etc., le permite una mayor generalización de las habilidades adquiridas, de tal forma que el niño puede utilizar comportamientos socio-comunicativos adecuados, no sólo durante la sesión en la intervención, sino también en otros contextos de la vida cotidiana.

Así como también el programa busca entrenar a los niños para que sean participantes activos del mundo social, así como aumentar la iniciativa de interacciones con otras personas, el efecto positivo que tiene es que atenúa el impacto de los síntomas y mejora la calidad de vida del niño con TEA, aumenta sus habilidades comunicativas, cognitivas, sociales, entre otras, es decir, favorece su desarrollo integral.

Áreas de intervención del programa ESDM:

- Comunicación (expresiva y comprensiva)
- Socialización
- Imitación
- Juego
- Cognición
- Motricidad fina y gruesa
- Conductual
- Autonomía
- Conductas de atención conjunta

Para dichas áreas de intervención se plantean dos a tres objetivos de cada una y se supervisan cada tres meses aproximadamente. Se recomienda que se intervenga 25 horas a la semana durante todo el año.

La intervención efectiva según la metodología del ESDM implica tener en cuenta los siguientes elementos:

- Las sesiones de intervención se basan principalmente en el juego y, sobre el principio de diversión compartida, promueven las oportunidades de aprendizaje
- La intervención debe tener en cuenta todas las habilidades evolutivas de la primera infancia (lenguaje, juego, interacción social, atención compartida, imitación de habilidades motoras y autonomía)
- Los procedimientos de enseñanza deben basarse en estrategias cognitivo-conductuales
- Los diferentes procedimientos de enseñanza se pueden utilizar uno a uno con el terapeuta o en actividades grupales
- La intervención se basa en el trabajo de un equipo multidisciplinario, incluyendo a los padres o cuidadores
- Dentro del equipo hay una persona a cargo de la intervención que, junto con los padres, lleva a cabo la evaluación y planea un programa de aprendizaje individualizado. La persona a cargo de la intervención capacita a las personas involucradas en los diferentes contextos y coordina el trabajo en equipo
- La evaluación constante y sistemática es necesaria para programar y establecer objetivos específicos para cada una de las áreas de desarrollo
- Cada objetivo se divide en los diversos pasos de aprendizaje a través de un proceso de análisis evolutivo de la tarea
- Es necesario realizar un seguimiento de las habilidades aprendidas a través de un formulario de registro que se completa sistemáticamente durante la intervención. Si los objetivos establecidos no se han logrado se modifica el plan de intervención

Por lo tanto, el programa o modelo ESDM es un abordaje integral para el niño y su familia, es un enfoque orientado a la familia, siendo la participación de padres o cuidadores fundamental para lograr un óptimo progreso, requiriendo un profundo compromiso de su parte.

5.3 Parent-Early Start Denver Model (P-ESDM)

El programa de intervención fue desarrollado por Sally Rogers, Geraldine Dawson y Laurie Vismara, en el año 2010, en Estados Unidos, el cual fue diseñado para ser implementado por los padres, en donde reciben una formación específica y son acompañados por el profesional durante la intervención, por lo tanto, es un programa integrativo que integra los principios de ABA. La población a la que va dirigida el programa es a niños de la primera infancia, destacando los de edad preescolar.

En general, el P-ESDM sigue los mismos lineamientos propuestos por el programa ESDM la diferencia es que esta intervención fue específicamente diseñada para ser implementada por los padres o cuidadores.

P-ESDM es un enfoque estructurado basado en evidencia que enseña a padres o cuidadores técnicas del ESDM, como llamar la atención del niño y motivarlo, promover el compromiso diádico y las rutinas de actividad conjunta, mejorar la comunicación verbal y no verbal e incorporar habilidades de juego.

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por los creadores del programa de intervención en el año 2012, así como por otros autores, resaltando al modelo P-ESDM como método eficaz para mejorar el desarrollo de los niños con TEA, así como el bienestar de sus padres, previene un aumento de estrés parental y mejora las habilidades de los padres para relacionarse con sus hijos y el uso de la aplicación de técnicas adecuadas.

Algunas de las dimensiones o elementos que contempla el programa P-ESDM son: comunicación y lenguaje, interacción social, emoción, enseñanza, desarrollo, progreso, padres, edad, inclusión, conformidad y eficacia.

Áreas de intervención del programa P-ESDM:

- Interacción social
- Comunicación no verbal

- Imitación
- Juego
- Lenguaje

5.4 Social, Communication, Emotional Regulation and Transactional Support (SCERTS)

El programa es un modelo educativo desarrollado por Barry Prizant, Amy Wetherby, Emily Rubin, Amy Laurent y Patrick Rydel, en los años 2000 y 2001 en Estados Unidos. El programa SCERTS es un modelo global multidisciplinario que pretende potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y de comunicación a través del apoyo transaccional (orientados a fomentar el aprendizaje del niño, a la familia y a los profesionales).

El programa está dirigido a niños de 3 a 6 años de edad, es decir, los que se encuentran en la etapa preescolar, aunque también atienden a niños con TEA de más edad. La intervención no tiene una duración específica.

El interés primordial del SCERTS es ayudar a los niños con autismo a alcanzar un progreso auténtico, esto se define como la capacidad de aprender y aplicar espontáneamente habilidades funcionales y relevantes, en diferentes entornos y con una variedad de compañeros.

Proporciona objetivos específicos para ayudar a las personas con TEA a convertirse en comunicadores sociales competentes y seguros, al tiempo que evita los problemas de comportamiento que interfieren con el aprendizaje y el desarrollo de las relaciones. También está diseñado para ayudar a las familias, los profesores de las escuelas y terapeutas que trabajan cooperativamente en equipo, de forma coordinada, para maximizar el progreso.

Utiliza diferentes tipos de apoyo como la organización visual, sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación para promover el desarrollo. El programa se organiza según

tres niveles del desarrollo: compañero en el escenario social, compañero en el escenario lingüístico y compañero en el escenario comunicativo.

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados en el año 2010 por investigadores independientes al desarrollo del programa de intervención. Por lo tanto, SCERTS llega a ser un enfoque eficaz para promover las habilidades de comunicación social y quienes implementan el programa (padres o cuidadores) logran desarrollar un nivel adecuado de fidelidad a la intervención a través de la capacitación.

El modelo SCERTS se centra en dar herramientas para afrontar los desafíos más importantes que los niños con TEA y sus familias experimentan. Esto se logra a través de alianzas entre familias y profesionales (atención central en la familia), con prioridad a las habilidades que conduzcan a los resultados más positivos a largo plazo, es un programa integral que mejora la calidad de vida de los niños con TEA y su familia.

El modelo SCERTS incluye un proceso de evaluación continua, evalúa el progreso del niño y determina los apoyos necesarios, el proceso de evaluación se asegura de:

- Que seleccionen las metas y los objetivos funcionales, significativos y apropiados para el desarrollo
- Que se respeten las diferencias individuales en el estilo de aprendizaje, intereses y motivaciones del niño
- Que la cultura y el estilo de vida de la familia se entiendan y respetan
- Que el niño se dedique a actividades de manera significativa a lo largo del día
- Que los apoyos se desarrollen y utilicen conscientemente a través del partners (compañero)
- Que el progreso del niño se trace de manera sistemática a través del tiempo
- Que la calidad del programa se evalúe con frecuencia para asegurar un seguimiento de los objetivos

Algunas de las dimensiones que contempla el programa SCERTS son: comunicación y lenguaje, interacción social, conductas adaptativas, emoción, enseñanza, evaluación,

objetivos, desarrollo, progreso, re-decisión, formato, entorno, transición, padres, edad y eficacia.

Se enfoca en la promoción de tres áreas específicas del desarrollo, consideradas interdependientes la una de la otra: la competencia socio-comunicativa, la regulación emocional y el apoyo educativo y familiar.

También se desarrollan planes específicos para brindar apoyo educativo y emocional a las familias y para fomentar el trabajo en equipo entre los profesionales.

El modelo defiende la idea de que el aprendizaje más significativo durante la infancia ocurre en el contexto social de las actividades diarias y de las experiencias.

Áreas de intervención del programa SCERTS:

- Comunicación social
 - Atención conjunta
 - Compartir experiencias
 - Compartir emociones
 - Compartir intenciones
- Uso simbólico
 - Uso convencional de objetos
 - Uso de palabras
 - Juego imaginativo
 - Conversación
- Regulación emocional
 - Regulación mutua

-Autorregulación

- Apoyos Transaccionales

-Interpersonales

-Para el aprendizaje

-A la familia

5.5 HANEN

El programa de intervención Hanen fue desarrollado en 1975 por Ayala Hanen Manolson, logopeda de la Universidad de McGill de Montreal, tiene origen en el centro Hanen de Toronto, Canadá. Dentro de este programa de apoyo familiar, existe uno específico que se llama More Than Words dirigido específicamente a padres y madres o cuidadores de niños con TEA.

Se basa en la aplicación de técnicas de interacción sensible, respondiendo a la lógica del prototipo transaccional.

El objetivo de este programa es que sean los padres los que potencien y promuevan al máximo el desarrollo de las habilidades comunicativas y sociales de sus hijos.

Un elemento fundamental de este programa es capacitar a los padres o cuidadores para que sean los principales agentes de intervención con sus hijos, dotándolos de las habilidades necesarias para que adapten su forma de comunicación para articular un programa de inmersión total durante las 24 horas del día. Tiene una duración de tres a cuatro meses, implica reuniones de una duración de dos horas cada quince días. A las reuniones asisten solo padres, acudiendo entre seis y ocho familias, el profesional acude al domicilio para asesorar y dar pautas.

Se les proporciona materiales adaptados y prácticos, secuenciando las pautas de interacción en cuatro niveles o estadios de comunicación, por lo cual pueden ver en qué nivel se sitúan sus hijos para que, a partir de éste, se plantee un objetivo concreto.

Se trabaja en contextos naturales y se tienen en cuenta los intereses e iniciativas del niño, ya que parte de la idea que el aprendizaje de la comunicación se realiza a través de interacciones naturales que se dan en su vida cotidiana. Se toma en cuenta la integración sensorial, tomándose en cuenta a la hora de plantear actividades y juegos.

Con este modelo se consigue dotar de estrategias de afrontamiento familiar desde la edad más temprana posible, realizando un recorrido cuyo origen es cómo se establecen las relaciones humanas, pasando por cómo se consolidan los aprendizajes, para después marcar los planes de actuación y llevarlos a la práctica, grabarlos y analizarlos para volver a establecer puntos de mejora. Todo esto se realiza con la guía de un equipo profesional especializado, que tiene conocimiento de cada uno de los niños y de sus familias en el contexto del hogar, por lo que la guía de cada familia está enfocada de forma personalizada.

Su aplicación en niños con TEA demostró ser efectiva. Si bien el programa originalmente fue desarrollado para ser aplicado por padres también puede ser implementado por profesionales.

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados en el 2011 por investigadores independientes al programa.

Algunas de las dimensiones que contempla el programa Hanen son: comunicación y lenguaje, interacción social, emoción, enseñanza, evaluación, objetivos, desarrollo, rutinas, padres, edad y eficacia.

Efectos positivos que aprende la familia con el programa HANEN:

Saber cómo se comunica el niño en el momento actual y los siguientes pasos a dar, cómo aprende el niño y aprovechar esas preferencias, qué motiva al niño a comunicarse, cómo convertir actividades de la vida cotidiana en oportunidades para aprender a comunicarse,

cómo comunicarse para que el niño entienda, cómo ayudar al niño a socializar, cómo ayudarlos a regular sus comportamientos.

Áreas de intervención del programa Hanen:

- Interacción social
- Comunicación
- Lenguaje verbal

En el programa Hanen se capacita para:

- Realizar un proceso de formación conjunta a familias
- Saber qué papel tiene la familia en relación con la comunicación, el lenguaje, el juego y las rutinas
- Marcar objetivos individuales enfocados a la comunicación
- Conocer estrategias con las que se cuentan para lograr los objetivos
- Desarrollar las habilidades necesarias para poder aplicar las estrategias
- Ser preciso y pautado en la formación de familias
- Analizar grabaciones de interacción familiar
- Transmitir resultados del análisis y pautas de mejora

5.6 IMPACT

El programa fue creado por Brooke Ingersoll y Anna Dvorak, en el año 2010, en Michigan State University, el cual fue desarrollado para ser implementado por los padres, la intervención se basa en la aplicación organizada de técnicas de interacción sensible y técnicas de enseñanza provenientes del ABA conjuntamente con estrategias para generar intentos de comunicación, para su aplicación los padres deben formarse con profesionales que siguen el progreso de la implementación y del niño.

Su objetivo principal es mejorar las habilidades de los padres o cuidadores de niños con TEA para que sean ellos quienes intervengan con sus hijos y desarrollen habilidades de comunicación, socialización, entre otras, para su desarrollo óptimo.

Es un programa de acompañamiento activo a madres y padres de niños de hasta 6 años de edad con TEA, basado en el uso de metodología de intervención mediada por los padres y se ha probado con cientos de familias en múltiples servicios de atención temprana, contando con una sólida evidencia científica sobre su eficiencia. El programa dura aproximadamente doce semanas de 12 a 24 sesiones con una duración de 60 a 90 minutos por sesión.

El programa IMPAC tiene cuatro principios rectores:

- Los objetivos se encuentran guiados por el desarrollo típico. Los objetivos se basan en las habilidades ya presentes en el niño y se realiza un plan individualizado para cada niño
- La enseñanza se realiza durante el juego y otras rutinas diarias
- Las estrategias basadas en el desarrollo son utilizadas para aumentar la participación e iniciación del padre/madre con el niño. Estas técnicas se basan en investigaciones que dan cuenta de una relación entre el grado de respuesta de los padres y el desarrollo comunicativo y de sociabilización de los niños
- Las técnicas del análisis conductual aplicado (ABA) se utilizan para enseñar y guiar amablemente al niño para el desarrollo de nuevas habilidades. Este programa le enseñará técnicas específicas de ABA para entregar a los padres quienes ayudarán a su hijo a aprender nuevas habilidades de comunicación social

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por los creadores del programa de intervención en el año 2013. En IMPACT se enseñan estrategias a los padres para que puedan contribuir con el desarrollo de habilidades sociales, comunicación de imitación y del juego durante su rutina y vida cotidiana. Está respaldado por investigación, reconocido como una intervención estandarizada basada en evidencia al cumplir con los criterios desarrollados por el centro para el intercambio de información sobre evidencia y buenas prácticas del autismo (NCAEP, USA).

Con el programa IMPACT se enseña a los padres y madres o cuidadores una serie de estrategias que facilitan la mejora de las habilidades socio-comunicativas de su hijo, aunque los resultados varían de un niño a otro relacionado con diferentes factores. Es un manual flexible, basado en evidencias y es fácil de aplicar en diversos entornos, tanto a nivel individual como grupal, las madres y padres o cuidadores aprenden cinco estrategias importantes: centrarse en el niño, adaptar su comunicación al niño, crear oportunidades, enseñar habilidades nuevas y dar forma a la interacción. Se basa en estrategias como el rol playing y revisión de videos. Estas estrategias benefician a los niños que tienen distintos tipos de dificultades para la comunicación social, es decir, niños con TEA.

Algunas de las dimensiones que contempla el programa IMPACT son: comunicación y lenguaje, interacción social, conductas adaptativas, enseñanza, evaluación, objetivos, desarrollo, progreso, rutinas, padres, edad y eficacia.

Áreas de intervención del programa IMPACT:

- Lenguaje expresivo
- Lenguaje receptivo
- Imitación social
- Juego
- Interacción social

5.7 Relationship Development Intervention (RDI)

El programa fue creado por Steve Gutstein en el año 2000, en Houston, Texas. Es un programa que se focaliza en la experiencia interpersonal y el desarrollo de la misma. Se basa en la aplicación de diferentes técnicas de interacción sensible. Propone una serie de estadios a través de los cuales el niño con TEA debería ir desarrollándose como fruto de la intervención. Se establecen seis niveles de desarrollo en la participación de experiencia en relaciones sociales. Una gran contribución de la intervención es el enfoque en la inteligencia dinámica como distinción de las habilidades estáticas.

El objetivo de la intervención es que el niño atraviere por cada uno de los estadios. Por lo tanto, la meta principal es promover la calidad de vida y la construcción de fortalezas y apoyos familiares, buscando atender las áreas de déficit que presentan los niños con TEA.

Este programa crea actividades semiestructuradas que se centran en el lenguaje declarativo, la flexibilidad cognitiva, la previsión y la retrospección, la coordinación social y las aptitudes para la referencia afectiva.

Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por el creador del programa de intervención en el año 2007. Se encontraron resultados positivos similares en relación con la flexibilidad y la ubicación educativa.

El programa de intervención RDI describe el desarrollo social en formas que todos los padres puedan entender, algo muy importante a destacar es que integran a la intervención a los padres de familia o cuidadores como los terapeutas principales, ofrece ayuda presencial y por internet o en línea, ya que los padres tienen la oportunidad de mandar por internet pequeños clips de la interacción con su hijo, donde el terapeuta los revisa y les da retroalimentación. El Dr. Gutstein ofrece una visión de las conexiones interpersonales para la comunicación y desarrollo mental.

La relación de participación guiada (RPG) es la piedra angular del funcionamiento padre-hijo en cada sociedad. En este tipo especial de colaboración, un guía experimentado cuidadosamente prepara situaciones en las que el aprendiz, puede luchar de manera productiva con la incertidumbre y los retos. La intervención del programa RDI busca en las familias con un niño con TEA involucrarse activamente en esta relación de desarrollo universal. La misión se convirtió en restaurar a los padres en su rol natural como los guías principales de su hijo.

La participación guiada toma lugar lado a lado. Esta posición de lado a lado comunica que la guía y el aprendiz son co-participantes activos en el proceso de aprendizaje en donde ambos tienen responsabilidades reales para resolver problemas y terminar tareas.

En el programa RDI se busca ayudar para que la mayoría de niños con TEA y sus familias se embarquen en una ruta de desarrollo cognitivo, emocional y social más normalizado. No

hay actividades especiales en el programa RDI. Más bien los padres aprenden a re-pensar en su estilo de vida, reestructurando sus actividades cotidianas para proveer, de manera segura, pero con retos continuos, de oportunidades para un desarrollo mental.

RDI cuenta con un sistema operativo llamado RDIOS, una aplicación basada en la web, en donde los padres suben al sitio web muestras representativas de su interacción de las tareas asignadas para que sea revisada por su consultor, el cual de manera inmediata responde usando el sistema en línea y retroalimenta durante los intervalos entre una y otra consulta en persona. Padres, consultores y miembros del equipo se comunican efectivamente, pudiendo ver el trabajo de los otros en su respectivo ambiente, asimismo, reciben retroalimentación frecuente de uno y otro.

Los suscriptores tienen acceso a seminarios virtuales semanales, los cuales son archivados por si acaso el suscriptor no pudo atenderlos al momento de llevarse a cabo. Hay foros de discusión para padres y consultores en formato de video o chat. Asimismo, están a disposición cursos en línea para ciertos temas.

Los padres y consultores colaboran para construir y ensayar tareas. Subsecuentes sesiones se pueden enfocar en ajustar las tareas para que empaten con lo real y cotidiano de cada familia. Las sesiones también pueden incluir la solución de obstáculos que se han arraigado en lo cotidiano de la familia y, así, explorar nuevas etapas de desarrollo que requerirán de la modificación de planes.

Lo ideal es que los padres se comprometan de 30 a 40 horas a la semana para realizar la participación guiada con sus hijos. Hay un número de herramientas y técnicas que los consultores usan para ayudar a los padres a ser mejores observadores y analistas. Por ejemplo, proveen de clips de vídeo de otros padres que ya han dominado un objetivo en particular. Adicionalmente, los consultores pueden proveer a los padres de segmentos del video que han enviado en línea, para ayudarlos a identificar los momentos críticos sobre los cuales deben centrar su atención.

Algunas dimensiones que contempla el programa RDI son: comunicación y lenguaje, interacción social, emoción, enseñanza, evaluación, objetivos, desarrollo, progreso, emplazamiento, padres, inclusión, edad y eficacia.

Áreas de intervención del programa RDI:

- Entonamiento social
- Intercambio y coordinación social
- Iniciación y co-creación de interacción social
- Compartir experiencia
- Compartir estados mentales
- Establecer relaciones con los demás

La gran mayoría de las familias que participan en el programa RDI reportan cambios significativos en las siguientes áreas:

- Los niños están significativamente más motivados para aceptar la guía
- Los niños valoran más el tiempo de interacción con padres que otras actividades
- Los niños están más interesados en cómo sus padres y otros miembros de la familia se sienten
- Los niños muestran un fuerte deseo de tomar mayor responsabilidad en sus vidas diarias
- Los padres perciben a sus hijos más enganchados en acciones más pensadas y planeadas y ven un incremento significativo en su capacidad para generar ideas y respuestas creativas y productivas
- Los padres se sienten más esperanzados y menos temerosos sobre lo que depara el futuro
- Los padres sienten una necesidad menor para actuar como un amortiguador y defensor para su hijo

El programa tiene grandes beneficios sobre todo si se aplica en niños con TEA en edad preescolar.

5.8 Terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA)

El modelo ABA fue desarrollado por Ivar Lovaas en la Universidad de los Ángeles, Estados Unidos, en la década de 1980. Se focaliza en la teoría del aprendizaje y del comportamiento, consiste en una serie de programas estructurados e intensivos en los que predomina un trabajo directo con el niño, con una intensidad que varía desde las 20 horas hasta las 40 horas por semana.

El objetivo es mejorar las competencias cognitivas, lingüísticas y adaptativas, así como lograr que el niño con TEA adquiera determinadas habilidades sociales y conductuales, enfocando a una mejor calidad de vida de quienes reciben la intervención y en forma indirecta para sus padres o cuidadores y familia.

Otro de los objetivos del programa ABA es maximizar la independencia en todos los ámbitos de desarrollo para conseguir desarrollar el potencial máximo de cada niño, entrenar a los padres para poder interactuar de forma eficaz con el niño y facilitar la integración en la educación ordinaria.

Las intervenciones ABA contemporáneas reconocen el papel fundamental de la motivación del niño, por lo que, se prevé una intervención dirigida por el adulto, tomando en cuenta las predisposiciones naturales del niño y de sus intereses de aquel momento en particular. Hay una tendencia por implementar el programa ABA en los ambientes naturales del niño como en la casa, es decir, en su contexto familiar, en la escuela, entre otros ambientes, favoreciendo un aprendizaje incidental más espontáneo, así como un involucramiento activo por parte de los padres o cuidadores del niño, esto lleva a la necesidad de entrenamientos formativos adecuados.

ABA es reconocido como un método eficaz para la intervención en niños con TEA, sus principios y técnicas pueden mejorar las habilidades básicas de los niños con TEA,

produciendo mejoras significativas en la comunicación, interacción social, en el juego y competencias escolares, siendo efectivo desde la edad preescolar, ya que estudios demuestran que los niños preescolares implicados en las intervenciones tempranas e intensivas del ABA, después de dos años o más adquieren habilidades suficientes para requerir el mínimo apoyo, además, los padres de niños que reciben la intervención ABA muestran una reducción significativa de los niveles de estrés cotidiano.

Los progresos se construyen paso a paso variando considerablemente con base en la edad, el niño, los objetivos de la familia y otros factores.

Algunas de las características del modelo ABA son:

- Busca una educación basada en el éxito
- Es estructurado (a través del uso de la técnica de encadenamiento)
- Lleva a cabo registros sistemáticos y diarios de lo trabajado, evaluando periódicamente los progresos
- Es individualizado
- Se genera en distintos ambientes
- Coordinación y papel activo de los padres o cuidadores
- Es un método científico

La intervención basada en el programa ABA toma en consideración cuatro elementos fundamentales:

- Los antecedentes
- La conducta
- Las consecuencias
- El contexto

Previo a la intervención ABA, es necesario realizar los siguientes pasos:

- Evaluación del niño previo al inicio de la intervención
- Posterior diseño individualizado de la intervención

- Establecimiento del tiempo de aprox. 20 y 40 horas semanales (los progresos se consiguen poco a poco, variando de persona a persona, por la edad, intensidad, integración de los padres, etc.)
- Formación específica de los terapeutas que desarrollan la intervención, así como de las personas que están en el entorno del niño, principalmente de sus padres o cuidadores

Implicaciones de la intervención según la metodología ABA

Una intervención eficaz, según la metodología ABA del TEA, implica a un terapeuta experto que sepa adaptar la intervención según las características del niño, por eso cada programa ABA será específico para cada niño (individualizado), por lo que, las implicaciones son las siguientes:

- Un proyecto de intervención con evaluaciones planeadas
- Un terapeuta calificado ABA que diseñe y dirija los objetivos de las intervenciones
- Análisis detallado de las habilidades del niño y de los objetivos fijados por la familia
- Una evaluación de la idoneidad de los objetivos con base en la edad de desarrollo del niño
- Objetivos terapéuticos que incluyan diversas habilidades como la comunicación, socialización, juego, desarrollo motriz, habilidades académicas
- Objetivos que incluyan un plan basado en las posibilidades reales del niño, empezando por las habilidades de base
- La medición de la eficacia de la intervención a través de medidas validadas y objetivas
- La verificación frecuente de la información por parte del terapeuta con base en las mejoras del niño y el uso de estos nuevos datos para crear un nuevo plan terapéutico con nuevos objetivos
- Reuniones regulares entre el terapeuta y la familia con el fin de evaluar el plano terapéutico y hacer los ajustes necesarios
- Los padres y los miembros de la familia tienen que recibir un entrenamiento específico, de manera que puedan apoyar al aprendizaje del niño en la vida cotidiana

- El día tiene que ser estructurado de forma que ofrezca una serie de oportunidades para adquirir y poner en práctica las habilidades que el niño consigue durante la intervención, tanto en contextos estructurados como en contextos no estructurados
- El niño tiene que recibir muchos refuerzos positivos después de haber actuado con una conducta funcional y socialmente apropiada
- El niño no tiene que recibir ningún refuerzo para las conductas disfuncionales

Áreas de intervención del programa ABA:

- Habilidades adaptativas y autonomía:
 - El niño tiene que aprender a tener cuidado de su higiene personal y ser independiente
 - Aprender a hacer tareas domésticas
 - Anticipar situaciones
 - Entender los peligros y saber cómo evitarlos
- Habilidades cognitivas:
 - Aprender a entender y expresar emociones
 - Desarrollar y aprender a ver distintas perspectivas y entender que las otras personas pueden tener otras formas de pensar y actuar
 - Favorecer que el niño entienda las intenciones de los demás, expresadas de formas verbal y no verbal
 - Entender las relaciones causa-efecto y hacer anticipaciones haciendo uso de esta habilidad
- Lenguaje y comunicación:
 - El niño tiene que aprender a entender el lenguaje receptivo y los mensajes que le dan las demás personas

- Adquirir habilidades para el uso del lenguaje expresivo, expresar deseos de forma verbal o utilizando sistemas alternativos de comunicación
- Debe aprender, entender y utilizar gestos y lenguaje no verbal
- Funciones ejecutivas:
 - Desarrollar la capacidad de concentración y atención
 - Desarrollo de la flexibilidad en la vida cotidiana
 - Aprender estrategias y desarrollar capacidades de memorización, para poder acceder a la información con el paso del tiempo
 - Resolución de problemas en diversas situaciones
- Habilidades motoras:
 - El niño debe desarrollar su motricidad fina
 - Favorecer el desarrollo de su motricidad gruesa
- Habilidades sociales:
 - Desarrollar el lenguaje social, hacer preguntas, mantener una conversación
 - Trabajar la empatía para que aprendan a entender las emociones de los demás
 - Favorecer la comprensión de la teoría de la mente para que comprendan la perspectiva de los demás
 - Aprender a interactuar socialmente
 - Aprendizaje y respeto por las reglas sociales
- Habilidades de juego simbólico y de sus normas:
 - Habilidades para el juego social

- Poder hacer role-playing
 - Habilidades para juegos constructivos e imaginativos
- Habilidades académicas:
 - Aprender a leer
 - Aprender a escribir

5.9 Relationship Focused Intervention (RFI)

El programa fue desarrollado por Gerald Mahoney y James McDonal en el año 2007, en Estados Unidos. Se basa en la utilización de técnicas de interacción sensible. Fue diseñado para ser implementado tanto por padres como por profesionales. Es una intervención temprana, por lo que va dirigido a la primera infancia de 1 a 6 años de edad. El programa fue pensado para ser aplicado en diferentes dificultades del desarrollo, demostrando ser efectivo para el desarrollo de los niños con TEA. Un aspecto interesante del programa es la sistematización lograda por sus creadores respecto de clarificar la influencia que generan las diferentes técnicas de interacción sensible para el desarrollo de habilidades vinculadas a diferentes dominios. Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por los creadores del programa de intervención.

Es un enfoque general para la investigación del desarrollo que alienta y apoya a los padres a mejorar su uso de estrategias interactivas receptivas durante las interacciones de rutina con su hijo. Los padres y niños reciben sesiones de intervención semanal durante ocho a catorce meses, las sesiones se enfocan en animar a los padres a usar una enseñanza para promover el desarrollo integral de los niños, el efecto positivo del RFI es que logra alentar a los padres o cuidadores a participar en interacciones más receptivas con sus hijos. Los aumentos de capacidad de respuestas de padres o cuidadores se asocian con mejoras significativas en la interacción social de los niños, así como en medidas estandarizadas de su funcionamiento socioemocional.

Algunas de las dimensiones que contempla el programa RFI son: comunicación y lenguaje, interacción social, emoción, enseñanza, evaluación, objetivos, desarrollo, progreso, rutinas, entorno, padres, edad, inclusión y eficacia.

Áreas de intervención del programa RFI:

- Cognición
 - Iniciación
 - Exploración
 - Resolución de problemas
 - Práctica
- Comunicación
 - Acciones conjuntas
 - Atención conjunta
 - Vocalizaciones
 - Comunicación intencional
 - Conversación
- Funcionamiento social y emocional
 - Confianza
 - Empatía
 - Cooperación
 - Autorregulación
 - Sentimientos de confianza
 - Sensación de control

5.10 Developmental Individual Relationship (DIR)

El programa fue creado por Stanley I. Greenspan en la década de 1980, en Estados Unidos. Diseñado para ser aplicado a niños con diferentes dificultades del desarrollo, entre las cuales se encuentra el TEA. Su marco teórico de referencia es un intento por conciliar la teoría del desarrollo cognitivo propuesta por Piaget con el desarrollo emocional propuesto por el psicoanálisis freudiano. El objetivo general del programa es que el niño atraviese cuatro etapas en su desarrollo emocional y cognitivo. El principal objetivo que se persigue es el crear relaciones placenteras y conexión, poniendo el foco en la motivación intrínseca y en las emociones versus conducta. El rol del padre o cuidador será el de interactuar y favorecer y no el de entretener o enseñar.

Desde este modelo se otorga a la familia el protagonismo que merece pues son ellos quienes mejor conocen a sus hijos y quienes van a poder llevar a cabo una intervención intensiva a partir de las consignas acordadas con el equipo de profesionales.

En el programa se desarrolló la estrategia denominada Floor-time que consiste en la aplicación de técnicas de interacción sensible durante intercambios lúdicos entre el niño que recibe la intervención y el adulto. El programa debe ser aplicado por profesionales y padres. Cuenta con estudios de eficacia desarrollados por el creador del programa, así como por investigadores independientes al desarrollo del programa de intervención.

Sus bases interdisciplinarias se fundamentan en la importancia del perfil único de cada persona, que incluye el desarrollo de las capacidades emocionales funcionales. Además, da un giro respecto a las tendencias existentes al considerar al “afecto” como director del desarrollo infantil y al otorgar a las familias un rol protagonista. Su técnica principal es Floortime, una forma sistemática de jugar siguiendo el liderazgo natural del niño mientras se le desafía adecuadamente para promover el progreso del desarrollo emocional funcional.

El DIR/floortime busca mejorar la comunicación en los niños considerando su nivel de desarrollo, es decir, la intervención es individualizada, así como las relaciones con su entorno primario, la intervención es incorporada a través de juegos que pretenden lograr la continua interacción no estructurada dirigida por el niño que muestra sus propios intereses, durante el

juego se movilizan las capacidades interactivas del niño como la percepción, el lenguaje, el desarrollo motor y el proceso sensorial.

Las sesiones duran entre 20 y 30 minutos, hasta 6 veces por semana, el tiempo es durante toda la infancia de los niños.

Algunas de las dimensiones que contempla el programa DIR son: comunicación y lenguaje, interacción social, conductas adaptativas, emoción, enseñanza, evaluación, desarrollo, formato, entorno, padres, edad y eficacia.

Algunas de las estrategias más utilizadas son:

- Usar actividades altamente motivadoras
- Uso del afecto para captar la atención e interés: expresiones faciales, gestos corporales, expresiones verbales
- Imitar, deshacer, obstruir de forma placentera el juego
- Ajustar el ritmo de la interacción al niño
- Usar un patrón de respuesta rítmica y predecible y luego introducir un cambio
- Unirse al juego perseverativo y hacerlo interactivo

Áreas de intervención del programa DIR:

- Atención
- Comunicación expresiva y receptiva
- Expresión y uso de sentimientos e ideas
- Pensamiento lógico
- Conductual
- Autonomía

5.11 Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents (LEAP)

Diseñado por Phil Strain en 1981 en Estados Unidos. Consta de un programa educativo inclusivo donde se juntan a niños con TEA y otros con desarrollo típico, además de proveer

un programa educativo para padres con el fin de ayudarlos en otros contextos además del escolar. Utiliza técnicas como el análisis conductual, el aprendizaje incidental, la comunicación por intercambio de imágenes, el uso de instrucciones mediadas por pares, intervenciones mediadas por los padres en el contexto natural y estrategias para promover la autonomía.

El modelo LEAP tiene como objetivo potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y comunicativas de las personas con TEA y sus familias a través de la aplicación de soportes transaccionales.

Áreas de intervención del programa LEAP:

- Cognitivo-académicas
- Conducta Adaptativa y autonomía
- Comunicación
- Socio-emocional
- Conducta

Se incluyen a los niños con TEA en el aula ordinaria durante todo el horario escolar ya sean niños de preescolar o primaria, por lo que, la intervención dura aproximadamente 25 horas a la semana, es decir, las horas de una escuela regular, utilizando estrategias de aprendizaje en el contexto natural (potenciando las oportunidades de aprendizaje previamente planificadas) junto con estrategias de aprendizaje para profesores y para sus iguales, mediante un profesional.

5.12 Early Bird Program

Early Bird es un proyecto de intervención para niños de preescolar que tienen un diagnóstico del TEA. Su objetivo es enseñar a los padres y a los profesionales, maneras de desarrollar las aptitudes para el juego y la comunicación en los niños preescolares con TEA. Evalúan las necesidades del niño y enseñan a los padres a comprender a su hijo y a trabajar con él.

Early Bird empezó como una iniciativa local de la sede de South Yorkshire de la National Autistic Society, en el Reino Unido, entre los años de 1997 y 2003. Está basado en el programa Hanen de intervención precoz, que ayuda a los niños con dificultades de desarrollo a comunicarse por medio de un método centrado en las actividades familiares.

Los padres practican en casa las técnicas que han aprendido y las sesiones se graban en vídeo para que las puedan repasar individualmente con su tutor. Reúnen a los padres en grupos pequeños que reciben cursos de formación de unos tres meses de duración aproximadamente, todo en línea.

A través del programa los padres o cuidadores aprenden sobre el autismo, descubren nuevas formas de apoyar a su hijo después del diagnóstico, se les enseña a mejorar las comunicaciones y las interacciones con los niños menores de 6 años, aprenden a entender y apoyar el comportamiento de sus hijos, se les enseñan juegos básicos para llevarlos a cabo con su hijo.

Áreas de intervención del programa Early Bird Program:

- Juego
- Comunicación
- Interacción social
- Comportamiento

De acuerdo con los programas de intervención revisados, se encontró que estos coinciden con los siguientes elementos y características, los cuales son rasgos distintivos de dichos programas de intervención:

- ✓ Cuentan con técnicas de interacción sensible, así como entornos lúdicos (actividades basadas en el juego) y rutinas cotidianas
- ✓ Se pueden llevar a cabo en entornos naturales (Uso en diversos contextos de la vida cotidiana)

- ✓ Entre las dimensiones o elementos de las intervenciones que la mayoría toman en cuenta se encuentran las evaluaciones, objetivos, desarrollo, progreso, entorno, padres, edad y eficacia
- ✓ Son intervenciones dirigidas a la primera infancia, obteniendo mejores resultados en edad preescolar
- ✓ Toman en cuenta las prioridades y necesidades de la familia
- ✓ Incluyen a los padres o cuidadores como co-terapeutas o terapeutas principales
- ✓ Son intervenciones estructuradas, dirigidas, tempranas e individualizadas, tomando en cuenta las debilidades y fortalezas del niño
- ✓ Cuentan con entornos adaptados e intervenciones flexibles
- ✓ Capacitan y forman a padres de familia o cuidadores para que sean ellos quienes fomenten el desarrollo integral de su hijo
- ✓ Cuentan con metodologías, técnicas y estrategias establecidas
- ✓ Los profesionales dan retroalimentación a los padres de familia o cuidadores para re-dirigirlos ya sea de manera presencial o en línea (acompañamiento activo)
- ✓ Las sesiones tienen duración, pero como también son llevadas a cabo por los padres de familia en su casa, se pueden intervenir con el niño durante todo el tiempo que estén con él
- ✓ Se considera el perfil de desarrollo del niño (considera nivel de desarrollo del niño)
- ✓ Son modelos integrales con enfoque orientados a la familia
- ✓ En las intervenciones donde se apoyan de programas en línea, los materiales más utilizados son videos grabados

Por lo tanto, las características y elementos mencionados anteriormente ayudan a que las intervenciones tengan efectos positivos en los niños con TEA, así como en su familia ya que gracias a estas intervenciones se promueve el desarrollo integral del niño con TEA, se muestran reducciones de comportamientos inadecuados, se reduce el estrés en los niños con TEA como en su familia, se incrementan las habilidades sociales, comunicativas, sensoriales, de imitación, de juego, motoras, cognitivas y adaptativas, mejora la calidad de vida del niño y su familia, se promueve una mayor autonomía al niño con TEA, incluso se llega a promover o fomentar el aprendizaje de habilidades académicas, también se llega a aumentar el interés del niño por diferentes actividades,

ayuda a que el niño preste más atención. También trae efectos positivos en los padres o cuidadores, ya que estos adquieren habilidades para favorecer el desarrollo integral de su hijo ya que adquieren técnicas y estrategias de afrontamiento familiar, llegando a adquirir las habilidades para guiar a sus hijos (véase anexo tabla 1).

Como resultado de la revisión documental de los programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA se observa que las áreas de intervención en las que más se enfocan son: la de comunicación y lenguaje, la de juego, imitación, percepción y flexibilidad de pensamiento, conductas adaptativas, habilidades cognitivas, interacción social, autonomía, regulación emocional y atención conjunta y función ejecutiva, de las cuales, las áreas en las que todos los programas intervienen son las de comunicación y lenguaje e interacción social. Los programas que abarcan más áreas de intervención es el TEACCH, el ESDM, ABA, DIR y LEAP (véase anexo tabla 2).

También es importante señalar que los programas de intervención revisados cuentan con estudios de eficacia tanto internos como externos y replicaciones, como se puede ver en la tabla 3, algunos programas de intervención cuentan con estudios de eficacia externos e internos, mientras que otros programas solo cuentan con uno de los dos, en este caso, los programas que cuentan con estudios de eficacia tanto internos como externos son TEACCH, ESDM, ABA y DIR, los que cuentan con estudios de eficacia internos solamente son el P-ESDM, IMPACT, RDI, RFI y Early Bird Program y los que cuentan solamente con estudios de eficacia externos son el SCERTS, HANEN y LEAP, por último, los que cuentan con más replicaciones son el TEACCH, ESDM, ABA, DIR y LEAP.

Tabla 3. Estudios de eficacia externos e internos y replicaciones de los programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA

Programa de intervención	Estudios de eficacia internos	Estudios de eficacia externos	Replicación
TEACCH	✓	✓	5
ESDM	✓	✓	5
P-ESDM	✓		0
SCERTS		✓	0

HANEN		✓	1
IMPACT	✓		0
RDI	✓		0
ABA	✓	✓	5
RFI	✓		0
DIR	✓	✓	5
LEAP		✓	5
Early Bird Program	✓		0

Nota. Datos obtenidos de Martínez (2015) y Odom y colaboradores. (2010)

De acuerdo con los puntos anteriores, los programas que cumplen con la mayoría de elementos y características que hacen que sea una intervención efectiva y tenga mayores efectos positivos en el desarrollo integral del niño con TEA, así como más replicaciones y estudios de eficacia son los programas TEACCH, ESDM, ABA, DIR y LEAP, cabe aclarar que esto no quiere decir que sean mejores que los otros programas revisados. En cuanto a los programas que incluyen a los padres como co-terapeutas se encuentra el TEACCH, ESDM, SCERTS, ABA y LEAP, mientras que los programas en donde el rol del cuidador o padre es del terapeuta principal son el P-ESDM, HANEN, IMPACT, RDI, RFI y Early Bird Program, por último, el DIR que puede tener un papel de co-terapeuta o terapeuta principal el cuidador o padre.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue revisar la literatura de las diferentes intervenciones que involucran a los cuidadores de niños preescolares con TEA con la finalidad de saber cuáles son los efectos que tienen en el desarrollo integral.

Para cumplir con este objetivo se llevó a cabo una búsqueda de dichos programas de intervención a través de cinco bases de datos, se identificaron 38 programas de intervención para niños con TEA de los cuales solo 12 cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

Esta investigación surgió por el interés sobre el TEA en niños preescolares, ya que los primeros años de vida son de vital importancia para el desarrollo de los niños, es en esta etapa en donde los niños requieren de un ambiente social, requieren de estimulación y afecto para satisfacer sus necesidades y desarrollar al máximo sus capacidades, abriendo paso a un óptimo desarrollo integral (Hortal, 2014).

De acuerdo con Vicari y Auza (2019) es en la primera infancia en donde los factores genéticos interactúan con diferentes experiencias motoras, sensoriales y emocionales, el sistema nervioso y el cerebro maduran rápidamente, también esta etapa es muy característica por su gran plasticidad cerebral siendo este importante para el aprendizaje de muchas funciones mentales y sobre todo de las habilidades sociales y comunicativas, por estas razones, la intervención temprana aumenta la probabilidad de que el cerebro del niños se enriquezca y se beneficie de la estimulación.

Existe evidencia de que una intervención temprana mejora el pronóstico de los niños con TEA (Alcantud, 2013). Es importante destacar la importancia de los beneficios de la participación de los padres o cuidadores en la intervención de su hijo preescolar con TEA, de acuerdo con Martínez (2015) y Alcantud (2013) resaltan que los programas con mayor éxito en las intervenciones con niños con TEA son aquellos que cuentan con el conocimiento, compromiso e integración de los padres o cuidadores, se menciona que el National Research Council en el año 2001, resaltó la importancia de que los padres o cuidadores participen en el proceso de intervención temprana, ya que ellos representan el entorno más próximo e influyente para el niño durante esta etapa de su desarrollo y en el caso en donde los padres o

cuidadores no tengan este papel será difícil mantener los aprendizajes que el niño adquiriera en la intervención.

Es por esto que se llevó a cabo el análisis de los programas de intervención en donde se involucran a los padres o cuidadores de los niños preescolares con TEA ya sea que tengan un papel como co-terapeutas o como los terapeutas principales.

En la presente investigación se quería saber cuáles son los elementos y características que tienen las intervenciones que involucran a los cuidadores de los niños preescolares con TEA y cuáles son sus efectos en el desarrollo de los niños, llegando a la conclusión de que los elementos y características de los programas revisados es que son estructurados y a la vez son intervenciones flexibles, individualizados, toman en cuenta fortalezas y debilidades, dan prioridad a la familia, integran a los padres o cuidadores como co-terapeutas o terapeutas principales, utilizan estrategias específicas, tienen metodologías, se caracterizan por la interacción sensible, cuentan con entornos lúdicos, se pueden llevar a cabo en entornos naturales, , entre otros elementos y características, tal y como se muestran en el anexo tabla 1, también se puede observar los efectos de las intervenciones revisadas, llegando a la conclusión de que si favorecen el desarrollo integral del niño, ya que se desarrollan las habilidades de la comunicación, social, cognitivas, motoras, sensoriales, de juego, imitación, incluso pueden llegar a reducir el estrés de los niños con TEA y su familia llegando a mejorar su calidad de vida.

Los resultados obtenidos anteriormente concuerdan con las características y elementos que algunos autores mencionados en el presente trabajo consideran de una intervención efectiva, ya que abarcan las necesidades de las diferentes áreas o entornos de la vida, están basados en modelos integrales, siendo estos flexibles y específicos incorporan a los padres o cuidadores, siendo esto de vital importancia, ya que hay mayores probabilidades de un mejor desarrollo integral y calidad de vida, así como también se promueve la máxima autonomía (Cuesta et al., 2016; Cuesta, 2009; Sánchez, 2017; Simarro, 2013)

En cuanto a las áreas de intervención como se puede observar en el anexo tabla 2, dos son las áreas en las que todos los programas de intervención revisados coinciden, siendo estas las de comunicación y lenguaje y la de interacción social, esto es muy importante, ya que de

acuerdo con Sánchez (2017) el TEA se caracteriza principalmente por la alteración o dificultad en las habilidades sociales, de comunicación y lenguaje y de conductas obsesivas y repetitivas, por lo que el hecho de que los programas intervengan principalmente en estas dos áreas es muy importante, ya que son las áreas en donde los niños con TEA tienen las mayores dificultades, aunque también intervienen en otras áreas importantes.

Los programas de intervención que más áreas abarcan son el TEACCH, ESDM, ABA, DIR y LEAP, de las cuales las áreas más trabajadas son 10, y son: comunicación y lenguaje, de juego, imitación, percepción y flexibilidad de pensamiento, conductas adaptativas, habilidades cognitivas, interacción social, autonomía, regulación emocional y atención conjunta y función ejecutiva.

En cuanto a la eficacia de los programas, tal y como se muestra en la tabla 3, todos los programas de intervención revisados cuentan con estudios de eficacia, ya sean internos o externos, o hay algunos que cuentan con los dos estudios y también algunos tienen repeticiones de la intervención, los programas que cuentan con estudios de eficacia tanto internos como externos son el TEACCH, ESDM, ABA y DIR, los que cuentan con estudios de eficacia internos solamente son el P-ESDM, IMPACT, RDI, RFI y Early Bird Program y los que cuentan solamente con estudios de eficacia externos son el SCERTS, HANEN y LEAP, por último, los que cuentan con más repeticiones son el TEACCH, ESDM, ABA, DIR y LEAP.

La eficacia y efectividad en los programas de intervención son muy importantes, pues con dichos estudios se puede determinar la calidad de los datos empíricos que sustentan a la intervención, los aspectos más importantes que se consideran son la metodología y los resultados obtenidos, cabe mencionar que al realizar estos estudios se toman en cuenta la edad y características de los niños (Martínez, 2015). Como se puede observar en los análisis de resultados, todos los programas revisados cuentan con una metodología, así como también una revisión de los efectos de la intervención.

Por lo tanto, los programas que en su mayoría cumplen con las características y elementos y reportan mayores efectos positivos en el desarrollo del niño preescolar con TEA son el TEACCH, ESDM, ABA, DIR y LEAP, cabe destacar que esto no quiere decir que

sean mejor que los otros programas, ya que también lo que hace que una intervención realmente traiga efectos positivos es el compromiso y dedicación de los padres o cuidadores (Rodríguez y Cafiero, 2019).

También es importante resaltar la necesidad de que los padres o cuidadores sepan cómo elegir el programa de intervención que más se adecue a las necesidades de su hijo y a las de ellos, es por esto que deben conocer los puntos favorables y desfavorables de cada intervención (Baron-Cohen, 2010). Con el análisis de los programas de intervención se destacan cuáles son las fortalezas de cada programa, aunque no se destacaron las debilidades o áreas de oportunidad.

Es grato observar que los programas revisados ofrecen capacitación y formación a los padres o cuidadores para que estos tomen el papel de terapeuta o co-terapeuta, los programas que integran a los padres como co-terapeutas son el TEACCH, ESDM, SCERTS, ABA y LEAP, mientras que los programas en donde les dan a los padres o cuidadores el papel principal de terapeutas son el P-ESDM, HANEN, IMPACT, RDI, RFI y Early Bird Programa, mientras que el DIR puede tener el cuidador o padre el papel de co-terapeuta o terapeuta.

También es importante mencionar que durante la revisión de los programas se encontraron algunas características que han generado buenos resultados en su implementación y son novedosos, como el uso de la tecnología, es decir, implementar estrategias en línea lo cual puede proporcionar a muchas familias comodidad, ya que desde su casa pueden ser entrenados por los profesionales, pueden recibir retroalimentación, así como se pueden ayudar del recurso de los videos que suben otras familias para adaptar ellos mismos sus propias estrategias con sus hijos, como lo es en el caso del programa RDI, en donde tiene su propio programa RDIOS en el cual los padres pueden interactuar también entre ellos, abriendo un panorama de cómo actuar ante situaciones que se les compliquen a ellos y a otros les haya funcionado, otros programas que han implementado este tipo de herramientas es el HANEN, IMPACT y Early Bird Program.

Otra característica muy importante dentro de estos programas de intervención y que en la mayoría implementan es la interacción sensible, en donde los padres o cuidadores se

deben dar cuenta de cómo se sienten los niños y responder con empatía para ayudarlos a satisfacer sus necesidades, ante esto el padre o cuidador debe estar consciente del rol que tiene con su hijo, ya que como menciona Barudy y Dantagnan (2005) la parentalidad se relaciona a las capacidades de los padres para cuidar, proteger y educar, asegurándoles de esta manera un desarrollo sano a sus hijos, el impacto que tiene la forma en la que se comunica con su hijo tiene un impacto significativo. Por último, el mérito de la parentalidad se encuentra en el hecho de que deben responder a las diferentes necesidades de sus hijos, es por esto la gran importancia de la interacción sensible; los programas de intervención revisados que la toman en cuenta son: RDI, RFI y DIR.

También se puede observar que todos los programas revisados son individualizados para cada niño, ya que toman en cuenta sus fortalezas y debilidades y de acuerdo con estas características es como plantean sus objetivos, otro aspecto importante es que para la realización de las actividades ocupan actividades lúdicas, esto es muy importante, ya que como menciona la UNICEF (2018) “el juego en el período preescolar permite a los niños explorar y dar sentido al mundo que les rodea, además de utilizar y desarrollar su imaginación y su creatividad”. Por lo tanto, el juego es una herramienta importante para llevar a cabo las intervenciones en niños preescolares con TEA ya que constituye una de las formas más importantes en las que los niños obtienen conocimientos y competencias esenciales.

De acuerdo con Vicari y Auza (2019) la intervención debe basarse en la evidencia científica destacando la importancia de algunos elementos y características básicas como la intensidad, que sea una atención temprana y la participación de los padres, considerados indispensables para poder decir que una intervención es efectiva, en este caso, los programas revisados cumplen con estas tres características, ya que todos son de atención temprana, participan los padres y tienen determinada intensidad, en este último hay variedad de programa a programa, ya que algunos programas si tienen número específico de horas a la semana y algunos otros no, ya que la intervención es llevada a cabo por los padres o cuidadores en las horas que conviven con su hijo desde su casa y estas horas pueden variar, las recomendaciones que se dan es que se intervenga durante 20 a 25 horas a la semana aproximadamente durante todo el año y de acuerdo con esto, los programas que cumplen esta intensidad es el TEACCH, ESDM, ABA, LEAP, el RDI recomienda intervenir de 30 a 40

horas a la semana, mientras que Early Bird Program reúne a los padres en sesiones y grupos pequeños con una duración de aprox. 3 meses, para que sean los padres quienes intervengan con sus hijos las 24 horas del día, en DIR las sesiones duran de 30 a 60 minutos 6 días a la semana que al igual los cuidadores son los que deben intervenir con sus hijos durante las 24 horas del día, en RFI la intervención es semanal con los cuidadores únicamente, durante 8 a 14 meses, IMPACT tiene una duración de 3 meses de 12 a 24 sesiones, HANEN es un programa de inmersión durante las 24 horas del día, teniendo una duración de 3 a 4 meses, es decir en este tiempo se forma y capacita a los padres o cuidadores, SCERTS ESDM igualmente son programas de inmersión durante las 24 horas del día.

Por lo tanto, se concluye que los programas de intervención para niños preescolar con TEA deben involucrar activamente a los padres o cuidadores, ya que ellos ejercen un papel importante en el desarrollo integral de su hijo, ya sea como co-terapeutas o terapeutas principales, es importante que estén formados y capacitados para que ellos puedan orientar a su hijo durante su desarrollo, que les ayuden a mejorar o desarrollar sus habilidades, para que de esta manera puedan tener un mejor pronóstico a futuro. Se observó que los programas revisados promueven el desarrollo integral del niño o niña con TEA, así mismo trae efectos positivos en los padres o cuidadores, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el estrés. Es importante mencionar que los programas revisados tienen sus puntos fuertes y débiles, en el presente trabajo solo se resaltaron las fortalezas, también es importante indicar que se deben tomar en cuenta las características de cada programa para ver cuál es la mejor opción para el niño con TEA y su familia.

Otro aspecto relevante a destacar es que, a pesar de que los programas revisados cuentan con estudios de eficacia, no es suficiente para demostrar su efectividad a futuro, es decir, debe haber más estudios de seguimiento a largo plazo, cabe resaltar que en el presente trabajo no se analizaron estudios longitudinales a largo plazo. A pesar de que los programas revisados son intervenciones tempranas que resultan favorables, también es importante mencionar que la intervención se debe seguir aun cuando el niño ya no se encuentre dentro de este rango de edad, ya que como se sabe el TEA es una condición que dura por toda la vida. También es importante mencionar que los programas analizados en la presente tesis son

extranjeros, por lo que sería muy importante adaptarlos con población mexicana o diseñar alguno para la población de niños preescolares con TEA.

Es muy importante realizar este tipo de revisiones ya que ayudan a identificar cuáles podrían ser los elementos o características que permitan desarrollar nuevos programas de intervención o mejorar los existentes.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitantes durante la realización de la presente investigación documental fue la dificultad para encontrar los programas de intervención que se enfocaran en la población objetivo, son pocos los estudios que incluyen a los padres de familia de niños preescolares con TEA y que cuentan con las características óptimas de un programa eficiente. Otra limitante fue el rango de edad, ya que en los programas de intervención si se incluyen este rango de edad, pero también se incluían a edades posteriores a la preescolar.

Otra dificultad de encontrar los programas de intervención también fue seleccionar los programas en donde si incluyeran los criterios de inclusión y analizar que abarcaran el mayor número de áreas, ya que muchos programas de intervención solo se basan en un área en específico o no cuentan con evidencia científica.

Otra de las limitaciones encontradas en la presente investigación fue encontrar la eficacia de los programas de intervención y los reportes de eficacia y sus efectos, ya que en la mayoría se reportan los efectos a corto plazo del niño, esto se debe a que existen pocos estudios de seguimiento en niños que recibieron las intervenciones. Por lo tanto, falta información y evidencia empírica sobre el impacto que el programa puede tener a largo plazo.

Con el hecho de que la presente es una investigación de tipo documental se limitó a solo buscar información de los elementos y características de los programas de intervención, tomando en cuenta los criterios para la recopilación de las intervenciones y categorías de análisis, pero no se realizó una propuesta de programa de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA, tampoco se realizó una investigación de los programas que se implementan en las escuelas o centros de atención para TEA en México, ya que dicha información no fue arrojada en la búsqueda realizada.

Por lo tanto, con la información plasmada en la presente investigación documental se sugiere que en futuras investigaciones se consideren los análisis que se encontraron para elaborar nuevos programas de intervención o hacer las adecuaciones necesarias a las existentes que busquen favorecer el desarrollo integral del niño preescolar con TEA.

Finalmente, se sugiere que se continúe trabajando con el desarrollo de programas de intervención para niños con TEA, ya que existen muy pocos que reportan ser eficaces y tener efectos positivos, de los cuales algunos son difíciles de acceder o no están implementados en todos los países, se resalta la importancia de la formación y capacitación de los cuidadores de niños preescolares con TEA para brindarles las herramientas necesarias en donde ellos tengan un papel fundamental en el desarrollo integral de su hijo, siendo este tipo de intervenciones más accesibles y que estén al alcance de la mayoría de las familias y niños con TEA.

REFERENCIAS

- Albores, L. Hernández, L., Díaz, J. & Cortes, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000100006&lng=es&tlng=es.
- Alcantud, F. (2013). *Trastornos del espectro autista: detección, diagnóstico e intervención temprana*. Ediciones Pirámide.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, A., Birkin, C., Seymour, F. & Moore, D. (2006). *Earlybird evaluation*. Wellington: The Ministry of Education.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Pearson Educación.
- Arranz, E. & Oliva, A. (2010). *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares*. Pirámide.
- Babativa, D. (2017). *Psicología del desarrollo infantil*. Fondo editorial Areandino.
- Bagherian, S., Reza, H. & Khooshabi, K. (2010). The effect of little bird program in decreasing problem behaviors of autistic children. *Procedia social and behavioral sciences*, 5, 1166-1170. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.254>
- Bagur, S. & Verger, S. (2020). Evidencias y retos de la atención temprana: el modelo centrado en la familia. *Siglo cero*, 51(4), 69-92. <https://doi.org/10.14201/scero20205146992>
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza.
- Barreto, F.B., Sánchez, M., Ibarluzea, J., Andiarana, A. & Arranz, E. (2018). Cómo influye el contexto familiar en el desarrollo cognitivo de los primeros años. *Intelligence*, 65, 11-22. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.006>
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.

- Bejarano, A. (2020). Intervención temprana en menores con trastorno del espectro autista (TEA): el papel de las familias. *Actas de coordinación sociosanitaria*, 24, 127-144. <http://hdl.handle.net/11181/6207>
- Busquets, L., Miralbell, P., Muñoz, P., Muriel, N., Español, L., Viloca, M. & Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatr Integral*, 22(2), 105.e1-105.e6. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-03/deteccion-precoz-del-trastorno-del-espectro-autista-durante-el-primer-ano-de-vida-en-la-consulta-pediatrica/#:~:text=La%20detecci%C3%B3n%20del%20TEA%20se,la%20informaci%C3%B3n%20procedente%20de%20interconsultas>
- Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 1(2), 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/447/44710202>
- Cala, O., Licourt, D. & Cabrera, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100019&lng=es&tlng=es
- Cañada, M. (2012). La familia, principal protagonista de los centros de desarrollo infantil y atención temprana. *EDETANIA* 41, 129-141. <http://hdl.handle.net/20.500.12466/740>
- Capano, A. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=s1688-42212013000100008&script=sci_arttext
- Carrascón, C. (2016). Señales de alerta de los trastornos del espectro autista. *Curso de actualización pediatría*, 3.0, 95-98. https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.2_senales_de_alerta_de_los_trastornos_del_espectro_autista.pdf
- Casals, V. & Abelanda, J. (2012). El modelo DIR/floortime: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de salud mental*, 10(44), 54-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4116552>

- Cuesta, J. (2009). *Trastornos del espectro autista y calidad de vida: guía de indicadores para evaluar organizaciones y servicios*. La Muralla.
- Cuesta, J., Sánchez, S., Orozco, M., Valenti, A. & Cottini, L. (2016). Trastorno del espectro del autismo: intervención educativa y formación a lo largo de la vida. *Psychology, Society & Education*, 8(2), 157-172. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6360233.pdf>
- Cutress, A. & Muncer, S. (2014). Opinion de los padres sobre el programa Earlybird plus de la National Autistic Society. *Autismo*, 18(6), 651-657. doi: 10.1177/1362361313495718
- Dawson, J., Lee, E. & Vries, P. (2018). Scoping the evidence for early bird and early bird plus, two united kingdom-developed parent education training programmes for autism spectrum disorder. *Autism*, 23(3). <https://doi.org/10.1177/1362361318760295>
- Dawson, G. (2008). Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Developmental Psychopathology*, 20(3), 775-803. DOI: 10.1017/S0954579408000370
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J. & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the early start Denver model. *Pediatrics*, 125(1), 17-23. DOI: 10.1542/peds.2009-0958
- Dawson, G., Toth, K., Abbott, R., Osterling, J., Munson, J., Estes, A. & Liaw, J. (2004). Early social attention impairments in autism: social orienting, joint attention, and attention to distress. *Developmental Psychology*, 40(2), 271-283. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.271>
- Delgado, M. (2015). *Concepción pedagógica de atención integral a los niños y adolescentes con diagnóstico de autismo*. Pueblo y educación.
- Del Toro, A. & Sánchez, M.E. (2020). Introducción del modelo centrado en familia en España desde una perspectiva de la calidad de vida familiar. *Revista de Educación Inclusiva*, 13(2), 9-21. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7694116.pdf>
- Denusik, L., Servais, M., Glista, D., Hatherly, K., Moodie, S., Cardy, J., Weitzman, E. & Cunningham, B. (2023). Experiencias de las familias en el programa virtual Hanen more than words durante la pandemia de COVID-19. *Soy J Speech Lang Pathol*, 32(2), 701-716. doi: 10.1044/2022_AJSLP-22-00256

- Disley, B., Weston, B., Kolandai, K. & Vermillion, P. (2011). *Evaluation of the use of the social communication, emotional regulation and transactional support (SCERTS)*. Framework in New Zealand. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8578.12030/abstract>
- Dunts, C. & Trivette, C. (2009). Using research evidence to inform and evaluate early childhood intervention practices. *Topics in Early Childhood Special Education*, 29(1), 40-52. <https://doi.org/10.1177/0271121408329227>
- Duque, H. & Sierra, R. (2002). *Desarrollo integral del niño: de 3 - 6 años*. San Pablo.
- Eldevik, S., Hastings, R., Hughes, J., Jahr, E., Eikeseth, S. & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 38(3), 439-450. doi: 10.1080/15374410902851739
- Eldevik, S., Hastings, R., Hughes, J., Jahr, E., Eikeseth, S. & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *Am J Intellect Dev Disabil*, 115(5), 381-405. DOI: 10.1352/1944-7558-115.5.381
- Estes, A., Vismara, L., Mercado, C., Fozzpatrick, A., Elder, L., Greenson, J., Lord, C., Munson, J., Winter, J., Young, G., Dawson, G. & Rogers, S. (2014). The impact of parent-delivered intervention on parents of very Young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(2), 353-365. DOI: 10.1007/s10803-013-1874-z
- Fejerman, N., Arroyo, A., Massaro, M. & Ruggieri, V. (1994). *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo*. Paidós.
- Fernandes, F. & Amato, C. (2013). Applied behavior analysis and autism spectrum disorders: literature review. *Codas*, 25(3), 289-296. DOI: 10.1590/s2317-17822013000300016
- Ferrari, P. (2015). *El autismo infantil*. Biblioteca Nueva.
- Forment, C. (2017). Modelos de intervención en los trastornos del espectro autista: Denver y SCERTS. *Rev. Neurol.*, 64(1), S33-S37. PMID: 28256684
- Forteza, M. D., Escandell, M. O. & Castro, J. J. (2013). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *International Journal of Developmental and*

Educational Psychology, 1 (1), 747-764.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852058061>

Fortea, M. D., Escandell, M. O. & Castro, J. J. (2015). Evaluación de la eficacia de un programa para mejorar la comunicación social y el comportamiento de niños pequeños con trastornos del espectro autista. *Revista de investigación en Logopedia*, 5(2), 167-185. DOI: <https://doi.org/10.5209/rlog.58624>

Fuller, E. A., Oliver, K., Vejnoska, S. F. & Rogers, S. J. (2020). The effects of the early start Denver model for children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Brain Sci*, 10(6), 368. DOI: 10.3390/brainsci10060368

García, F. A., Escorcía, C., Sánchez, M., Orcajada, N. & Hernández, E. (2014). Atención temprana centrada en la familia. *Siglo Cero: Revista española sobre discapacidad intelectual*, 45(3), 6-27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5203323>

Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80538304.pdf>

GAT. (2000). *Libro blanco de la atención temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.

González, Y., Rivera, L. & Domínguez, M. (2016). Autismo y evaluación. *Ra Ximhai*, 12(6), 525-533. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46148194033>

Greenspan, S. & Thorndike, G. (2000). *Las primeras emociones: las seis etapas principales del desarrollo emocional durante los primeros años de vida*. Paidós.

Gutstein, S.E. (2009). Empowering families through relationship development intervention: an important part of the biopsychosocial management of autism spectrum disorders. *Ann Clin Psychiatry*, 21(3), 174-182. PMID: 19758538

Gutstein, S. E. (2011). *The RDI book: forjando nuevas vías para el autismo, trastorno del asperger's y trastorno generalizado del desarrollo con el programa intervención de desarrollo de relaciones*. Connections Center Publishing.

- Gutstein, S. E., Burgess, A. F. & Montfort, K. (2007). Evaluation of the relationship development intervention program. *Autism, 11*(5), 397-411. doi: 10.1177/1362361307079603
- Hare, A. E., Mitchel, M., Myers, S., Mitchel, A., King, B., Ruocco, B., Martin, C., Flax, J. & Brzustowicz, L. (2019). Within-task variability on standardized language tests predicts autism spectrum disorder: a pilot study of the response dispersion index. *J Neurodev Disord, 11*(1), 21. DOI: 10.1186/s11689-019-9283-z
- Harris, S. (2001). *Los hermanos de niños con autismo: su rol específico en las relaciones familiares*. Narcea.
- Hervás, A. & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Rev. Neurol, 66*(supl. 1), 31-38. <https://doi.org/10.33588/rn.66S01.2018031>
- Hobson, J., Tarver, L., Beurkens, N. & Hobson, R. (2016). The relation between severity of autism and caregiver-child interaction: a study in the context of relationship development intervention. *J Abnorm Child Psychol, 44*(4), 745-755. doi: 10.1007/s10802-015-0067-y
- Hortal, C. (2014). *Trastorno del espectro autista ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA?* Medici.
- Ingersoll, B. & Dvortcsak, A. (2010). *Teaching Social Communication to Children with Autism: A Practitioner's Guide to Parent Training*. The Guilford Press.
- Jhuo, R. A. & Chu, S. (2022). A review of parent-implemented early start Denver model for children with autism spectrum disorder. *Children (Basel), 9*(2), 285. doi: 10.3390/children9020285
- Law, G., Neihart, M. & Dutt, A. (2018). The use of behavior modeling training in a mobile app parent training program to improve functional communication of young children with autism spectrum disorder. *Autism, 22*(4), 424-439. DOI: 10.1177/1362361316683887
- Leaf, J., Cihon, J., Leaf, R., McEachin, J., Liu, N., Russell, N., Unumb, L., Shapiro, S. & Khosrowshahi, D. (2022). Concerns about ABA-based intervention: an evaluation and recommendations. *J Autism Dev Disord, 52*(6), 2838-2853. doi: 10.1007/s10803-021-05137-y
- López, L. P. (2011). *Desarrollo cognitivo y motor*. Paraninfo.

- Lozano, J. & Alcaraz, S. (2012). *Respuesta educativa a las personas con trastorno del espectro autista*. La Muralla.
- Lledó, A., Ferrández, M. & Grau, S. (2006). *La detección y atención educativa en los trastornos generalizados del desarrollo: autismo y síndrome de asperger*. Club Universitario.
- Mahoney, G. (2009). Intervención centrada en las relaciones (RFI): mejora del papel de los padres en la intervención del desarrollo de los niños. *Revista Internacional de Educación Especial para la Primera Infancia, 1(1)*, 79-94. DOI: 10.20489/intjecse.107978
- Mahoney, G. & Perales, F. (2003). Uso de la intervención centrada en las relaciones para mejorar el funcionamiento social y emocional de los niños pequeños con trastornos del espectro autista. *Temas de Educación Especial para la Primera Infancia, 23(2)*, 74-86.
- Mamédio, C., Pimenta, C. & Cuce, M. (2007). Estrategia PICO para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. *Revista Latino-am Enfermagem, 15(3)* 1-4. Obtenido de: www.eerp.usp.br/iraec
- Manolson, A. (1995). *Hablando nos entendemos los dos*. Hanen Center.
- Martínez, M. (2015). *Intervención psicoeducativa para niños con trastornos del espectro autista: descripción, alcances y límites*. Miño y Dávila Editores.
- Mesibov, G. & Howley, M. (2019). *El acceso al currículo por alumnos con trastornos del espectro del autismo: uso del programa TEACCH para favorecer la inclusión*. Autismo Ávila.
- Minguela, N. & Alcantud, F. (2022). Efectos del P-ESDM en niños/as con trastorno del espectro del autismo y sus padres: una revisión sistemática. *Revista de Psicología y educación, 17(2)*, 198-208. <https://doi.org/10.23923/rpye2022.02.227>
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L. & Téllez, M. (2010). Models of intervention in children with autism. *Rev. Neurol., 3(50)*, Suppl 3:S77-84. PMID: 20200851
- Odom, S. L., Boyd, B., Hall, L. & Hume, K. (2010), Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 40(4)*, 425-436. DOI: 10.1007/s10803-009-0825-1

- Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (2014). *Desarrollo psicológico y educación*. Alianza Editorial.
- Paluszny, M. (1987). *Autismo: guía práctica para padres y profesionales*. Editorial Trillas.
- Papalia, D. E., Sally, W. O & Duskin, F. R. (2001). *Desarrollo Humano*. McGraw Hill.
- Pennington, L. & Thomson, K. (2007). Se necesitan dos palabras para hablar: el programa Hanen y familias de niños con trastornos motores: una perspectiva del Reino Unido. *Desarrollo de la salud del cuidado infantil*, 33(6), 691-702. PMID: 17944778
- Pérez, P. & Salmerón, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Pediatría Atención Primaria*, 8(32), 11-125. www.redalyc.org/pdf/3666/366638693012.pdf
- Powers, M. D. (1999). *Niños autistas: guía para padres, terapeutas y educadores*. Editorial Trillas.
- Prior, M., Roberts, J. M., Rodger, S. & Williams, K. (2011). *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention for children with autism spectrum disorders*. Australian Government Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Australia. https://www.dss.gov.au/sites/default/files/files/disability-and-carers/executive_summary_review_report.pdf
- Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E. & Laurent, A. (2003). The SCERTS model a transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Infants and Young Children*, 16(4), 296-316. https://depts.washington.edu/isei/iy/prizant_16_4.pdf
- Prizant, B., Wetherby, A., Rubin, E., Laurent, A. & Rydell, P. (2006). *The SCERTS model: a comprehensive educational approach for children with autism spectrum disorders*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Rieth, S., Haine, R., Burgeson, M., Searcy, K., Dickson, K. & Stahmer, A. (2018). Integrating a parent-implemented blend of developmental and behavioral intervention strategies into speech-language treatment for toddlers at risk for autism spectrum disorder. *Seminars in Speech and Language*, 39(2), 114-124. DOI: 10.1055/s-0038-1627483

- Rivera, R. & Sánchez, C. (2009). *Vigilancia del desarrollo integral del niño*. Editores de textos mexicanos.
- Rivière, A. (2001). *Autismo*. Trotta.
- Rodrigo, L. M. (2009). Una mirada integradora de la resiliencia parental: desde el contexto hasta la mente de las madres y los padres en riesgo psicosocial. *Pisc. Da Ed., Sao Paulo*, 28(1), 51-71. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n28/v28a04.pdf>
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E. & Máiquez, M. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814021003>
- Rodríguez, E. & Cafiero, P. (2019). *El niño con trastorno del neurodesarrollo*. Editorial Médica Panamericana.
- Rogers, S. J., Estes, A., Lord, C., Vismara, L., Winter, J., Fitzpatrick, A. & Dawson, G. (2012). Effects of a brief early start Denver model (ESDM)-based parent intervention on toddlers at risk for autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(10), 1052-1065. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.08.003
- Rogers, S. J., Estes, A., Vismara, L., Munson, J., Zierhut, C., Greenson, J., Dawson, G., Rocha, M., Sugar, C., Senturk, D., Whelan, F. & Talbott, M. (2019). Enhancing low-intensity coaching in parent implemented early start Denver model intervention for early autism: a randomized comparison treatment trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(2), 632-646. DOI: 10.1007/s10803-018-3740-5
- Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A., McCormick, C., Young, G. & Ozonoff, S. (2014). Autism treatment in the first year of life: a pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *Journal of autism and Developmental Disorders*, 44(12), 2981-2985. DOI: 10.1007/s10803-014-2202-y
- Rojas, V., Rivera, A. & Nilo, N. (2019). Actualización en diagnóstico e intervención temprana del trastorno del espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría*, 90(5), 478-484. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1294>

- Ruggieri, V. & Arberas, C. (2022). Mecanismos epigenéticos involucrados en la génesis del autismo. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(Supl.1), 48-53. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000200048&lng=es&tlng=es
- Ryberg, K. H. (2015). Evidence for the implementation of the early start Denver model for Young children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(5), 327-337. DOI: 10.1177/1078390315608165
- Sahuquillo, M., ramos, G., Pérez, A. & Camino de Salinas, A. (2016). Las competencias parentales en el ámbito de la identificación/evaluación de las altas capacidades. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 20(2), 200-217. <https://www.redalyc.org/pdf/567/56746946011.pdf>
- Sallés, C. & Ger, S. (2011). Las competencias parentales en la familia contemporánea. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*, 49, 25-47. <https://core.ac.uk/download/pdf/39107518.pdf>
- Salvadó-Salvadó, B., Palau, M., Clofent-Torrentó, M., Montero, M. & Hernández, M.A. (2012). Comprehensive models of treatment in individuals with autism spectrum disorders. *Rev. Neurol*, 29(54), Suppl 1: S63-71. PMID: 22374774
- Sampedro, M., González, M., Vélez, S. & Lemos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000600006&lng=es&tlng=es
- Sánchez, A. (2017). *Trastorno del espectro autista: evaluación, diagnóstico e intervención educativa y familiar*. Formación Alcalá.
- Santi- León, F. (2019). Educación: la importancia del desarrollo infantil y la educación inicial en un país en el cual no son obligatorios. *Revista ciencia unemi*, 12(30), 143-159. <https://www.redalyc.org/journal/5826/582661249013/html/>

- Sanz, P., Fernández, M., Pastor, G. & Tárraga, R. (2018). Efectividad de las intervenciones basadas en metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: un estudio de revisión. *Papeles del psicólogo*, 39(1), 40-50. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2851>
- Schopler, E., Brehm, S., Kinsbourne, M. & Reichler, R. J. (1971). Effect of treatment structure on development in autistic children. *Arch Gen Psychiatry*, 24(5), 415-421. DOI: 10.1001/archpsyc.1971.01750110027005
- Schopler, E. & Reichler, R. J. (1972). How well do parents understand their own psychotic child? *J Autism Child Schizophr*, 2(4), 387-400. doi: 10.1007/BF01538171. PMID: 4679295
- Senent, N., Baixauli, I. & Moret, C. (2021). Parent-implemented Hanen program it takes two talk: an exploratory study in Spain. *Int J Environ Res Public Health*, 18(15), 8214. DOI: 10.3390/ijerph18158214
- Shields, J. (2001). The NAS earlybird programme: partnership with parents in early intervention. *The National Autistic Society. Autism*, 5(1), 49-56. doi: 10.1177/1362361301051005
- Sigman, M. & Capps, L. (2000). *Niños y niñas autistas: una perspectiva evolutiva*. Ediciones Morata.
- Simarro, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo*. Síntesis.
- Stahmer, A., Brookman, L., Rieth, S., Stone, J., Feder, J., Searcy, K. & Wang, T. (2017). Parent perceptions of an adapted evidence-based practice for toddlers with autism in a community setting. *Autism*, 21(2), 217-230. DOI: 10.1177/1362361316637580
- Stanton, M. (2002). *Convivir con el autismo: una orientación para padres y educadores*. Paidós.
- Strain, P. & Bovey, E. (2011). Randomized, controlled trial of the LEAP model of early intervention for Young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(3), 133-154. DOI:10.1177/02711214111408740
- Suárez, P. & Vélez, M. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Revista Psicoespacios*, 12(20), 153-172. <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>

- Tiura, M., Kim, J., Detmers, D. & Baldi, H. (2017). Predictors of longitudinal ABA treatment outcomes for children with autism: a growth curve analysis. *Res Dev Disabil*, 70, 185-197. DOI: 10.1016/j.ridd.2017.09.008
- UNICEF. (2018). *Aprendizaje a través del juego*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Valdez, D. & Ruggieri, V. (2011). *Autismo: del diagnóstico al tratamiento*. Paidós.
- Vargas, J. & Arán, V. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 171-186. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v12n1/v12n1a10.pdf>
- Velarde, M., Ignacio, M. & Cárdenas, A. (2021). Diagnóstico del trastorno del espectro autista- TEA, adaptación a la nueva realidad, Telesalud. *Revista de Neuropsiquiatría*, 84(3), 175-182. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034>
- Velazquez, R. & Nye, C. (2011). Systematic review offers cautions support for positive effects from ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorder. *Evidence-Based communication assessment and intervention*, 5(2), 70-73. <https://doi.org/10.1080/17489539.2011.604260>
- Vicari, S. & Auza, A. (2019). *Nuestro hijo con autismo*. Manual Moderno.
- Yáñez, M. G. (2016). *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo: diagnóstico, evaluación e intervención*. Manual Moderno.
- Yi, J., Kim, W. & Lee, J. (2022). Effectiveness of the SCERTS model-based interventions for autistic children: a systematic review. *J Speech Lang Hear Res*. 65(7), 2662-2676. doi: 10.1044/2022_JSLHR-21-00518
- Yu, Q., Li, E., Li, L. & Liang, W. (2020). Efficacy of interventions based on applied behavior analysis for autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Psychiatry Investig.*, 17(5), 432-443. doi: 10.30773/pi.2019.0229
- Yunta, J., Palau, M., Salvadó, B. & Valls, A. (2006). Autismo: identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colomb*, 22(2), 97-105. https://www.acnweb.org/acta/2006_22_2_97.pdf

Zalaquett, F., Schönstedt, G., Herrera, C. & Moyano, C. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(2), 126-131. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>

Zamora, M. & Giniebra, R. (2022). Rol de los padres en el desarrollo socio afectivo de niños con autismo de 2 a 3 años. *Revista EDUCARE-UPEL-IPB- Segunda nueva etapa 2.0*, 26(2), 210-234. <https://doi.org/10.46498/reduipb.v26iExtraordinario.1668>

ANEXOS

Tabla 1. Características, elementos y efectos de los programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA.

Programa de Intervención	Autor(es), país de origen y año	Objetivo	Características y Elementos	Efectos
TEACCH	Eric Schopler Estados Unidos 1972	Brindar la atención integral de la persona con TEA y su familia, buscando mejorar su calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> -Ambientes estructurados -Individualizado -Toma en cuenta debilidades y fortalezas -Entornos adaptados -Da prioridad a la familia -Es flexible -Modelo Cognitivo-Conductual -Entrena a cuidadores para que desarrollen papel como co-terapeutas -Estrategias visuales -Colaboración familia-profesionales -Horarios destinados para cada actividad -Metodología y técnicas -Características específicas del material utilizado -Evaluaciones, ajustes, objetivos, desarrollo -Espacios dedicados a cada actividad -Uso de agendas diarias para las actividades -Aplicada aprox. 80% en edad preescolar, pudiendo extenderse a edades más avanzadas -La duración por sesión es de aprox. 1 hora -Cuidadores desarrollan lo aprendido en casa con los niños, posteriormente lo comentan con el profesional 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejoras en desarrollo integral del niño -Reducción de comportamientos inadecuados -Reducción de estrés de cuidadores y niños -Incremento de habilidades sociales, de comunicación e imitación en el niño -Mejora en calidad de vida del niño y su familia -Mayor autonomía -Promueve aprendizaje de habilidades pre académicas
ESDM	Sally Rogers y Dawson Estados Unidos 2000	Fomentar, estimular y reforzar las actividades sociales,	-Marco conceptual constructivista y transaccional	-Mejora el área cognitiva, interacción social y lenguaje

		además de promover la reciprocidad social	<ul style="list-style-type: none"> -Intervención con alta efectividad -Intervención dirigida, temprana e individualizada -Modelo evolutivo con principios de terapia conductual -Considera perfil de desarrollo del niño -Uso en diversos contextos de la vida cotidiana -Actividades basadas en el juego -Cuidador como co-terapeuta -Evaluación constante, objetivos específicos para cada área de desarrollo y seguimiento -Modelo integral con enfoque orientado a la familia -Intervención para niños con TEA de 1-6 años de edad -Cuidadores capacitados para intervenir con su hijo en su casa -Se interviene aprox. 25 horas a la semana por todo el año 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades del juego -Aumento de interés del niño por diferentes actividades -Reduce estrés de niños y cuidadores -Estimula y refuerza habilidades de imitación y apertura social -Ayuda a que el niño preste más atención -Cuidadores adquieren habilidades para favorecer el desarrollo integral de su hijo -Mejora calidad de vida del niño y su familia
P-ESDM	Sally Rogers, Dawson y Laurie Vismara Estados Unidos 2010	Fomentar, estimular y reforzar las actividades sociales, además de promover la reciprocidad social	<ul style="list-style-type: none"> -Diseñada para ser implementada por cuidadores, acompañados por el profesional, reciben formación específica -Integrativo -Integra principios del ABA -Enfoque estructurado basado en evidencia -Sigue lineamientos del ESDM -Se interviene en la primera infancia -Objetivos, progreso, desarrollo, inclusión -No cuenta con horas específicas de intervención, ya que los cuidadores intervienen durante el tiempo que pasan con su hijo 	<ul style="list-style-type: none"> -Enseña técnicas a cuidadores para favorecer el desarrollo de su hijo -Mejora la comunicación y lenguaje -Mayor interés por el juego -Mejora el desarrollo de los niños -Más bienestar en los cuidadores -Previene aumento de estrés parental

<p>SCERTS</p>	<p>Barry Prizant, Wetherby, Rubin, Amy Laurent y Rydel Estados Unidos 2000-01</p>	<p>Pretende potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y de comunicación a través del apoyo transaccional</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Modelo global multidisciplinario -Utilizados en diferentes entornos -Diseñado para ayudar a las familias -Objetivos específicos -Organización visual, sistemas alternativos y aumentativos -Proporciona herramientas de afrontamiento -Alianza profesional-familia -Cuidadores como co-terapeutas -Evaluaciones, progreso, desarrollo, formatos -Enfocado en tres áreas de desarrollo: socio-comunicativo, regulación emocional y apoyo educativo y familiar -Dirigido a niños con TEA en edad preescolar -No tiene una duración específica 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora habilidades socioemocionales y de comunicación -Fomenta aprendizaje del niño y cuidadores -Capacidad de aprender y aplicar habilidades funcionales y relevantes -Cuidadores a través de la capacitación desarrollan nivel adecuado de fidelidad a la intervención -Mejora calidad de vida de niños y su familia
<p>HANEN</p>	<p>Ayala Hanen Manolson Canadá 1975</p>	<p>Que sean los padres los que potencien y promuevan al máximo el desarrollo de las habilidades comunicativas y sociales de sus hijos</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Programa de apoyo familiar -Dirigido a cuidadores -Técnicas de interacción sensible -Prototipo transaccional -Capacita a cuidadores para que sean los principales agentes de intervención con su hijo -Profesional acude al domicilio para asesorar y dar pautas -Reuniones solo con cuidadores -Materiales adaptados y prácticos -Contextos naturales -Intervención individualizada -Toma en cuenta intereses e iniciativas de los niños -Actividades con juegos -Integración sensorial 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades comunicativas y sociales -Enseña habilidades a cuidadores para adaptar la forma de comunicarse con su hijo y a cómo ayudarlos para desarrollar sus habilidades -Dota de estrategias de afrontamiento familiar

			<ul style="list-style-type: none"> -Utilización de materiales en línea como videos grabados -Programa de inmersión durante las 24 horas del día -Duración de tres a cuatro meses -Objetivos, desarrollo, rutinas, evaluación 	
IMPACT	Brooke Ingersoll y Anna Dvorak Estados Unidos 2010	Mejorar las habilidades de los padres o cuidadores de niños con TEA para que sean ellos quienes intervengan con sus hijos y desarrollen habilidades de comunicación, socialización, entre otras, para su desarrollo óptimo	<ul style="list-style-type: none"> -Implementada por los cuidadores -Aplicación de técnicas de interacción sensible y técnicas provenientes de ABA -Estrategias para comunicación -Formación de los padres -Acompañamiento activo -Evidencia científica -Plan individualizado -Enseñanza mediante el juego y otras rutinas diarias -Manual flexible -Aplicado en diversos entornos -Estrategias como rol playing y revisión de videos -Aplicado a niños con TEA de hasta 6 años de edad -Dura aprox. doce semanas, de 12 a 24 sesiones con una duración de 60 a 90 min. por sesión -Evaluación, objetivos, desarrollo, progreso, rutinas 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades de comunicación, socialización, imitación y del juego -Formación de cuidadores para guiar a sus hijos a su desarrollo óptimo -Aumenta participación del cuidador -Enseñanza de habilidades nuevas y da forma a la interacción
RDI	Steve Gutstein Estados Unidos 2000	Promover la calidad de vida y la construcción de fortalezas y apoyos familiares, buscando atender las áreas de déficit que presentan los niños con TEA	<ul style="list-style-type: none"> -Focalizado en experiencia interpersonal -Técnicas de interacción sensible -Enfoque en inteligencia dinámica -Actividades semiestructuradas -Cuidadores como terapeutas centrales -Ayuda por internet y presencial -Uso de videos como herramienta 	<ul style="list-style-type: none"> -Promueve calidad de vida y construcción de fortalezas y apoyos familiares -Desarrolla habilidades de lenguaje, flexibilidad cognitiva, interacción social -Involucra a la familia para que ayude al desarrollo del niño

			<ul style="list-style-type: none"> -Uso de la relación de participación guiada -Reestructuración de actividades cotidianas -Sistema operativo RDIOS (aplicación web) Padres y consultores colaboran para construir y ensayar tareas -Ideal intervenir cuidadores con sus hijos de 30-40 horas semanales -Evaluación, objetivos, progreso, inclusión -Aplicado en edad preescolar 	<ul style="list-style-type: none"> -Niños más motivados y valoran más el tiempo de interacción con sus cuidadores -Mayor autonomía -Más esperanza en los padres o cuidadores
ABA	Ivar Lovaas Estados Unidos 1980	Mejorar las competencias cognitivas, lingüísticas y adaptativas, así como lograr que el niño con TEA adquiera determinadas habilidades sociales y conductuales, enfocando a una mejor calidad de vida de quienes reciben la intervención y en forma indirecta para sus padres o cuidadores y familia	<ul style="list-style-type: none"> -Teoría del aprendizaje y comportamiento -Programa estructurado e intensivo -Entrenamiento de cuidadores -Ambientes naturales -Toma en cuenta motivación del niño -Cuidadores como co-terapeutas -Plan individualizado -Estructurado -Evaluaciones, progresos, objetivos -Cuenta con metodología -Toma en cuenta antecedentes, conducta, consecuencias y contexto -De 20 a 40 horas semanales por todo el año -Intervención con mayores efectos positivos en edad preescolar 	<ul style="list-style-type: none"> -Mejora habilidades cognitivas, lingüísticas, adaptativas, sociales, conductuales y el juego -Más calidad de vida en los niños y sus familias -Mayor independencia -Desarrollo del máximo potencial de cada niño -Padres interactúan de forma eficaz con su hijo -Facilita integración en la educación ordinaria -Reduce estrés parental
RFI	Gerald Mahoney y James McDonal Estados Unidos 2007	Apoyar a los padres a mejorar su uso de estrategias interactivas receptoras durante las interacciones de rutina con su hijo	<ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de interacción sensible -Implementado por cuidadores (también se puede por profesionales) -Intervención temprana -Dirigido a niños con TEA de 1 a 6 años de edad -Programa sistematizado 	<ul style="list-style-type: none"> -Se les enseña a los padres estrategias para una óptima interacción con su hijo -Promueve el desarrollo integral -Alienta a cuidadores a participar en interacciones más receptoras con sus hijos

			<ul style="list-style-type: none"> -Cuidadores reciben sesiones de intervención semanal durante 8 a 14 meses -Evaluación, objetivos, desarrollo, progreso 	-Mejoras en la interacción social del niño y socioemocional
DIR	Stanley Greenspan Estados Unidos 1980	<p>Crear relaciones placenteras y conexión, poniendo el foco en la motivación intrínseca y en las emociones versus conducta. El rol del padre o cuidador será el de interactuar y favorecer y no el de entretener o enseñar</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Marco teórico de referencia: Piaget y el psicoanálisis freudiano -Rol del cuidador para favorecer el desarrollo del niño -Familia como protagonista -Estrategia Floortime -Intervención intensiva -Técnicas de interacción sensible -Intercambios lúdicos -Plan individualizado -Considera nivel de desarrollo del niño -Juegos dirigidos por el niño -Estrategias establecidas -Dirigido a la infancia temprana -Sesiones duran entre 20-30 min. hasta 6 veces a la semana Evaluación, desarrollo, entorno 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades emocionales, cognitivas y comunicativas -Desarrollo de capacidades interactivas del niño como percepción, lenguaje, desarrollo motor y sensorial
LEAP	Phil Strain Estados Unidos 1981	<p>Potenciar el desarrollo de las habilidades socioemocionales y comunicativas de las personas con TEA y sus familias a través de la aplicación de soportes transaccionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Programa educativo inclusivo -Juntan a niños con TEA y con desarrollo típico -Provee programa educativo para padres o cuidadores -Técnicas de análisis conductual -Aprendizaje incidental -Comunicación por intercambio de imágenes -Uso de instrucciones mediadas por pares -Inclusión de niños con TEA en aulas ordinarias -Intervención mediada por cuidadores en contexto natural 	<ul style="list-style-type: none"> -Promueve autonomía -Potencia el desarrollo de habilidades socioemocionales y comunicativas -Potencia las oportunidades de aprendizaje previamente planificadas

			<ul style="list-style-type: none"> -Duración aprox. 25 horas semanales durante todo el año -Dirigido a niños en edad preescolar 	
Early Bird Program	National Autistic Society Reino Unido 1997-2003	<p>Enseñar a los padres y a los profesionales maneras de desarrollar en los niños preescolares con TEA las aptitudes para el juego y la comunicación</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Evalúa necesidades del niño -Enseña a padres o cuidadores a comprender a su hijo y a cómo trabajar con él -Método centrado en actividades familiares -Sesiones grabadas en video -Prácticas de los padres desde casa -Padres o cuidadores reciben cursos de formación -Dirigido a niños con TEA en edad preescolar -Basado en el programa HANEN -El especialista revisa los videos subidos por los padres -Se reúnen a los padres en grupos pequeños para recibir cursos de formación de aprox. 3 meses de duración, en línea -Variedad de entornos y situaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de habilidades para el juego, comunicación e interacción social -Cuidadores aprenden sobre el TEA, enseñándoles a mejorar la comunicación e interacción -Cuidadores son capaces de entender y apoyar el comportamiento de su hijo, así como aportan una variedad de entornos y situaciones

Tabla 2. Áreas de intervención de los programas de intervención con cuidadores de niños preescolares con TEA

Programas de intervención	Áreas de intervención														
	Imitación, percepción y flex. de pensamiento	Juego simbólico	Motricidad fina y gruesa	Capacidad de atención	Organización y planificación	Resolución de problemas	Motivación	Comunicación y lenguaje	Conductas adaptativas	Habilidades cognitivas	Interacción social	Autonomía	Atención conjunta y Función ejecutiva	Regulación emocional	Apoyos transaccionales
TEACCH	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓				
ESDM	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓		
P-ESDM	✓	✓						✓			✓				
SCERTS		✓						✓			✓			✓	✓
HANEN								✓			✓				
IMPACT	✓	✓						✓			✓				
RDI								✓			✓		✓		✓
ABA		✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓	✓		
RFI								✓		✓	✓			✓	
DIR	✓			✓		✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓	
LEAP								✓	✓	✓	✓	✓		✓	
Early Bird Program		✓						✓	✓		✓				