



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
CLAVE DE INCORPORACIÓN UNAM 8898-25

“MÉTODOS DE APRENDIZAJE Y LA
INFLUENCIA DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL
TRATAMIENTO DE UNA JOVEN ADULTA
CON TEA”

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:
GUTIÉRREZ VARGAS GABRIELA
SORIANO CERÓN LIZETH

DIRECTORA DE TESIS:
IVONNE CARREÓN CÁZARES

FEBRERO, 2024

OZUMBA, ESTADO DE MÉXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Gracias mamá por todo el amor y el cariño que incondicionalmente he recibido, por todo el esfuerzo y sobre todo porque he llegado hasta aquí por ti. Siempre serás el motor que me ha impulsado en la vida, mi más grande maestra.

A mi papá por el apoyo cuando lo he necesitado, por todos los viajes y el tiempo que compartimos juntos.

Para todos los profesores que por un tiempo nos compartieron de sus enseñanzas, porque, aunque antes no podía visualizar un propósito; ahora recuerdo todo eso como algo que efectivamente me ha servido en la vida.

Te agradezco Liz porqué de verdad trabajar contigo siempre ha sido increíble, siempre pensé que hacemos un gran equipo, gracias por tu amistad y por la motivación que yo de verdad ya me estaba rindiendo.

Y a todas las personas y seres que de alguna u otra forma me brindaron ayuda, pero sobre todo motivación para realizar esto.

Gabriela Gutiérrez Vargas

Para mi madre, por sus desvelos y sacrificios al hacerme recorrer este camino, por todo el tiempo que le robé pensando en mí. Este logro es tuyo.

A mi hermana por incluirme en su mundo y aprender de ella.

A Gaby, por la amistad brindada en la que encontré complicidad y conocimiento.

Lizeth Soriano Cerón

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
Preguntas de investigación.....	8
JUSTIFICACIÓN	9
Objetivo.....	11
HIPÓTESIS DE TRABAJO	12
I. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	13
1.1 Definición.....	13
a. Comunicación y Lenguaje.....	15
b. Habilidades Psicosociales.....	16
c. Patrones de Comportamiento.....	16
d. Funciones Ejecutivas.....	17
1.2 Diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista.....	18
1.3 Grados de Autismo.....	20
II. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO	22
2.1 En la Infancia.....	23
a. Desarrollo Físico.....	23
b. Desarrollo Cognitivo.....	24
c. Desarrollo Psicosocial.....	25
2.2 En la Adolescencia.....	26
a. Desarrollo Físico.....	27
b. Desarrollo Cognitivo.....	28
c. Desarrollo Psicosocial.....	30
2.3 En la Juventud.....	32
a. Desarrollo Físico.....	32
b. Desarrollo Cognitivo.....	33
c. Desarrollo Psicosocial.....	33
III. CARACTERÍSTICAS EN EL DESARROLLO DE UNA PERSONA CON TEA	34
3.1 En la Infancia.....	35
a. Desarrollo cognitivo.....	35
b. Desarrollo psicosocial.....	38
3.2 En la Adolescencia.....	40
a. Desarrollo Físico.....	40
b. Desarrollo Cognitivo.....	41
c. Desarrollo Psicosocial.....	44
3.3 En la Juventud.....	45

a. Desarrollo Cognitivo.....	46
b. Desarrollo Psicosocial.....	47
IV. MÉTODOS DE APRENDIZAJE EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TEA.....	49
4.1 Terapia Conductual.....	50
a. Apoyo Conductual Positivo.....	51
b. Técnica de Modelado.....	52
c. Método TEACCH.....	54
4.2 Terapia Ambiental.....	55
a. Rehabilitación Psicosocial.....	56
b. Entrenamiento de Habilidades Perceptivo-motoras.....	57
c. Orientación Espacio-temporal.....	58
d. Integración Sensorial.....	59
4.3 Terapia de Lenguaje.....	59
a. Fluidez del Habla.....	60
b. Motricidad Oral.....	61
V. CALIDAD DE VIDA.....	62
5.1 Bienestar Físico.....	63
5.2 Bienestar Emocional.....	64
5.3 Bienestar Material.....	65
5.4 Bienestar familiar.....	66
5.5 Influencia de la calidad de vida.....	67
VI. MÉTODO.....	70
6.1 Enfoque y diseño de estudio.....	70
6.2 Alcance de la investigación.....	71
6.3 Población y muestra.....	71
6.4 Preguntas de investigación.....	72
6.5 Hipótesis de trabajo.....	72
6.6 Instrumentos de recolección de datos.....	72
6.7 Categorías de análisis.....	73
VII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
7.1 Análisis.....	77
7.2 Conclusión.....	85
ANEXOS.....	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104

INTRODUCCIÓN

La investigación es un estudio de caso sobre una joven adulta con Trastorno del Espectro Autista (TEA), en el cual se aspira hacer un análisis sobre los métodos empleados, técnicas conductuales y qué repercusión tiene la calidad de vida en una persona con dicho trastorno, debido a que en el marco del tratamiento hacia las personas con TEA por lo menos en México sigue existiendo un gran desinterés acerca de la forma en cómo estas personas pueden mejorar su calidad de vida. Esto por la poca participación de los sujetos cercanos a la persona que lo padece, así como de la población en general.

Una de las pocas formas de conseguir información acerca de las personas que padecen TEA en México es a través de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) las cuales cuentan con datos aproximados, pero no certeros sobre la situación.

La investigación de esta problemática se realiza con el objetivo de indagar sobre las formas de potenciar el desarrollo en las personas que padecen TEA a partir del análisis de las circunstancias personales, como es el curso que llevó el tratamiento desde la detección temprana hasta la actualidad, mencionando los detonantes que fueron la base del aprendizaje y autonomía alcanzados.

De esta manera, profundizar que tanto la calidad de vida puede influir en la forma en como un trastorno afecta el entorno de una persona o en qué medida se pueden mejorar los resultados pronosticados. Además de concientizar que una buena calidad de vida es completamente necesaria para que se pueda sobrellevar algún trastorno mental de mejor manera y asegurar un desarrollo más estable para las personas que lo padecen.

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron instrumentos tales como la entrevista a informantes clave, es decir, una muestra no probabilística mejor conocida como intencional, además del uso de registros del tratamiento de un sujeto con TEA grado III y la observación del mismo para poder así llegar a una conclusión sobre la influencia de la calidad de vida en el tratamiento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La finalidad de esta investigación de tipo fenomenológico biográfico fundamentado en un estudio de caso es analizar los métodos de aprendizaje empleados en un sujeto con Trastorno del Espectro Autista (TEA) grado III para potenciar su desarrollo, tomando en cuenta la evolución de los síntomas dentro del trastorno en conjunto con las características individuales, relacionando la calidad de vida y la influencia que tiene dentro del desarrollo del tratamiento.

En el cual se pretende identificar las estrategias de aprendizaje utilizadas en el desarrollo del sujeto con el propósito de indagar qué tanto influye el estilo de vida, pretendiendo recalcar qué tanto del ambiente tiene impacto en el tratamiento.

Así mismo mencionar la influencia de una temprana detección y un tratamiento adecuado a las necesidades que se van presentando, para identificar qué métodos de aprendizaje son eficaces con el fin de lograr un óptimo desarrollo en las personas con TEA, dependiendo de los recursos disponibles dentro de su ambiente y en qué forma las condiciones psicosociales tienen impacto en el pronóstico de la enfermedad y la evolución del trastorno.

Cabe mencionar que la familia es sin duda un factor importante dentro del tratamiento de una persona, hay múltiples factores relacionados con el ambiente, los cuales tienen cierta influencia en la evolución del trastorno y como este podrán limitar o no a la persona en cuestión- Por ende, la importancia de este estudio se centra en qué medida los métodos de aprendizaje tienen relación con las circunstancias ambientales de una persona y la correspondencia que tiene actualmente con el trastorno que padece y así a través de estos factores poder documentar cómo la evolución del trastorno tiene un carácter multidimensional.

Uno de los aspectos que destacan el tema de estudio es hacer consciencia sobre la influencia de un ambiente saludable para las personas que padecen TEA, así como visualizar cómo ha ido evolucionando la concepción de tratamiento del trastorno y la manera en cómo se visualiza a la persona que lo padece.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son los métodos de aprendizaje utilizados en el tratamiento que son eficaces para potenciar el desarrollo de una persona con TEA?

¿Qué influencia tiene la calidad de vida en el desarrollo y tratamiento de una persona con TEA?

JUSTIFICACIÓN

Durante mucho tiempo el autismo fue considerado un trastorno infantil, sin embargo, hoy día se sabe que se trata de una condición permanente que acompaña a la persona a lo largo de todo su ciclo vital; las manifestaciones del trastorno varían en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica. Durante los últimos años se han hecho diversos cambios en la práctica diagnóstica, los cuales devienen de la información actualizada sobre el autismo, permitiendo un conocimiento más amplio y específico sobre el desarrollo del trastorno tanto en niños como en adultos.

Anteriormente el llamado *Trastorno Autista*, referido también como “*autismo infantil o autismo de Kanner*” ha pasado por varias categorías diagnósticas desde un inicio precoz de la esquizofrenia hasta el Trastorno del Espectro Autista (TEA), esta clasificación actual cuenta con un amplia gama de presentaciones, ya que de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V)* del 2014 se incorpora el concepto de “*espectro*”, ahora el Trastorno del Espectro Autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social, además de la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo.

Las características de las personas con TEA son diferentes, pero comúnmente afectan el desarrollo cerebral temprano, trayendo consecuencias al área de la comunicación, interacción social, conducta y pensamiento sensorial.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2021, aproximadamente la tasa de autismo en México es de 1 de cada 160 individuos y es cuatro veces más frecuente en los niños que en las niñas, cabe resaltar que existe una variedad de posibilidades en el desarrollo de personas con TEA

dependiendo de la gravedad del trastorno, entre el 2 y el 15 % de los niños con autismo llegan a un nivel intelectual normal, mientras que el 33 % pueden funcionar independientemente cuando llegan a la edad adulta.

Como tal no existe alguna cura para el TEA, pero existen muchos tratamientos disponibles para que puedan obtener un óptimo desarrollo, de acuerdo con la Academia Estadounidense de Pediatría (2019), los tratamientos enfocados al comportamiento y comunicación ofrecen estructura, dirección y organización para la persona, además se fomenta la participación familiar para concientizar y sensibilizar a las personas cercanas a estos casos.

Algunos más están enfocados en cubrir el desarrollo de las competencias básicas del desarrollo en ciertas edades y reducir las conductas problemáticas o limitaciones de los niños. Otros suelen utilizar un solo método o técnica para intervenir sobre síntomas o problemas específicos, independientemente de cuál sea el método de aprendizaje en la intervención, este estará adecuado a las necesidades presentes. De esta forma el ambiente debe ser altamente estructurado e incluir profesores de educación especial, terapia de lenguaje, tratamiento vocacional y entrenamiento en habilidades adaptativas.

Se ha planteado la calidad de vida como un factor importante en cualquier trastorno para esbozar la evolución de este, además de tener más consideraciones dentro de la sociedad para que puedan alcanzar un mejor desarrollo psicosocial. A través de un modelo multidimensional las personas con autismo pueden elevar su calidad de vida, generar un bienestar físico y emocional, de este modo se puede mejorar el desarrollo psicosocial y así alcanzar mayores resultados que los de la población en general.

Aquellas personas que tienen acceso temprano mejoran significativamente de acuerdo a estudios y seguimientos realizados en niños con Trastorno del Espectro Autista, esto no es una característica exclusiva de alguna enfermedad o trastorno, sin embargo:

La detección temprana del TEA es de suma importancia para un desarrollo óptimo de las personas afectadas y su justificación última reside que permite mejorar el pronóstico global de las personas con TEA y aumentar la calidad de vida de los niños, promoviendo así su futura inserción social (Olga, Castro Sánchez y José Juan, 2013).

La investigación planteada permitirá conocer en mayor medida cómo es el desarrollo de una persona con TEA, visualizando la relación con el tratamiento mediante métodos de aprendizaje y calidad de vida que son detonantes para alcanzar cierto nivel de desarrollo de acuerdo con la amplia gama de expectativas que se pueden alcanzar.

El tema de investigación principal cuenta con el suficiente acceso a la información referente al TEA, sus características diagnósticas, así como los tratamientos empleados y los métodos que permiten el aprendizaje, desarrollo y adaptación de las personas con este diagnóstico.

Objetivo general

Analizar los métodos de aprendizaje empleados en el tratamiento de un sujeto con TEA para potenciar su desarrollo, tratando de reconocer la influencia de la calidad de vida en el desarrollo y tratamiento.

Objetivos Particulares

- Analizar los métodos de aprendizaje que emplea una persona con TEA.

- Identificar qué estrategias de aprendizaje favorecen en mayor medida a un sujeto con TEA para potenciar su desarrollo.
- Reconocer la influencia de la calidad de vida en el tratamiento de una persona con TEA.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las estrategias empleadas en los métodos de aprendizaje potencializan el desarrollo de una persona con TEA.

La calidad de vida tiene influencia en la evolución del tratamiento debido a que los factores relacionados con el ambiente tienen un impacto directo sobre el éxito o fracaso de este.

I. TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

1.1 Definición

La incorporación del término “autismo” al significado actual se debe a Leo Kanner, tras la aparición en 1943 del que se puede distinguir como el artículo fundacional del autismo actual "*Autistic disturbances of affective contact*", donde describe la preocupación de cada niño por los objetos, las repeticiones monótonas, la insistencia en la coherencia y las deficiencias del lenguaje, entre otras conductas características del Trastorno Autista según la época.

Más investigadores estaban interesados en el tema, así como el pediatra Hans Asperger, quien en 1944 publicó observaciones muy similares a las de Kanner, sin tener alguna influencia de este último, estas observaciones describen patrones de conducta en niños autistas; y no fue hasta 1981 que con el fin de difundir estos hallazgos, fueron traducidos a otros idiomas por Lorna Wing, quien atribuye el término “*Síndrome de Asperger*”, que en 1970 ya había sido utilizado por el psiquiatra Gerhard Bosch quien ubicaba dicho síndrome dentro del autismo.

Actualmente “el Trastorno del Espectro Autista incluye trastornos previamente llamados Autismo de la primera infancia, Autismo infantil, Autismo de Kanner, Autismo de alto funcionamiento, Autismo atípico, Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, Trastorno desintegrativo de la infancia y Trastorno de Asperger” (American Psychiatric Association, 2014).

Así como ha cambiado la clasificación del autismo también se ha enriquecido la práctica diagnóstica, esto ha permitido ampliar la comprensión y los modelos de intervención; los avances tanto a nivel psiquiátrico como terapéutico están

generando progresos importantes, proporcionando un diagnóstico temprano para realizar la intervención adecuada a cada caso, de forma específica y personalizada.

De acuerdo con el DSM V (2014) el trastorno forma parte de los Trastornos del neurodesarrollo, los trastornos se manifiestan normalmente de manera precoz y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional:

Según el DSM V (2014) el Trastorno del Espectro Autista (TEA) se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits de la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits de la comunicación social, el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo.

Los rasgos conductuales empiezan a ser evidentes en la primera infancia, “Algunos niños con un TEA parecen desarrollarse normalmente hasta los 18 a 24 meses de edad y después dejan de adquirir destrezas nuevas o pierden las que tenían antes” (Bhushan, 2005), incluso se observa una paralización o una regresión del desarrollo con deterioro gradual o relativamente rápido de los comportamientos sociales o el uso del lenguaje durante los primeros 2 años de vida.

Las manifestaciones del trastorno también varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel del desarrollo y la edad cronológica; de ahí el término “*espectro*”, además de que los síntomas cambian con el desarrollo. Las características diagnósticas centrales del TEA cambian a la par del desarrollo, aunque hay características que siempre están presentes.

a. Comunicación y Lenguaje

Cada persona con TEA tiene distintas cualidades en cuanto a su comunicación debido a un deterioro intelectual y/o del lenguaje, varios individuos tienen deficiencias lingüísticas que varían entre la ausencia completa del habla por retrasos del lenguaje, hasta la escasa comprensión del habla, la ecolalia o el lenguaje poco natural y demasiado literal.

“La mayoría de los niños autistas muestran un retraso marcado en el empleo del lenguaje, y aun aquellos que utilizan palabras y frases manifiestan a menudo ciertos patrones desviados del lenguaje” (Paluszny, 1998). Las deficiencias en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social se manifiestan por poco contacto ocular, gestos y expresiones faciales, una posición corporal o una entonación de la voz que están disminuidos o ausentes, o son atípicos, ya que la voz del niño autista es monótona con un timbre anómalo y disperso. El lenguaje que existe muchas veces es unilateral, carece de reciprocidad social y se utiliza para pedir o clasificar más que para comentar, compartir sentimientos o conversar.

Aunque estén presentes estas alteraciones, el autista forma un sistema personal de comunicación asociado a su mundo, en el que escucha el lenguaje y lo relaciona con un significado de manera precisa que el mismo otorgó de acuerdo a su comprensión, es decir, emplea significados idiosincráticos a los estímulos que presencia.

Las deficiencias verbales y no verbales de la comunicación social tienen diferentes manifestaciones según la edad, el nivel intelectual y las capacidades lingüísticas del individuo, además de la historia del tratamiento y la ayuda actual.

b. Habilidades Psicosociales

El TEA implica un cambio en el proceso de la interacción social, como puede ser la adaptación al medio y las habilidades que se construyen sobre la interacción socioemocional. Para explicar esto Folch e Iglesias (2018) retoman la teoría de la mente y mencionan que “el problema central del autismo es un déficit cognitivo básico que cursa con la incapacidad para atribuir a los demás ciertos estados mentales, como son las intenciones, los deseos y los pensamientos”, lo cual los lleva a realizar escasos intentos de interacción con las personas, sin embargo, hay personas con TEA que desarrollan estrategias cognitivas alternativas para relacionarse con su mundo físico.

Puede haber una obvia preferencia por las actividades solitarias, como lo describe Paluszny (1998) en los niños el juego puede ser en términos de movilidad y sensación en lugar de ser simbólico, que básicamente son autoestimulantes para el niño autista por las sensaciones que percibe.

Puede haber un interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por el rechazo a las otras personas, que va desde la pasividad o insistencia en permanecer en un estado que no perturbe su tranquilidad, hasta un trato inapropiado que parece agresivo o destructivo por no saber cómo reaccionar de manera recíproca.

c. Patrones de Comportamiento

Uno de los síntomas particulares del Trastorno del Espectro Autista es la tendencia de patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, esto incluye intereses poco habituales y demasiado específicos, seguir determinadas rutinas, obsesión con la organización y movimientos corporales repetitivos.

Los intereses muy restringidos y fijos en el TEA tienden a ser anormales en su intensidad o foco de inclinación:

Algunas fascinaciones y rutinas pueden tener relación con una aparente hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales, que se manifiesta por respuestas extremas a sonidos o texturas específicos, oler o tocar objetos excesivamente, fascinación por las luces o los objetos que giran y, a veces, una aparente indiferencia al dolor, el calor o el frío. (American Psychiatric Association, 2014).

Este aspecto Bhushan (2005) lo nombra *autoestimulación* o *conductas estereotipadas*, que incluyen las estereotipias motoras simples, como el movimiento en las manos; el uso repetitivo de objetos, como alinear juguetes o tener los objetos en el mismo lugar; y el habla repetitiva o el uso del pronombre "tú" refiriéndose a uno mismo. Los intereses especiales pueden ser una fuente de placer y motivación, y pueden ofrecer vías para la educación y el empleo en fases posteriores de la vida, esto puede generar estrategias que beneficien el adiestramiento y aprendizaje del niño autista.

d. Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas son fundamentales para conseguir objetivos y planificar acciones, además de modificar dichas planeaciones durante la realización de las mismas, en el caso de la persona con TEA hay algunas deficiencias que se pueden hacer presentes desde la infancia.

Una característica temprana del TEA es una alteración en la atención compartida que se manifiesta por incapacidad para señalar con las manos o para mostrar o llevar objetos cuyo interés pueda compartirse con otros, o por incapacidad para seguir cómo otro señala con las manos o dirige la mirada.

Muchas veces existen deficiencias motoras, a veces estas alteraciones pueden causar ciertas lesiones en el niño, ya que sus movimientos pueden ser dar golpes en la cabeza, contra la pared o morder sus manos. Algunos individuos presentan un comportamiento motor similar a la catatonia, por ejemplo, hacer más despacio cierta acción o inmovilizarse en medio de esta, pero éstos no alcanzan normalmente la magnitud que se observa en un episodio catatónico.

1.2 Diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista

Existen instrumentos diagnósticos estandarizados y con buenas propiedades psicométricas, como entrevistas con los cuidadores, cuestionarios y medidas observacionales de los clínicos, pero en cuanto al diagnóstico del TEA se deben seguir los siguientes criterios diagnósticos que se encuentran detallados en el DSM V de la American Psychiatric Association (2014). “Cuando la observación clínica sugiere que actualmente se cumplen los criterios, se puede diagnosticar el TEA siempre que no haya pruebas de una buena capacidad social y de comunicación durante la infancia” (American Psychiatric Association, 2014).

Criterios diagnósticos

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos

sentidos, pasando por la disminución en intereses, 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.

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

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., 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 (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., 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).

C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del período 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 o por el retraso global del desarrollo.

1.3 Grados de Autismo

La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos, para definir el grado el DSM V

(American Psychiatric Association, 2014), maneja los especificadores de gravedad descritos en la tabla 1, “pueden utilizarse para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría estar por debajo del nivel 1), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo” (American Psychiatric Association, 2014).

Tabla 1 Descripción de los grados de autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos o repetitivos Interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda in situ, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad del 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.

Nota: American Psychiatric Association (2014).

II. ETAPAS DEL DESARROLLO HUMANO

El concepto de *desarrollo humano* se entiende como la forma en que las personas evolucionan desde las primeras fases de vida hasta las últimas, Papalia et al. (2005) considera que “las investigaciones del desarrollo humano pretenden delinear, exponer, pronosticar, cambiar el proceder del individuo” (pp.6). Hay que tomar en consideración que el desarrollo tiene un componente objetivo y subjetivo, es decir, que tanto tendrá que ver el ambiente y aspectos medibles, como también la percepción y vivencias del sujeto:

La investigación de Piaget se centró fundamentalmente en la forma en que adquieren el conocimiento al ir desarrollándose. Estaba convencido de que el desarrollo cognoscitivo supone cambios en la capacidad del niño para razonar sobre su mundo. (Meece, 2000, p.1)

De manera paralela, Vygotski considera que en el desarrollo de una persona influye la sociedad donde se desenvuelve, dinámica familiar, formas de enfrentamiento y resolución de conflictos, por lo que las emociones mantienen un papel importante en este factor.

También se hace hincapié en los factores biológicos, los cuales son agentes de cambio en el desarrollo humano, ya que la persona tiene una evolución multidimensional la cual comprende desde las emociones del sujeto, percepción, pensamiento, lenguaje, hasta aspectos físicos.

Los hitos del desarrollo es lo que permite evaluar el progreso de un infante, estas son todas las conductas que se observan en los niños durante su crecimiento y se toma como estándar para medir qué tanto un niño se adecua a los patrones normales de desarrollo.

2.1 En la Infancia

Es la etapa comprendida desde la concepción hasta los 11 años, durante este periodo existen múltiples factores que pueden intervenir con el desarrollo del infante, los genes que heredó a través de sus padres determinarán sus rasgos físicos, cognitivos y psicológicos. Por lo que una enfermedad o las conductas no solo son adquiridas debido al ambiente, también pueden ser heredadas a través de los genes, estas enfermedades influyen en el patrón normal del desarrollo de un individuo dependiendo de su gravedad.

a. Desarrollo Físico

El crecimiento corporal es de los aspectos más notables del desarrollo físico, la infancia es el periodo de mayor crecimiento, estos cambios están ligados al entorno, la alimentación, actividad física, etc.

De acuerdo con Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2014) a partir de los 8 meses hasta el año de vida aprenderá a gatear y sentarse sin necesidad de apoyo, a ponerse de pie y empezará a notarse más su lateralidad. Para el segundo año de vida, tendrá más equilibrio en todos sus movimientos, aprenderá a coordinar mejor los movimientos ojo-mano; y en el tercer año de vida, será capaz de caminar, saltar con ambos pies y se ha desarrollado casi en su totalidad la motricidad gruesa.

A partir de los 4 años tiene la capacidad de mantener el equilibrio, empieza el desarrollo motriz fino; suele encargarse de sus propias necesidades fisiológicas. De igual forma a los 6 o 7 años la psicomotricidad fina se desarrolla a niveles destacables por lo que los niños aprenden a escribir con precisión y realizar movimientos coordinados.

b. Desarrollo Cognitivo

Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2014) señalan que a los 4 años la mayoría de los niños ya pueden entender su propio nombre, comprenden algunos símbolos numéricos y son capaces de nombrar algunos colores, también pueden diferenciar los objetos, empiezan a ser conscientes que existen sucesos que están conectados, aunque muchas veces la interpretación no es lógica, durante el juego les gusta simular debido a que este se vuelve más creativo. Así mismo se menciona la definición de Piaget sobre que “los niños comprenden el mundo con esquemas, estructuras psicológicas que organizan la experiencia”, estas formas de aprendizaje que Piaget denomina “*esquemas*” son adaptables en conjunto con el crecimiento del infante.

Conforme a Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2014) durante esta etapa los niños suelen usar frases cortas, pero hablan con la suficiente claridad para entenderles, son capaces de describir algunos acontecimientos ocurridos y recuerdan partes de una historia. También los niños empiezan a aprender poco a poco a desarrollar su atención, debido a que los estímulos se vuelven más familiares, y aprenden a expresarse bien por medio de palabras, aunque a veces les tome dificultad pronunciarlas.

El pensamiento mágico, el cual es común en edades anteriores, va desapareciendo y comienzan a entender la relación de causa y efecto, en esta etapa comienzan a entender la relación tiempo y espacio. En un principio los infantes aprenden de su entorno a través de lo que el psicólogo ruso Iván Pávlov denomina *condicionamiento clásico*, el cual consiste en una forma de aprendizaje donde se vincula un estímulo neutro con una respuesta que fue producida originalmente por

otro estímulo. Por lo que ese tipo de condicionamiento es importante ya que al Infante al percibir un estímulo él se podrá dar una idea de lo que sigue después.

Durante la edad preescolar se desarrolla la memoria autobiográfica por lo que recordará sucesos significativos en la vida, una vez que la memoria se encuentra más desarrollada los infantes son capaces de comprender conceptos numéricos y aumentar sus habilidades académicas como aprender a leer o escribir.

A partir de los 7 años los niños son capaces de seguir instrucciones adecuadamente, es importante estructurar las tareas a realizar para que el entendimiento de estas sea más factible, tratan de regular su propio comportamiento, de igual forma habrá desarrollado su lenguaje materno hasta cierto punto en donde sea entendible y aceptable

Se desarrolla el pensamiento concreto lo que le permite al niño aprender a separar y dividir, ordenar y transformar, esta es la fase en donde empiezan a tener su propia visión del mundo, la cual puede ser flexible y cambiar continuamente, y comienzan a mostrar una inclinación por algún estilo de aprendizaje

c. Desarrollo Psicosocial

Durante los primeros 6 meses de vida los bebés manifiestan su desarrollo psicosocial a través de la satisfacción que les brinda un sentimiento placentero, el interés de las cosas desconocidas que les causa sorpresa y sentimientos de tristeza o enojo.

A partir del primer año de vida los niños van adquiriendo confianza a través de sus padres y en base a esto conforman una relación de apego. Existen otros factores implicados en el modo de relacionarse de los niños, como los padres, ya que las enseñanzas brindadas por los padres son la principal forma en la que los

infantes aprenden a resolver las situaciones que puedan surgir y el modo de relacionarse con otros, cuando existe una relación sana y armoniosa dentro del ámbito familiar los menores tenderán a buscar y propiciar interacciones de la misma naturaleza.

Es en esta etapa que empiezan a sentir la responsabilidad de ayudar a las personas cercanas a ellas y preocuparse por ellos, esto es más común cuando este tipo de conductas son comunes en su entorno. De igual manera se interiorizan las normas morales que hasta este punto el ambiente ha proporcionado y empiezan a adquirir diferentes perspectivas por lo que la capacidad de empatizar con la gente a su alrededor crece y promueve que el niño se relacione de una manera positiva con su entorno.

Un factor primordial durante esta etapa es la autoestima que ha desarrollado, un derivado de este factor es la confianza, cuando un niño tiene una confianza sana tendrá interacciones adecuadas y estables, por el contrario, una mala autoestima acarrea una competencia social poco adecuada por lo que será una persona con menos habilidades sociales, y como consecuencia menos interacciones sociales.

2.2 En la Adolescencia

El término “*adolescencia*” hace referencia a la etapa en la que ocurre un proceso de crecimiento que lleva al ser humano a transformarse en un adulto con cualidades y habilidades propias, la adolescencia ha sido definida tradicionalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre los 10 y 19 años de edad, estos parámetros pueden variar, sin embargo, actualmente es el rango en que la población comienza a manifestar los rasgos de la pubertad. Las características del

desarrollo normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el progreso alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, el desarrollo puberal (como los cambios físicos y hormonales) y el desarrollo cerebral propio de este período y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales:

La tarea central de este período fue definida por Erikson como la búsqueda de la identidad, lo cual involucra la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional, y que el joven defina una ideología personal que incluya valores propios (Gaete, 2015).

Otra tarea del desarrollo en la adolescencia es el logro de la autonomía, que le permitirá tomar decisiones, asumir funciones y responsabilidades que lo encaminan a la autosuficiencia.

a. Desarrollo Físico

La adolescencia comienza con la pubertad, que denota dos tipos generales de cambios físicos que marcan la transición de la niñez a la edad adulta, los primeros son los cambios corporales, como el incremento en la talla y el peso; el segundo tiene que ver con la maduración sexual, como el cambio en los órganos reproductivos y la aparición de características sexuales secundarias, como el vello facial y corporal, y el aumento de los senos.

Los cambios de la pubertad conlleva a que en las niñas se presente la menarquia, el inicio de la menstruación; y para los niños la pubertad inicia con el crecimiento de los testículos y el escroto, seguido por la aparición de vello púbico y el crecimiento del pene. A la edad de 13 años, la mayoría de los niños experimentan la espermarquia, la primera eyaculación espontánea de fluido con espermatozoides:

En esta etapa el desarrollo cerebral termina por completarse en función de la mielinización, que es la adquisición del aislamiento adiposo gracias al cual las neuronas transmiten información con más rapidez; y la depuración sináptica, que es la supresión de las conexiones innecesarias entre las neuronas (Wozniak, 2006).

Esto quiere decir que las diferentes regiones del cerebro están bien conectadas transportando información rápidamente, lo que significa que los adolescentes procesan la información de manera más eficiente que los niños. También alcanza la madurez el sistema límbico, la amígdala es más activa dando lugar a la regulación de las experiencias de recompensa, placer y emoción; en cambio los sistemas de la corteza frontal relacionados con el control deliberado del comportamiento aún se están desarrollando durante la adolescencia.

b. Desarrollo Cognitivo

Los cambios en la eficiencia del procesamiento de información reflejan la maduración del cerebro descrita anteriormente, ya que la mielinización contribuye a que los impulsos nerviosos viajen más rápido permitiendo a los adolescentes aprender, comprender, recordar más experiencias nuevas y aumenta el control de impulsos a la gratificación.

Gaete, V (2015) mencionar que, en base a los conocimientos ya adquiridos del adolescente, se desarrollan los procesos cognitivos superiores, permitiendo un mayor orden de la información almacenada, de acuerdo con Vygotsky estos se desarrollan por la cultura y por el lenguaje, ya que el conocimiento es adquirido por el medio que rodea al adolescente y las interacciones que mantiene. Durante esta etapa los adolescentes tienen más probabilidades de resolver los problemas de manera analítica, es decir, determinando una respuesta de manera matemática o

lógica según la naturaleza del problema y esto se debe a que son capaces de tener representaciones mentales. De acuerdo con las investigaciones de Piaget, durante esta etapa se avanza desde el pensamiento concreto (operatorio concreto) al abstracto (operatorio formal):

El adolescente alcanza el pensamiento operatorio formal mediante un proceso gradual que lo dota de habilidades de razonamiento más avanzadas. Estas incluyen, entre otras, la habilidad de pensar en todas las posibilidades y la de razonamiento hipotético-deductivo, que le permiten una mejor resolución de problemas a través de explorar una amplia gama de alternativas de manera sistemática y lógica deduciendo también sus posibles consecuencias (Gaete, V, 2015).

Siguiendo a Gaete, V (2015) se presenta un incremento de las habilidades de pensamiento abstracto, razonamiento y de la creatividad, además que el adolescente ya no acepta la norma, sino hasta conocer el principio que la rige, está posibilidad de razonamiento le lleva a analizar sobre su propia persona y los demás, también a ser crítico con sus padres y con la sociedad en general. Además, lo faculta para entender y construir teorías (sociales, políticas, religiosas, filosóficas o científicas), participar en la sociedad y adoptar una actitud analítica con relación a las ideologías de los adultos, también se desarrolla habilidad de planificación futura.

Para conformar las representaciones mentales el sistema cognitivo se vale de una serie de mecanismos conocidos como funciones ejecutivas que se ocupan de autorregular la actividad mental, entre ellos se encuentran la memoria de trabajo, el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la planificación. Cabe mencionar que durante esta etapa hay un especial cambio en la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento, lo que les permite procesar de manera eficiente la información,

su mayor conocimiento del mundo les facilita la comprensión y el recuerdo de nuevas experiencias.

“A medida que su conocimiento de contenido aumenta, los adolescentes también se vuelven más diestros para identificar las estrategias adecuadas para tareas específicas, entonces hacen un seguimiento de la estrategia elegida para verificar que funcione” (Kail y Cavanaugh, 2014). Esto se da porque el adolescente piensa de forma abstracta y reflexiva, abordando las problemáticas de modo sistemático, por lo que formula hipótesis, determina como compararlas y excluye las que resulten falsas, Piaget dio el nombre de pensamiento hipotético-deductivo a la capacidad de generar y probar hipótesis.

c. Desarrollo Psicosocial

Durante esta etapa los adolescentes están conscientes de los cambios que tienen sus cuerpos, lo cual puede influir en su desarrollo psicológico, como en su autoimagen, la seguridad y confianza que tienen sobre sí mismos haciéndolos vulnerables ante ciertos factores de riesgo, como trastornos alimenticios, anímicos o conductas autodestructivas.

El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, y asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos a los suyos, por lo que tienden a comparar frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos culturales. También los adolescentes a menudo cambian de actividades y escenarios sociales durante al día, parecen ser más inestables anímicamente que los adultos, caracterizando esta etapa por la inestabilidad de sus estados de ánimo, de acuerdo con Kail y Cavanaugh, (2014) “Existe labilidad emocional con rápidas y amplias fluctuaciones del ánimo y de la

conducta, una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, y necesidad de gratificación inmediata y de privacidad”

Gaete, V (2015) retoma a Erikson, quien sostenía que los adolescentes enfrentan una crisis entre su identidad y la confusión de roles, esta crisis tiene que ver con la labor de equilibrar el deseo de probar muchos yo posibles, y la necesidad de elegir un yo único, por lo cual emplean las habilidades de razonamiento hipotético de la etapa de operaciones formales para experimentar diferentes personalidades y aprender más sobre las posibles identidades. El adolescente comienza a definir su personalidad e identidad en base a sus intereses y motivaciones, adoptando principios personales que le identifican como un ser en particular entendiendo que forma parte de un grupo social.

En el aspecto del desarrollo moral, de acuerdo con Kohlberg, se avanza desde el nivel preconventional al convencional, el identifica 3 niveles de razonamiento moral con dos etapas cada uno, a lo largo de seis etapas la base del razonamiento moral cambia. En las primeras el razonamiento moral se basa en fuerzas externas, como la promesa de recompensa o la amenaza de castigo, “en los niveles más avanzados, el razonamiento moral está basado en un código moral interno y personal, inmune a la influencia de las expectativas de la sociedad o de otras personas” (Kail & Cavanaugh, 2014).

El razonamiento de los adolescentes se encuentra en el nivel convencional, basando sus decisiones morales en las expectativas de los demás (por ganar la aprobación de otros y mantener el orden en la sociedad), sin embargo, esta no es una norma, el razonamiento moral puede estar en un nivel más avanzado en ciertas situaciones, e igual puede ser menos sofisticado en otras cuestiones.

La forma en que el adolescente toma decisiones estará involucrada con acatar indicaciones de figuras de autoridad y después incluir principios abstractos como la justicia, compasión e igualdad, formando su propio código moral personal.

2.3 En la Juventud

Es común que las personas que pasan por esta etapa del desarrollo ya no se sientan adolescentes, pero tampoco lo suficientemente grandes como para denominarse adultos. Esta confusión se debe a múltiples factores desde sociales hasta emocionales, en México al llegar a los 18 años lo denominan la edad legal y entonces se puede pensar que cuando una persona llega a ese número puede denominarse adulto, pero lo cierto es que incluso cuando alguien rebasa esa edad puede no sentirse adulto debido a que no ha asumido muchas de las responsabilidades que esa etapa conlleva.

a. *Desarrollo Físico*

Para este punto del desarrollo, la persona ha alcanzado su estatura definitiva, se encuentra en el mejor punto de sus capacidades físicas. “De hecho, sólo alrededor de 1% de los adultos jóvenes tienen una capacidad limitada debido a una condición relacionada con la salud” (Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C., 2014, p.414). Por lo que en esta etapa generalmente se goza de buena salud física y el desarrollo físico en este punto ya no es tan cambiante como en las anteriores etapas. Una variable que puede afectar el desarrollo físico son los hábitos y el estilo de vida por ejemplo, el tabaquismo, el consumo de alcohol, alimentación poco saludable o una vida sedentaria.

b. Desarrollo Cognitivo

A comparación del desarrollo físico, el cognitivo es cambiante a lo largo de la vida, debido a la capacidad de seguir aprendiendo, es importante mencionar que para este nivel de desarrollo ya se han obtenido ciertos conocimientos a través de la experiencia, la cultura y educación que se haya recibido.

Los jóvenes empiezan a razonar de una manera inductiva, su conocimiento ya no solo se basa por la información proporcionada, sino que están en continúa construcción de diferentes opiniones. Al empezar a desarrollarse un pensamiento reflexivo, los jóvenes empiezan a tomar en cuenta que las respuestas correctas e incorrectas son relativas y pueden variar de acuerdo con la situación, y así comienzan a emitir juicios reflexivos donde pretenden analizar el contexto y no la situación como objeto particular debido a que el uso de la lógica en el pensamiento amplía la visión que se pueda generar sobre el ambiente.

c. Desarrollo Psicosocial

Durante esta etapa, la identidad se basa en todas las experiencias que se han vivido y las opiniones que se generan de estas, la construcción de la historia de vida que la propia persona ha hecho tiene que ver con todas las interacciones que ha tenido desde las etapas más tempranas del desarrollo hasta la actualidad.

Los jóvenes empiezan a tener objetivos sobre qué quieren llegar a ser, y estas metas planteadas pueden ir desde el ámbito familiar hasta lo ocupacional, muchos en esta edad también empiezan a preocuparse por su salud y apariencia física. Aunque si bien los seres humanos nunca terminan de desarrollarse, en cada etapa de su vida lo van haciendo de distinta manera hasta un punto en el que ya no es tan perceptible el desarrollo y sin embargo sigue existiendo.

III. CARACTERÍSTICAS EN EL DESARROLLO DE UNA PERSONA CON TEA

Desde las descripciones iniciales de Kanner (1943) y Asperger (1944), se ha buscado una explicación a este trastorno a través de abundante investigación científica y de las descripciones de las propias personas con TEA y para facilitar esta comprensión, se han desarrollado algunas teorías que tratan de explicar el TEA de forma global.

De acuerdo con el DSM V (2014). el mismo diagnóstico del TEA se hace en base en la comprobación de un listado de dificultades (comunicativas, sociales y un repertorio restringido de conductas e intereses) eso genera que conductas como movimientos estereotipados sean a su vez la causa del diagnóstico, como el síntoma del trastorno.

Esto promueve un restablecimiento de la percepción del autismo, por lo cual este listado de dificultades ya se describe desde los primeros años de vida, facilitando la atención temprana y la preparación de especialistas para tratamientos enfocados a las propias destrezas del autista a lo largo de su vida. Por lo tanto, algunos de estos síntomas dan pauta a métodos de aprendizaje y de adaptación adecuados obteniendo un desarrollo óptimo en base a sus capacidades.

Sin embargo, se reconoce que hay casos en los que el autista se ve limitado en aspectos cognitivos y sociales que conforme va creciendo requiere la supervisión de un tutor para suplir sus necesidades, es por ello que la detección del trastorno desde la infancia se vuelve primordial ya que se identifican los síntomas y la gravedad de los mismos, estos pueden evolucionar hasta volverse estrategias adaptativas o suprimirse.

3.1 En la Infancia

Las primeras sospechas de los padres y madres, en cuanto al desarrollo normal del niño, se realizan como media a los 3 y 4 años de edad, el Grupo de Estudios del Trastorno del Espectro del Autismo (GETEA) expone que la mitad de los progenitores de su investigación tuvieron sospechas de que algo no iba bien en el desarrollo de sus hijos antes de los tres años, resulta significativo el tiempo que transcurre entre estas primeras sospechas y el momento del diagnóstico final.

Con el tiempo se han realizado diversos estudios en las primeras instancias de crecimiento del niño autista, revelando que hay ciertos indicadores que se pueden observar en la conducta de un menor que puede derivar en el TEA, como que a los 12 meses tienden a observarse una serie de marcadores:

Entre ellos se incluyen los déficits en la atención conjunta, la respuesta limitada al nombre, retrasos en la comunicación verbal y no-verbal, la exploración atípica de los objetos, retraso motor, algunas conductas repetitivas, diferencias en el temperamento y menor capacidad imitativa (Álvarez, A. et.al.,2018).

Estas características se denotan en ámbitos cognitivos o de interacción social, no hay indicios físicos relacionados con el TEA o deficiencias en el desarrollo físico que se vean involucradas con el trastorno, la presencia de estos se puede deber a otras comorbilidades.

a. Desarrollo Cognitivo

Actualmente ya se cuentan con diversos instrumentos que permiten la detección temprana del autismo además de los indicadores que presencian los padres por medio de la observación, algunos de estos se mencionan en la tabla 2.

Sin embargo “no existen marcadores biológicos específicos que puedan identificar de manera fiable a los niños con un posible potencial de autismo, por lo que es importante utilizar de la manera más eficaz posible los procedimientos de identificación existentes” (Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., 2020) por lo cual se pueden mencionar algunos indicadores de acuerdo a los primeros años:

Tabla 2 *Indicadores de posible autismo*

12 meses	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo
	Llanto intenso, frecuente, que sigue siendo difícil de interpretar. Si las hay, menos de 15 palabras.
24 meses	A veces las palabras “se pierden” No desarrollan gestos Limitación en gestos de señalar, si existen.
	Muchas ecolalias, poco lenguaje creativo
3 años	Pobre articulación en 1 o 2 hablantes La mitad o más de los niños con autismo, no tienen lenguaje a esta edad
4 años	Combinan 2 o 3 palabras creativamente. La ecolalia persiste.
	Algunos piden verbalmente No comprenden/expresan conceptos abstractos
5 años	No pueden conversar Ecolalia Preguntas escasas y repetitiva

Nota: Álvarez, A. et al., (2018)

De acuerdo con estudios de neurología y genética se sabe que una causa del autismo podría ser por anomalías cerebrales, es decir que ciertas áreas del cerebro del autista funcionaran de manera diferente al resto.

En cuanto a la teoría de la mente en las personas con TEA, esta capacidad de mentalización no se lleva a cabo como el resto, pareciera que hay una especie de “ceguera” ante las mentes de los demás e incluso ante la propia, a partir de este punto se podría explicar las dificultades a nivel social y comunicativo. “Numerosas investigaciones han demostrado las dificultades de las personas con TEA en los procesos mentales propios y ajenos” (Álvarez, A. et al., 2018), como por ejemplo el reconocer las intenciones de los demás, el juego simbólico, falta de imaginación, inferencias de estados emocionales y direcciones de la mirada, nula comprensión del sarcasmo, metáforas, bromas e ironías.

Diversas investigaciones hablan de las funciones ejecutivas como un déficit primario en el autismo universal, por lo que son frecuentes los déficits en la memoria de trabajo, en la capacidad de planificación y en la flexibilidad, esto se ve reflejado en su día a día, principalmente en la resistencia al cambio que pueden mostrar.

La planificación requiere la organización de pensamientos orientados a un corto o largo plazo mediante representaciones mentales y propósitos, y en el caso de los niños con TEA hay una dificultad para aceptar dichos cambios que se relaciona con la inflexibilidad y una limitación de anticiparse a los hechos; esto también conlleva a una limitación de la creatividad, de la espontaneidad y de la adaptación a los entornos. Por otra parte, hay una percepción fragmentada de la realidad ya que la información proveniente de sus sentidos se centra en detalles particulares y no las llega a integrar en un todo:

Muchos menores con TEA, perciben diferente los estímulos externos: sonidos, imágenes, olores, etc. Algunos perciben con intensidad intolerable sensaciones que son normales para los demás, hasta el punto que les molestan y les impiden seguir con su actividad. Otros en

cambio, quedan ensimismados en estímulos concretos que les resultan fascinantes. Pueden tolerar muy bien el dolor, el frío o la sensación de hambre lo que les hace parecer insensibles a estos estímulos.” (Álvarez, A. et al., 2018).

b. Desarrollo Psicosocial

Los niños con TEA utilizan conductas ritualizadas por qué les ofrecen seguridad, hay probabilidad de que un detalle o conducta puede permanecer para no sentir ansiedad o frustración, ya que para ellos literalmente es “el modo en que se hacen las cosas” y cómo funciona su mundo. Las personas con TEA tienen un estilo de percibir el mundo diferente, es decir, en la que hay una suma de pequeños procedimientos que dan la sensación de orden.

Como explicación a esta cuestión se puede mencionar, la teoría de la coherencia central débil “formulada por Francesca Hipé y Uta Frith en 1989 y trata de explicar la dificultad que presentan las personas con TEA para integrar la información en un único todo coherente y general; focalizando su atención en pequeños detalles” (Álvarez, A. et al., 2018).

Esta manera de percibir la información provoca dificultades importantes en muchos ámbitos, incluido el terreno socioemocional, ya que hay muchas claves en el entorno que permiten a las personas desenvolverse de forma adecuada en contextos sociales e interacciones interpersonales, a partir de este argumento y la teoría de la mente se justifica la dificultad para reconocer emociones.

Desde un modelo afectivo-emocional se propone que las emociones y los afectos serían los primeros pasos para el acceso intersubjetivo, esto es la capacidad para conocer y comprender los estados mentales de los demás durante la interacción. Por lo tanto, las personas con TEA tendrían dificultades específicas

para procesar estímulos emocionales, “se propone que en muchas personas con TEA son muy escasos o nulos los indicios de percibir a otra persona como un sujeto” (Salmerón, G) como consecuencia de las carencias que presentan en relación con el establecimiento de relaciones intersubjetivas, aparecen dificultades para empatizar con las personas:

Por otra parte, se menciona que hace más de 20 años, varios informes de casos describieron una repentina regresión autista (pérdida del lenguaje y/o de las aptitudes sociales, cognitivas y motoras) en niños de 1 a 2 años de edad, que anteriormente habían mostrado un período de desarrollo normal (Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., 2020).

A los niños y niñas con TEA se les complica tomar la iniciativa al interactuar socialmente, esto se presenta alrededor de los 3 años de edad y se observan comportamientos diversos en la interacción social y la comunicación.

Interacción Social

- No mira directamente a las personas
- No tiene expresiones cálidas o de alegría.
- No responde cuando alguien lo llama por su nombre.
- No le llama la atención hacia las cosas ni le muestra objetos que le interesen.
- No comparte intereses ni disfruta con otras personas.
- Tiene un interés excesivo en objetos, acciones o actividades específicas, lo que interfiere con su interacción social.

Comunicación social

- Uso limitado de gestos, como dar, mostrar, saludar agitando la mano, aplaudir, señalar o asentir con la cabeza.

- Retraso en el habla o conversación social.
- Emisión de sonidos extraños o uso de un tono de voz fuera de lo común.
- Dificultad para usar al mismo tiempo gestos, contacto visual y palabras.
- Imitación de otras personas o juegos simbólicos limitados o nulos.
- Interrupción en el uso de palabras que solía decir.
- Uso de la mano de otra persona como herramienta.

3.2 En la adolescencia

Por las características y particularidades propias del TEA, al tratarse de una condición del neurodesarrollo, estas lo acompañan a la misma a lo largo de toda su vida, además de que en la etapa de la adolescencia ya debe haber un diagnóstico previo y algún proceso terapéutico y/o pedagógico enfocado a las capacidades del autista. Debido a lo cual, la etapa de la niñez es muy importante ya que será la base para el desarrollo en las siguientes etapas, las habilidades y aprendizaje que pueda obtener en sus primeros años determinarán el incremento en su potencial para desenvolverse hasta cierto nivel en su vida cotidiana.

Por lo tanto, sería recomendable que el adolescente esté vinculado a un equipo especialista de salud mental y que tenga apoyos o supervisión en los distintos ámbitos donde se desarrolla, además de prever las situaciones que se vuelven complicadas ante los cambios o tareas nuevas.

a. Desarrollo Físico

En el caso de los niños y niñas con TEA hay un desarrollo tardío de habilidades sociales y emocionales, pero es muy probable que experimenten los

cambios físicos de la pubertad dentro del periodo de tiempo típico, es decir que muchos adolescentes con TEA van a experimentar las sensaciones de un cuerpo maduro físicamente sin la madurez psicológica, emocional o social para comprender estas sensaciones.

Es importante darle tiempo al adolescente para que entienda los cambios que van a suceder, sobre todo en cuestión de higiene y cuidado personal, “normalmente, los niños muestran señales de pubertad cerca de los 11 o 12 años. Por lo general, las niñas experimentan cambios en sus cuerpos antes o cerca de los 9 o 10 años” (Red de Tratamiento del Autismo, 2014). De ahí en adelante no hay diferencias en el desarrollo físico del adolescente con TEA a comparación del resto sin el trastorno, cualquier aspecto diferente se puede deber a otra afección implicada.

Durante la pubertad se comenzarán a darle debida importancia a mantenerse limpios estableciendo nuevos hábitos, en niños con menor comunicación verbal se puede recurrir a apoyos visuales modificando el lenguaje y la información al nivel del niño para que sea comprensible lo que va a experimentar y las nuevas rutinas de higiene que debe aprender. Las adolescentes con TEA pueden experimentar la misma serie de síntomas del síndrome premenstrual, sin embargo, al ser hipersensibles cualquier sensación diferente que le haga sentir incómodo en cuanto a su cuerpo puede detonar conductas desafiantes si es que tienen problemas para regular sus emociones.

b. *Desarrollo cognitivo*

Las personas con autismo suelen ser bastante competentes en el procesamiento de características de estímulos (no sociales), pueden distinguir y

seleccionar objetos con características similares para agruparlos, esta tendencia de ordenar por etiquetas y los propios intereses de la persona con TEA suelen usarse como estrategias para la adquisición de aprendizaje y desarrollarse en nuevas actividades que requieran procesos más complejos.

Como se menciona en la etapa anterior hay un déficit en los procesos cognitivos básicos y funciones ejecutivas, el adolescente con TEA se ve expuesto a nuevos ambientes a los cuales se debe adaptar y poner en práctica las bases que tiene para desarrollarse lo más que se pueda:

En primera instancia se puede mencionar que las personas con TEA desarrollan una capacidad de atención dirigida hacia objetos, pero son incapaces de atender de forma holística al contexto en el que están contenidos dichos objetos, por lo cual no pueden comprender las operaciones y relaciones que se establecen entre éstos (Pérez, P., Martínez, L. 2014).

Esta peculiaridad, de dificultad en el desenganche, puede dar cuenta de una atención hiperfocalizada, por lo que las personas con este trastorno pueden permanecer centradas en algunos estímulos durante más tiempo. “Una alteración más o menos grave de las funciones ejecutivas, relacionada con la flexibilidad cognitiva y conductual, provoca alteraciones en la capacidad para generar objetivos y metas adecuadas y dificultad para generar nuevos comportamientos” (Álvarez, A. et al., 2018).

El ser humano actúa de manera propositiva, pensando en acciones futuras con intenciones determinadas y para orientar estas intenciones se necesitan de representaciones mentales del futuro; las alteraciones presentes dificultan todo este proceso ocasionando que haya inflexibilidad mental ante los cambios y conductas

restrictivas. Además, se cree que las alteraciones en las funciones ejecutivas podrían explicar la rigidez mental, la dificultad para afrontar situaciones nuevas, la limitación de intereses, el carácter obsesivo y trastornos de atención.

En cuanto al proceso del lenguaje hay un déficit presente desde la infancia “tienen un repertorio verbal para comunicarse muy limitado, y aunque logren expresarse, una vez más es posible notar distorsiones en forma de reversión de pronombres, repetición de preguntas o de sus propias vocalizaciones” (Paluszny, M, 1998), lo que al parecer está relacionado con el hecho de que evolutivamente las etapas de desarrollo de lenguaje formal en estos individuos están atrasadas en relación con el desarrollo normal. Hasta cierto punto desarrollan un modelo de comunicación propio otorgando significados a acciones, objetos y palabras determinadas para expresar lo que quieren, el cual puede permanecer en las siguientes etapas de vida.

Wing, L (1996) menciona un punto importante para contemplar y es el proceso de aprendizaje, este puede estar retrasado a comparación del resto de personas de su edad, pero de acuerdo a las capacidades que muestre el autista y el método pedagógico, puede comprender operaciones mentales o esquemas para organizar e interpretar el mundo como la seriación, clasificación y conservación, que de acuerdo con la teoría de Piaget esto normalmente se logra en la etapa de las operaciones concretas, es decir en la niñez.

Pero en el TEA no depende de los criterios de la edad sino de los logros obtenidos en la adquisición del aprendizaje, durante esta etapa de desarrollo se puede presenciar una comprensión del lenguaje sencillo y habilidades para comunicar (no necesariamente de forma verbal) lo que quiere o ve, capacidad de

permanecer en una tarea durante un tiempo limitado y contar con las habilidades básicas de memoria y discriminación, asociación, clasificación y emparejamiento de objetos, imágenes o dibujos.

Así mismo se puede mencionar la capacidad de lecto-escritura que se enseña enfocada a las capacidades con las que cuenta el individuo, algunas personas con autismo muestran un interés muy notorio para las letras y la escritura, y esto sumado a la gran capacidad de memoria visual que pueden tener hace que aprendan a la par del resto. En consecuencia, aprender a leer y escribir en el autista suelen ser beneficiosos ya que contribuyen a que aprenda una mejor comprensión del lenguaje, les ayuda a estructurar, incluso muchos desarrollan un mejor lenguaje verbal a raíz de ese aprendizaje.

c. Desarrollo Psicosocial

Las personas con autismo se caracterizan por sus déficits en la habilidad para comunicarse, ya que “debido a la precocidad de inicio del cuadro, presentan a menudo alteraciones severas en distintas habilidades comunicativas consideradas como preverbales y básicas para el desarrollo posterior del lenguaje” (Álvarez, A. et al., 2018), entendiéndose esto se mencionan algunos puntos presentes en el desarrollo del lenguaje a partir de lo aprendido en años anteriores.

- Reconocimiento de gestos y de entonación.
- Falta de respuesta al habla.
- Dificultades en comprensión del léxico abstracto.
- Dificultades en la comprensión del sentido no literal.
- Limitación en la organización del discurso, el razonamiento verbal y generación de respuestas verbales.

- Inversión pronominal.
- Dificultades articulatorias.

Se concibe que las características del sujeto con TEA en su relación con el medio social es consecuencia de la dificultad para identificar y entender las pautas sociales, y esto se puede explicar por medio de la teoría de la intersubjetividad, desde la cual se considera que esto es debido a la carencia o la limitación de habilidades afectivo-perceptuales básicas y necesarias para la relación con otras personas. Además, se afirma el fallo en la comprensión de la mente de los otros, y a través de ello, la alteración de las capacidades para desarrollar formas de lenguaje y pensamiento contextualmente apropiadas

Por otra parte, durante la adolescencia se afrontan cambios que requieren cuidado personal y aprender nuevos hábitos, un recurso para lograrlo es la terapia ocupacional que se centra en el autocuidado, la recreación y la productividad:

Para los niños que se encuentran en la transición hacia la adultez joven, la terapia ocupacional puede incluir: lograr independencia en mantener la higiene, vestirse, dormir, completar deberes, tener un trabajo voluntario o remunerado y socializar con amigos, pares, colegas o familiares. (Red de Tratamiento del Autismo, 2014).

3.3 En la juventud

Las características básicas del autismo ya descritas pueden variar de un nivel leve a ser severo, además pueden oscilar con el tiempo, es importante mencionar que se debe tomar en cuenta la heterogeneidad de las personas con TEA, aunque tengan los mismos síntomas hay que conocer sus puntos fuertes y limitaciones, y así elaborar un plan de intervención adecuado a sus necesidades.

Al tratarse del TEA y dependiendo el grado, puede dar el caso de que la edad cronológica no coincide con la edad mental, lo cual hace un poco complicado relacionar el concepto de “adulto” a un periodo de edad preciso por las capacidades que presente la persona, resulta relevante acompañarlos e ir fomentando su funcionalidad y autonomía.

Otro factor que se puede manifestar en adultos con autismo se refiere a su salud, ya que “puede presentar diferentes problemas de salud en general como problemas gastrointestinales, problemas de insomnio, epilepsia, auto inmunización y enfermedades mitocondriales, comorbilidad con otras patologías o trastornos englobados en aspectos de salud mental: esquizofrenia, TOC, ansiedad, etc.” (Moreno, N, 2017). Sin embargo, centrándose en el mismo trastorno, no hay aspectos físicos que sean diferentes al desarrollo normal de una persona sin TEA.

a. *Desarrollo Cognitivo*

Las personas con TEA que indican un mayor nivel cognitivo y que no presentan otro tipo de patología, es probable que alcancen un nivel de vida adulta normalizada y autónoma, “hay estudios del año 2009 según los cuales existe un 43% de personas con TEA que, en ese momento, estaban estudiando o trabajando” (Hijosa, L, 2015). Aun con las condiciones del TEA las personas tienen muchas cualidades, como la capacidad de la memoria en la que pueden recordar detalles o acontecimientos, de acuerdo con los métodos empleados se les facilita el aprender a leer, cuentan con habilidades musicales, numéricas o en el arte, entre otros.

Con el tiempo el lenguaje y las habilidades comunicativas mejoran en la mayoría, no obstante, puede ser que ninguno cuente con un lenguaje acorde a su

edad en comparación con el resto de las personas sin TEA. Los síntomas cambian conforme al nivel de independencia que alcancen, “Los síntomas fueron disminuyendo, por ejemplo, las estereotipias, pero estas persisten en el 44% de los pacientes adultos” (Moreno, N, 2017).

Conforme a investigaciones recientes, es probable que en cuanto a su salud mental y física aparezcan otras complicaciones como la ansiedad o desarrollar trastorno obsesivo compulsivo, depresión o problemas del sueño durante esta transición, por lo tanto, para prevenir estas patologías es conveniente que se hagan seguimientos de tipo psicológico.

Por otra parte, las personas con TEA en una categoría grave manifiestan diferentes grados de dependencia y otras necesidades en su día a día, algunos estudios indican que el 48% viven en un hogar con la familia que lo supervisa y un 50% no está dentro de algún programa educativo o incluido para un empleo

b. *Desarrollo Psicosocial*

Como menciona Wing, L (1996) los síntomas pueden ir disminuyendo conforme el autista desarrolle habilidades para su vida cotidiana, o por el tratamiento que haya tenido en los años anteriores, sin embargo, como el TEA es algo que le acompaña toda la vida es común que el joven autista presente las siguientes conductas:

- Tener dificultad de hacer amigos, prefiriendo estar solo.
- Estar más ansioso durante las interacciones sociales.
- Ser más sincero y desinteresado con los otros.
- Gustar de planear las cosas con mucho cuidado y atención.
- Tener poca empatía, no conseguir entender lo que los otros sienten.
- Suelen tener síntomas de depresión y ansiedad.

- Ponerse muy nervioso con los cambios de rutinas y hábitos.
- Tener dificultad para entender formas de lenguaje, humor o sarcasmo.
- Le disgusta el acercamiento a su espacio personal o el tacto.

La mayor parte de los casos de adultos con TEA requieren asistencia y ayuda profesional, que de acuerdo a sus capacidades puede ser mínima o disponer de un guía o supervisor, para ser tutelados en actividades laborales o sólo recibir la ayuda de personas cercanas. Esta autonomía que se intenta lograr se puede trabajar cada día, resulta importante comprometerse con esto para que los autistas sean lo más autónomos posibles, pues garantiza un mayor potencial para desarrollarse en varios aspectos y contar con una mayor calidad de vida.

En cuanto a la expectativa de vida, tienen un promedio de vida igual que la población general, se debe reconocer que hay autistas de todas las edades:

Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que sólo un pequeño porcentaje de autistas llega a vivir y trabajar autónomamente en la vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo dificultades en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos (Irrázaval, M., Brokering, W., Murillo, G., 2005).

Otras variables influyen en la evolución de los síntomas como el área donde se vive, la calidad de la atención terapéutica que se le brinda y la educación, sin embargo, se deben tratar con servicios óptimos a todas las personas con TEA, independientemente la edad y sobre todo a quienes presenten mayor limitación en la vida cotidiana o no hayan tenido accesos a recursos de manera temprana.

IV. MÉTODOS DE APRENDIZAJE EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TEA

La intervención temprana en el autismo es un punto importante para tener buena calidad de vida en los años posteriores y para que se logre un desarrollo pleno de sus capacidades. De acuerdo con la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana-GAT (2000) la intervención temprana involucra la atención al desarrollo del niño con TEA, la familia y el contexto, por lo que es importante destacar que la modificación del entorno es para optimizar su aprendizaje e inclusión.

Los métodos que se abordaron en el tratamiento del TEMA se enfocaron en aspectos que los niños presentan dificultades para su desarrollo y calidad de vida, por lo que resulta relevante trabajar con ámbitos sociales, de cognición y comportamiento. Wing, L (1996), sostiene que el método empleado debe estar adecuado a las capacidades y necesidades del niño incluyendo objetivos generales de desarrollo humano, los aspectos específicos del autismo y los síntomas nucleares del diagnóstico, como puede ser la comunicación y el aprendizaje.

Gagné (1985) define aprendizaje como “un cambio en la disposición o capacidad de las personas que puede retenerse y no es atribuible simplemente al proceso de crecimiento” (como se citó en Esguerra y Guerrero, 2010), como aprender a tener una alimentación adecuada, el control de esfínteres, aseo personal e incluso la forma de interacción con terceros.

Por este motivo los métodos de aprendizaje se traducen en modos ordenados de adquisición de conocimientos que serán de utilidad en varios aspectos de la vida personal de un individuo, los cuales son relativos al crecimiento.

4.1 Terapia Conductual

Se trata de un método de terapia donde es utilizada la corriente conductista con el objetivo primordial de mantener conductas deseables y disminuir las conductas indeseables, por lo que este tipo de terapia se basa en la acción, que, a partir del empleo de métodos de aprendizaje, direcciona la terapia hacia la adquisición de nuevas conductas o hábitos.

La modificación de conducta está basada en la teoría del aprendizaje, para llevar a cabo esto se deben definir los síntomas y determinar los estímulos que producen las conductas a modificar como respuesta al medio. Desde el enfoque positivo para tratar de eliminar una conducta negativa se debe empezar a reforzar al niño con una conducta diferente y positiva:

“El retiro de un reforzador positivo puede tomar formas, pero debe adaptarse a la situación, como cuando un niño muestra una conducta inapropiada mientras come es castigado con retirarle la comida. El retiro de una situación o los procedimientos de tiempo fuera pueden ser también eficaces; así, pueden incluir tanto el retiro de una situación como un reforzador negativo” (Paluszny, 1998).

En las personas que padecen TEA, para lograr un cambio de conducta es importante entender esta misma, ya que esto da cabida a entender que una persona con autismo no es una situación problemática que resolver, sino que se trata de una persona que tiene una situación “problemática” y que por este motivo necesita herramientas para sobrellevarlo. Para Emerson (1995), una conducta problemática es “aquella que por su intensidad, duración o frecuencia afecta negativamente al desarrollo personal de un individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad” (como se citó en Álvarez, Pérez et al., 2018, p.152).

Al enfocarse en las conductas que afectan al sujeto, permite que se adapte al contexto, así sus capacidades de aprendizaje y la participación en el entorno tienen una mejoría, algunas de las características básicas que se destacan en la práctica son:

- En el proceso diagnóstico se toman en cuenta factores biológicos, constitucionales y de predisposición.
- Se evalúan todas las conductas del sujeto.
- Se enfoca en las conductas del aquí y ahora.
- No solo se basa en el cambio de conductas sino en la modificación total del medio físico o social.

Para aplicar esta terapia en una persona con TEA es importante conocer el trastorno en sí, ya que la aparición de conductas disruptivas puede ser más frecuente y esto puede crear nuevos retos en el desarrollo. La atención temprana brinda acceso a este tipo de tratamientos donde la modificación conductual puede tener mayor éxito, en edades más tempranas se puede cambiar conductas sin resistencia debido a que las creencias están dictadas por la educación proporcionada de terceros, por lo que los refuerzos pueden tener más influencia.

a. Apoyo Conductual Positivo

Dentro de la terapia conductual existen innumerables técnicas que proporcionarán una dirección de acuerdo con la modificación, y el Apoyo Conductual Positivo (ACP) es una de ellas. Es un tipo de intervención focalizada, por lo que se trata de aquellas actuaciones que emplean una estrategia específica (o como

mucho un número limitado de técnicas o estrategias) para abordar un síntoma específico” (Álvarez, A. et al., 2018).

No solo se busca modificar la conducta problemática, también el ambiente en el que se da el problema y reducir ambos, de esta forma entender la naturaleza de sus conductas. Este tipo de técnica es flexible, en consecuencia, se adapta a las necesidades cambiantes de las personas con TEA a lo largo de su vida, de esta forma se basa en la planificación centrada en el sujeto considerando varios aspectos clave de la vida para lograr cambios positivos en la conducta.

El comportamiento tiene un propósito que puede ser consciente o inconsciente, de modo que al hacer una evaluación que tiene como objetivo primordial la comprensión de la conducta, detallando las conductas del sujeto se podrán formular hipótesis sobre el propósito de las conductas problemáticas.

Dentro de esta técnica es importante armar un plan de enseñanza especializado, ya que el punto es modificar su conducta disruptiva o desafiante a través del aprendizaje de conductas funcionales y obtener habilidades alternativas de resolución de problemas o de comunicación.

b. Técnica de Modelado

Tal como su nombre lo dice, es una técnica que consiste en aprender conductas a través de la observación de otros individuos, esta técnica fue postulada por Albert Bandura en su *Teoría del aprendizaje social* en 1961, Bandura menciona el ambiente y la relación con el comportamiento de los individuos, esta técnica no necesita de refuerzos como en otras, pero si es necesario que la figura a imitar tenga una importancia determinada para la persona con TEA. Para Bandura, el modelado consta de 4 fases:

- Atención: Las conductas a imitar deben de producir emoción e interés en los observadores para que esta sea captada.
- Retención: Durante esta fase es necesario que los observadores tengan una buena retención de las conductas a imitar, por lo que sin un buen proceso de retención las conductas no se aprenderán.
- Reproducción: En esta fase es cuando sucede la conducta aprendida, la persona es capaz de copiarla, aunque hay que tomar en cuenta nuestras capacidades, debido a que existen cosas que, aunque las recordemos y tengamos en cuenta como se hacen, quizá nuestras capacidades sean completamente diferentes.
- Motivación: Cuando el ambiente promueve el comportamiento con consecuencias positivas, la persona producirá este comportamiento con mayor frecuencia hasta que se formen hábitos, por lo que esta fase es de suma importancia si lo que se requiere es fomentar comportamientos que antes no sucedían.

Esta técnica resulta funcional para los niños con TEA en la adquisición del lenguaje, promover o inhibir la realización de conductas, enseñar nuevos patrones conductuales, entrenamiento de hábitos y la enseñanza del uso de objetos cotidianos que fomenten su autonomía. Es importante destacar que la técnica de modelado no toma por completo en cuenta las características que hacen que una persona se comporte de cierta manera, por lo que existen más factores que influyen en la manera de pensar y actuar de un individuo.

c. Método TEACCH

El “Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Asociados de Comunicación” por sus siglas en inglés TEACCH, este programa emplea a los padres como coterapeutas, de tal forma que participan en las actividades educativas del niño y llevan a cabo actividades de entrenamiento en el hogar.

Se centra en cómo piensan, aprenden y experimentan el mundo las personas con TEA, se trabaja en base a un diagnóstico, incluye la formación de padres y madres sobre el desarrollo y cuidado del niño con TEA, desarrollo de habilidades sociales y el lenguaje, actividades psicoeducativas y entrenamiento en actividades cotidianas. Se dirige a distintos problemas como la comunicación, la cognición, la percepción, la imitación y las habilidades motoras:

La característica esencial es una educación estructurada, que aprovecha las capacidades visoespaciales, las cuales estos alumnos tienen preservadas, permitiéndoles procesar mejor la información visual que la auditiva y ofreciendo la ventaja de ser autónomo no solo en la realización de tareas sino en el cambio de una tarea a otra. Los materiales empleados en el trabajo con alumnos con autismo deben permitirnos abordar todos los ámbitos de trabajo haciendo insistencia en aquellas capacidades que están preservadas. (San Andrés, C., s. f.).

Este método de aprendizaje entrena al sujeto a utilizar sus capacidades para desarrollarlas continuamente fomentando un ambiente agradable y propicio, además de no fomentar sentimientos ansiosos, lo que promueve un mejor aprendizaje sin distracciones donde la persona con TEA pueda independizarse hasta cierto punto, así lograr que el trabajo ya no sea solo a través de profesionales. Esta intervención se caracteriza en proporcionar actividades funcionales que se

adapten a sus necesidades e intereses para alcanzar aprendizajes significativos, lo cual implica el apoyo de las familias; además de estructurar un espacio adecuado y crear rutinas funcionales para fomentar la participación y elaborar materiales necesarios para las actividades.

4.2 Terapia Ambiental

Promueve cómo la conducta y el ambiente están relacionados, el ambiente físico también fomenta una dimensión social en la cual es importante la utilización de recursos disponibles, tales como las personas o los sucesos para crear una planificación ambiental y lograr que sea inclusivo promoviendo la sanidad emocional. Dentro del tratamiento la terapia incluye actividades que desarrollen la lectura y la escritura, la ubicación espacio temporal y actividades del día a día.

Se basa en que la manera del niño para interactuar con su entorno se ve alterada por un inapropiado proceso de integración sensorial, es decir, que el ambiente en el que se desenvuelve el niño se percibe como complicado o desorganizado, ocasionando conductas evitativas e inflexibilidad a los cambios, como puede ser la dificultad para seguir instrucciones, irritabilidad o hipersensibilidad y la falta de una rutina.

Para ello se sigue un modelo de modificación ambiental, donde se crea un entorno que facilite la integración de las sensaciones internas y los estímulos externos. Las personas que convivan con el sujeto con TEA también son parte de su entorno, por lo que es fundamental que se transmita confianza y seguridad promoviendo la inclusión y la cooperación. Para que el aprendizaje sea óptimo se

sugiere que se trabaje con el establecimiento de hábitos y rutinas, se llevan a cabo estrategias que se pueden incluir en el trabajo en casa o educativo:

- Mantener su espacio organizado ayuda a que el niño identifique la funcionalidad que le brindan los materiales u objetos a su alrededor.
- Dividir las actividades en pasos graduales con instrucciones cortas y concisas.
- Captar su atención dirigiéndose a él de frente y con un lenguaje adecuado a su comprensión.
- Establecer rutinas favorece su sentido del orden y da una sensación de seguridad.
- Explicar los hechos que sucederán para que el niño esté preparado con anticipación.
- Utilizar apoyo visual sobre la actividad a realizar.

La integración con el medio ambiente es necesaria para que el sujeto se perciba cómodo, por lo que el éxito de esta técnica consiste en la construcción de un ambiente terapéutico, el cual puede ir acompañado de diferentes recursos pedagógicos para que pueda adaptarse al medio que le rodea.

a. Rehabilitación psicosocial

Se trata de un tipo de tratamiento que tiene el propósito de ayudar a las personas que tengan algún trastorno a incrementar su funcionalidad en el ambiente que les rodea, es decir una adaptación más sencilla al medio.

Las intervenciones psicosociales pretenden recuperar o afrontar los déficits del sujeto, potenciar sus fortalezas, así como desarrollar una intervención sobre el propio entorno. Esto

implica la individualización del proceso, la participación activa por parte del sujeto y una actitud de esperanza, también por parte del profesional. (Florit, 2007)

Este método se enfoca más en la modificación de las características internas que externas, partiendo de la premisa de que no siempre se podrá obtener la atención de un profesional. Los hábitos y la cooperación que se trabaja en este método se deben mantener en su vida cotidiana, ya que cuanto más natural sea el contexto en el que se incorpora se refuerza lo aprendido.

En las intervenciones es muy importante que las necesidades y habilidades del sujeto sean primordiales para adaptarse al ambiente, aunque es importante no alterar el entorno del sujeto para brindarle una estabilidad durante el tratamiento, así lograr cierta independencia y autonomía que le permite incrementar sus competencias. Esta intervención puede mantenerse con el tiempo, sin embargo, se pretende alcanzar cierto nivel de autonomía, garantizar una buena calidad de vida y la inclusión dentro de su círculo social.

b. Entrenamiento de Habilidades Perceptivo-motoras

La construcción del esquema corporal es primordial para el desarrollo y para lograr este fin es necesario que participen las sensaciones y percepciones, tanto del ambiente como de sí mismos; se trata de la integración de la persona en sí que va desde un aspecto social hasta cognitivo:

Las capacidades perceptivo-motriz son parte del desarrollo motor que se adquiere en la infancia, entre estas capacidades se encuentra el esquema corporal el cual es un proceso que implica la integración de diversos aspectos como el cognitivo, psicomotor, y afectivo-social, mismos que contribuyen a generar un desarrollo armónico y a construir su personalidad. (Vásquez y Consejo, 2015).

De acuerdo a las características del TEA ya mencionadas, puede ser más complicado el desarrollo de las habilidades perceptivo-motoras, en muchas ocasiones por la naturaleza del trastorno les es difícil comunicarse y complicado adaptarse al ambiente por lo que su conducta a veces puede ser inusual. Por lo que esta técnica de terapia se basa en la implementación de trabajo, donde se trata de ejercitar de forma consciente ciertas habilidades perceptivo-motoras seleccionadas, con el fin de que la persona pueda desarrollarlas y alcance cierto nivel de independencia.

En este tipo de terapia es importante que un profesional construya una dinámica individualizada, tratando de promover un ambiente en donde el sujeto se sienta seguro. Se trata del trabajo conjunto para mejorar el desarrollo de la comprensión del esquema corporal, la espacialidad que le permite relacionarse con el entorno, la temporalidad que permite identificar los límites entre distintos hechos y la forma en cómo percibimos el tiempo; el equilibrio, qué es importante para poder desenvolvernos en nuestro entorno y la coordinación la cual nos da una organización en nuestra motricidad. Todas estas características se deben trabajar para tener un desarrollo personal acorde al conocimiento del medio.

c. Orientación Espacio-temporal

Se trata de la actitud que tenemos para poder entender y manejar situaciones con el fin de situarnos en el tiempo de manera cronológica. En las personas con TEA existe una disfunción en cuanto a la manera de percibir el tiempo; normalmente usamos estabilidad para gestionar o estimar el tiempo que ocupamos en ciertas actividades, esta capacidad de percepción le permite a la persona poder ubicarse en un lugar y en un tiempo determinado.

Para trabajar estas capacidades es necesario actividades que estimulen la situación y la orientación, orden y secuencia, distancias, medidas, duración y ritmo. Debido al TEA necesitan tener presente una medida de tiempo que no les genere ansiedad; el entendimiento de la dimensión social y ambiental es de distinta forma, por lo que son menos flexibles sobre el razonamiento de alguna situación.

d. Integración Sensorial

La *integración sensorial* es el concepto que describe el procesamiento de toda la información proveniente de los sentidos, la cual es recogida del ambiente que nos rodea, esto permite entenderlo y reaccionar a él, es decir, ser consciente de nuestras extremidades y nuestra ubicación en el tiempo-espacio.

Las personas con TEA pueden ser hipersensibles o hipersensibles a los estímulos del entorno, por lo que será difícil recoger la información que el ambiente les proporciona como lo haría una persona con desarrollo neurotípico.

Este enfoque está orientado a los juegos que comúnmente son fuente rica en estímulos sensoriales, que ocasionarán que la persona desarrolle una mejor tolerancia a los estímulos, también se puede trabajar con peso, estímulos visuales, tacto, sonidos; este tipo de apoyo ayuda a una persona con TEA a calmar la ansiedad que les pueda generar el ambiente, debido a que su adaptación a los estímulos provenientes de este suele ser diferente con respecto a los demás.

4.3 Terapia de Lenguaje

Debido a las características del TEA el lenguaje y la comunicación son aspectos que se ven afectados y, por lo tanto, les cuesta trabajo adquirir estas destrezas, las cuales nos ayudan a darle una mejor comprensión al entorno. Al no

ser capaz de reconocer las entonaciones del lenguaje y los gestos, se ve afectada la falta de respuesta, lo cual origina que no desarrollen un habla adecuada, además de poca capacidad de abstracción. Por estas características, a una persona con TEA se le dificulta en gran medida adaptarse a su entorno debido a que hay una falta de comprensión hacia éste y viceversa.

Para evaluar el lenguaje de una persona con TEA es primordial tener en cuenta la estructura del lenguaje, por lo que se debe identificar los códigos que utiliza para comunicarse; en segundo lugar, se señala de qué forma le sirve el lenguaje y el uso que le da; en tercer lugar, la manera en cómo se comporta y las conductas que derivan de esto. Existen varias pruebas estandarizadas que ayudan a medirlas, de igual forma las entrevistas con la familia facilitarían esta terapia.

Dependiendo de las dificultades del habla se aborda el lenguaje receptivo y expresivo, que se refiere al lenguaje que se entiende y el lenguaje que se utiliza; la comunicación social, para que el lenguaje aprendido se use de manera apropiada; y en algunas ocasiones también se trabaja con el proceso de lecto-escritura, ya que resulta beneficioso al momento de aprender lenguaje o mejorar la comunicación.

a. Fluidez del Habla

Es la capacidad de una persona para mantener un habla continua y organizada con cierto ritmo que permite una mejor expresión, y por lo tanto un mejor entendimiento. “Los trastornos de fluidez del habla se caracterizan clínicamente por una serie de disfluencias y/o disritmias anormales y persistentes del habla, que se identifican con las interrupciones en la producción de determinados sonidos que afectan al ritmo del discurso” (Ezequiel, 2021). Las personas con este trastorno

pueden tener un lenguaje repetitivo y rígido lo cual les dificulta entablar una conversación. En ocasiones las personas con TEA pueden iniciar un monólogo fluido, pero se les dificulta dialogar con terceros, además, la ansiedad que les provoque ciertos estímulos externos también afecta el ritmo del habla.

b. Motricidad Oral

Se trata de otro factor que interviene dentro del desarrollo del lenguaje en una persona, y aunque podría ser un factor indiscutiblemente importante, no quiere decir que las personas que padezcan una afectación en esta área tienen algún tipo de trastorno motor del habla, tampoco se trata de un factor principal en las personas con TEA, pero es importante verificar para promover un mejor desarrollo.

Estos se caracterizan por la dificultad en el movimiento de los músculos relacionados con el habla, que puede deberse a una falta de coordinación o debilidad, de igual manera se puede ver involucrada la estructura de la boca ya que puede existir una mal formación, la cual no ha sido tratada.

La terapia para estas cuestiones motrices del habla incluye, movimientos repetitivos orales que mejoran la fuerza y amplitud de los músculos orales, movimientos exagerados de la boca, mejillas y lengua para mejorar la fuerza de los sonidos, centrarse en producir palabra por palabra, evitando otros sonidos fuertes o cualquier otra distracción, y así mejorar la entonación de las palabras ralentizando su pronunciación.

V. CALIDAD DE VIDA

Lawton (2001) la define como "Evaluación multidimensional de acuerdo con criterios intrapersonales y socio normativos del sistema personal y ambiental de un individuo" (Urzúa y Caqueo, 2012, Tabla 1). Asimismo, se trata de un conjunto de factores que intervienen en cualquier aspecto de la persona y en muchas ocasiones determina el modo de vida, por lo que la cultura y las condiciones económicas de una determinada región pueden intervenir en esta evaluación multidimensional.

La dinámica intrafamiliar tendrá un aspecto importante dentro de este concepto debido a los aprendizajes que la persona haya asimilado, debido a esto cualquier tratamiento que se utilice estará influenciado por la calidad de vida:

Según Veenhoven (1994), la "calidad de vida" denota dos significados. Por una parte, la presencia de condiciones consideradas necesarias para una buena vida, por otra, la práctica del vivir bien como tal. Esta segunda acepción abre la puerta a la consideración de factores dependientes en mayor medida de la actuación y percepción del propio sujeto sobre su vida que de las condiciones objetivas en las que se desarrolla ésta. (García, 2002, p.3)

De esta forma las condiciones económicas, ambientales y culturales del lugar donde la persona crezca e interactúe, podrán influir en la evaluación de la calidad de vida, la cual se constituye en base dos componentes, uno subjetivo y otro objetivo, si bien no existe una medida exacta para evaluar la calidad de vida, el sujeto en cuestión es el que tiene la certeza más aproximada para valorarla.

Tradicionalmente la calidad de vida era medida simplemente por factores como una buena salud, trabajo estable, tener un espacio donde vivir, pero estos aspectos no se deben tomar como únicos para medirla, ya que como seres humanos tenemos la necesidad de relacionarnos con otras personas, de ser

queridos y también poder aprender una manera adecuada para manejar nuestras emociones. Este aspecto es útil para llegar a comprender las diferentes experiencias de las personas, que debido a el componente subjetivo de este hace que como seres humanos tengamos diferentes opiniones de una misma vivencia y por ende dos personas que se encuentran en un mismo entorno podrían tener una diferente calidad de vida.

Este concepto también se encuentra ligado al desarrollo humano, por qué se trata de observar cómo las experiencias, condiciones sociales, económicas y culturales afectan la forma de vida del sujeto. Todo se encuentra ligado a toda una visión multifuncional que deja ver que el ser humano necesita de una buena calidad de vida para desarrollarse, partiendo desde la visión que el desarrollo y la calidad de vida no puede ser meramente algo físico sino también se trata de cuestiones emocionales.

5.1 Bienestar Físico

Se entiende bienestar físico por el nivel de salud que se posee, aunque no siempre se le da la importancia necesaria, no solo por las personas sino también por las instituciones. Cabe mencionar que cuando una persona padece alguna enfermedad o trastorno se ve parcialmente influenciado el bienestar físico, y cuando se está en un ambiente que procura la salud personal, el individuo se puede catalogar con un óptimo bienestar físico:

Según Bisquerra (2013) Interesa subrayar que la buena salud física de una persona no es sólo consecuencia del azar, sino sobre todo de las acciones intencionales de la persona. El bienestar corporal depende en gran medida de los estilos de vida saludables: vida ordenada,

alimentación sana, ejercicio físico, descanso suficiente, evitar el consumo de drogas, no exponerse a situaciones de riesgo (conducción temeraria, contaminación, el sol en verano...), etc. (p.53)

Si se trata de una persona que, por algún motivo médico, psicológico, etc., no pueda hacerse cargo de su propio bienestar físico, es importante que el medio en donde se encuentre lo brinde, sea una institución médica o la familia, hasta las autoridades correspondientes de donde la persona se encuentre. Pero lamentablemente esto se encuentra muy ligado al factor del bienestar material, ya que una familia con recursos limitados o un país en desarrollo no puede brindarle estos recursos a la persona.

5.2 Bienestar Emocional

El bienestar emocional, según la OMS, es un “estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”. Se trata de uno de los factores que determinarán las condiciones de vida, ya que le proporciona una mejor o peor percepción de esta, por tratarse de una evaluación multidimensional donde las circunstancias interpersonales del sujeto son de gran importancia para medirla. Una buena red de apoyo puede brindar a la persona que padece alguna enfermedad o trastorno, emociones positivas tales como alegría, serenidad, esperanza, etc.:

Bisquerra (2013) Menciona que el bienestar subjetivo consiste en una valoración sobre la satisfacción en la vida. Se consideran casi como sinónimos bienestar subjetivo, satisfacción con la vida, calidad de vida, bienestar personal, bienestar emocional y felicidad. Por lo que

este bienestar está caracterizado prácticamente por la opinión y el conjunto de vivencias que componen a la persona, es decir, forma de crianza, resiliencia, inteligencia emocional, creencias, etc. (p.119).

Es aquí donde se distingue la dinámica familiar y la crianza que reciba la persona, ya que estos dos aspectos pueden ayudar a desarrollar o no una inteligencia emocional. Por este mismo motivo es importante que los padres entiendan el concepto de la calidad de vida en cuanto a la forma en la que un niño se desarrolla, así crecerán como adultos que estén conscientes de esta situación.

Relacionando este aspecto con el tratamiento, una persona al sentirse querida e importante para los demás mostrará un mejor avance debido a que existe una adecuada red de apoyo que hace que la persona se sienta acompañada y reconocida.

5.3 Bienestar Material

Se encuentra relacionado con la condición económica, normalmente las personas que cuentan con un buen bienestar material acceden más rápido a servicios de salud de calidad porque mantienen una capacidad adquisitiva que permite hacerse cargo de los gastos que esto implica. Si bien una buena condición económica no es un factor totalmente crucial para una buena calidad de vida, si permite acceder a un tratamiento adecuado en caso de ser necesario.

Conviene subrayar que tanto la pobreza y la falta de empleo causan condiciones precarias que no aseguran el bienestar personal y al mismo tiempo afectan la calidad de vida. En consecuencia, el bienestar material se encuentra en la parte objetiva de la vida y no es totalitario en la calidad de vida.

5.4 Bienestar familiar

Las personas con TEA son diferentes entre sí y no están determinadas por los rasgos del trastorno, sino por el entorno en el que viven, lo que experimentan en su vida y el apoyo con el que cuentan para vencer las dificultades en su vida diaria y los modelos educativos en los que se encuentran inmersos.

Cuando en un grupo familiar nace una persona con TEA se cambian las expectativas que se tienen en un futuro inmediato y esto influye en la familia, vinculando el desarrollo de la persona con la dinámica familiar, las redes de apoyo disponibles y la calidad de vida que se tiene. El núcleo familiar no solo necesita un diagnóstico clínico, también requiere de información sobre el trastorno, educación para saber cómo interactuar de manera adecuada con su hijo y el apoyo de ciertas instituciones que le guíen a entender y suplir las necesidades presentes.

“La familia pasa a ser el principal y permanente apoyo para el individuo, de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona” (Baña, M. 2015), el hablar de la familia implica nombrar las funciones que el núcleo familiar tiene para con las personas con TEA, como lo es cuidar y velar por su supervivencia, educarlas y formarlas para desenvolverse en sociedad.

La función que cumple el cuidador no tenía relevancia hasta hace poco por el modelo clínico que predomina actualmente, por lo que es importante mencionar que conocer el contexto familiar es primordial para analizar el desarrollo de alguien con TEA y estimular su aprendizaje, esto implica que los cuidadores se adjudican ideales o una serie de funciones al tratar con un niño con este Trastorno y son:

- Una preocupación por el presente y el futuro del hijo/a
- Gastos extraordinarios (de tipo médico, ortopédico, educativo, rehabilitador)

- El aumento de dedicación: cuidados físicos, tiempo de interacción, más situaciones de juego y estudio compartido, programas de estimulación temprana, actividades de ocio y refuerzo de la escolarización.
- Decidir tratamientos médicos, elección de profesionales y opciones educativas

En este caso los padres serán los primeros educadores y en una situación estable y saludable, entablará un vínculo con su hijo que le permite descifrar las demandas de cuidado y atención en cada etapa, de esta manera los padres o cuidadores crearan los primeros canales de comunicación y significación que beneficiaran la construcción de su identidad:

Se le presta especial atención a la intervención temprana ya que se defiende la idea de que cuanto menor es la edad del niño, más eficaz es la intervención en su familia porque es en las primeras edades cuando se produce un avance importante en el proceso de socialización e individualización y se producen las bases básicas para ello (Baña, M. 2015).

5.5 Influencia de la Calidad de Vida

Según Molina (2005) la salud es de naturaleza dinámica y multidimensional, de ahí deriva la importancia de medir la calidad de vida, por tanto, esta es de carácter social e implica una satisfacción de las necesidades humanas, como son las fisiológicas, médicas, afectivas, etc. Del mismo modo las condiciones ecológicas, poblacionales, sociales, culturales y económicas serán variables decisivas para la medición de la calidad de vida, así que cualquier enfermedad o trastorno tendrá una evolución variable debido a las circunstancias de la persona.

Al ser una evaluación multidimensional es importante recalcar que este concepto no solo se desempeña en un aspecto social, sino que las creencias de las personas también tienen un papel importante, debido a que existen personas que se niegan a acceder a servicios de salud por su cultura, religión o desconocimiento del padecimiento, por lo que es posible que su condición de salud no mejore o incluso se decline, en consecuencia, no tendrá un buen desenvolvimiento en el ambiente.

La relación de la calidad de vida y el tratamiento yace en la utilidad de este frente al sujeto y cómo el estilo de vida puede influir en el proceso, tanto para contribuir a un buen resultado o brindar más aspectos negativos a este. Cuando algún individuo padece alguna enfermedad o trastorno es importante que las redes de apoyo con las que cuenta están orientadas a asegurar y proveer una mayor calidad de vida, lo cual mejorará el tratamiento ya que están directamente relacionados, además que puede atenderse lo más pronto posible:

La Atención Temprana puede definirse como una técnica terapéutica con carácter preventivo y/o asistencial cuyo objetivo es lograr el máximo desarrollo potencial de los niños, utilizando para ello programas sistematizados y secuenciales. Se dirige a niños en la primera infancia que presenten o puedan presentar alteraciones en su desarrollo evolutivo. (Balbis, s.f., p.282)

Se recalca la importancia de una atención temprana y oportuna para una mayor eficacia de los resultados, por lo que, a través de las condiciones de vida, sociales, culturales y económicas las personas que padecen alguna enfermedad o trastorno pueden acceder al sistema de salud y por ende a un tratamiento.

Es importante que las personas a su alrededor se esfuercen por encontrar métodos de aprendizaje que se adapten no solo para una cuestión académica sino

para la vida en general, es decir, que estas personas aprendan a desarrollarse en el ambiente y aunque si bien no podrán tener una adaptación similar al de los estándares, así podrán acceder a una mejor condición de vida lo cual brinda salud y bienestar emocional, que es muy importante para la eficacia del tratamiento. Así como una buena calidad de vida permite acceso a tratamientos oportunos y eficientes, un buen tratamiento y métodos de aprendizaje adecuados ayuda al mantenimiento de esta misma, por eso es importante tomar en cuenta aspectos cognitivos, médicos y emocionales que se encuentran íntimamente ligados.

No es de carácter obligatorio tener un excelente bienestar material, sino simplemente el acceso a un bienestar físico y emocional, motivando a alcanzar un bienestar material y por ende una mejor calidad de vida, la cual se puede extender a las demás personas.

Para lograr estos aspectos es importante la participación de la familia, que son los responsables en brindar una adecuada calidad de vida, ya que los individuos con TEA no se la pueden brindar por sus propios medios; pero para lograr esta meta es importante que los individuos de la familia se interesen por su propia calidad de vida para poder ofrecerles eso a otras personas.

VI. MÉTODO

La investigación es un estudio de caso que consiste en analizar con profundidad la historia de vida de M, identificando factores que permitan comprender el desarrollo o cambio de determinados sucesos; considerando esto el estudio se centrará en una joven adulta de 26 años de edad con TEA grado III, haciendo alusión al común desarrollo del trastorno, siendo las características y evolución del trastorno lo que compete.

Por lo cual se expondrá su desarrollo, identificando los sucesos relevantes en su proceso de aprendizaje y elementos que influyen la dirección de dicho proceso, como los métodos empleados, técnicas de aprendizaje y la calidad de vida que presenta.

6.1 Enfoque y diseño de estudio

El trabajo tiene un enfoque cualitativo con un diseño fenomenológico-biográfico, lo que permite recoger descripciones a través de técnicas e instrumentos como observación y la entrevista, a fin de obtener información por medio de narraciones, registros escritos, etc.

El diseño proporcionará al participante M como centro de indagación en el cual se recogen las experiencias, valoraciones y opiniones, contextualizándonos en términos de temporalidad, espacio, corporalidad y el contexto relacional, con la intención de que los datos recogidos tengan mayor veracidad y utilidad para posteriores estudios.

Con este tipo de diseño se realizan descripciones de los hechos y vivencias más importantes de una persona con TEA, por medio de registros como bitácora,

documentos y entrevistas con el propósito de obtener información sobre su historia de vida, describiendo su contexto y los métodos y estrategias de aprendizaje que se emplearon en su desarrollo.

6.2 Alcance de la investigación

Este estudio maneja un alcance descriptivo correlacional, con el que se busca especificar las propiedades, las características y el perfil de una joven adulta con TEA grado III. La utilidad principal del estudio es saber cómo se puede comportar una variable al conocer el comportamiento de otras vinculadas. En cierta medida este tipo de alcance tiene un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber qué categorías o variables se relacionan aporta cierta información explicativa.

Es decir, que se asocian variables como los métodos de aprendizaje, la evolución de los síntomas propios del TEA y las estrategias para alcanzar mayor potencial durante el tratamiento de M, teniendo como finalidad conocer la relación que exista entre las categorías en un contexto en particular, que en este caso sería la calidad de vida y la dirección que toma el tratamiento en base al desarrollo del potencial.

6.3 Población y Muestra

Se realizó un estudio de caso a una joven de 26 años, cuyo diagnóstico es TEA grado III detectado desde aproximadamente los 3 años de edad y con tratamiento desde la misma, con residencia en el Estado de México y a la cual nos referimos como "M"; se cuenta con la disposición de los tutores para brindar información y el acceso a registros diagnósticos.

6.4 Preguntas de investigación

¿Cuáles son los métodos de aprendizaje utilizados en el tratamiento que son eficaces para potenciar el desarrollo de una persona con TEA?

¿Qué influencia tiene la calidad de vida en el desarrollo y tratamiento de una persona con TEA?

6.5 Hipótesis de trabajo

Las estrategias empleadas en los métodos de aprendizaje potencializan el desarrollo de una persona con TEA.

La calidad de vida tiene influencia en la evolución del tratamiento debido a que los factores relacionados con el ambiente tienen un impacto directo sobre el éxito o fracaso de este.

6.6 Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los registros del tratamiento como informes, resúmenes clínicos, resultados de pruebas, seguimiento conductual y una bitácora con el desarrollo obtenido durante las terapias, todo esto proporcionado por los tutores.

Se realizó una entrevista semiestructurada dirigida a la tutora de M, con el objetivo de indagar sobre los antecedentes y el contexto de vida de una joven adulta con TEA para identificar cuestiones clave en su tratamiento (anexo 1), conformada por 69 preguntas retomando aspectos familiares y personales, el embarazo, desarrollo postnatal, desarrollo temprano y del lenguaje, desenvolvimiento social y emocional, desarrollo académico y tratamiento.

6.7 Categorías de análisis

Figura 1. Trastorno del Espectro Autista

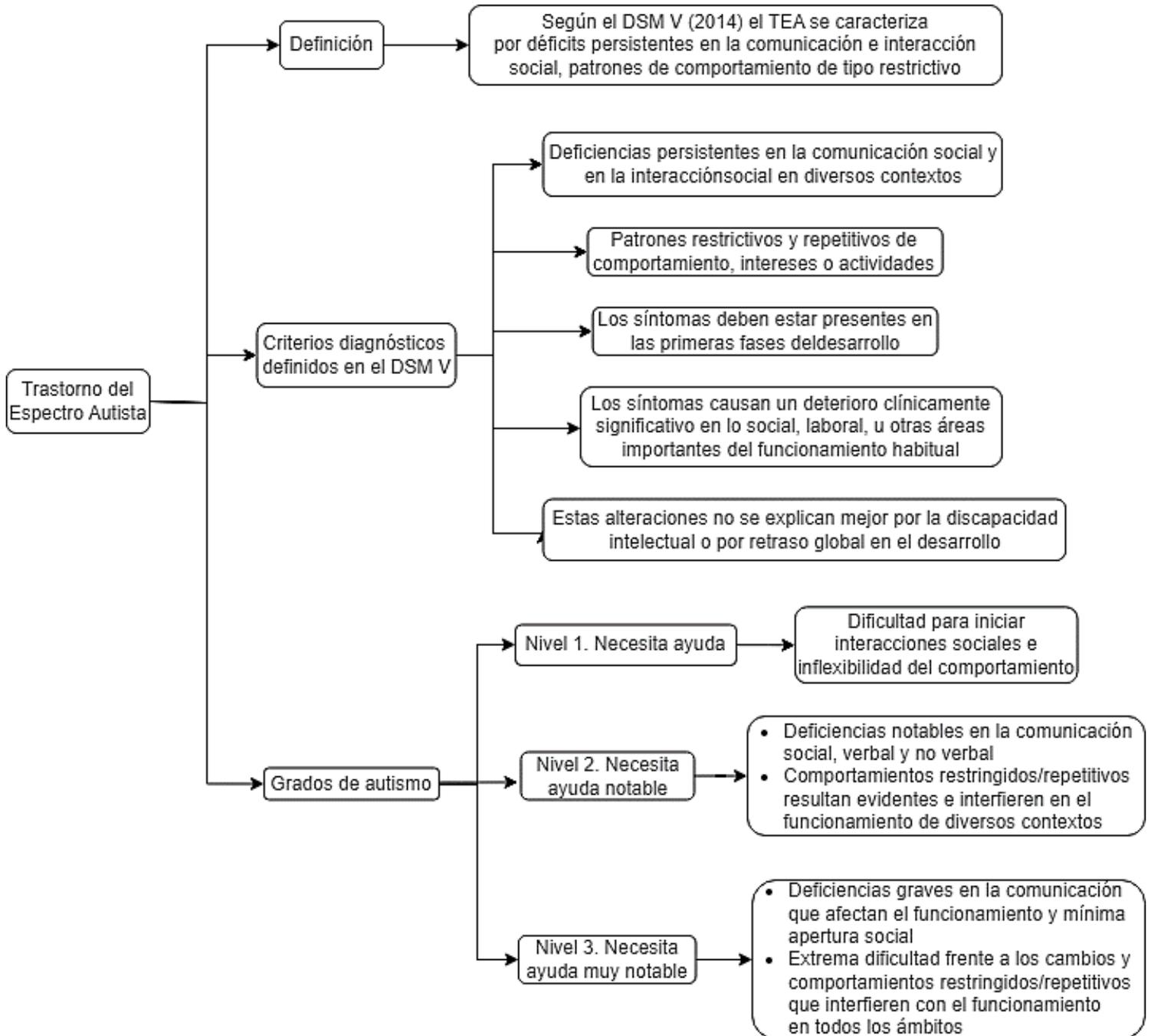


Figura 1. Esquema de las unidades de análisis acerca del TEA centrado en el caso de “M”. Cada nivel del esquema representa una descripción más detallada y concisa de las características del trastorno.

Figura 1.2. Características en el desarrollo de una persona con TEA

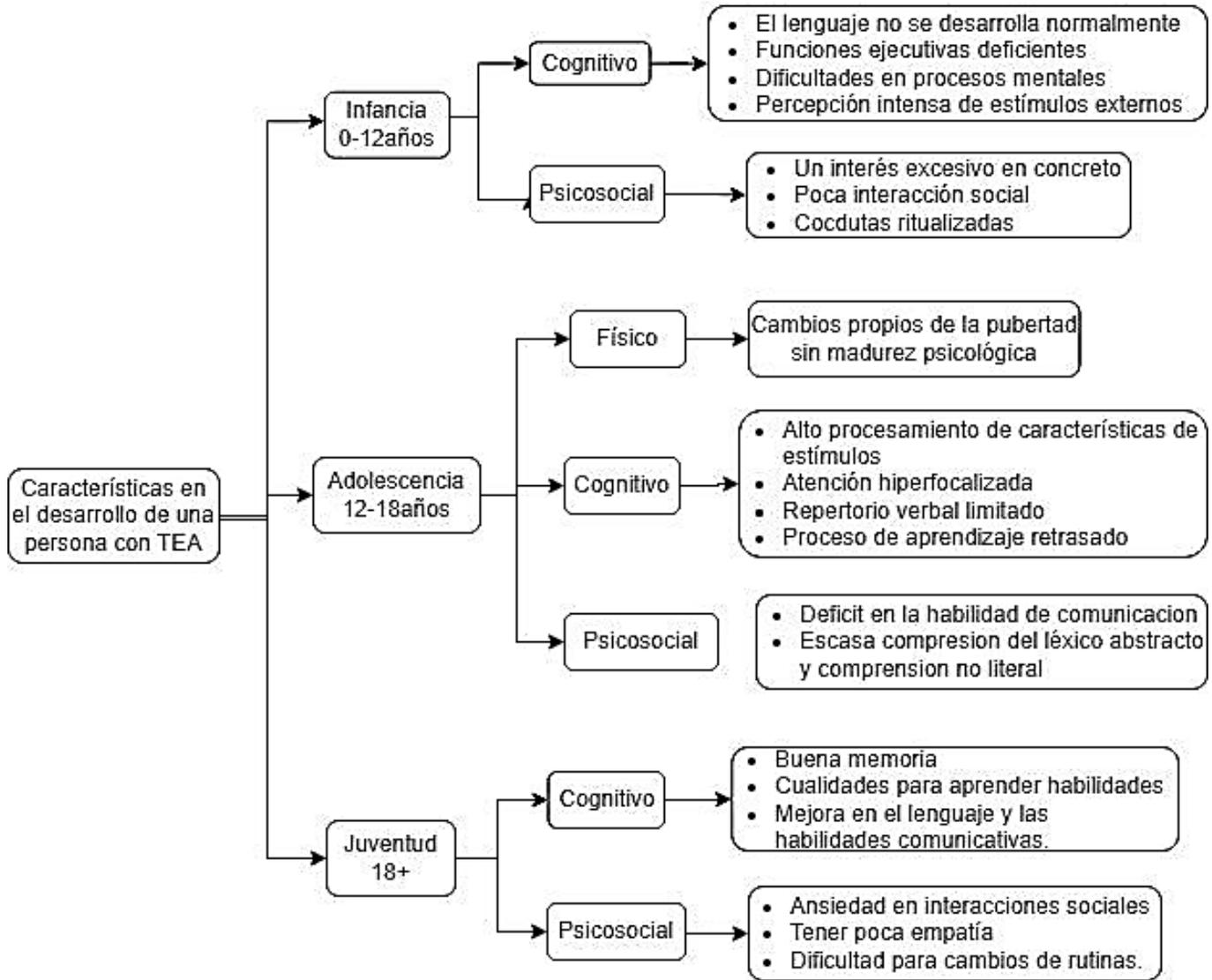


Figura 1.2. Esquema de los rasgos más característicos en el desarrollo de una persona con TEA basado en las características más significativas en el caso de “M”.

Figura 1.3. Métodos de aprendizaje empleados en el tratamiento del TEA

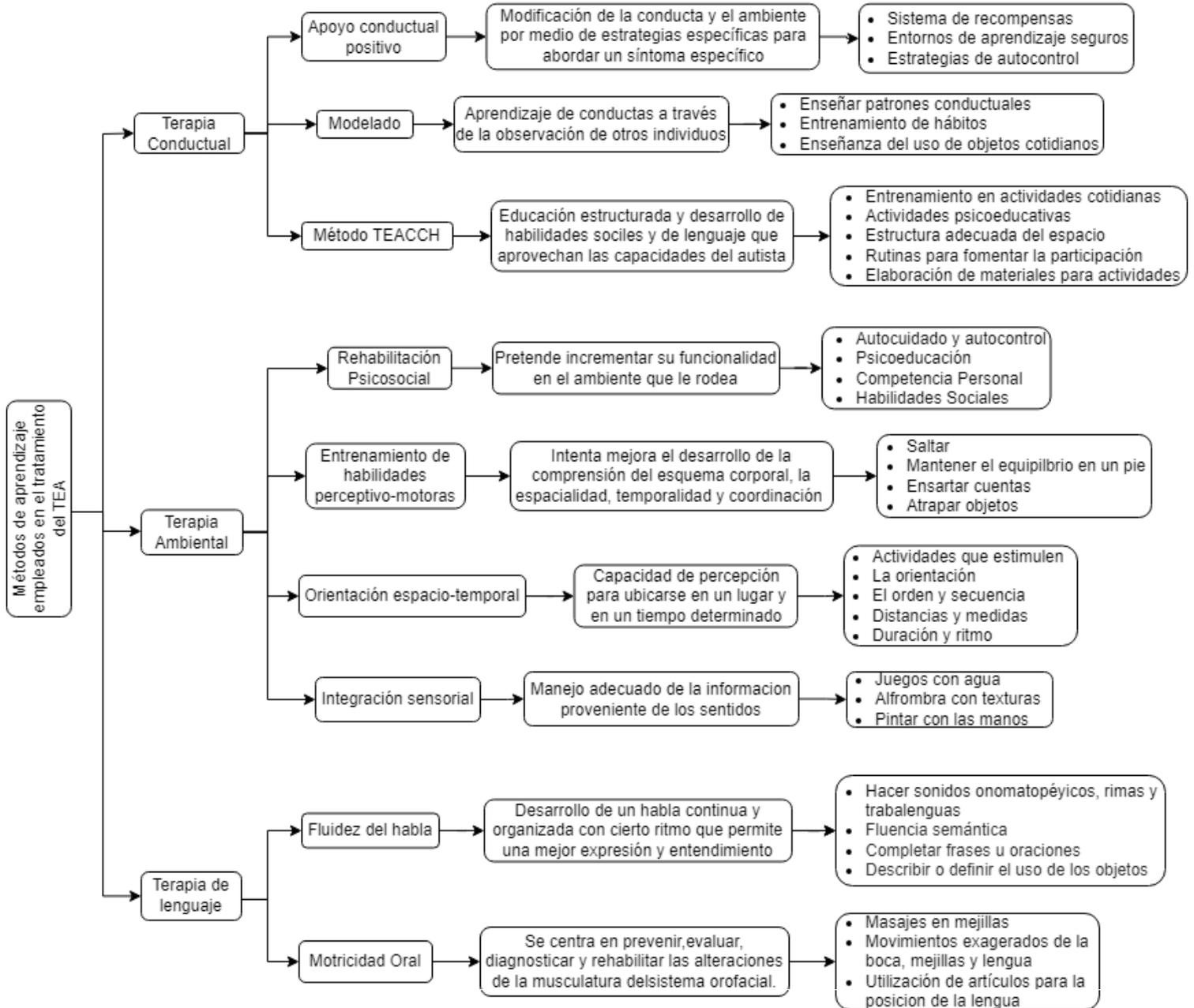


Figura 1.3. Esquema de las terapias que fueron utilizadas en el tratamiento de “M”, donde se pretende describir las actividades y los objetivos que fueron llevados a cabo.

Figura 1.4. Calidad de vida

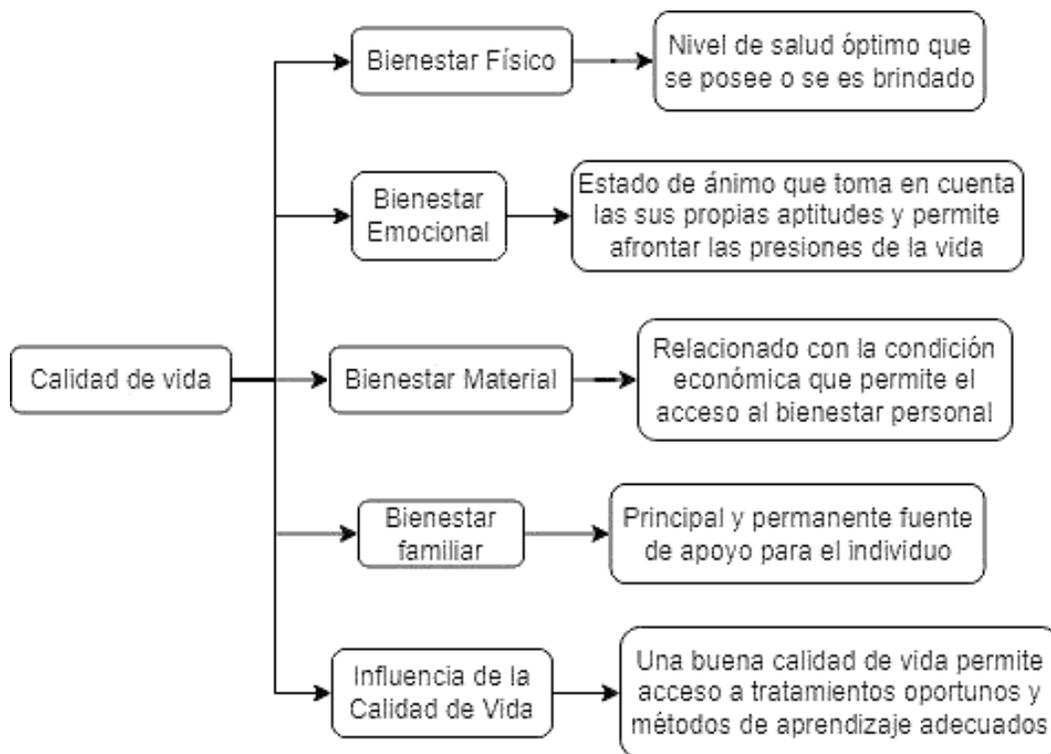


Figura 1.4. Esquema de las características de vida más importantes para lograr un mejor desarrollo vital donde se relacionan los rasgos más importantes del entorno de una persona.

VII. RESULTADOS

7.1 Análisis

Se realizó una entrevista semiestructurada a los tutores, dónde se retoman ámbitos de la vida de “M” tales como dinámica familiar, factores biomédicos, desarrollo y tratamiento, con el objetivo de indagar sobre el tratamiento y la calidad de vida presente, porque el interés y la participación de la familia tienen un peso significativo sobre el avance del mismo. Asimismo, identificar cuestiones clave en su tratamiento y distinguir qué estrategias empleadas en los métodos de aprendizaje potencializaron el desarrollo de una persona con TEA.

El sujeto referido como “M”, joven adulta de 26 años presenta Trastorno del Espectro Autista grado III, diagnosticado desde la infancia y tratado desde la misma, ha contado con la atención de especialistas en sus áreas de desarrollo.

El TEA se identifica por los criterios diagnósticos correspondientes a la categoría del TEA, se identificó que “M” cuenta con un lenguaje que le permite expresarse, sin mantener una conversación. Hay poca interacción social, no comunica sus sentimientos, sin embargo, refleja sus emociones o las imita. En cuanto al comportamiento se identificó que “M” es dócil y disciplinada, pone atención en los detalles, es muy metódica con mantener el orden de sus cosas, no le gustan los cambios y si algo lo requiere, se le explica la razón; mantiene una rutina de autosuficiencia, se hace cargo de su espacio y actividades de interés.

De acuerdo a los especificadores de gravedad, “M” presenta TEA grado III, los tutores mencionan que a la edad de 2 años 8 meses asistió al Hospital Psiquiátrico Infantil para una valoración neurológica, conductual y exámenes

SERVICIO AL QUE SE ENVIA:	
<input type="radio"/>	HOSPITAL DE DIA (CONS. 8)
<input type="radio"/>	VALORACION DE LENGUAJE
<input checked="" type="checkbox"/>	TERAPIA AMBIENTAL
<input type="radio"/>	TERAPIA DE APRENDIZAJE:
<input type="radio"/>	PSICOPEDAGOGICO PREESCOLARES
<input type="radio"/>	CONS. 5 - 6
<input type="radio"/>	PSICOPEDAGOGICO ESCOLARES
<input type="radio"/>	CONS. 1 AL 4
<input type="radio"/>	TERAPIA DE PAREJA (CONS. 7)
<input type="radio"/>	REHABILITACION PSICOSOCIAL
<input checked="" type="checkbox"/>	ANALISIS CONDUCTUAL*
<input type="radio"/>	SOCIALIZACION
<input type="radio"/>	EDUCACION ESPECIAL
<input type="radio"/>	TALLERES
<input type="radio"/>	TERAPIA OCUPACIONAL*

CLINICAS:	
<input type="radio"/>	ADOLESCENCIA
<input type="radio"/>	CONDUCTA
<input type="radio"/>	DESARROLLO
<input type="radio"/>	EMOCIONES
<input type="radio"/>	OTRAS ALTER. DESARROLLO
<input type="radio"/>	PAIDEIA
<input type="radio"/>	PAINAVAS
<input type="radio"/>	PREESCOLAR

OTROS:	
<input type="radio"/>	DENTAL
<input checked="" type="checkbox"/>	NEUROPEDIATRIA
<input type="radio"/>	PEDIATRIA
<input type="radio"/>	PSICOMOTRICIDAD
<input checked="" type="checkbox"/>	REHABILITACION
<input type="radio"/>	TERAPIA FAMILIAR

RESUMEN DEL CASO Y JUSTIFICACION DEL ENVIO: *[Handwritten signature]*

Figura 2. Fragmento del protocolo realizado a "M" para el diagnóstico y tratamiento del TEA realizado en 1999, donde se observan los tipos de terapia que se llevarán a cabo.

médicos, a los 3 años se le diagnostica Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo) y es referida a tratamiento psicológico descrito en la Figura 2.

Se reconoce la diversidad en el TEA, pero se distinguen rasgos en el desarrollo (sintetizado en la figura 1.2)

que en combinación con las particularidades de la personalidad y factores externos formarán una amplia gama de lo que se puede esperar durante el desarrollo.

Durante la infancia de un niño con TEA algunos síntomas se presentan a partir de los 12 meses, notándose mayormente alrededor de los 3 años, en el caso de "M" el desarrollo fue normal durante el primer año de vida, tenía buena coordinación y decía algunas palabras, la madre refiere que aproximadamente a los 18 meses notó que "M" se aislaba, sus juegos eran ordenar objetos por tamaño o colores, hubo un retroceso en el habla y las palabras que decía las olvidó (no fue hasta los 6 años que volvió a pronunciarlas) por lo que se comunicaba con sonidos o jalaba a la persona cercana a ella cuando quería algo, su atención era muy dispersa, y manifestaba su desagrado por medio de berrinches.

Es cuando se decide buscar atención médica, ella a la edad de 1 año 8 meses se integra a un grupo de Estimulación Temprana, donde fue asistida por especialistas de la Asociación Pro personas con Parálisis Cerebral (APAC) y se identifican rasgos autistas. A los 10 años se le aplicaron pruebas y los resultados mostraron que tenía edad mental menor a la edad cronológica, destacando un aprovechamiento regular en la motricidad, buena memoria y habilidades de la vida

diaria, además de un déficit en la comunicación y la socialización, fijación por algunas cosas; entre otras escalas se le diagnosticó Autismo severo.

Cabe señalar que el desarrollo durante la infancia de “M” siempre fue próspero, de esta manera tuvo una educación básica incluyente donde aprendió a leer y escribir, esto es beneficioso para los niños con TEA. En este caso ella perfeccionó su comprensión del lenguaje y desarrolló un sistema de comunicación, responde preguntas sencillas y a su nombre para seguir indicaciones y lo pronuncia cuando quiere algo. Hay muy poca interacción con las personas, no obstante, se integra en lo que puede e identifica bien el medio en el que se desenvuelve.

Con esto se puede ver que los síntomas del trastorno evolucionan conforme el desarrollo del infante y que estos mismos serán la base para potencializar sus capacidades. El desarrollo cognitivo durante la adolescencia se podría enfocar en el aprendizaje de hábitos e integración al entorno, ya que se deben adaptar a los cambios que acompañan esta etapa, así mismo en el desarrollo psicosocial habrá dificultades para la comunicación, aun si hubo un progreso en el lenguaje en los años anteriores, como lo fue en el caso de “M”. Igualmente se establecieron rutinas que incrementaron su autonomía, siempre mostró buena actitud y responsabilidad para su educación, estuvo en un ambiente que le incitaba a ser participe y a desarrollarse todo lo posible, lo cual siempre fue uno de los objetivos principales de los padres, se puede decir que logró un gran avance durante este tiempo.

Se debe reconocer que hay autistas de todas las edades, por lo que es importante mencionar que, durante la juventud, dependiendo de las capacidades y recursos con los que cuente el sujeto, podrá tener una vida normal o requerir el cuidado de un tutor, sin embargo, para esta etapa ya se debería contar con

habilidades que le hagan ser lo más autónomo o funcional dentro de sus capacidades, esto le ayudará a mantener una calidad de vida adecuada.

Actualmente “M” es una persona con cierto nivel de autonomía funcional requiriendo la asistencia de alguien más para tareas complejas, y junto con el apoyo de su familia cuenta con una buena calidad de vida y buena salud. Se contempla que su educación fue multidisciplinar, para hacerle hábil en diferentes áreas y así cuidar de sí misma; asistió a talleres laborales con el fin de aumentar su autonomía y aprender maneras que facilitarán su adaptación al medio.

Para que “M” haya podido realizar todas estas actividades, su tratamiento desde la infancia se enfocó en aspectos sintetizados en la figura 2.1. Además de ser constantes

DIAGNOSTICO: *Res. Generalizada de Desarrollo*

INTERVENCIONES LLEVADAS A CABO: FARMACOS FISIOTERAPIA
 LENGUAJE T. FAMILIAR
OTRAS: *No*

MOTIVO DE CANALIZACION: EVALUACION TRATAMIENTO ORIENTACION

APLICAR TRATAMIENTO EN:

<input checked="" type="radio"/> ATENCION	<input checked="" type="radio"/> EJECUCION DE ORDENES	<input checked="" type="radio"/> AUTO-AGRESION
<input type="radio"/> IMITACION	<input checked="" type="radio"/> CONTROL DE ESFINTERES	<input checked="" type="radio"/> BERRINCHE
<input checked="" type="radio"/> AUTO-CUIDADO	<input checked="" type="radio"/> COORD. MOTORA FINA	<input checked="" type="radio"/> AISLAMIENTO
<input checked="" type="radio"/> LENGUAJE	<input checked="" type="radio"/> COORD. MOTORA GRUESA	<input checked="" type="radio"/> HIPERQUINESIA
<input checked="" type="radio"/> AGRESION	<input checked="" type="radio"/> DIF. PARA RELACIONARSE	

Figura 2.1. Fragmento del protocolo con el diagnóstico y el plan de tratamiento que fue realizado.

en actividades sensoriales, terapia conductual y sobre todo en la implementación de rutinas, con el fin de orientar y enseñar a “M” actividades productivas que le facilitarán entender su entorno.

El tratamiento se deberá enfocar en la adaptación con el propósito de desarrollar el mayor potencial posible, es relativo que un mismo tratamiento funcione con el resto porque las características internas influyen sobre el desarrollo (capacidad cognitiva, capacidad motriz, estado emocional, etc.) Pero es importante destacar que las técnicas de aprendizaje que se implementan en el tratamiento deben ser compatibles con el sujeto, es decir, buscar actividades que sean del agrado e interés de la persona, porque la motivación muchas veces lleva a un mejor desempeño.

DR. JESUS DEL BOSQUE GARZA.
DIR. DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL.
" DR. JUAN N. NAVARRO."
P R E S E N T E.

POR MEDIO DEL PRESENTE RECIBA UN CORDIAL Y AFECTUOSO SALUDO Y A LA VEZ SOLICITO A USTED, DE LA MANERA MAS ATENTA ,SE NOS PROPORCIONE - INFORMACION DE LA PACIENTE: [REDACTED]. QUE ASISTE A - DIVERSOS SERVICIOS DE ATENCION EN ESA INSTITUCION DE SALUD ,Y QUIEN ACTUALMENTE ASISTE AL JARDIN DE NIÑOS [REDACTED] - UBICADO EN [REDACTED] EDO. DE MEXICO, EL CUAL CUENTA CON SERVICIO DE U.S.A.E.R. (UNIDAD DE SERVICIOS DE APOYO A LA EDUCACION REGULAR) QUE TIENE COMO FUNCION ATENDER ALUMNOS CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

PARA QUE LA ATENCION SEA ADECUADA ES IMPOR - TANTE CONOCER DICHA INFORMACION CON LA FINALIDAD DE SABER SU DIAGNOSTICO MEDICO Y ESTADO DE SALUD ACTUAL.

Los especialistas recomendaron que conviviera con niños por lo que asistió a un kínder regular, se trabajó simultáneamente con los psiquiatras y los maestros por medio de oficios, como en la Figura 2.3, puntualizando el proceso

Figura 2.3. Fragmento del oficio para solicitar información académica del instituto donde "M" cursaba sus estudios.

académico. Se trataban aspectos como motricidad, integración a actividades grupales y hábitos de higiene personal, además de actividades sensoriales que se trabajaban en casa.

Se solicitaron las siguientes valoraciones:

Neuropediatría.

Psicología.

Pediatría.

EEG

Medicina física y rehabilitación.

Recibe terapia de:

Modificación conductual.

Las intervenciones con los padres han sido:

Orientación de reglas y límites, introducción del servicio de Desarrollo.

La paciente se tiene en control con medicación de su cuadro neurológico, en modificación conductual para reglas y límites.

Recibe tratamiento farmacológico: SI NO Acido valproico.

Figura 2.4. Fragmento del informe clínico realizado a "M" donde se muestran áreas de valoración, la terapia recibida, la intervención de los tutores durante el tratamiento y medicación.

A los 3 años 8 meses es remitida a valoraciones y terapia detalladas en la Figura 2.4, conjuntamente se aplicaban reforzadores para la modificación

conductual y durante un corto periodo recibió tratamiento farmacológico para la hiperactividad.

Por motivos de distancia algunas actividades se realizaron en casa y se elaboró mucho material visual y didáctico para crear programas de inteligencia, todo esto se registró en una bitácora, contrastando las áreas que requerían atención para alcanzar los objetivos que hoy en día se han obtenido. Todo el registro detallado permitió pulir y mejorar el tratamiento buscando estrategias que se adaptaran a "M"

Hasta ese momento por medio de la terapia conductual, su educación y el constante trabajo en casa dieron como resultado que "M" a los 6 años responde a preguntas sencillas, establece contacto visual brevemente, hay mayor tolerancia al acercamiento físico, expresa su estado de ánimo, mejora en el aprendizaje de la ubicación espacial, pronuncia algunas palabras, identifica su entorno, reconoce figuras geométricas, identifica su imagen corporal y muestra habilidad para armar rompecabezas o ensamblar fichas, además de tener muy buena memoria.

Se realizaron estudios neurológicos donde se identifica una alteración en el área de la corteza cerebral como posible causa del trastorno, entre otras pruebas definidas en la Figura 2.5 y es referida a análisis de conducta aplicado y rehabilitación psicosocial.

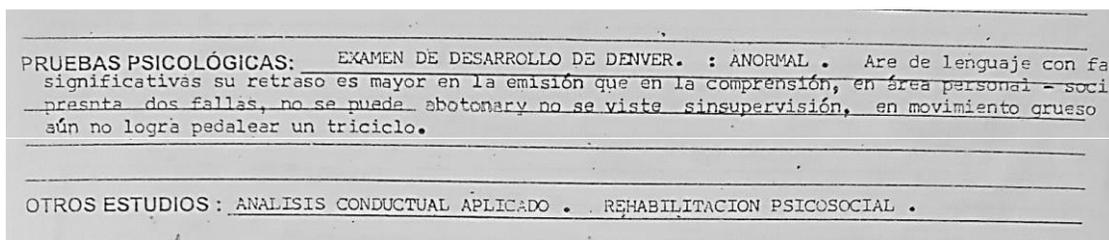


Figura 2.5. Sección del informe donde se describen las pruebas psicológicas aplicadas a "M".

Asimismo, ingresó a un Centro de Atención Múltiple (CAM) y su educación fue multidisciplinar ya que se le enseñaron aspectos de cuidado personal, normas

sociales, la interacción en un grupo y conocimientos básicos (donde mostró habilidades matemáticas). Además, se trabajaba de manera conjunta con terapeutas en base a un registro de conducta semanal, con el fin de que “M” fuera más independiente y autónoma en cuanto a su vida diaria.

Para el desarrollo del lenguaje en una persona con TEA se identifica cuánto del lenguaje entiende, como lo utiliza o si la deficiencia se debe a la motricidad oral, en el caso de “M” el proceso de lenguaje se enfocó en cuanto comprendía ya que se le enseñó vocabulario y su función, así su comunicación se formó en base a palabras específicas que ella adoptó para expresarse. También asistía a terapia de lenguaje donde se aplicaban masajes y técnicas para articular, así aprendió sus primeras palabras de dos sílabas, a la par se dio el aprendizaje de lecto-escritura, lo cual ayudó bastante al entendimiento y expresión del lenguaje

El grado de avance que se obtuvo en su tratamiento, sí bien está medianamente determinado por la temprana edad que recibió atención psiquiátrica y psicológica, facilitando el desarrollo de habilidades, también por el compromiso de la madre en crear un ambiente donde “M” aprendiera de forma didáctica y constante, dando seguimiento al tratamiento por el continuo interés de ver un progreso en “M”.

Esto se refuerza cuando en la familia se mantiene una dinámica de interés, donde ésta es la principal y permanente fuente de apoyo para el individuo, ya que se asegurará de su bienestar y estabilidad. En el caso de “M” se proporcionó todo tipo de bienestar, reflejándose en el acceso a servicios de salud antes mencionados, inclusión a la educación básica, un entorno con estabilidad emocional, creando condiciones ambientales que favorecieron la adquisición de habilidades y conocimiento que potencializaron su desarrollo.

En cuanto a la familia de "M", que está conformada por sus padres, un hermano mayor que presenta Síndrome de Angelman y una hermana menor; se puede mencionar que siempre buscaron una buena calidad de vida para ella. Debido a los antecedentes con el hermano mayor, la madre comentó que el diagnóstico de "M" fue complicado y estresante porque volverían a iniciar el proceso que aún estaban viviendo con el hijo mayor de ir a hospitales y buscar apoyo médico, pero ahora enfocado al padecimiento de "M". Sin embargo, inmediatamente buscaron los medios para que recibiera un tratamiento adecuado y la madre estaba involucrada por completo en cada aspecto, ya que se instruyó en conocer todo sobre el autismo por medio de libros y apoyo de psicólogos y pedagogos.

La calidad de vida es sin duda un factor dominante para que "M" haya podido desarrollar las habilidades adquiridas hasta este momento, porque el bienestar brindado facilita el acceso y promueve un ambiente donde la adquisición de aprendizajes es primordial, además de ser retroalimentado constantemente e impulsado por la dinámica familiar.

7.2 Conclusión

Actualmente se reconoce la diversidad en cómo se presenta el TEA, los síntomas característicos del padecimiento evolucionan de acuerdo a la personalidad del sujeto y el medio en el cual se desarrolla, además de la influencia de otros factores externos; igualmente se puede identificar el tratamiento que se adecue a sus necesidades y una correcta adaptación al contexto psicosocial.

Esta investigación se adentra en los métodos de aprendizaje empleados en “M”, involucrando la terapia conductual, de lenguaje y rehabilitación psicosocial para centrarse en mejorar su proceso atencional, la comunicación e interacción social, factores que se trabajaron a lo largo de su vida para desarrollar habilidades que le permitan autonomía e integración social.

Los resultados obtenidos de su tratamiento se deben en parte a las estrategias aplicadas, estas estrategias de aprendizaje en un sujeto con autismo pueden ser herramientas que potencialicen su desarrollo, en el caso de “M” se pueden mencionar la integración e inclusión al contexto social desde su infancia, la constante práctica de habilidades cognitivas, psicosociales y de comunicación por medio del entorno educativo y familiar, por ende, el apoyo y preparación de los padres que trabajaron en conjunto con especialistas.

Tomando en cuenta la extensa gama de expectativas que se pueden esperar del TEA, eso no limitó el apoyo que tuvo “M”, ya que siempre se confió en su capacidad y respondió de manera positiva al reforzamiento de conductas, además del entrenamiento de habilidades sensoriales y perceptivas, la enseñanza de conocimiento básico para alcanzar cierto nivel de desarrollo normal, esto por medio de material visual y conocimiento por asociación empleados en los programas de

inteligencia que aplicaba la madre como trabajo en casa para el aprendizaje general de "M".

Del mismo modo, la comunicación de "M" es simplificada e idiosincrática basada en palabras específicas o frases cortas, comprende el lenguaje hablado, pero no es recíproco y no mantiene una conversación, sin embargo, su lenguaje fue reforzado por técnicas de gesticulación y la enseñanza de la lectura y escritura, provocando un conocimiento más amplio y detallado de su comprensión del medio.

Debido a las afecciones a nivel cerebral del sujeto con TEA su interacción con el entorno y los cambios fundamentales en su personalidad no se darán de la forma esperada, por lo que necesita estrategias más especializadas donde se priorice una forma de interacción que sea entendible, agradable y de información explícita para facilitar la adquisición de conocimientos, esto no sólo se encuentra ligado para la construcción de estrategias funcionales, también está estrechamente relacionado con la calidad de vida que se puede ofrecer comprendiendo los recursos materiales sociales y emocionales.

En este ámbito se puede mencionar, entre otras estrategias, que el establecimiento de rutinas y hábitos es primordial para dar la sensación de orden y seguridad a "M", además del establecimiento de límites y reglas de conducta, las cuales se empleaban bajo reforzadores conductuales durante su infancia.

Por otra parte, cabe mencionar que este tratamiento se llevó a cabo por una detección temprana con un tratamiento oportuno, lo cual denota que mientras más pronto sea la detección, el tratamiento tendrá los resultados esperados y si esto es constante, el pronóstico del TEA será favorable.

Con esto se distingue el acceso a la atención especializada como consecuencia del interés del entorno familiar, por lo que al obtener este apoyo de su entorno se logró tener avances satisfactorios en su tratamiento, por ende, alcanzó altas expectativas en su desarrollo; debido a que no solo se priorizó una atención temprana, también un compromiso por parte de su familia a otorgarle una buena calidad de vida con los recursos que tenían, por lo que se puede hablar de un bienestar emocional y material ya que siempre hubo motivación por sacarla adelante ocasionando el incremento de los recursos disponibles.

Uno de los principales motivos por los que un tratamiento puede tener menos éxito de una persona a otra, es el interés que los padres o familiares muestran a este, cuando se piensa que toda la responsabilidad del avance es sólo del especialista al que acuden, dejan de lado su aporte para que el tratamiento sea altamente funcional. Cuando se participa de forma activa en el aprendizaje y avance del tratamiento, el paciente obtiene más apoyo de su ambiente y una constante motivación para reforzar aquellos aspectos que son necesarios para el desarrollo, como la adquisición nuevas habilidades.

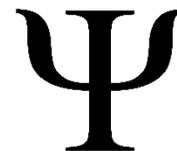
Con todo esto se puede decir, que el entorno familiar en donde se desenvuelve sí tiene gran impacto en el progreso del tratamiento y la forma en cómo éste será de gran importancia en el futuro de la persona, es decir, conforme pase por las etapas de desarrollo y esté capacitado para sobrellevarlo.

Aunque este padecimiento no tiene una cura y por ello nunca podrá acceder al mismo nivel de independencia que lo haría una persona sin autismo, si se logró que “M” atendiera sus necesidades básicas, cómo lo es la alimentación, la higiene y el autocuidado. Lo cual denota un dominio relevante para que más adelante

acceda a cierto nivel de independencia, propiciando que mantenga un grado favorable de calidad de vida lo cual le permite tener salud y bienestar físico y mental.

“M” desarrolló ciertas habilidades que le permiten, hasta cierto punto, integrarse a su entorno social, qué si bien no será igual al de otras personas se le garantiza que tenga un cierto nivel de bienestar.

Con todo esto, se reafirma que la atención temprana y adecuada guía de un tratamiento enfocado a sacar todo el potencial posible de la persona sí mejoran las expectativas de vida de un sujeto con TEA, las cuales se verán influenciadas, en este caso, por un ambiente familiar adecuado y redes de apoyo que sirvan para mejorar la calidad de vida, lo que ayuda a que todo tratamiento pueda ser funcional ya que en su ambiente existen personas que trataran de reforzarlo y mantenerlo, siendo de esta forma, coterapeutas del paciente.



ANEXO 1

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo: Indagar sobre los antecedentes y el contexto de vida de una joven adulta con TEA para identificar cuestiones clave en su tratamiento.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Miembros de la familia

1. Nombre y edades de los hijos
2. ¿Alguno de los hermanos ha tenido retrasos en el desarrollo o algún problema especial por el cual se haya buscado tratamiento?
3. ¿Alguno de los padres ha tenido dificultades en su desarrollo o problemas especiales?
4. ¿Hay alguien en la familia externa que tenga dificultades similares a las de sujeto?

Antecedentes previos al embarazo

5. ¿Qué actitud tenía cada uno de los padres hacia la idea de tener un hijo o una hija?
6. La situación económica de los padres antes del embarazo era
7. ¿Cuál era el estado de salud física de la madre antes del embarazo?

Embarazo

8. ¿Cómo fue la relación entre los padres durante el embarazo?
9. ¿Hubo alguna hemorragia durante el embarazo? ¿A los cuántos meses de embarazo?
10. ¿Se aplicaron rayos X durante el embarazo? ¿A los cuántos meses del embarazo?
11. ¿Qué enfermedades padece durante el embarazo?
12. ¿Qué preparativos hubo para la llegada del bebé?
13. ¿Cuánto duró el trabajo de parto (contracciones)?
14. ¿Parto natural o cesárea?
15. ¿Al nacer, más o menos cuánto tiempo tardó en llorar?
16. ¿Cuál fue su calificación en la prueba de Apgar?
17. ¿Cuáles fueron su talla y su peso?
18. ¿Tuvo algunas afecciones o problemas el bebé desde el nacimiento?

Factores biomédicos durante el desarrollo postnatal

19. ¿Ha tenido temperaturas de 40 grados o más? ¿Cuántas veces y a qué edades?
20. ¿Ha presentado convulsiones? ¿Cuántas veces y a qué edades?
21. ¿Cuáles han sido las enfermedades más importantes, a qué edades han ocurrido y de qué manera han sido tratadas?
22. ¿Ha sufrido golpes en la cabeza importantes? ¿A qué edades?
23. ¿Recibió todas las vacunas y en el momento indicado? (Si no, detallar)
24. ¿Actualmente está bajo tratamiento médico? ¿En qué consiste?

Desarrollo temprano

25. Edad en que gateó
26. ¿Cómo fue su aprendizaje para andar?
27. ¿Cómo fue su enseñanza de control de esfínteres?
28. ¿Aproximadamente a qué edad se manifestaron las anomalías por primera vez?
29. ¿Qué es lo que les hizo preocuparse en aquella época? (Síntomas)
30. ¿Considera que su desarrollo era normal antes de lo que menciona?

Desarrollo del lenguaje

31. ¿A qué edad pronunció sus primeras palabras y que decía?
32. ¿Hubo alguna época en que dejara de hablar después haber aprendido a hablar? ¿Qué edad tenía?
33. ¿Tuvo problemas para pronunciar el fonema "erre" o "ere"?
34. ¿Confunde los pronombres, de qué manera?
35. ¿Cómo le hacía saber que quería algo? ¿Cómo lo hace ahora?
36. ¿Cómo es el lenguaje hablado en este momento? (¿idiosincrático, ecolálico, estereotipado, + 3 palabras?
37. ¿Cuánto lenguaje entiende?

Desenvolvimiento emocional y social

38. ¿Cuál ha sido la evolución de la relación con los padres durante la vida del sujeto?
39. ¿Cuál ha sido la historia de la relación con los hermanos?
40. ¿Cuál ha sido la historia de la relación con otros familiares con los que ha convivido? ¿Cómo respondía en su infancia y cómo responde actualmente?
41. ¿Cómo obtiene usted su atención?
42. ¿Conoce códigos o normas sociales?

Desarrollo personal

43. ¿Cuál ha sido su actitud hacia la alimentación?
44. ¿Qué actividades puede realizar por sí misma?
45. ¿Ha sido cooperativa con los padres, apática o se niega a colaborar?
46. ¿Alguna vez jugó con juegos de té o muñecas? ¿Cómo era su juego?
47. ¿Qué intereses o actividades en particular tiene?
48. ¿Hay cosas que hagan como familia de manera diferente por este interés?
49. ¿Hay cosas que parece tener que hacer en un orden en particular?
(ordenar, tocar cosas)
50. ¿Cómo reacciona si es interrumpida durante estas acciones?
51. ¿Cómo toma los pequeños cambios en su rutina?
52. ¿Tiene alguna habilidad en especial? (visoespacial, de memoria, musical, dibujo, lectura, cálculo)

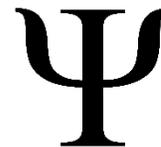
Desarrollo académico

53. ¿A qué edad tuvo su ingreso a la vida escolar?
54. Escuela/Tipo/Fechas de asistencia/Ayuda adicional
55. ¿Cuál ha sido la actitud hacia la escuela?
56. ¿De qué manera aprendió a escribir y leer?
57. ¿Aprendió conceptos numéricos?
58. ¿Qué aspectos se trabajan en su educación?

Tratamiento

59. ¿A qué edad asistió con un especialista?
60. ¿Cuál fue su diagnóstico y qué edad tenía?
61. ¿De qué manera tomó el diagnóstico?
62. ¿A qué terapias asistió?
63. ¿Se trabajaba en casa de manera conjunta?
64. ¿Cómo se lograba que realizará las actividades de manera satisfactoria?
65. ¿Qué aspectos se trabajaron durante su infancia?
66. ¿Qué avances tuvo?
67. ¿Siguió en tratamiento durante la adolescencia? ¿Cuál era su objetivo?
68. ¿Necesitó tratamiento aparte del psicológico o psiquiátrico?
69. ¿Requirió medicamentos en alguna etapa de su vida?
70. ¿Cuál fue la última revisión que tuvo en cuanto a su condición?
71. ¿Actualmente lleva un tratamiento?
72. ¿Cómo describiría que ha sido todo este proceso como familia?

ANEXO 2
TRANSCRIPCIÓN DE ENTREVISTA



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

(Algunos datos no se mencionan por confidencialidad)

Nombre: M

Fecha de nacimiento: 08/02/1996

Edad: 26 años

Miembros de la familia

¿Hay más miembros en su familia?

Si.

Me puede decir sus nombres y edades

I, con 29 años y L con 22 años.

¿Alguno de los hermanos ha tenido retrasos en el desarrollo o algún problema especial por el cual se haya buscado tratamiento?

I tiene diagnóstico de síndrome de Angelman es una enfermedad genética causada por la malformación en el par 15 de sus cromosomas.

¿Alguno de los padres ha tenido dificultades en su desarrollo o problemas especiales?

No.

¿Hay alguien en la familia externa que tenga dificultades similares a las del sujeto?

Tengo un hermano que tiene una hija con un síndrome, con dificultad para caminar, tiene retraso psicomotor en el lenguaje y en general pues su desarrollo es muy pausado, no habla y está en tratamiento.

Antecedentes al embarazo

¿Qué actitud tenía cada uno de los padres hacia la idea de tener una hija?

Después de tener a I el hijo mayor y después de tener un niño ya especial diagnosticado con dificultad para moverse, tenía retraso psicomotor y demás, pues teníamos un poco de miedo a tener otro hijo, pero viendo la posibilidad de que no creciera solo pues decidimos encargar el siguiente bebé, que fue M nació normal y fue muy esperada y deseada, su desarrollo pues iba bien hasta que notamos algunos cambios

La situación económica de los padres ¿Cómo era antes del embarazo?

No era muy solvente claro, pero era lo suficiente para darle ya al nuevo integrante de la familia una vida con lo que necesitara, con lo básico para poder salir adelante con los dos y darles lo más indispensable para poder subsistir, además de que teníamos que gastar en el otro niño en sus terapias y atención médica, pero pues no fue muy difícil darles a los dos lo que necesitaban.

¿Cuál era el estado de salud física de la madre antes del embarazo?

Fue bueno, yo me alimentaba bien, reviso médica cada mes, me cuidaba bastante y pues se vio reflejado en que su peso fue saludable.

Embarazo

¿Y cómo fue la relación entre los padres durante el embarazo?

Fue buena, pasé un embarazo un poco estresante porque después de tener el primer hijo ya con dificultades pues esperando que la segunda bebé no tuviera ningún problema, pero de ahí en fuera fue bastante buena.

¿Hubo alguna hemorragia durante el embarazo?

No.

¿Se aplicaron rayos X durante el embarazo?

No.

¿Qué enfermedades padece durante el embarazo?

Ninguna.

¿Qué preparativos hubo para la llegada del bebé?

Bueno preparar su ropa, un espacio para ella, hacer algunos ahorros para cuando ya naciera pues no se presentarán dificultades económicas

Y ahora sobre el parto ¿Cuánto duró el trabajo de parto?

Pues de hecho no tuve contracciones, porque como con primer parto de mi hijo mayor fue muy difícil y el doctor llegó a la conclusión de que como yo no tenía dolores no íbamos a exponer a la niña, además que tenía una vuelta del cordón umbilical enredado en el cuello, lo que generó que me mandaron a hacer una cesárea programada y acudimos a la cita el día y la hora que nos citaron.

¿Al nacer, más o menos cuánto tiempo tardó en llorar?

Casi instantáneamente cuando la sacaron empezó a llorar.

¿Recuerda cuál fue su calificación en la prueba de Apgar?

9/10

¿Cuáles fueron su talla y su peso?

Su peso fue de 3.900 y su talla fue de 52 cm.

¿Tuvo algunas afecciones o problemas el bebé desde el nacimiento?

No, ninguna.

Factores biomédicos durante el desarrollo postnatal

¿Ella ha tenido temperaturas de 40 grados o más?

No, nunca.

¿Ha presentado convulsiones?

No.

¿Cuáles han sido las enfermedades más importantes?

De hecho, es una niña muy sana, desde que nació casi no se enferma y pues solamente no ha pasado de alguna gripe que le ha dado, pero de ahí una enfermedad importante pues no ha tenido.

¿Ha sufrido golpes en la cabeza importantes?

No.

¿Recibió todas las vacunas?

Esquema básico de su tarjeta de vacunación y en el momento indicado.

¿Actualmente está bajo tratamiento médico?

Ella estuvo en tratamiento médico hasta los 14 años, desde los 3 años hasta los 14 años, después le dieron de alta y tenemos cita abierta, pero pues ella funciona muy bien, al principio tomaba algunos medicamentos. Pero más que nada la hemos controlado con terapias, límites y sabiendo cómo manejarla pues ya no fue necesario los medicamentos.

Desarrollo temprano

¿Ella gateó?

Sí, mucho.

¿A qué edad?

Ella empezó a gatear desde antes del año, hasta que caminó sola.

¿Y cómo fue su aprendizaje para andar?

De hecho, no uso andadera, ella aprendió a caminar por el gateo se apoyaba en los cuatro puntos y después de ahí pasó a apoyarse en sus rodillas, un pie y el otro pie, quedó ya totalmente parada, se dio cuenta que, pues podía ya apoyarse de las cosas e ir avanzando, hasta que se soltó y caminó sola. Yo lo que hacía, por consejos de algunos terapeutas, es que le puse un tapete para que ella gateara y así se estimulará más rápido, para que ella pudiera quedar ya de pie y aguantar su propio peso.

¿Cómo fue su enseñanza de control de esfínteres?

Ella usó pañal hasta los 4 o 5 años. Yo por indicaciones de los terapeutas que la veían, la metí al kínder a los 3 años porque necesitaba relacionarse con más niños, ya que ella no le gustaba convivir con más niños y la integramos a un kínder de educación regular, en donde teníamos que tener precauciones y le ponemos un calzón entrenador porque no avisaba. Posteriormente en el kínder le enseñaron a ir al baño y me aconsejaron a mí algunas técnicas para que hiciera del baño antes de ir a la escuela y que ella fuera controlando los horarios para ir al baño. Después tuvo una hermana menor en donde yo también enseñaba a la hermana menor y por medio de que imitaba a la hermanita ella supo cómo sentarse en su tacita de baño.

¿Aproximadamente a qué edad se manifestaron las anomalías por primera vez?

Después del año y medio yo creo.

¿Qué es lo que le hizo preocuparse en aquella época?

Bueno su desarrollo fue normal, de hecho, antes del año ya tenía algunas palabras que ya pronunciaba, ya podía identificar su mamila, me podía identificar a mí, me daba los brazos, yo cuando le hablaba teníamos comunicación con la mirada. Pero hubo un tiempo en que la noté aislada, noté que ya le daba los brazos y no me los daba, caminaba sin rumbo y empezó como a divagar, las palabras que ya sabía se le olvidaron y empezó a jugar diferente; jugaba discriminando cosas, acomodaba zapatos por tamaños, botellas por tamaños. Y los juguetes que... por ejemplo algunos bloques para armar en vez de jugar ensamblando ella los formaba por colores, por tamaños y cada vez era menos la comunicación visual conmigo y fue donde yo me empecé a dar cuenta que ella como que estaba retrocediendo en su desarrollo.

Desarrollo del lenguaje

¿A qué edad pronunció sus primeras palabras y que decía?

Como mencionaba antes del año o año y medio ya decía teta, mamá, agua. Bueno sus primeros años fueron muy difíciles porque nos enfrentamos a que ella se volvió muy berrinchuda, se tiraba al piso y fue cuando decidí que debía tener atención médica porque su comportamiento ya no era normal, ya no era como antes. Entonces ahí fuimos a que le hicieran una valoración y demás y ella se comunicaba conmigo nada más me pasaba o me jalaba para indicarme que quería, pero no tenía lenguaje y ahí me aconsejaron que le diera lo que ella quería hasta que pudiera pronunciar, como ella pudiera, el objeto que quería. Empezamos algunas técnicas del lenguaje, masajes en la cara y algunas técnicas que me enseñaron los terapeutas para que ella pudiera decir sus primeras palabras, que fueron pues monosilábicas porque solamente decía alguna sílaba, alguna palabra en donde ella se intentaba comunicar conmigo.

¿Hubo alguna época en que dejara de hablar después haber aprendido algo?

Después del año o año y medio esas palabras se le olvidaron y las volvió a decir hasta después de los 6 años que ya empezó a ir a la primaria donde aprendió más cosas, donde ya ella podía pedir lo que ella quisiera en un lenguaje que yo tuve que intentar descifrar para poder entenderla.

¿Tuvo problemas para pronunciar el fonema "erre" o "ere"?

Hasta la fecha la "r" no la pronuncia, por ejemplo "ratón" dice "latón" porque la "r" la cambia por la "l".

¿Confunde pronombres, como en lugar de decir "yo" dice "tú"?

Ohh si, bueno cuando quiere algo usa su nombre indicando que ella lo quiere, cuando se refiere a otra persona dice su nombre, pero sí tiene claro quién es ella y quién es la tercera persona.

Como mencionaba antes las acciones que ella tomaba para hacerle saber que quería algo ¿Cómo lo hace actualmente?

Diciendo su nombre, no dice palabras totalmente claras, pero por lo regular se entiende qué es lo que quiere, le cuesta mucho trabajo articular una oración y casi siempre nada más dice una o dos palabras que relaciona con lo que quiere.

¿Y cómo describiría que es el lenguaje hablado en este momento? Por ejemplo, si repite cosas o dice más de dos palabras ¿Es idiosincrático? o sea que ella les da un significado a las cosas

Pues a veces hasta le ha cambiado el nombre de las cosas, porque o sea yo le indico cómo se llaman, pero ella las nombró de alguna manera y es como me la sigue pidiendo. Si le cuesta trabajo... por ejemplo juntar tres palabras porque

primero lo piensa cuando está hablando y yo creo que en lo que su cerebro procesa la información para ajustar las palabras y decirme correctamente lo que quiere.

¿Cuánto lenguaje entiende?

Entiende bastante bien lo que se le dice, sigue instrucciones, claro hay veces que se les dificulta porque cuando es algo que tiene mucha información pues se llega a equivocar o se llega a confundir, pero por lo regular una orden sencilla y clara pues sí la lleva a cabo

Desenvolvimiento emocional y social

¿Cuál ha sido la evolución de la relación con los padres durante la vida de M?

Al principio como mencionaba yo noté que se fue aislando, pero ya con el paso del tiempo con la familia se integra bastante bien, convive a lo mejor en una reunión familiar, pues a lo mejor no platica, no entabla conversación, pero suele escuchar, sí lo capta si entiende algunas cosas que estamos platicando.

¿Y cómo ha sido la historia de la relación con los hermanos?

Bueno al principio ella no se percataba mucho que tenía su hermano, o sea como él es el mayor no interactuaba con él, pero la llegada de la tercera hija sí fue muy buena para ella porque con ella aprendió muchas cosas, la hermanita pues hablaba y jugaba con ella. Entonces a veces sí le ponía atención y se integró. Y la verdad la relación con sus hermanos pues ha sido buena porque ya que ahora los tres son adultos, tiene mucho apoyo de su hermana menor, le pide bastante ayuda le pregunta muchas cosas, incluso cuando tiene una dificultad con sus juguetes en vez a acudir a mí acude a ella y con su hermano mayor pues suele ayudar a su higiene y no atenta contra ninguno sus hermanos nunca ha sido violenta y por lo regular ha crecido con una relación buena con sus hermanos.

Comentó que si tiene cierto nivel de integración con los familiares o las personas que han convivido ¿Esto era así desde su infancia?

Sí, los rostros de las personas no los olvidan, los nombres de la mayoría se los aprende y no se le olvidan y de todas las personas que han convivido con ella se acuerda.

¿Conoce códigos o normas sociales?

Sí, por ejemplo, ella sabe cuándo hay que estar sentada, sabe cuándo estamos en la escuela... ella responde a los movimientos, saluda a las personas y automáticamente les dice "hola" más con las manos saluda.

Desarrollo personal

¿Cuál ha sido su actitud hacia la alimentación?

Desde muy chiquita ella es muy comelona y por lo regular pues un bebé no se toma una onza, ella tomaba 2, entonces he tenido que batallar un poquito en eso, pero por lo regular ella come muy bien.

¿Qué actividades puede realizar por sí misma? En cuanto a su higiene o deberes

Bueno en cuestión de su aseo personal tuvimos mucho énfasis en estarle enseñando mucho sobre su higiene personal, que debería estar bien vestida, peinada. A ella le gusta tener su ropa limpia, ella se viste sola, se baña sola con ayuda porque tiene una cabellera muy densa entonces tengo que lavarle el pelo para que le quede totalmente limpio, pero ella se baña y se viste, tiende su cama, recoger su ropa, acomoda sus zapatos, es extremadamente ordenada.

¿Ha sido cooperativa con los padres? ¿Es apática o se niega a colaborar?

No, ella es muy accesible para colaborar

¿Alguna vez jugó con juegos de té o muñecas?

Sí, ella jugó con juegos de té, con muñecas hasta la fecha sigue jugando. Después de que se le pasó esta temporada donde formaba cosas, empezamos a trabajar con ella por ejemplo para conocer la casa, la sala, la cocina, pues le enseñamos con juguetes y ella aprendió muy rápido el nombre de los objetos y su uso y lugar; y con las muñecas imitaba lo que hace una persona y hasta la fecha sigue jugando con muñecas, pero ahora juega con barbies y las viste con ropa, los zapatos y le gusta que se vean bien.

¿Qué intereses o actividades en particular tiene? ¿Qué es lo que le gusta?

Bueno a ella le gustaba mucho la escuela, pero pues tristemente concluyó su vida escolar hace 2 años, lo último que estudió fue taller laboral en panadería, a ella le gustaba mucho participar en todas las rutinas de su taller y ahora que pues ya no va a la escuela tiene otro tipo de rutinas; se levanta, se cambia y asea su entorno donde ella está, y tiene por hábitos sacar algunas muñecas todos los días y juega con diferentes muñecas cada día, y después de que juega las acomoda de nuevo para el siguiente día, su rutina del día pues ayudar en la casa, a veces lava los trastes y a veces dobla la ropa según lo que se presente por día. Y cosas que a ella le gusten hacer, ella prefiere la música le gusta ver muchos vídeos musicales, ella está muy familiarizada con la música; también le gusta muchísimo salir a jugar sola con sus muñecas en el agua, tiene unos accesorios en donde ya puede vestir a sus muñecas con trajes de baño, sumergidas en una alberquita de muñecas y después hace la rutina de que la seca, las peina.

Y también mencionaba que es muy ordenada con la ropa y los deberes ¿Hay cosas que hagan como familia de manera diferente por estas acciones?

Si ella es muy fijada en esta situación, porque por ejemplo si alguien dobla la ropa diferente y la guarda en el cajón así nada más o en el lugar que no iba, ella lo vacía y vuelve a doblar la ropa como ella está acostumbrada, tiene que estar todo como siempre le gusta y ese tipo de cosas se las dejamos a ella o mantenemos todo de la misma manera.

¿Y cómo toma los pequeños cambios en su rutina?

No le gustan los cambios y le gusta hacer siempre lo mismo, tener las cosas en mismo lugar, si alguien cambia algo ella lo regresa al mismo lugar, tengo que explicarle por qué el cambio y que por favor lo deje así, si lo obedece hay veces que, pues si se resiste un poco, pero al final el cambio es necesario sí lo acata.

¿Tiene alguna habilidad en especial? Como buena memoria o musical

Tiene una memoria muy buena, ella puede acordarse de cómo van unos artículos, aunque pase tiempo... Por ejemplo , tenemos una colección de discos bastante extensa, nos gusta mucho la música entonces los acomodamos en un lugar y sabe qué lugar ocupa ese disco y lo vuelve a poner en su lugar ella es muy metódica en esa situación.

Desarrollo escolar

¿A qué edad tuvo su ingreso a la vida escolar?

A los 3 años

¿Me podría decir a qué tipo de escuelas asistió? y si recuerda los años aproximadamente

Entró a los 3 años a un kínder regular por el consejo de los terapeutas para que ella conviviera con más niños, entró de oyente porque en ese entonces no había primer año, fue en el 99, ella salió a los 6 años. De hecho, trabajamos conjuntamente con el hospital donde yo la llevaba, con los psiquiatras que la veían y los maestros de la escuela.

Después de que salió del kínder en el 2002 ya fue ingresada a un CAM estatal, si costo un poco de trabajo porque nos queda bastante lejos el CAM y el traslado bueno a veces sí le ocasionó un poco de cansancio y demás pero pues fue ahí alrededor de 10 años, ahí concluyó la primaria a los 13 años, porque el tercer año de primaria lo repitió por que la maestra me explicó que ella tenía un potencial para aprender a leer, de hecho aprendió a leer en tercero pero que le faltaban algunas cuestiones y por lo tanto tuvo que repetir tercero, había que reforzar en la pronunciación y algunos símbolos matemáticos.

Después de la primaria empezamos a llevarla un CAM laboral, bueno ahí apenas ese CAM como era de nueva creación empezaban a ver cómo iban a encausar a los niños que salían de la primaria, y tomamos varias clases, citaba mucho a los papás para poder ayudar a los niños y ver qué clase de características tenían para poner en ese taller. Empezamos con pintura en tela, pintura en cerámica, panadería, repostería y siendo ésta la última en donde tuvieron más cualidades los niños para que se les diera este taller de ahí salió a los 16.

Bueno de hecho lo estaba cursando cuando aquí en mi municipio, tuve la oportunidad de estar haciendo algunas actividades para que aquí se hiciera un CAM, entonces logramos que se hiciera un CAM aquí en Juchitepec, el cual pues me siento afortunada y orgullosa de ser fundadora de este CAM y bueno, ya todos los niños que iban al CAM de Chimal pues ya acudimos a nuestro nuevo CAM que ya tenemos aquí en Juchi y volvió a empezar taller laboral y de ahí siguió asistiendo y ya hace 2 años terminó la permanencia en el CAM,

Después de asistir al CAM de Chimal llegó aquí a otro laboral, igual probamos con varias actividades hasta que les pusieron uno en donde tuvo que cursar cuatro años que fue panadería y repostería, concluyó los cuatro años y tuvo que salir. Pero resulta que ella no cursó secundaria que después de que este CAM tenía como 3 o 4 años de fundado introdujeron la secundaria, pero ella iba en el taller laboral y ya no pudimos regresarnos a cursarla y es por eso que pues ya terminó y ya no lleva ahorita una educación.

¿Cuál ha sido la actitud hacia la escuela?

Le gustaba bastante, de hecho, ella arreglaba sus cosas, cuando acababa de hacer la tarea recogía su mochila y tenía un lugar específico donde la ponía, me preguntaba “escuela” y yo le decía que si al siguiente día escuela, ella colgaba su uniforme y se aprendía cuando le tocaba educación física y sacaba su pants un día antes para asistir a la escuela, llegaba con mucho gusto, se levantaba temprano iba muy pero muy muy positiva la escuela.

¿Y de qué manera aprendió a escribir y leer?

Yo usé varias técnicas para ayudarla cuando estaba en segundo de primaria, me decía el maestro con el que estaba cursando que iba a ser muy difícil que ella aprendiera a leer y escribir puesto que tenía una atención muy dispersa, entonces pues yo no me di por vencida y le compré algunas guías, también frecuentaba a una psicóloga para ayudar a centrar su atención, emprendí nuevos métodos de aprendizaje, a lo mejor viendo objetos aprendiendo desde las palabras de memoria pero lo que me dio más resultado fue enseñarle el alfabeto, las vocales y conformar sílabas.

¿Aprendió conceptos numéricos, como la seriación?

Si, aprendió a hacer sumas, restas, multiplicaciones, aprendió las tablas creo que hasta la del 6.

¿Qué aspectos se trabajan en su educación?

Puedo decir que fue multidisciplinar, porque aprendió cuidado personal, formación cívica, aprendió bastante de escritura, aprendió bases numéricas para que ella pudiera elaborar operaciones básicas y aprendió también el aspecto social que fue muy importante para ella en convivir con más personas y hacer actividades en conjunto, convivir con sus compañeros y comportarse de una manera en donde ella no es agresiva, ella por lo regular pues a lo mejor no entiende mucho el entorno pero trata de mantenerse al margen.

¿Usted la ayudaba a alcanzar estos objetivos?

Sí claro, me empape de mucho en conocimiento sobre el autismo y algunos libros, tenía yo ayuda de varios psicólogos, por ahí también una pedagoga muy importante en algún tiempo de la vida de M y me ayudó con un método que me recomendó, me apoya yo con... tenía muchísimo material en la casa como rompecabezas, basta de imágenes, libros para colorear e impresiones figura fondo, todo lo que me ayudaba a sacar el potencial.

Tratamiento

¿A qué edad asistió con un especialista?

2 años 8 mes.

¿Cuál fue su diagnóstico y qué edad tenía?

Bueno dándole al doctor todas las características que yo vi en ella, desde el principio al ver el comportamiento y con lo que yo le platicué pues sí se inclinó a que era autismo y esto fue igual a la misma edad. Empezamos a verlo cuando ella tenía 2 años 8 meses, pero en lo que le hicieron las pruebas psicológicas. La mandaron con el paidopsiquiatra y luego la llevé con el neurólogo y además empezó a recibir atención de otros terapeutas.

¿De qué manera tomó el diagnóstico?

Pues después de tener el diagnóstico de mi primer hijo la verdad sí fue muy lastimoso, muy duro y estresante y a la vez no lo esperaba porque pues cómo ella creció normalmente no lo pensé que como con mi hijo estaríamos otra vez en hospitales, el peregrinar en buscar un diagnóstico correcto y pues la verdad sí fue para mí muy mortificante, pero por lo regular no me ocupe mucho en estar deprimida y demás, inmediatamente busque un apoyo médico para sacarla a flote.

¿A qué tipo de terapias asistió?

Muchos meses yo la llevé al hospital “Juan N. Navarro” que es hospital psiquiátrico infantil en donde nos citan de primera vez con un doctor general, me mandó con un paidopsiquiatra y este a la vez le mandó a diferentes áreas del hospital en donde le hicieron valoraciones, evaluaciones y exámenes médicos.

A las primeras terapias que me mandaron fue después del paidopsiquiatra, ya con los resultados de sus análisis hicieron una mejor una valoración psicológica pues a los primeros que me mandaron fue para descartar daño neurológico, en donde el neurólogo propuso hacer una resonancia magnética para ver qué tipo de lesión en el cerebro tenía, le hicimos una resonancia y salió que tenía ahí un problema tuvo alguna malformación en la corteza cerebral y es lo que le ocasionó que tuviera este tipo de autismo. Nos mandaron primero a rehabilitación también para ver si ella podía tener un retraso psicomotor y a otra terapia que se llamaba “análisis conductual” porque ella presentaba muchos berrinches, no se daba a entender, era muy dispersa y bueno pues asistimos a todas estas citas médicas en donde el neurólogo ya nos dio el diagnóstico de que presentaba el autismo; con lo que estuvimos en análisis conductual aplicado hasta que tuvo 14 años, desde los 3 años fue todo una vida de estar trabajando en este tipo de terapias en conjunto con la información que le daban a las maestras de la escuela porque llevaba la información al hospital y por último estuvimos trabajando un poco de terapia.

¿Entonces se trabajaba en casa de manera conjunta?

Me dijeron que para su mejor aprovechamiento tenían que ser diarias, pero por la lejanía del hospital que tenía hacia mi población pues yo me comprometo con los terapeutas a trabajar en casa, dándome ellos indicaciones y yo trabajando en casa pues logré sacar todo el potencial que los terapeutas me indicaron, y la verdad pues siempre fuimos para adelante siempre yo iba todos los lunes a terapia y ahí me daban instrucciones para trabajaba en la semana, la evaluaba y pues la verdad siempre fuimos para adelante y así trabajamos por muchos años.

¿Cómo logra realizar las actividades de manera satisfactoria?

Bueno al principio lo que empezamos a trabajar fue que ella no podía estar sentada, era muy activa, no le gustaba estar en un solo lugar entonces lo primero fue que lograr que ella estuviera sentada, para hacerlo pudimos aplicar algunas actividades y luego comunicación visual porque ella y yo no teníamos contacto visual, no me hacía caso y se paraba se iba y no tenía la atención requerida para empezar a hacer las actividades, y lo que hemos trabajado de consejo de los terapeutas es con reforzadores ya sea golosinas o algo que le gustara a ella mucho.

¿Con el tiempo qué avances tuvo?

Lo primero que teníamos que lograr era que se quedara sentada en una silla, que tuviera contacto visual con nosotros para que pudiéramos hacer la actividad que

teníamos que realizar, posteriormente fue hacerla a ella ver quién era... su persona ,trabajamos con un espejo para que se conociera quién era ella y posteriormente ya viendo su reacción ante el espejo y con los reforzadores pudimos seguir trabajando en lo que era su conducta, darle muchos límites, bueno trabajar muchísimos los límites para que ella pudiera comprender lo que estaba bien hecho y lo que no podía hacer.

¿Siguió en tratamiento durante la adolescencia?

Sí, bueno estuvo ahí en ese hospital hasta los 14 años, fueron satisfactorias todas las terapias que le aplicamos.

¿Cuál era su objetivo?

Le hacían pruebas para ver qué edad mental tenía, pruebas psicológicas que daban una calificación y siempre fueron excelentes noticias, ella fue avanzando hasta los 14 años que los dieron de alta con cita abierta; después de ahí se siguió reforzando en la escuela, trabajando en todos los aspectos y trabajando lo que es la vida diaria en comunicación o sea entre ella y yo, el maestro y a lo mejor con sus compañeros.

¿Necesitó tratamiento aparte del psicológico o psiquiátrico?

Siempre fuimos tratados con psiquiatras, paidopsiquiatras y psicólogos.

¿Requirió medicamentos en alguna etapa de su vida?

Al principio para la hiperactividad intentaron controlarla con ritalina, con esas cosas que les dan a los niños para que no sean tan hiperactivos, pero resulta que ella se pudo manejar mejor con terapias y límites para su conducta. Ya después de más grande cuando presentó TOC pues sí intentaron medicarla, pero creo que con otro tipo de actividades y demás no fue necesario seguir medicando.

¿Cuál fue la última revisión que tuvo en cuanto a su condición?

Fue hace como unos 3 años antes de la pandemia y por efectos de la pandemia, pero ya no acudimos a su cita, ahorita hay que renovar citas para que le den su valoración.

¿Cómo describiría que ha sido todo este proceso como familia?

Pues no digo que fue un poco difícil, porque con niños con discapacidad pues sí con uno es difícil con 2 pues, es más, pero por lo regular yo no me preocupo por la conciencia de mis hijos y me ocupo en prepararme para poderlos atender y ayudar en todo, me involucré bastante en lo que es la educación especial sacando a flote con todos los medios que se me dio. Pues yo por lo regular soy una persona muy entregada a mis hijos más al ver su condición y en querer ayudarlos en todo lo que me es posible, y bueno pues hasta la fecha he tratado de que ellos siempre tengan mi apoyo y que pues den todo su potencial... lo que puedan dar y hasta donde pueda y darles una vida digna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, A., Franco, V., García, F., García, A., Giraldo, L., Montealegre, S., Mota, B., Muñoz, M., Pérez, B. y Saldaña, D. (2018). *Manual didáctico para la intervención en atención temprana en trastorno del espectro del autismo*. Federación Autismo Andalucía. <http://www.autismoandalucia.org/wpcontent/uploads/2018/02/MANUAL-AT-DEF.Pdf>

Alzina, R. B. (2013). *Cuestiones sobre bienestar (Psicología / Educación)* (1.ª ed.). Editorial Síntesis, S. A.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. (5º ed.) Editorial médica panamericana.

Artigas, J., Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 32(115) <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>

Baña, M. (2015). *El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo*. Ciencias psicológicas. 9(2). http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009

Beltrame, B., (2022). *Principales síntomas de autismo*. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/es/sintomas-de-autismo/>

Bhushan, V. (2005). *Autistic Spectrum Disorders in Children*. Marcel Dekker. <https://doi.org/10.1201/9780203026229>

Esguerra Pérez, Gustavo, & Guerrero Ospina, Pablo. (2010). Estilos de aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes de Psicología. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 97-109. Retrieved April 05, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000100008&lng=en&tlng=es.

Ezequiel, I. (2021, 2 marzo). *Tratamiento logopédico en los trastornos de fluidez del habla*. IRF La Salle - Centro de Rehabilitación Aravaca - Madrid. Recuperado

26 de abril de 2022, de <https://www.irflasalle.es/tratamiento-logopedico-en-los-trastornos-de-fluidez-del-habla/#:%7E:text=Los%20trastornos%20de%20fluidez%20del%20habla%20se%20caracterizan%20cl%C3%ADnicamente%20por,por%20exceso%20o%20por%20defecto.>

Florit, A. (2007, 5 marzo). *Rehabilitación psicosocial de la persona con trastorno mental grave y persistente*. www.infocoponline.es. Recuperado 19 de abril de 2022, de [https://www.infocop.es/view_article.asp?id=1284#:%7E:text=La%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Psicosocial%20pretende%20ayudar,e%20independiente%20posibles%20\(Rodr%C3%ADquez%2C%201997](https://www.infocop.es/view_article.asp?id=1284#:%7E:text=La%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Psicosocial%20pretende%20ayudar,e%20independiente%20posibles%20(Rodr%C3%ADquez%2C%201997)

Folch-Schulz, J, Iglesias Dorado, J. (2018). *Claves psicobiológicas, diagnósticas y de intervención en el autismo*. Ediciones Pirámide. https://books.google.com.mx/books?id=jZqbDwAAQBAJ&dq=Claves+psicobiol%C3%B3gicas,+diag%C3%B3sticas+y+de+intervenci%C3%B3n+en+el+autismo+Julia+Folch-Schulz+,+Jaime+Iglesias+Dorado&source=gbs_navlinks_s

Fortea Sevilla, M^a del Sol, Escandell Bermúdez, M. Olga, & Castro Sánchez, José Juan. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 191-199. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000200008>

Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P. (2020). Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01587-4>

El método TEACCH (abreviación en inglés de Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación. <http://www.quadernsdigitals.net>. Recuperado 27 de abril de 2022, de http://www.quadernsdigitals.net/datos_web/hemeroteca/r_1/nr_796/a_10730/10730.html

- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. 86(6), 436-443. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- García Martín, M. A. (2002). *EL BIENESTAR SUBJETIVO*. <https://www.uma.es/>. Recuperado 17 de febrero de 2022, de https://www.uma.es/psicologia/docs/eudemon/analisis/el_bienestar_subjetivo.pdf
- Hijosa, L. (16 de mayo de 2015). La vida adulta del autismo. *El Vigía*. <https://www.elvigia.net/columnas/columna-invitada/2015/5/16/columna-invitada-vida-adulta-autismo-197700.html>
- Irarrázaval, M., Brokering, W., Murillo, G. (2005). Autismo: una mirada desde la psiquiatría de adultos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 43(1), 51-60. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000100007>
- Jaramillo, Leonor (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*, (8), 108-123. [fecha de Consulta 23 de Febrero de 2022]. ISSN: 1657-2416. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85300809>
- Kail, R. V., & Cavanaugh, J. C. (2014). *Desarrollo humano* (6.ª ed.). Cengage Learning. <https://dokumen.pub/desarrollo-humano-una-perspectiva-del-ciclo-vital-9786075197326-607519732x.html>
- León Urquijo, A. P. (2006). Conceptualización del desarrollo según Piaget y Vygotski. *Revista Docencia Universitaria*, 7(1). Recuperado a partir de <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistadocencia/article/view/764>
- Mansilla A., M. E. (2014). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105–116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Meece, J. (2000). *Teoría del desarrollo de Piaget* | *Guao*. www.guao.org. Recuperado 23 de febrero de 2022, de https://www.guao.org/portafolio_docente/teoria_del_desarrollo_de_piaget
- Moreno, N. (2017). Evolución y seguimiento de adolescentes y adultos jóvenes con autismo. *Pediátr Panamá*. 46 (2), 13-18.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/08/848211/evolucion-y-seguimiento-de-adolescentes-y-adultos-jovenes-con-autismo.pdf>

Paluszny, M. (1998). *Autismo: Guía práctica para padres y profesionales*. (4° ed.). Trillas

Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D., Gross, D., & Salinas, M. E. O. (2005). *Desarrollo humano* [Libro electrónico]. McGraw-Hill Education.

Pérez, P., Martínez, L. (2014) Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger. *Revista CES Psicología*. 7(1), 141-155. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v7n1/v7n1a12.pdf>

Red de Tratamiento del Autismo. (2014). *Una guía para padres de adolescentes con un trastorno del espectro autista*. Autism Speaks. <https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/recurso-sobre-adolescencia-pubertad.pdf>

Salmerón, G. (2020). *Hablemos de Autismo*. Independently Published. https://books.google.com.mx/books?id=wFzrDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Hablemos+del+Autismo+Por+Gessen+Salmer%C3%B3n+G%C3%B3mez&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Hablemos%20del%20Autismo%20Por%20Gessen%20Salmer%C3%B3n%20G%C3%B3mez&f=false

Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Urizar, Alejandra. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

VÁSQUEZ, P., & CONSEJO, M. (2015). "PROGRAMA PERCEPTIVO-MOTRIZ PARA EL DESARROLLO DEL ESQUEMA CORPORAL EN PREESCOLAR". <https://www.comie.org.mx>. Recuperado 25 de abril de 2022, de <https://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v13/doc/1597.pdf>

Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Paidós