

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA.**



INFORME FINAL DE TRABAJO DE GRADUACIÓN.

“PROGRAMA DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DIRIGIDO A NIÑOS(AS) CON AUTISMO ENTRE LAS EDADES DE 3 A 16 AÑOS QUE ASISTEN AL INSTITUTO SALVADOREÑO PARA LA REHABILITACIÓN INTEGRAL (ISRI), QUE PRESENTAN DIFICULTADES EN ÁREAS COGNITIVO-CONDUCTUAL, AFECTIVA, ATENCIÓN Y PSICOMOTRICIDAD; CON EL FIN DE CONTRIBUIR A SU EDUCACIÓN Y ESTIMULAR SUS PROCESOS PSICOLÓGICOS.”

Grupo Investigador:

López Castillo. Marina Elizabeth	Carnet N° LC 97025
Navarro Pérez, Ruth Johana.	Carnet N° NP 01002
Rugamas de Durán Marlin Lizzette.	Carnet N° RD 06028

Docente Director.

Lic. Carlos Armando Zelaya España.

Coordinador General de Procesos de Grado.

Lic. Mauricio Evaristo Morales.

Ciudad Universitaria, Agosto 2013.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

ING. MARIO ERNESTO NIETO LOVO

VICERECTOR ACADÉMICO:

LICDA. ANA MARIA GLOWER DE ALVARADO

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

EN PROCESO DE ELECCIÓN

SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

DRA. ANA LETICIA DE AMAYA.

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

DECANO:

LIC. JOSÉ RAYMUNDO CALDERÓN MORAN

VICEDECANA:

MSC. NORMA CECILIA BLANDÓN DE CASTRO

SECRETARIO:

MSC. ALFONSO MEJÍA ROSALES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Agradezco a Dios,

Por haberme iluminado , guiarme y permitido terminar mi carrera por acompañarme en todo momento, por darme la fuerza , el entusiasmo el conocimiento y la salud para seguir día a día y poder lograr mis mayores deseos, Señor todo lo que soy y tengo te lo debo a tí ... gracias.

A mis queridos padres,

Por apoyarme incondicionalmente a lo largo de mi vida, por sus consejos, por creer en mí por su gran amor que Dios los bendiga siempre, gracias papas con todo mi amor.

A mí hermana, hermano, sobrinos (as),

Por brindarme su cariño y apoyo por su alegría, por compartir momentos de felicidad los quiero mucho.

A tí,

Con todo mi amor, gracias por ser parte de mi vida por brindarme tu cariño y apoyarme en todo momento.

A mis compañeras de tesis

Por su dedicación, por haber compartido tantos momentos de dicha , alegría , tristeza y sobre todo de amistad con todo cariño.

A mis amigos (as)

Por estar siempre con mígo por su amistad y cariño incondicional gracias queridos amigos(as).

A mí asesor

Por brindarnos sus conocimientos, experiencia, consejos y su tiempo con todo respeto y aprecio.

A todos los niños(as) con Autismo,

Gracias por ser parte de nuestro mundo con todo mi cariño....

Frase:

“No solo soy autista también soy un niño (a), tengo menos complicaciones que las personas que se consideran normales; puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista; sea tu mayor y mejor compañía”.

Ely López

AGRADECER...

Al Eterno,

Quien con su amor, sabiduría y misericordia ha permitido que cumpla uno de los mayores objetivos en mi vida. Quien no ha me abandonado en los días más tristes y difíciles por los que he atravesado, haciéndome saber por medio del apoyo de mi familia que Él me acompaña siempre y que su fortaleza estará en todo momento.

Agradeciendo así a Dios, el inmenso amor y la maravillosa bendición de prestarme la vida, una familia, amigos(as) y el éxito profesional alcanzado hasta éste momento porque su voluntad así la ha permitido.

A mi querida madre,

Una mujer que ama a Dios por sobre todas las cosas y quien ha estado durante todos los años de mi vida demostrándome su apoyo incondicional no sólo con palabras sino también con hechos. Una mujer ejemplar, dedicada, trabajadora y llena de amor; amor que expresa y ofrece a su manera, una manera diferente, muy particular...muy propia de ella y de quien estoy muy orgullosa de tener como madre!

A quien siempre le estaré agradecida por haberse propuesto el objetivo de ayudarme a alcanzar éste triunfo, y quien a pesar de las diferentes dificultades nunca se rindió, al contrario su amor de madre la motivó a esforzarse más, a pensar menos en ella y a estar para su hija cuando la necesitara, apoyándola y confiando en la capacidad de ser mejor cada día.

A mi abuela,

Quien ha mantenido su apoyo hacia mi persona en grandes o pequeñas cosas que fueren de utilidad en un momento oportuno y quien con su dedicación ha logrado durante muchos años de mi vida que le agradezca por su compañía y esfuerzo.

A mí querida tía,

A quien al recordarla es imposible que mis ojos no se cristalicen y llenen de lágrimas, quien creyó y confió en mí, con quien compartíamos muchas cosas en común; a quien recuerdo, extraño mucho y la mantendré siempre presente en mi mente y corazón como la mejor tía de mi vida.

A mí padre,

Quien participó con palabras motivadoras y ofreció su apoyo en un momento oportuno.

A mis compañeras de tesis,

Agradecida por haberles conocido y haber compartido momentos que se volverán como parte de un lindo recuerdo, muchas gracias por su confianza en mí persona... gracias por su amistad.

A mí asesor,

Es el tiempo el encargado de conocer un poco más a las personas...Doblemente agradecida por ayudarme en lo personal y brindarnos sus conocimientos, experiencia, orientaciones oportunas y su tiempo.

Frase:

“Si conocieras el color de mi alma, y los lindos sentimientos que acá adentro traigo, jamás me rechazarías, ni me ignorarías; sólo soy un niño(a) al que Dios le encargó una tarea especial, sólo soy un niño(a) que necesita amor y comprensión para demostrar en verdad de lo que soy capaz, sólo necesito... una oportunidad”

Ruth Navarro.

MIS AGRADECIMIENTOS

Gracias, mil gracias "Dios" en primer lugar por haberme dado la vida y por lo tanto la oportunidad de haberme inspirado y guiado en todo este largo camino a estudiar psicología, fueron momentos muy difíciles porque nada bueno se da así de fácil en esta vida, pero tampoco imposible porque estabas allí conmigo en los momentos cuando hacía falta el recurso económico, el tiempo idóneo para cubrir mi papel como estudiante y madre a la vez, pero lo he logrado y aquí estoy eternamente agradecida y confié en ti ser la mejor psicóloga.

Seguidamente doy gracias a mi madre porque desde cuando estabas en esa camilla en el hospital, ¡madre! me diste ese apoyo incondicional y días después desde el cielo ibas viendo mis pasos y protegiéndome como solo una madre lo hace hasta llegar al final de mis sueños, como hubiese querido compartir personalmente contigo, pero yo se que ese día de éxito en mi vida estarás muy orgullosa de mí., ¡gracia mamá!

A mis hijos Allison y Marlon infinitas gracias, personitas que a pesar de estar aun pequeños cuando inicié mis estudios, tuvieron esa paciencia de ver a su madre ir y venir, en esos momentos que ellos más necesitan de mí, pero después de este tiempo les entrego este título en agradecimiento a esos días el cual no estuve con ustedes compartiendo esos momentos que jamás volverán y confié a futuro a través de el darles lo mejor, ¡los amo niños!

A mí papi y hermanas, ¡gracias!, sin ustedes no hubiese sido posible lograr este éxito, han sido una pieza muy importante en este camino en el cual en la distancia han estado conmigo, pusieron esa confianza por la cual luche y ahora les entrego ese orgullo de ver a su hija y hermana triunfadora. Gracias

A todas esas personas y amistades que estuvieron conmigo gracias de igual manera por ser un apoyo moral, en esos momentos que más se necesitan y por haber confiado en mí de alcanzar mis sueños e ideales.

Marlín Rugamas.



Autismo Infantil



Un niño(a) es como una mariposa en el viento,

*Algunos pueden volar
mas alto que otros,
pero cada uno vuela de la mejor forma que
puede.*

¿Porqué compararnos unos con otros?

*Cada uno es diferente
Cada uno es especial
Cada uno es hermoso(a).*

INDICE

Capítulo I.

1.1 Introducción	xvii
1.2 Objetivos	xx

Capítulo II.

2. <i>Marco Teórico</i>	21
2.1 Antecedentes Históricos	21
3. Clasificación del trastorno generalizado del desarrollo	25
3.1 Autismo	26
3.2 Síndrome de Asperger	26
3.3 Trastorno de Rett	27
3.4 Trastorno degenerativo infantil	29
3.5 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	30
4. Clasificaciones internacionales de los trastornos del espectro autista	30
4.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM –V-TR	30
4.1.1 Trastorno generalizado del desarrollo	30
• Trastorno autista	31
• Trastorno de Rett	32
• Trastorno desintegrativo infantil	33
• Trastorno de Asperger	34
• Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	35
4.2 Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios de investigación (CIE 10).	

4.2.1 Trastornos generalizados del desarrollo	35
•Autismo infantil	35
•Autismo Atípico	37
•Síndrome de Rett	39
•Otros trastornos desintegrativo de la infancia	40
•Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados	41
•Síndrome de Asperger	42
•Otros trastornos generalizados del desarrollo	43
•Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación	43
•Trastorno del desarrollo psicológico no especificado	43
5. <i>Definiciones</i>	43
5.1 Según diferentes asociaciones	44
5.2 Según diferentes autores	44
5.3 Otras definiciones	45
6. <i>Orígenes del autismo</i>	46
7. <i>Teorías sobre el autismo</i>	49
7.1 Teoría Psicoanalítica	49
7.2 Teoría Cognitiva	51
7.3 Teoría Socio-afectiva	52
7.4 Teoría de la Mente y el Déficit Metarrepresentacional	52
7.5 Teoría Cognitiva- afectiva	54
7.6 Teoría Biológica	54

7.7 Teoría Neurofisiológica	56
7.7.1 El cerebro de un niño con autismo	56
7.7.2 A qué se debe su comportamiento	57
7.7.3 La neurociencia y el autismo	58
8. Perfil del niño con autismo	61
9. Áreas afectadas en un niño con autismo	65
• Alteración en la conducta social	65
• Alteraciones del lenguaje	67
• Alteraciones motoras	71
• Alteraciones cognitivas	73
• Alteraciones afectivas-emocionales	75
10. Psicología y autismo	79
11. Familia y autismo	81
11.1 Cómo manejar el diagnóstico	82
11.2 Emociones que expresa el grupo familiar ante el diagnóstico	82
11.3 Periodos críticos de transición familiar	85
11.4 El impacto del autismo en la familia	87
12. Área escolar y autismo	88
12.1 Integración a escuelas regulares	88
12.2 Educación del niño(a) con autismo	89
13. Marco Legal	93

Capítulo III

14. <i>Metodología</i>	96
14.1 Tipo de Investigación	96
14.2 Sujetos	97
14.2.1 Muestra	97
14.3 Métodos	98
14.3.1 Entrevistas	98
14.3.2 Observación	98
14.4 Instrumentos	99
14.4.1 Guía de entrevista dirigida a profesionales	99
14.4.2 Guía de entrevista dirigida a padres de familia	99
14.4.3 Guía de observación dirigida a niños(as) con autismo	99
14.5 Procedimiento	100
14.5.1 Cronograma de actividades del proceso de grado	102
14.6 Recursos	104
14.6.1 Humanos	104
14.6.2 Materiales	104
14.6.3 Financieros	104

Capítulo IV

Análisis e interpretación de resultados 105

Análisis Cuantitativo.

Análisis cuantitativo dirigido a profesionales 105

Análisis cuantitativo dirigido a padres de familia 123

Datos generales de la Muestra. 132

Guía de observación 134

Análisis Cualitativo.

Análisis cualitativo dirigido a profesionales 137

Análisis cualitativo dirigido a padres de familia 137

Análisis de guía de observación 137

Capítulo V

Conclusiones 142

Recomendaciones 144

Capítulo VI

Referencias Bibliográficas 146

Anexos.

CAPÍTULO I.

1.1 INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo de investigación surgió ante las necesidades que presentan los niños(as) con autismo, ya que en la actualidad, la atención integral debe ser proporcionada con igualdad de oportunidades, independientemente del sexo, nivel social, familiar, económico y creencia religiosa.

El término autismo proviene del griego *autos* y significa *sí mismo*. Fue utilizado por primera vez por Bleuler (1911) para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos.

Aunque fuese *Bleuler* el primero que utilizó el término autismo, se considera a *Leo Kanner* el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil, quien lo consideró como “Un síndrome comportamental que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida”.

Por lo tanto el principal objetivo de la investigación realizada fue el “Diseño de un programa de tratamiento psicológico dirigido a niños (as) con autismo que asisten al Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI), que presentan dificultades en las áreas cognitivo-conductual, afectiva, atención y psicomotricidad, con el fin de contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos”.

Dentro del trabajo de investigación la clasificación del trastorno generalizado del desarrollo comprende cinco tipos, los cuales son, autismo, síndrome de asperger, trastorno de Rett, trastorno degenerativo y trastorno generalizado del desarrollo no especificado; éstos también son tomados en cuenta dentro de la clasificación del DSM-IV y CIE-10. De igual manera se describen diferentes conceptualizaciones del término autismo, divididos según asociaciones, autores, otras definiciones y se retoman los orígenes según los diferentes científicos ante tal trastorno.

Al igual se exponen las diferentes puntos de vista que planten las teorías respecto al autismo, entre ellas, teoría psicoanalítica, cognitiva, socio-afectiva, teoría de la mente, cognitivo-afectiva, biológicas y neurofisiológica, siendo ésta última la encargada de explicar las funciones del cerebro de un niño(a) con autismo y las razones de su comportamiento, así como lo que la neurociencia está realizando ante éste.

Por otra parte, se detalla el perfil del niño(a) con autismo, según el rango de edad y las características que implica el mismo, éstas son, de cero a treinta meses, de treinta meses a cinco años, a partir de los cinco años, adolescencia y adultez. Así también se explican las áreas más afectadas o comprometidas en el autismo, como los son, las alteraciones en la conducta social, cognitivo conductual, afectiva- emocional, lenguaje y conductas motoras.

Se explica además como la psicología estudia el autismo y la importancia que juega el grupo familiar ante el diagnóstico y el manejo de las diferentes emociones manifestadas ante tal dificultad. También se retomó el área educativa, ya que es fundamental para el desarrollo y la socialización del niño(a).

También se le dio la debida importancia al marco legal, con el apoyo de la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (Ley Lepina), especificando artículos que deben ser cumplidos hacia la niñez y la adolescencia para una adecuada atención y de esa manera no vulnerar sus derechos como persona.

Para llevar a cabo dicha investigación, se seleccionó una institución en la que proporcionaran atención a niños(as) con autismo, la cual fue, el Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI). Utilizando el tipo de investigación de estudio de casos, tomando como muestra a 60 niños(as) con autismo, con un muestreo probabilístico, utilizando el muestreo aleatorio simple y considerándose entre algunos métodos de investigación la observación como método por excelencia del psicólogo(a) y la entrevista; los cuales fueron dirigidos a los profesionales, padres de familia y niños(as) con autismo.

Al obtener la información por medio de los instrumentos aplicados, se procedió al análisis de los resultados tanto cuantitativos como cualitativos, de los respectivos instrumentos.

También se elaboraron las respectivas conclusiones y recomendaciones, las cuales fueron dirigidas a las instituciones que prestan atención en salud y educación, así como también a los profesionales en salud, padres de familia ó responsables.

Para la elaboración de la investigación fue necesario consultar diferentes fuentes bibliográficas, las cuales estuvieran relacionadas directamente con el tema de investigación.

Finalmente se diseñó la propuesta del programa psicológico “**Creciendo y aprendiendo juntos**” el cuál está dirigido a niños(as) con autismo entre las edades de 3 a 16 años que presentan dificultades en las áreas cognitivo-conductual, afectiva, atención y psicomotricidad, con el fin de contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos.

Para la ejecución de dicho programa se elaboraron los planes operativos con sus respectivos anexos para un mejor desarrollo y mayor comprensión para la persona que realice las técnicas y actividades plasmadas en el programa.

CAPITULO I.

1.2 OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

“Diseñar un programa de tratamiento psicológico dirigido a niños (as) con autismo que asisten al Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI), que presentan dificultades en áreas cognitivo-conductual, afectiva, atención y psicomotricidad, con el fin de contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos”

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Conocer el origen, factores, causas y efectos principales que presentan los niños con autismo atendidos en el Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI).
- Participar como grupo investigador en las actividades que desarrollan los profesionales con los niños(as) en las sesiones terapéuticas.
- Aplicar guías de entrevistas a psicólogas y terapistas que proporcionan la atención a los niños (as) que presentan autismo así como a los padres de familia o responsables de los niños(as).
- Administrar guía de observación a niños (as) con dificultad de autismo, durante el desarrollo de cada una de las áreas en las que reciben atención dentro de la Institución.

CAPITULO II.

2. MARCO TEORICO.

2.1 Antecedentes Históricos.

La palabra autismo, del griego auto- de autós, es decir, "propio, uno mismo", fue utilizada por primera vez por el psiquiatra¹ en un tomo del American Journal of Insanity en 1912.

El autismo es conocido como tal desde hace unos sesenta años, cuando en 1943 el Dr. Leo Kanner en Baltimore y en 1944 el Dr. Hans Asperger en Austria lo enunciaran.

Pese a que no se conocían personalmente ni en sus investigaciones y pertenecían a dos mundos en conflicto armado, ambos coincidieron en el “fenómeno” y hasta en la denominación autismo, tomado de Bleuler para caracterizar una de las etapas finales de la esquizofrenia.

La esquizofrenia, para esa época era considerada un fenómeno mental, y su etapa final era la “autista”. Por tales razones se creyó que los niños con autismo padecían una enfermedad emocional que se denominó también “esquizofrenia infantil” y/o “psicosis infantil”, atribuyéndose por proximidad su origen, a rechazos durante la crianza.

Bruno Bettelheim en 1960, enuncia tal principio, el que con las investigaciones científicas fue totalmente desmentido. En el mundo desarrollado, citan tan sólo como una “curiosidad” tales conceptos, remitiéndolos solamente a ciertos lugares de Francia e Italia.

¹ Eugene Bleuler, 1911, “Historia del Autismo”.

Hoy se sabe, por medio de los exámenes post mortem de personas con autismo, que su cerebelo no alcanza el desarrollo normal (Gilliberg, 1986), que el núcleo basal puede encontrarse atrofiado (Courchesne, 1992) o disminuido (Carbone, 1995), que la amígdala muchas veces está atrofiada (Coleman, 1997), que el 38 % de las personas con autismo desarrollan epilepsia Deonna (2001), o que al SPECT, (Tomografía de emisión por fotón único). Es una técnica compleja que permite obtener imágenes sobre el funcionamiento de diferentes regiones cerebrales), la imagen es muy diferente a la normal (Shields, 2001).

Los pioneros en la investigación en autismo eran Hans Asperger y Leo Kanner. Trabajaban por separado en los años 40. Asperger describió a niños muy capaces mientras que Kanner describió a los niños que eran seriamente afectados. Sus opiniones seguían siendo útiles para los médicos para las tres décadas próximas.

La clasificación médica del autismo no ocurrió hasta 1943 cuando el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins estudió a un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización "autismo infantil temprano". Al mismo tiempo, un científico Austriaco, el Dr. Hans Asperger, utilizó coincidentemente el término "psicopatía autista" en niños que exhibían características similares. El trabajo del Dr. Asperger, sin embargo, no fue reconocido hasta 1981 (por medio de Lorna Wing), debido principalmente a que fue escrito en alemán.

Las interpretaciones del comportamiento de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó el comportamiento auto-estimulador y "extraños movimientos" de aquellos niños. Por su lado Asperger notó, más bien, sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas y su apego a ciertos objetos que era muy diferente al autismo de alto rendimiento ya que en el asperger todos hablan. . Aunque tanto Hans Asperger como Leo Kanner posiblemente no observaron la misma condición, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación de

Síndrome de Asperger (término utilizado por Lorna Wing en una publicación en 1981) y lo que lo diferenciaba al autismo de Kanner.

Medio siglo después de que el psiquiatra Leo Kanner describiera el autismo, los avances de la psicopatología en este campo han sido relevantemente pequeños. Hoy, para la mayoría de los autores sigue siendo un misterio, o como Uta Frith reconoce en su obra, “un enigma aún por resolver”.

El término autismo proviene del griego *autos* y significa *sí mismo*. Fue utilizado por primera vez por Bleuler (1911) para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en el “continuo auto-referencia que hacen de estos sujetos a cualquier suceso que ocurre”. Sin embargo, este síntoma, tal y como lo acuñó Bleuler, no es posible aplicarlo al autismo infantil. Entre otras cosas, porque autismo y esquizofrenia en los términos que Bleuler planteaba no son estructuras psicopatológicas que se puedan superponer.

Aunque fuese Bleuler el primero que utilizó el término autismo, se considera a Leo Kanner el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil, a observar de forma acertada cómo 11 niños que sufrían alteraciones extrañas y no recogidas por ningún sistema nosológico eran coincidentes entre sí y diferentes del resto de los niños con alteraciones psicopatológicas. “El autismo² lo describe como un síndrome comportamental que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida” Kanner entendió esta sintomatología como una alteración del contacto socio-afectivo, lo que supuso que en las dos décadas posteriores la mayor parte de las investigaciones identificaran al autismo con trastornos emocionales, enfoque que desarrolló profusamente la escuela psicoanalítica.

A partir de los años sesenta comienzan a diversificarse las líneas de investigación. Una de la más notables es la que, como hipótesis explicativa del autismo, postula

² Leo Kanner (1943). “Trastorno autista de la conducta afectiva”

la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje. Esta y otras aportaciones conducen a una visión más compleja del autismo.

Sin embargo, la comprobación de que el trastorno del desarrollo del lenguaje no es capaz de explicar las alteraciones sociales ni déficit cognitivos específicos de los niños con autismo, va a desembocar en sucesivos desacuerdos y controversias a la hora de determinar los síntomas primarios que definen y caracterizan el autismo infantil. Desde Tinbergen (1972), que enfatiza la ausencia de contacto ocular de estos niños, pasando por Lovaas (1965), que hace hincapié en los déficit intelectuales, hasta Rutter (1966), que aglutina los síntomas hallados en estos niños en tres grandes áreas:

- 1- Alteración de las relaciones sociales,
- 2- Alteración de la adquisición y desarrollo del lenguaje,
- 3- Presencia de conductas rituales y compulsivas.

A pesar de todo ha de reconocerse que todas estas divergencias y controversias han estimulado el desarrollo teórico, metodológico y explicativo de la literatura sobre el autismo.

En los años setenta y ochenta, con la aparición de las nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológica y neurofisiológica, se da un espectacular avance en el conocimiento de este trastorno. Se inician nuevas áreas de estudio, como la influencia que los aspectos evolutivos tienen en la patología de esta enfermedad; las relaciones entre autismo y epilepsia.

Lo que más refleja el avance de esta época es la utilización de las técnicas neurofisiológicas en el diagnóstico y las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento.

De forma alternativa a este desarrollo científico también han surgido elucubraciones teóricas, altamente especulativas, que enfatizan unas pretendidas habilidades específicas a estos niños, mitificando en cierta forma su comportamiento. Así, la tesis de los *idiots savants* (es un término psicométrico que

se aplica a las personas capaces de realizar determinadas proezas mentales pero que en todos los demás aspectos son retrasadas mentales), llevó a algunos autores a reconsiderar la recogida en la literatura científica y reinterpretar otros diagnósticos realizados como verdaderos autistas.

Por otra parte, si bien es cierto que se ha avanzado mucho desde que Kanner, allá por el año 1943, describiese el autismo, también es verdad que queda aún mucho camino por recorrer. El fracaso reiterado de la investigación en hallar la etiología de este síndrome, la controversia acerca de cuál es la mediación, influencia, importancia y combinación de los síntomas, así como su identificación, es probable que continúe durante algún tiempo.

3. Clasificación del Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Por desarrollo se entienden los cambios en calidad y cantidad de los aspectos fisiológicos, cognitivos y comportamentales por los que pasa una persona desde que nace hasta que alcanza su madurez. Mucho de estos cambios son producidos por maduración biológica (el niño crece, su cuerpo se desarrolla, entran en funcionamiento sustancias importantes como las hormonas, etc.), otros son debidos al aprendizaje y aun otros son debidos a la interacción de ambos procesos de cambio.

Los trastornos generalizados del desarrollo ocurren en la infancia y pueden presentarse en forma de distintos desordenes. Estos se caracterizan por una serie de alteración en el funcionamiento psicológico básico, se encuentran alteradas la área social, cognitiva, motora lingüística o de comunicación (tanto verbal como no verbal), de la atención y de la percepción.

Dentro de la clasificación del trastorno generalizado del desarrollo se mencionan los siguientes trastornos:

3.1 Autismo.

“Autismo”³ se describe como concentración habitual de la atención de una persona en su propia intimidad, con el consiguiente desinterés por el mundo exterior.

Las primeras descripciones de éstos niños indican como síntoma fundamental, que éstos presentan desde muy pequeños:

- Una soledad autista extrema, de manera que ignoran, desatienden y se cierran a cualquier cosa que provengan del exterior del niño.
- La imposibilidad desde muy temprano en la vida a relacionarse con otros personas de manera ordinaria.
- Limitaciones serias en la adquisición y desarrollo del lenguaje.
- Conductas estereotipadas, ritualistas y compulsivas.
- Obsesión de que el entorno no cambiará.

3.2 El Síndrome de Asperger.

La clasificación de este síndrome como tal es difícil incluso hoy en día, ya que no se sabe a ciencia cierta si es una variedad del autismo o es un trastorno generalizado del desarrollo distinto de este.

El trastorno se caracteriza por una gran alteración en las relaciones sociales (esto es, en la interacción o contacto social con los demás), comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, repetitivas y restringidos, pero no se presenta retraso o dificultades en el lenguaje. La inteligencia es normal y con frecuencia superior a la media. Es el trastorno del desarrollo más moderado y con mayor funcionamiento normal.

Los problemas de interacción social se manifiestan por al menos dos de los siguientes síntomas:

³ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

- Importantes déficit en la comunicación no verbal como lo es el contacto ocular, gestos, expresión facial, posturas del cuerpo, etc.
- Falta de reciprocidad emocional o social. También hay ausencia de imitación social.
- Incapacidad para relacionarse con los demás de manera adecuada, así como una falta de deseo por hacerlo.
- La persona no comparte ni participa de manera natural de intereses, objetivos o entretenimientos con otros. No busca consuelo ni cariño cuando lo necesita y tampoco muestra sensibilidad o empatía por los demás.

Las alteraciones en los comportamientos, intereses y actividades muestran al menos una de las siguientes características:

- Excesiva preocupación por uno o más intereses, a los que se entregan de manera intensa y que a menudo carecen de objetivo. Estos intereses suelen tener más que significado.
- Realización de rituales o rutinas específicos, de manera repetitiva y estereotipada, que no tienen objetivo aparente.
- Manierismos o repeticiones estereotipados como movimientos giratorios de manos o dedos, posturas complejas, etc.
- Fijación por partes concretas de objetos.

3.3 Trastorno de Rett.

Éste trastorno se describió por primera vez en los años 60 y se caracteriza por un deterioro progresivo del desarrollo neuronal, con múltiples alteraciones, después de haber tenido un funcionamiento normal.

Parece que es un trastorno exclusivo del sexo femenino, pues solo se ha diagnosticado en niñas y que está relacionado con un defecto en un gen que se encuentra en uno de los brazos del cromosoma x, los varones no padecen este

trastorno, pues como tienen un único cromosoma x, sí se presenta una mutación en éste, los embriones masculinos difícilmente logran sobrevivir.

Síntomas del Trastorno de Rett (DSM-IV).

Tienen que darse todas estas características:

- Desarrollo prenatal y peri natal aparentemente normales.
- Desarrollo psicomotor aparentemente normal en los 5 primeros meses de vida.
- Perímetro cefálico normal en el nacimiento.

Aparición de las características siguientes tras un primer desarrollo anormal:

- Desaceleración del crecimiento cefálico de los 5 a los 48 meses.
- Pérdida, entre los 5 y los 30 meses, de acciones propositivas adquiridas previamente con desarrollo subsiguiente de estereotipias (lavado o retorcimiento de manos).
- Pérdida de relación social al principio del trastorno (aunque luego pueden desarrollarse algunas capacidades de relación).
- Aparición de movimientos poco coordinados de tronco o de ambulación.
- Deficiencia grave del lenguaje expresivo - receptivo y retraso psicomotor grave.
- La capacidad intelectual, se produce un grave o profundo retraso mental.
- Son muy frecuentes las crisis epilépticas hacia los 3 o 5 años.
- Mal control de los esfínteres.
- Aparición del Bruxismo, Aerofagia.
- Babeos, insensibilidad al dolor.
- Crisis de risas por las noches y llanto por el día, y una especie de risa permanente sin ninguna intensión social.
- Mantienen contacto ocular y éste a veces puede ser muy intenso.

3.4 Trastorno Degenerativo Infantil.

Éste trastorno también es conocido como “Psicosis Simbiótica”, pues se consideraba que era consecuencia de una desintegración de la personalidad en sus primeras fases de desarrollo.

Tiene como característica determinante la existencia de un periodo de desarrollo normal que alcanza por lo menos hasta los dos años. Sin embargo, en ocasiones se puede confundir con el Autismo, concretamente con aquellos casos en los que existe una regresión después de un período de normalidad, cuyo inicio es difícil de precisar.

Las características más importantes son:

- Un desarrollo aparentemente normal entre los primeros 2 o 4 años de vida del niño, es decir, éstos presentan comunicación verbal y no verbal.
- Interacción social y comportamiento adaptativos normales.
- A partir de los 2 y 10 años se manifiesta una pérdida o deterioro de habilidades, que habían sido aprendidas antes, por lo menos en 2 de las siguientes áreas:
 - Lenguaje expresivo o receptivo (esto es en la comprensión).
 - Habilidades sociales o conducta adaptativa.
 - Control de los esfínteres.
 - Juego o actividades lúdicas.
 - Habilidades motoras (de movimiento).
- Se presenta déficit en la interacción social, como problema en la comunicación no verbal.
- Incapacidad de relacionarse con los demás, ausencia de reciprocidad emocional.
- Aparecen problemas en el lenguaje como dificultades en iniciar o mantener una conversación, uso repetitivo y estereotipado del mismo

- Se establecen conductas, interés, y actividades limitadas y repetitivas (se incluyen los manierismos y otras conductas típicas del autismo)

Los trastornos mencionados anteriormente comparten alteraciones comunes en tres áreas del funcionamiento y algunas otras características:

1. Las relaciones sociales con los demás, así como la comunicación para relacionarse, están gravemente afectadas. Presentan poca respuesta al entorno, problemas para desarrollarse vínculos afectivos, para interactuar recíprocamente con los demás o con el mundo.
2. Sus conductas son extrañas, inadecuadas, estereotipadas o repetitivas.
3. La mayoría de los niños muestra déficits variados en la inteligencia, aunque estos casos, no es la característica fundamental.
4. Los trastornos ocurren muy pronto en la vida, es raro que empiecen después de los cinco años.
5. No son muy frecuentes.
6. Excepto el trastorno de Rett, que solo se da en mujeres, los demás son más comunes en los varones.

3.5 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Éste es un diagnóstico general dado a un niño que tiene algunos síntomas de Autismo o de síndrome de Asperger, pero no cumple con los criterios específicos de ninguno de ellos. Los síntomas en general son menores y más leves que en los niños con autismo y con el síndrome de Asperger.

4. Clasificaciones Internacionales de los trastornos del Espectro autista

4.1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV-TR)

4.1.1 Trastornos generalizados del desarrollo

Trastorno Autista

Criterios para el diagnóstico del Trastorno autista

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) Preocupación persistente por partes de objetos

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

1. Interacción social.
2. Lenguaje utilizado en la comunicación social.
3. Juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Trastorno de Rett.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Rett.

A. Todas las características siguientes:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.

5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Trastorno Desintegrativo Infantil.

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Lenguaje expresivo o receptivo
2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. Control intestinal o vesical
4. Juego
5. Habilidades motoras.

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego.
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

Trastorno de Asperger.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger.

C. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiados al nivel de desarrollo del sujeto
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej. no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. Ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de auto ayuda propia de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

4.2 Décima revisión de la clasificación Internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación (CIE 10)

4.2.1 Trastornos Generalizados del Desarrollo

Autismo Infantil.

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado desde antes de los tres años de edad. Deben estar presentes en al menos una de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.
- 2) Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.
- 3) Juego y manejo de símbolos en el mismo.

B. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en por lo menos tres de las siguientes áreas:

- a) Fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social.
- b) Fracaso del desarrollo (adecuado a la edad mental y a pesar de las ocasiones para ello) de relaciones con otros niños que impliquen compartir intereses, actividades y emociones.
- c) Ausencia de reciprocidad socio-emocional, puesta de manifiesto por una respuesta alterada o anormal hacia las emociones de las otras personas, o falta de modulación del comportamiento en respuesta al contexto social o débil integración de los comportamientos social, emocional y comunicativo.
- d) Ausencia de interés en compartir las alegrías, los intereses o los logros con Otros individuos (por ejemplo, la falta de interés en señalar, mostrar u ofrecer a Otras personas objetos que despierten el interés del niño).

C. Alteración cualitativa en la comunicación. El diagnóstico requiere la presencia de anomalías demostrables en, por lo menos, una de las siguientes cinco áreas:

- a) Retraso o ausencia total de desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensación mediante el recurso a gestos alternativos para comunicarse (a menudo precedido por la falta de balbuceo comunicativo).
- b) Fracaso relativo para iniciar o mantener la conversación, proceso que implica el intercambio recíproco de respuestas con el interlocutor (cualquiera que sea el nivel de competencia en la utilización del lenguaje alcanzado),
- c) Uso estereotipado y repetitivo del lenguaje o uso idiosincrásico de palabras o frases.
- d) Ausencia de juegos de simulación espontáneos o ausencia de juego social imitativo en edades más tempranas.

D. Presencia de formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Para el diagnóstico se

requiere la presencia de anomalías demostrables en, al menos, una de las siguientes seis áreas:

- a) Dedicación apasionada a uno o más comportamientos estereotipados que son anormales en su contenido. En ocasiones, el comportamiento no es anormal en sí, pero sí lo es la intensidad y el carácter restrictivo con que se produce.
- b) Adherencia de apariencia compulsiva a rutinas o rituales específicos carentes de propósito aparente.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o dedos, o movimientos completos de todo el cuerpo.
- d) Preocupación por partes aisladas de los objetos o por los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor, el tacto de su superficie o el ruido o la vibración que producen).

E. El cuadro clínico no puede atribuirse a las otras variedades de trastorno generalizado del desarrollo, a trastorno específico del desarrollo de la comprensión del lenguaje con problemas socioemocionales secundarios, a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia, tipo desinhibido, a retraso mental acompañados de trastornos de las emociones y del comportamiento, a esquizofrenia de comienzo excepcionalmente precoz ni a síndrome de Rett.

Autismo Atípico.

A. Presencia de un desarrollo anormal o alterado aparecido a los tres o después de los tres años de edad (el criterio es como el del autismo a excepción de la edad de comienzo).

B. Alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca o alteraciones cualitativas en la comunicación o formas de comportamiento, intereses o actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas (el criterio es como para el

autismo a excepción de que no es necesario satisfacer los criterios en términos del número de áreas de anormalidad).

C. No se llega a satisfacer los criterios diagnósticos de autismo.

El autismo puede ser atípico tanto en la edad de comienzo como por sus manifestaciones clínicas. Un quinto dígito permite diferenciarlos con fines de investigación.

Atipicidad en la edad de comienzo.

A. No se satisface el criterio A del autismo. Esto es, la anomalía del desarrollo se manifiesta

Sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Se satisfacen los criterios B y C del autismo.

Atipicidad sintomática.

A. Satisface el criterio A del autismo (es decir, anomalía del desarrollo de comienzo antes de los tres años de edad).

B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales que implican reciprocidad, o en la comunicación, o bien formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a número Determinado de áreas afectadas por la anormalidad.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo.

Atipicidad tanto en edad de comienzo como sintomática.

A. No se satisface el criterio A del autismo. La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.

B. Alteraciones cualitativas de las interacciones que implican reciprocidad o de la comunicación, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Los criterios son similares a los del autismo excepto en que no hacen referencia a un número determinado de áreas afectadas por la anormalidad.

C. Se satisface el criterio C del autismo.

D. No se satisface el criterio B del autismo.

Síndrome de Rett.

A. Normalidad aparente durante los períodos prenatal y perinatal, desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros cinco meses de edad y perímetro cefálico normal en el momento del parto.

B. Desaceleración del crecimiento cefálico entre los cinco meses y los cuatro años de edad junto a una pérdida de las capacidades motrices manuales previamente adquiridas entre los seis y los treinta meses de edad. Esto se acompaña de una alteración de la comunicación y de las relaciones sociales y de la aparición de marcha inestable y pobremente coordinada o movimientos del tronco.

C. Grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, junto a retraso psicomotor grave. D. Movimientos estereotipados de las manos (como de retorcerselas o lavárselas) que aparecen al tiempo o son posteriores a la pérdida de los movimientos intencionales.

Otro trastorno desintegrativo de la infancia.

A. Desarrollo aparentemente normal hasta al menos los dos años de edad. Se requiere para el diagnóstico la presencia de una capacidad normal para la comunicación, para las relaciones sociales y el juego, y para los comportamientos adaptativos hasta al menos los dos años de edad.

B. Al comenzar el trastorno se produce una clara pérdida de capacidades previamente adquiridas. Se requiere para el diagnóstico una pérdida clínicamente significativa de capacidades (y no sólo un fracaso puntual en ciertas situaciones) en al menos dos de las siguientes áreas:

- 1) Lenguaje expresivo o receptivo.
- 2) Juego.
- 3) Rendimientos sociales o comportamientos adaptativos.
- 4) Control de esfínteres.
- 5) Rendimientos motores.

C. Comportamiento social cualitativamente anormal. El diagnóstico requiere la presencia demostrable de alteraciones en dos de los siguientes grupos:

- 1) Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).
- 2) Alteración cualitativa de la comunicación (del estilo del autismo).
- 3) Patrones restringidos de comportamiento, intereses y actividades repetitivas y estereotipadas, entre ellas, estereotipias motrices y manierismos.
- 4) Pérdida global de interés por los objetos y por el entorno en general.

D. El trastorno no se puede atribuir a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a epilepsia adquirida con afasia a mutismo selectivo, a esquizofrenia, ni a síndrome de Rett.

Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

A. Hiperactividad motora grave manifiesta por al menos dos de los siguientes problemas en la actividad y la atención:

- 1) Inquietud motora continua, manifiesta por carreras, saltos y otros movimientos que implican todo el cuerpo.
- 2) Dificultad importante para permanecer sentado: tan solo estará sentado unos segundos por lo general, a no ser que esté realizando una actividad estereotipada.
- 3) Actividad claramente excesiva en situaciones en las que se espera una cierta quietud.
- 4) Cambios de actividad muy rápidos, de tal forma que las actividades generales duran menos de un minuto (ocasionalmente duran más si la actividad se ve muy favorecida o reforzada, y esto no excluye el diagnóstico; las actividades estereotipadas pueden durar mucho tiempo y son compatibles con este criterio.

B- Patrones de conducta repetitivos y estereotipados manifiestos por al menos uno de los siguientes:

- 1) Manierismos fijos y frecuentemente repetidos: pueden comprender movimientos complejos de todo el cuerpo o movimientos parciales tales como aleteo de manos.
- 2) Repetición excesiva de actividades no encaminadas hacia ningún fin. Puede incluir juegos con objetos (por ejemplo, con el agua corriente) o actividades ritualistas (bien solo o junto a otra gente).
- 3) Autoagresiones repetidas.
- 4) CI menos de 50.

C. Ausencia de alteración social de tipo autístico. El niño debe mostrar al menos tres de las siguientes:

- 1) Adecuado desarrollo del uso de la mirada, expresión y postura en la interacción social.
- 2) Adecuado desarrollo de las relaciones con compañeros, Incluyendo el compartir intereses, actividades, etc.
- 3) Al menos ocasionalmente se aproxima a otras personas en busca de consuelo y afecto.
- 4) A veces puede participar de la alegría de otras personas. Existen otras formas de alteración social, como la tendencia al acercamiento desinhibido a personas extrañas, que son compatibles con el diagnóstico.

D. No cumple criterios diagnósticos para autismo, trastorno desintegrativo de la infancia o trastornos hiperquinéticos.

Síndrome de Asperger.

A. Ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

B- Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

C- Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los

manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.

D. No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico, a esquizofrenia simple a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido a trastorno anancástico de personalidad ni a trastorno obsesivo compulsivo.

Otros trastornos generalizados del desarrollo.

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

Se trata de una categoría residual que se usará para aquellos trastornos que se ajustan a la descripción general de trastornos generalizados del desarrollo pero que no cumplen los criterios de ninguno de los apartados a causa de información insuficiente o datos contradictorios

Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado.

La clasificación no aporta instrucciones sobre la utilización de esta categoría.

5. Definiciones de Autismo.

Es difícil dar una definición de autismo, puesto que al igual que entre las personas denominadas “normales” existe una diferencia formal en la que todos se pueden integrar, ya que aparentemente todos somos iguales por diferentes razones en el caso del autismo ocurre algo similar.

Por tal razón a continuación se plantean diferentes puntos de vista respecto a la definición de autismo.

➤ **Definiciones planteadas según diferentes Asociaciones.**

La Asociación Americana de Psiquiatría, clasifica el Autismo como un trastorno que se manifiesta en la infancia y afecta severamente el desarrollo, las habilidades de comunicación y la interacción social, con presencia de conductas estereotipadas, intereses y habilidades (David Holmes 1997).

La Confederación de Autismo en España define el autismo como parte de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), un conjunto de trastornos complejos, que afectan al desarrollo del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, especialmente en los aspectos relacionados con el procesamiento de la información que proviene de los estímulos sociales.

Para la National Society ForAutistic Children (NSAC), el autismo es un síndrome que se define conductualmente mediante los siguientes rasgos esenciales:

- 1- Alteraciones de las secuencias y ritmos de desarrollo.
- 2- Perturbación de las respuestas a los estímulos sensoriales.
- 3- Perturbación del habla-lenguaje, cognición y comunicación no verbal.
- 4- Alteraciones de la capacidad de relaciones adecuadamente con objetos, situaciones y personas.

➤ **Definiciones planteadas por algunos autores:**

Rutter (1984), define el autismo como un síndrome de conductas y destaca dos grandes grupos de síntomas que se observan en la mayoría de los niños diagnosticados como autista:

- 1- Incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales.
- 2- Alteración del lenguaje y las pautas pre lingüísticas

Además los movimientos repetitivos y estereotipados, la poca capacidad de atención, las conductas auto lesivas y el retraso en el control de esfínteres son también comunes en el niño con autismo, siendo una de las alteraciones del desarrollo más frecuentes en la infancia, que aparece antes de los 3 años de edad y que afecta severamente el desarrollo social, el lenguaje, la imaginación, la conducta y con esto la vida familiar.

➤ **Otras Definiciones:**

“Grave trastorno de origen multifactorial y orgánico, de afectación profunda a las aptitudes, capacidades y conducta más humana por definición (comunicación y socialización) y que viene acompañado de alteraciones neuropsicológica que afectan a las funciones superiores de pensamiento, lenguaje, memoria e inteligencia, (Ana Asensio, DEA Neurociencia, Facultad de Medicina UCM, 2010).

Por otra parte, el autismo es un espectro de trastornos caracterizados por grave déficit del desarrollo, permanente y profundo. Afecta la socialización, la comunicación, la imaginación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas repetitivas o inusuales.

El Autismo es la manifestación de la alteración en las capacidades de relación social, comunicación y lenguaje y simbolización.

El autismo es un síndrome, es decir un conjunto de síntomas y signos y su presencia indica que hay un trastorno o un mal funcionamiento de un órgano o un sistema. En el caso del síndrome autista, la disfunción está en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro.

Síndrome que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio.

El trastorno del espectro autista está compuesto por una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo, caracterizado por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y patrones de conducta estereotípicos, restringidos y repetitivos. El trastorno autista, a veces llamado autismo o clásico, es la forma más grave, mientras que otras afecciones a lo largo del espectro incluyen una forma más leve conocida como Síndrome de Asperger, una afección rara llamada Síndrome de Rett, el trastorno de desintegración infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Aunque varía significativamente en carácter y gravedad, se produce en todos los grupos étnicos y socioeconómicos. Los expertos calculan que 20 de cada 10.000 niños sufrirán de autismo. Los varones tienen cuatro veces más probabilidades de tener que las mujeres.

6. Orígenes del Autismo.

Los científicos no están seguros sobre qué causa el autismo, pero es probable que tanto la genética como el ambiente jueguen un papel importante. Los investigadores han identificado un número de genes asociados con el trastorno. Los estudios de las personas con autismo han encontrado irregularidades en varias regiones del cerebro. Otros estudios sugieren que las personas con autismo tienen niveles anormales de serotonina u otros neurotransmisores en el cerebro. Estas anomalías sugieren que el autismo podría producirse de la interrupción del desarrollo cerebral normal precozmente en el desarrollo fetal causado por defectos en los genes que controlan el crecimiento cerebral y que regulan cómo las células cerebrales se comunican entre sí, posiblemente debido a la influencia de factores ambientales sobre la función genética. A pesar de que estos hallazgos son intrigantes, son preliminares y requieren más estudios.

Los estudios familiares y de mellizos sugieren firmemente que algunas personas tienen una predisposición genética al autismo. Los estudios de mellizos idénticos muestran que si un mellizo está afectado, existe una probabilidad del 90 por ciento que el otro mellizo esté afectado. Existe un número de estudios en curso para determinar los factores genéticos específicos asociados con el desarrollo de

autismo. En las familias con un hijo con autismo, el riesgo de tener un segundo hijo con el trastorno es de aproximadamente el 5 por ciento, o uno en 20. Esto es mayor que el riesgo de la población en general. Los investigadores están buscando pistas sobre qué genes contribuyen a esta susceptibilidad aumentada. En algunos casos, los padres y otros familiares de un niño con autismo muestran deterioro leve de las habilidades sociales y de la comunicación o se involucran en conductas repetitivas. La evidencia también sugiere que algunos trastornos emocionales, como el trastorno bipolar, se producen más frecuentemente que el promedio en las familias de las personas con autismo.

A pesar de la observación científica del autismo, que se realiza desde hace varias décadas en busca de las causas que lo originan, éstas aún no se han podido determinar de modo concluyente, pues existen diferentes teorías que buscan darle explicación, distinguiéndose entre ellas por la posición que ostentan sobre la naturaleza de el origen de este trastorno, atribuyéndolo cada una a causas de distinta índole; existen posturas “ambientalistas” que subrayan que son los agentes de tipo psicosocial, los que originan la afectación del desarrollo infantil y son por tanto, la causa principal del padecimiento. Por otro lado, existen también perspectivas “biologicistas”, entre las que, por un lado se sostiene que el autismo podría ser un trastorno funcional no orgánico, al existir en algunos casos signos de lesiones y anomalías cerebrales en los pacientes que lo padecen, por otro lado también se sugiere que el autismo tiene su origen en lo genético y por lo tanto es un padecimiento prenatal. En ambas teorías "biologicistas", se afirma que son las fallas resultantes en los procesos bioquímicos internos del individuo, las que afectan su desarrollo al regularlo de un modo inadecuado.

No obstante, se puede optar por una visión holística de la situación al reconocer que puede existir más de una causa, y analizar las distintas teorías, llegando a lograr una integración de ellas y abordando a la persona con autismo, como un ser bio-psicosocial. La autora Susan Reid, afirma que al adoptar posiciones, las teorías se vuelven incompletas, y reconoce que hay más de una causa del

autismo: “es probable que haya, en la mayoría de los casos, una predisposición genética del lactante que en algunos niños es activada por las condiciones ambientales”.

Es este tipo de planteamiento integral el que arroja una visión global de las causas del autismo, permitiendo sostener que su origen obedece a una anomalía en las conexiones neuronales que es atribuible, con frecuencia, a mutaciones genéticas. Sin embargo, este componente genético no siempre está presente, ya que se ha observado que los trastornos que sufre una persona con autismo pueden tener un componente multifactorial, dado que se ha descrito la implicación de varios factores de riesgo que actúan juntos. Los genes que afectan la maduración sináptica están implicados en el desarrollo de estos trastornos, lo que da lugar a teorías neurobiológicas que determinan que el origen del autismo se centra en la conectividad y en los efectos neuronales fruto de la expresión génica.

Hay varios tratamientos pero no todos ellos se han estudiado adecuadamente. Las mejoras en las estrategias para la identificación temprana de la enfermedad que utilizan tanto las características fenotípicas como los marcadores biológicos (por ejemplo, cambios, electro fisiológicas) podrán mejorar la efectividad de los tratamientos actuales.

El bebé autista puede pasar desapercibido hasta el cuarto mes de vida; a partir de ahí, la evolución lingüística queda estancada, no hay reciprocidad con el interlocutor, ni aparecen las primeras conductas de comunicación intencionadas (miradas, echar los brazos, señalar, etc.).

Según investigaciones recientes las personas con autismo no presentan anomalías físicas evidentes, por esto en la década del cuarenta se creía que el Síndrome autista era una traba emocional.

Investigaciones recientes señalan que este trastorno deriva de un desorden del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y no de problemas emocionales. Pero como

síndrome, las causas no son únicas, se cree que pueden ser explicadas desde diferentes perspectivas:

- **Genéticas:** (endógenas) producto de una falla cromosómica llamada "X frágil". El autismo no tiene fuerza hereditaria, puede ser heredada por una cuarta parte de los descendientes.

- **Bioquímicas:** el mal funcionamiento químico o metabólico favorece el comportamiento autista. Puede ser producto de hipocalcurnurias, acidosis lácticas, desorden del metabolismo de las purinas. Está enfocado hacia el rol que cumplen los neurotransmisores. Uno de los neurotransmisores principales es la Serótina como así también el Triptófano.

- **Virales:** (congénitas) puede ser producto de infecciones sufridas por la madre durante el embarazo. Estas provocan anormalidades en el S.N.C (por ejemplo la rubéola).

- **Estructurales:** debido a malformaciones del cerebelo, hemisferios cerebrales y otras estructuras neurológicas.

7. Teorías sobre Autismo.

7.1 Teoría Psicoanalítica.

Las primeras teorías sobre el autismo planteaban que sus causas eran psicológicas, haciendo hincapié en la importancia de las influencias familiares de forma muy temprana en su vida. Varias observaciones de padres de niños con autismo los describían como fríos, meticulosos, insensibles, distantes e introvertidos, con los cuales se supuso que esta actitud de los padres jugaba un papel clave en el autismo. Se les llegó a llamar padres "nevera" y se considero sus relaciones con los niños como causa suficiente para el desarrollo del autismo.

El ambiente en que un niño vive es fundamental para su desarrollo personal. La falta de relaciones sociales y con los objetos externos, y el interés por los estímulos internos (tan característicos del autismo) se asemejan al primer estadio del desarrollo normal de los niños. El paso siguiente sería el desarrollo de las relaciones objétales que es incorporar el “yo” los objetos (personas, partes de una persona o algo simbólico que representa una ambas cosas), hacia los cuales se orientan las conductas, pensamientos y deseos. En otras palabras, identificarse con la gente hacia la que se siente emocionalmente unida. La teoría postula que las personas reaccionan a su mundo a través de las perspectivas de otros, que son las personas importantes como sus padres o cuidadores, y, a menudo, estas perspectivas entran en conflicto con los intereses y deseos de la propia persona.

El paso de las relaciones de objeto se considera que se produce a través de la crianza materna, un fallo en la función, un fallo en la relación materna es lo que impide el progreso adecuado a los siguientes estadios del desarrollo.

El niño se da cuenta de los sentimientos negativos, conflictos y rechazo de sus padres, y descubre que sus propias acciones no logran modificar sus actitudes ni el mundo. El niño reacciona con ira interna y sintiendo incompetencia ante un mundo que es interpretado como hostil, y se encierra en sí mismo.

Repetidas investigaciones no han podido encontrar confirmación a estos supuestos. Por ejemplo varios estudios no han podido encontrar diferencias entre los padres de niños con autismo y los padres de niños normales o con otros trastornos. Muchos padres de niños con autismo tienen otros hijos normales. La idea de los padres fríos y distantes se basa en casos muy concretos o anécdotas y no en estudios empíricos. Y finalmente añadir que, a menudo los comportamientos negativos de los padres pueden ser una reacción al comportamiento anómala del niño y no al revés, y que esta perspectiva no explica todos los síntomas y problemas del autismo, como el déficit cognitivo o la alteración en el lenguaje.

7.2 Teorías Cognitivas

Esta perspectiva considera que las anomalías en el funcionamiento cognitivo influyen en el desarrollo del trastorno, o que son subyacentes a él, aunque por el momento no está muy claro si estas son causas o consecuencias del trastorno.

Percepción y atención: una característica de estos niños es su “hiperselectividad estimular”, esto es, no responden a todas las señales del ambiente o lo hacen sólo a una parte de un estímulo (por ejemplo al color de las letras y no de la letra en sí). De la misma manera, sus respuestas a los estímulos no son constantes (por ejemplo, a veces parece que no oyen y ven cosas muy sutiles). Esta manera de percibir y atender interfiere con el desarrollo normal del niño, pues son habilidades necesarias para aprender y relacionarse.

Funcionamiento intelectual: Otro dato que apoya la idea de un problema cognitivo en el autismo es que los déficit intelectuales que presentan la mayoría de estos niños no son secundarios a(o causados por) las alteraciones de la interacción social , prueba de ello es, por ejemplo , que si fuera una consecuencia de estas alteraciones sociales , todos las personas con autismo deberían presentar similares puntuaciones en los test de inteligencia y esto no es así.

Sin embargo, este hecho (y otro) contradice la idea de un problema cognitivo como causa del autismo (si fuera así, todos los niños deberían presentar el déficit intelectual).

Problemas de lenguaje: Estudios realizados comparando niños con autismo con niños con disfasia (esto es en niños, que padecían serias alteraciones del lenguaje) corroborando la idea de que los problemas del habla no son suficientes para producir autismo, pues los niños con disfasia presentaban menos problemas de conducta y mejores relaciones sociales. Las características del lenguaje de los niños con autismo (inversión pronominal, ecolalias, neologismos) y sus problemas en la abstracción del significado del lenguaje, comprensión, también apoyan la hipótesis de un defecto cognitivo importante en el autismo.

7.3 Teoría socio – afectiva.

En estos últimos años se han retomado los dos viejos planteamientos: la teoría socio-afectiva, inicialmente defendida por Kanner (1943) y replanteada por Hobson (1983-1984).

La teoría se basa en el hecho de que el ser humano es fundamentalmente social y son sus relaciones sociales lo que le dan la capacidad de comprender las emociones de los demás, tan necesarias para configurar el mundo.

Las emociones se perciben a través de la comunicación no verbal; esta percepción es un proceso innato establecido biológico para comprenderlas y es donde fallan los niños con autismo. Esto produce un déficit en la vinculación afectiva en las primeras etapas del desarrollo y hace que no puedan interactuar emocionalmente con los demás, las consecuencias son un fallo a la hora de reconocer que el resto de las personas tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos e intenciones y una capacidad para abstraer y pensar simbólicamente.

7.4 Teoría de la Mente y el Déficit Metarrepresentacional

De acuerdo con esta teoría, el déficit cognitivo subyacente al autismo es una alteración en la capacidad de atribuir creencias y estados mentales a otras personas diferentes de los propios y de este modo explicar y predecir las conductas de los demás. Estas atribuciones se hacen por medio de metarrepresentaciones.

Esta teoría se basa en un déficit cognitivo, relacionando posibles y múltiples alteraciones neurológicas con las manifestaciones conductuales del niño con Autismo, (Martos, 2012).

La teoría de la Mente hace referencia a que las personas poseemos un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social.⁴

En el caso de los niños con autismo, éste mecanismo estaría ausente con lo que se podría considerar que están “ciegos” ante la existencia de los estados mentales. Por esta razón, el niño con autismo posee un mundo social caótico, confuso, que incluso le puede producir miedo. Lo cual le hace apartarse del mundo social tratando a las personas como si no tuvieran mente y comportándose con ellas del mismo modo que lo harían con un objeto inanimado.

La capacidad para construir “teorías de la mente” se describe como el resultado de un mecanismo cognitivo innato, biológicamente determinado y especializado en la elaboración de metarrepresentaciones, las representaciones de los estados mentales (Leslie 1987, Citado por Martos 2002).

Las personas con autismo presentan dificultades para darse cuenta de lo que piensa o cree otra persona. Según Firth (1989), para los niños con espectro autista es difícil distinguir entre lo que hay en el interior de su mente y lo que hay en el interior de la mente de los demás". Cuando no se posee la capacidad para ponerse en el lugar de otra persona, las conductas ajenas resultan imprevisibles, pueden parecer carentes de sentido y difíciles de comprender.

El déficit en Teoría de la Mente explica en gran medida las dificultades que las personas con Autismo presentan en el área social, entre estas están:

- Para darse cuenta de las intenciones de los otros, predecir sus conductas y conocer las verdaderas razones que los guían.
- Para entender las emociones de los demás, lo que puede llevarles a mostrar escasas reacciones empáticas.

⁴ Baron- Cohen y sus colaboradores en 1985.

- Para comprender cómo sus conductas o comentarios afectarán a las otras personas e influirán en lo que los demás piensen de él y para anticipar lo que los demás pueden pensar sobre su comportamiento.
- Para tener en cuenta el grado de interés del interlocutor sobre el tema de conversación.
- Para mentir y para comprender engaños, la ironía o las burlas.
- Para comprender las interacciones sociales, lo que puede llevar a problemas a la hora de respetar turnos o seguir el tema de conversación.

7.5 Teoría cognitivo- afectiva.

Esta perspectiva intenta aunar las anteriores. Se considera que el problema es una alteración afectiva que impide la comprensión y desarrollo de la comunicación no verbal y una alteración cognitiva en la capacidad de formar abstracciones y símbolos. Ambas alteraciones reconocen los estados mentales y emocionales de los demás, los problemas de atención y otro déficit cognitivos.

7.6 Teorías Biológicas.

Una de las teorías que se analizan a continuación es parte de otras que configuran sistemas de explicación respecto a la complejidad del trastorno autista.

Diversos estudios de revisión sobre el origen biológico del autismo encuentran que hay factores que apoyan la teoría de un origen orgánico del autismo (Coleman y Gillberg, 1985; Shopler y Mesibov, 1987; Gillberg, 1991); así hay trabajos que apoyan esta línea, tales como los de Teffenburg (1991), que han encontrado que en el 90 por 100 de los niños con autismo de su muestra, en total 52 niños, presentaban algún daño o lesión cerebral.

Otro indicador de que existe daño cerebral es la alta incidencia de epilepsia entre los niños con autismo (Olsson y Falconer, 1988).

La prevalencia de retraso mental entre la población de personas con autismo es otro indicador presente del origen biológico (Smalley y Penfield, 1988).

El factor genético es una evidencia de peso a favor de la teoría del origen biológico que viene dada por los estudios realizados con los gemelos y familias.

Por otra parte, Folstein y Rutter (1977) dirigieron el primer estudio con el objetivo de encontrar los factores genéticos en el autismo. Se han encontrado casos de gemelos monocigóticos, y entre mellizos. Bailey y cols. (1995) ampliaron el muestreo inicial de gemelos estudiados por Folstein y Rutter (1997), demostrando una tasa de concordancia de gemelos monocigóticos del 60 por 100. Los resultados sugieren que el autismo (o la proporción de la variación total debido a factores genéticos) es hereditario en más del 90 por 100 de los casos.

La incidencia elevada de autismo entre la población masculina (Lotter, 1966) y el hecho de ser hermano de una persona con autismo constituyen un factor de riesgo (Smalley y Penfield, 1988) y la presencia de alteraciones cognitivas, comunicativas y sociales entre los hermanos no autistas de niños autistas (August, Dyer y Haydden, 1981) ha originado la idea de que pudiera existir un fenotipo generalizado de autismo. Podría ser, entonces, que el gen responsable del autismo produjera en algunos casos trastornos más leves.

En la misma línea ha estudiado qué tipo de carga hereditaria podría estar implicada en el autismo; así, divide a los casos de autismo en tres grupos.⁵

1. *Exógenos*: Producidos por factores externos, como los accidentes prenatales.
2. *Autosómicos recesivos*: en cromosomas no sexuales, pero sólo expresados si están presentes en las dos dotaciones genéticas, estos es, heredados del padre y de la madre.
3. *Ligados al cromosoma X*, portados en el cromosoma del sexo femenino.

Otro reciente trabajo que apoya la teoría biológica es el de Nelson (2000), que plantea la posibilidad de detectar el autismo y algunos tipos de retraso mental en el momento de nacimiento en base a la determinación, mediante análisis de

⁵ Szatmari (1991)

sangre, de los niveles de cuatro proteínas esenciales para la construcción de la arquitectura básica del cerebro.

Sobre la hipótesis de una plataforma común se puede decir que ya es bastante aceptado el hecho de que diversas causas biológicas de naturaleza diferente pueden desencadenar el autismo (Shopler y Mesibov, 1987). Enfermedades como el trastorno del cromosoma X frágil, la fenilcetonuria y la esclerosis múltiple (todas ellas con una causa genética) llevan consigo un riesgo mayor de autismo (Guillberg y Folstein, 1984, Blomquist y cols, 1985)

Por tanto podría pensarse en una misma plataforma de llegada: todos estos diferentes trastornos y factores (trauma de nacimiento, anormalidad genética, etc.) podrían afectar al mismo componente específico del cerebro, produciendo autismo. Aitken y Gillberg (1991) concluyen que es como si fuera la ruptura en una fase crítica de la neurogénesis lo que importa en el desarrollo del autismo y no la naturaleza específica del agente causal.

7.7 Teoría Neurofisiológica.

7.7.1 El cerebro de un niño con Autismo.

El cerebro es nuestro motor es decir, lo utilizamos constantemente para cualquier cosa; éste es el encargado de dirigir a nuestro cuerpo y hacernos la persona que somos.

Ahora imagínese nuestro cerebro como una computadora llena de cables importantes. Cada uno de estos cables tiene una función importante y están todos contactados entre sí. Las personas con autismo tienen un sistema en la cual los cables no logran llegar a conectarse completamente ó requieren de otros cables para completar su función. Es decir, las conexiones del cerebro en el lóbulo frontal son distintas a las conexiones en un cerebro “normal”. El lóbulo frontal es el encargado de dirigir nuestra conducta, atención, planificación, secuencias, reorientación, habilidades sociales; además es aquí donde se encuentra el área de Broca, fundamental para el lenguaje y la comunicación.

Con esta explicación es más fácil entender cómo un niño piensa y porque a veces realizan conductas no apropiadas para la sociedad. El pensamiento de ellos está dividido en 3 áreas grandes:

1. **Visual:** estos niños piensan por medio de imágenes, es decir, tienen dibujos reales en su cabeza para cada concepto, razón por la cual los conceptos concretos son mucho más fáciles de aprender que los abstractos. Cuando se les dice algo, se les debe de dar el tiempo para que busquen en su “álbum de imágenes” el concepto y logren entender lo que se les está diciendo.
2. **Músicos y matemáticos:** estos niños piensan en patrones, es decir, cada concepto debe de ir ligado con otro para poder recordarlo, esto requiere de un esfuerzo extraordinario. Además tienen una destreza grande auditiva; todo lo que oyen lo interiorizan y lo almacenan.
3. **Lógicos verbales:** niños con gran habilidad de hablar, pero que muchas veces no entienden lo que dicen. Todo lo que escuchan se les graba y posiblemente lo repitan en algún momento.

7.7.2 ¿A qué se debe su comportamiento?

El comportamiento de un niño con autismo se debe a que el área frontal, es la más afectada, la cual está relacionada directamente con la conducta. Para una persona lo que es “lógico”, para ellos hay que enseñárselos; lo que es “fácil”, les involucra muchos pasos pequeños; lo que es “normal de contener”, es una obsesión; lo “normal”, es desconocido. Si por alguna razón las conductas que ellos realizan, para el resto de personas son “raras”, es porque posiblemente todavía no se les ha dado el tiempo para aprenderla, o que posiblemente hay otras conductas más importantes de trabajar.

Está demostrado que el cerebro de los niños con autismo o que desarrollarán autismo es más grande que el de los niños que no presentan este trastorno.

No se conocía si ese crecimiento en exceso del volumen cerebral se debía a que presentan más neuronas, o que las neuronas sean de mayor tamaño, o que tengan más células no neuronales en su cerebro (las llamadas células gliales: astrocitos, oligodendrocitos o microglía), o a que las prolongaciones de las neuronas, las dendritas y el axón, que forman la mayor parte del volumen cerebral, sean más largas, más ramificadas o más gruesas que en los niños que no presentan autismo. Se concluyó que en el estudio preliminar realizado por Eric Courchesne publicado en el Journal of the American Medical Association ha encontrado la respuesta: los niños con autismo tienen más neuronas.

Además de mostrar sensibilidades metabólicas que afectan adversamente la función del cerebro, los niños con autismo tienen daño en el cerebro medio, cerebelo, y áreas corticales del cerebro. La localización y extensión exacta del daño se determina por medio de una evaluación individualizada.

7.7.3 La Neurociencia y el Autismo

La neurociencia nos ha demostrado que el autismo no es causado por una diferencia fundamental ni por un déficit en la estructura del cerebro como se asumía previamente. En cambio, la investigación actual nos indica que el autismo es la manifestación conductual de una “mala conexión” cerebral, un cerebro con insuficiente interconectividad y sincronización entre múltiples regiones dispares. Como resultado de esto, los niños con autismo tienden a enfocarse en actividades que requieren una coordinación mínima entre las regiones del cerebro (ejemplo: recitar palabras aisladas y detalles, o enfocarse en estímulos estáticos y tareas repetitivas) y evitar actividades que requieren coordinación de múltiples regiones del cerebro (ejemplo: comprender historias, ver “todo el panorama” o aprender nuevas tareas en donde las reglas previamente aprendidas no se aplican).

Este enfoque a su vez refuerza las partes del cerebro que facilitan la interconectividad local a expensas de las partes del cerebro que facilitan la interconectividad global, acelerando un circuito de retroalimentación.

La buena noticia es que la investigación ha demostrado que el circuito de retroalimentación puede ser revertido. A través de varias formas de interacción, los niños pueden establecer conexiones en el cerebro que mejoren la interconectividad global y su capacidad acorde para realizar tareas que involucran múltiples regiones del cerebro. Evidencia proveniente del campo de la psicología nos muestra qué tipo de interacciones (con personas y objetos) ayudan a reducir los síntomas principales del autismo y facilitan el incremento de la interacción social, la comunicación y el rango de intereses.

El autismo es el resultado de un cerebro pobremente conectado y sincronizado. El hallazgo más robusto en la neuro-anatomía con respecto al autismo es que las personas con autismo tienen un incremento de volumen cerebral. Este incremento en el volumen del cerebro está compuesto principalmente por sustancia blanca, que es la sustancia que conecta las diferentes regiones del cerebro. La sustancia blanca puede dividirse en una zona externa que contiene el compartimiento radiado (el material que interconecta las regiones locales del cerebro) y una zona interna que contiene compartimientos sagitales y con sistemas puente (que interconectan las regiones distantes del cerebro). En el autismo el incremento se localiza en la sustancia blanca radiada, mientras que en la zona interna los compartimientos de sustancia blanca mostraron que no hay diferencia en volumen comparando con los controles. En otras palabras, las personas con autismo tienen cerebros conectados de una manera que favorecen la comunicación local por sobre la comunicación global.

En las personas con autismo este patrón del aumento de la interconectividad local y disminución de la interconectividad global es mucho más pronunciado en las áreas pre-frontales, las áreas del cerebro que típicamente están más globalmente interconectadas dado que son responsables de la integración de la información proveniente desde múltiples regiones del cerebro para procesamientos de alto orden o abstractos.

Las áreas del cerebro que están pobremente conectadas no procesan información de una manera que está sincronizada con otras áreas del cerebro, un proceso que es necesario para procesar información multisensorial. Las revisiones más recientes sugieren que los síntomas del autismo pueden, por lo tanto, ser el resultado de cerebros que están pobremente conectados y pobremente sincronizados. En la ausencia de fuerte interconectividad y sincronización global, las tareas que requieren integración de la información dinámica desde múltiples canales (como ser la interacción social, la comunicación y el razonamiento abstracto) son un gran desafío para las personas con autismo. Mientras que las tareas que involucran el procesamiento de información más estática desde canales mínimos llega más fácil debido a la relativa fortaleza de la interconectividad localizada.

A medida que los niños interactúan con el mundo de las personas y objetos, sus cerebros se organizan y se conectan para apoyar la conducta adaptativa. Un niño cuyo cerebro no procesa fácilmente la información dinámica multisensorial que requiere integración, interactuará con las personas y los objetos de formas atípicas. Esto podría ser muy sutil al principio pero comenzaría a notarse desde los doce a los dieciocho meses de edad cuando los principales hitos de comunicación no se alcanzan.

A medida que el niño pasa menos tiempo procesando información multisensorial y social, y subsecuentemente pasa más tiempo procesando información menos compleja (usualmente no social), el niño se pierde de la “educación social” que ganan sus compañeros de desarrollo típico. A medida que pasa el tiempo, el trayecto del desarrollo en el niño se aleja cada vez más de sus compañeros típicos. Los patrones alterados de interacción con el mundo conducen al desarrollo de un circuito neural que favorece más conductas sintomáticas del autismo en un circuito de retroalimentación acelerado.

Mucha investigación ha sido publicada en las dos últimas décadas indicando que el cerebro es maleable y que las neuronas forman conexiones en respuesta a nuestras interacciones con el ambiente. Un estudio reciente de resonancia magnética funcional capturó imágenes de la sustancia blanca creciendo para formar una conectividad más típica en regiones del cerebro previamente menos conectados en niños con dificultades en el aprendizaje. Luego de haber recibido instrucciones de lectura intensiva, esos niños mostraron un aumento de conectividad en la sustancia blanca.

Estudios como este y otros indican que proporcionando entradas de forma frecuente y consistente a los niños con autismo, estimulando el procesamiento de información dinámica y multisensorial, se puede ayudar a formar nuevas conexiones en sus cerebros de una forma que se mejore la interconectividad global y la sincronización.

Para llevar a cabo cambios neurológicos significativo, las estimulaciones en el autismo deben: impactar en cómo un niño interactúa con su ambiente físico y social, proporcionando entradas intensivas, multisensoriales y estimulación frecuente de forma diaria.

8- Perfil del niño con Autismo.

De 0 a 30 meses.

Detectar el síndrome autista no se realiza normalmente antes del año, quizás porque los padres asocian tales síntomas a otros déficits, y porque son poco conocidas las pautas de desarrollo en los dos primeros años de vida del niño con autismo. Presentan un déficit en el desarrollo del condicionamiento, cruciales para el desarrollo del contacto afectivo y social de estos primeros meses.

A la edad de seis meses se ha encontrado gran pasividad, falta de afectividad y ausencia de pautas de anticipación. Se presentan conductas de llanto constante o

ausencia total del mismo. Ciertos problemas en la alimentación como la dificultad para succionar o tragar.

Por otro lado, en el plano afectivo, no le gusta que lo mimen o simplemente no reacciona ante ello, no alza los brazos para que lo tomen en brazos y lo acurruquen. También presentan dificultad para controlar esfínteres.

Con respecto a la alimentación, presentan rechazo o fijación en algunas comidas.

Sobre los doce meses aún no se observan las conductas de comunicación protoimperativas y protodeclarativas, siendo esta última una de las características más observadas de los niños con autismo.

Con respecto al habla, se presenta mutismo o demora en el desarrollo de las primeras palabras.

De los 30 meses a los 5 años:

Con respecto a su conducta emocional:

Presentan retraimiento social, resistencia ante cambios de personas o ambientes, dificultades para imaginar o crear a nivel de historietas o narrativas verbales como cuentos, presenta temores o fobias específicas extrañas, como miedo ante algo totalmente inofensivo y normalidad ante un peligro real.

En cuanto a la conducta social:

Se presenta anormal, no comprende las reglas sociales, ni los sentimientos de los demás. Es incapaz de jugar con otros niños o personas adultas. Presenta ciertas habilidades excepcionales y específicas, como armar o desarmar bloques o aparatos mecánicos con circuitos complejos, habilidades musicales y pictóricas, y pueden tener excelente memoria fotográfica.

Con respecto al desarrollo de los sentidos, la audición: Parecen mostrarse sordos para algunos sonidos y sensibles a otros.

En lo que se refiere a la visión: tienen dificultades para reconocer visualmente lo que se encuentra en su entorno.

En lo que respecta al tacto: son insensibles al dolor o todo lo contrario, hipersensible.

En cuanto al gusto y olfato: se dan los extremos, desde la indiferencia a la aversión a ciertos alimentos y olores.

En lo que se refiere a la realización de conductas motoras: normalmente les cuesta imitar ejercicios motores realizados por otros, presentando ya ciertas estereotipias de movimientos, ya sea de cuerpo completo o algunas partes específicas.

A partir de los 5 años:

Se ha observado en algunos niños ciertos cambios en su desarrollo, sobre todo en lo emocional-social, volviéndose más sociables y afectivos, con menos resistencia al cambio y poseen un conocimiento más real de los peligros.

Se presenta una evolución relativa en las áreas motoras y lingüísticas. De hecho, estas mejorías pueden producir confusiones y dificultades en el diagnóstico por lo cual es importante la evaluación en el tiempo, completada con los datos que aporten los padres.

Adolescencia.

En esta etapa los trastornos son similares a los de individuos retardados mentales, ya que el funcionamiento del autismo adolescente o adulto dependerá de factores como:

- Lenguaje: factores determinantes para manifestar sus necesidades.
- Hábitos de autoayuda: pretende llevar una vida independiente, debe saberse capaz de auto ayudar en normas de higiene personal, alimentación, vestimenta.
- Puede abastecerse solo si es educado desde pequeño, lleva mucho tiempo en entrenarse y resulta una tarea muy difícil.

Son posibles los cambios en las dos direcciones: puede potenciarse la evolución positiva, o bien reaparecer sus problemas de conducta (excitación, ansiedad, autoagresiones, rituales) o incluso surgir otras dificultades (crisis epilépticas en una cuarta parte de los casos).

En todo caso, persiste la falta de aptitud para la relación personal y el hecho de no entender las intenciones, motivos de los demás y crea angustia en los adolescentes con autismo de buen nivel intelectual.

En la Edad Adulta.

La mayor parte de los casos siguen requiriendo asistencia. Es excepcional que lleguen a desarrollar un trabajo productivo y, todavía más, que lleguen a vivir con independencia.

El trastorno es crónico pero las manifestaciones varían de acuerdo con la edad y la gravedad de las incapacidades. La persona que padece autismo mantiene su alteración aun cuando los síntomas puedan atenuarse.

En relación a los niveles de actividad, del mismo modo que durante la infancia muchos niños o niñas afectados con autismo se muestran hiperactivos, al llegar a la edad adulta una proporción importante de esta población se vuelve muy hipo activo, pasivo.

Del 75% al 90% de los afectados según los estudios presenta una deficiencia mental asociada de grado diverso, pero en la mayoría severo, que, por sí mismo, ya conllevaría una necesidad de apoyos extensos y generalizados, por la falta de autonomía a que da lugar.

Sus necesidades en cuanto a dependencia durante la etapa adulta se distribuyen porcentualmente, según diversos estudios, de la siguiente manera:

Del 10 al 15% consiguen una vida autónoma suficiente con una vida social independiente. Entre el 15 y el 25% progresan a una vida autónoma pero con

disfunciones conductuales y sociales. Entre un 15 y un 25% no logran una vida independiente y necesitan de otros en el funcionamiento diario. De un 35 a un 50% presentan imposibilidad de independencia.

A medida que una persona con autismo crece, sus problemas de relación y de comportamiento se hacen menos manejables que en la infancia; lo que socialmente se espera a su edad, no lo pueden hacer.

La rehabilitación socio laboral es especialmente compleja en personas afectadas con autismo. Muy raras veces se consigue que se integren en un medio laboral. En materia de empleo sólo las personas con autismo de alto nivel podrían mantener un empleo normalizado o con apoyo, pero estos casos son un mínimo porcentaje de las personas con autismo.

La mayoría se distribuyen entre centros ocupacionales y centros de empleo especial, en caso de poder desarrollar estas actividades. Ya que es un hecho contrastado que, a medida que aumenta su edad, aumenta la institucionalización y la utilización de recursos meramente asistenciales. Muy pocas personas con autismo, llegan a vivir con suficiente independencia.

9- Áreas afectadas en niños con autismo.

En las definiciones que sobre el autismo existe, se destacan las diferentes áreas que el trastorno afecta, sin embargo ninguna definición engloba en su totalidad las áreas que a continuación se describen.

- **Alteraciones de la conducta social.**

Los problemas que presentan los niños(as) con autismo en su conducta social es quizás el rasgo más conocido, no solo en la comunidad científica que investiga la problemática, sino también entre la sociedad, así cuando se habla de un niño(a) con trastorno autista, la imagen que se viene a la cabeza es la de un niño(a) extravagante, encerrado en sí mismo, que no habla ni juega con nadie, como si viviera únicamente consigo mismo, ignorando el resto del mundo, incluso a sus padres y hermanos.

El desarrollo de la conducta social del niño(a) con trastorno autista va reproduciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Está claro que el déficit social es más evidente en los primeros años de vida, de ahí que la mayoría de descripciones sobre las alteraciones sociales de los niños(as) con autismo, se refieren a las primeras etapas de vida y no a las etapas posteriores en las que produce una frecuente variabilidad de estas alteraciones a lo largo del desarrollo. La compleja variabilidad observada en el comportamiento social llevo a algunos autores a proponer subtipos de autismo en función de la alteración social predominante en los niños(as) afectados por el trastorno.

Wing y Gould, establecieron tres patrones distintos de relación social a partir de su estudio epidemiológico:

- *Aislado*: que evita la interacción de forma activa.
- *Pasivo*: que soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
- *Activa pero no extravagante*: que interactúa de un modo extraño pero excéntrico.

Estos estudios han dejado claro que no todos los niños(as) con autismo muestran el mismo tipo de alteración social, dado que muchos hacen intentos más o menos exitosos de acercamiento social, aunque utilizando estrategias inadecuadas.

Algunas conductas específicas de los niños(as) con autismo, es la ausencia de contacto visual (o un menor contacto), carencia de vínculos con los padres, pareciera como si no necesitaran a sus padres. Estos niños(as) no tratan de llamar la atención, no buscan el contacto afectivo (besos, ternura) y nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en sus brazos. Un ejemplo gráfico es cuando un niño(a) con autismo se hace daño, rara vez acudirá a sus padres que lo conforten. Incluso aunque esté el contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses; pareciera como si la otra persona fuese un objeto que el utiliza para un fin determinado.

Un niño(a) con autismo puede subirse en el regazo de su madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto, es como si la madre ejerciese la función de ser una silla para alcanzar el objeto.

Otra de las características del autismo infantil, reflejada de igual forma por Leo Kanner (1943), Rutter (1978) e incluso en el DSM IV (1994), es la preocupación que tiene el niño(a) con autismo por preservar la invariabilidad del medio. Estos niños(as) muestran con frecuencia, una hipersensibilidad al cambio. Manifiestan resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales, respondiendo a estos con fuertes berrinches, incluso autolesionándose y oponiéndose sistemáticamente a cualquier clase de cambio. Esta exigencia de invariabilidad, se puede ver en la reacción de estos niños(as) ante cambios.

En ocasiones, los niños(as) con autismo desarrollan ciertas preocupaciones ritualistas en los que interviene una gran cantidad de tiempo a diario.

- **Alteraciones del lenguaje.**

En la mayoría de los casos la primer sospecha que tienen los padres de que su hijo(a) tiene algún problema, surge cuando detecta que el niño(a) no muestran un desarrollo adecuado del lenguaje. Siendo los logopedas, audiológos, psicólogos del lenguaje los primeros en entender las demandas de los padres de los niños(as) con autismo, que aun no llegan a comprender el alcance del problema que muestra su hijo(a).

La comunicación intencional, activa y espontanea, que suele desarrollar el niño(a) normal desde los ocho y nueve meses se ve muy perturbado o limitado en los niños(as) con autismo. La falta de sonrisa social, mirada a las personas, gestos y vocalizaciones comunicativas. Estas dificultades se hacen aun más patentes a partir del año y medio, dos años de edad, en la que los niños(as) sin autismo hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas. Los niños(as) con autismo que llegan a hablar, lo hacen de forma característica, con unos patrones lingüísticos cualitativamente diferentes al resto

de los demás niños(as) y diferentes también a los patrones presentes otros trastornos del habla. Además, un alto porcentaje de niños(as) con autismo, se estima que en un 28 y 61 por 100, no adquieren el lenguaje expresivo nunca. De esta población, solo un 5 por 100 presenta una capacidad intelectual suficiente para adquirir el lenguaje, aunque con déficit muy grave de comprensión y mutismo.

En los niños(as) con trastorno autista que hablan, se presentan diversas alteraciones lingüísticas:

- a. **Inversión pronominal:** cuando el niño(a) se refiere a sí mismo, utilizando tu o el.
- b. **Ecolalia:** es la repetición de la palabras o frases dichas por los demás, puede tener lugar inmediatamente después de un tiempo de demora (ecolalia retardada), que puede ser de horas e incluso días, lo que produce en ocasiones las respuestas propias de una ecolalia retardada estén alejadas del estímulo original y resulten absolutamente extravagante.

La ecolalia, como tal, no es específica de los niños(as) con autismo. El desarrollo del lenguaje normal incluye una fase en la que se pueden observar conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses de edad. Pero cuando persisten mas allá de los tres a cuatro años empieza a considerarse patología.

Además de estas dos alteraciones, que quizá sea la más conocida, el niño/a con autismo presenta muchos otros fallos un tanto más graves que las anteriores.

- c. **Alteraciones fonológicas:** alteraciones de la voz, esto tiene unas características esenciales que le dan calidad y peculiaridades en cada caso: timbre, tono, intensidad modular.

Sus alteraciones originan la rinolalia y la disfonía (afonía si hay pérdida total de la voz) el origen puede ser de tipo neurológico, endócrino, metabólico, laríngeo, respiratorio, auditivo, psíquico ó por uso defectuoso de los órganos fonatorios.

- d. **Semántica:** los niños(as) con autismo infantil presentan trastorno en el significado de las palabras.
- e. **Defectos en la articulación:** hay trastornos articulatorios que existen con una incapacidad para emitir correctamente ciertos fenómenos o grupos de fonemas, como resultado de una alteración de los mecanismos sensorio-motores de la elocución. Los defectos de la articulación se dividen en: dislalias y disartrias.
- f. **Monotonía:** existencia de igualdad en el tono de voz.
- g. **Labilidad en el timbre y tono de voz:** hablan agudos inesperados.
- h. **Alteración del lenguaje receptivo:** presentan dificultades para atender o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, etc. Además cuando hablan con frecuencia lo hacen con propósitos comunicativos. Su uso del habla como medio de conversación es limitado, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea inmediato.
- i. **Lenguaje expresivo no verbal (gestual):** se encuentra alterado, se observan diferencias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias, además de ausencia del contacto ocular. Incluso el habla con menor grado patológico que ha alcanzado un lenguaje satisfactorio, muestra una carencia de emoción, imaginación, abstracción y una literalidad muy concreta.
- J. **Lenguaje expresivo (gestual y mímico).** En general, el autista tiene un lenguaje gestual muy limitado. Dado el desinterés o indiferencia que muestran por su entorno, no comprenden el lenguaje gestual de los demás y, consecuentemente, no saben expresarse mímicamente; esto es especialmente observable en los primeros años de vida donde pueden adquirir cierta comprensión gestual si desarrolla la capacidad de observación visual. Con frecuencia ha de enseñárseles gestos sociales tan simples como la sonrisa o el abrazo.

Considerándose una característica peculiar y de carácter precoz en el lenguaje del autista, es la falta de gesticulación o expresión facial, como medio para suplir o compensar su déficit lingüístico, cuando intenta comunicar algo. La gesticulación del niño con autismo está disociada de la comunicación. Por el contrario, puede utilizar el gesto o el movimiento para dirigir al adulto hacia su fin, pero como si el adulto fuera un objeto más, utilizado mecánicamente para satisfacer sus deseos.

¿De qué manera se comunica el niño?

Un niño(a) con trastornos del espectro autista, quien demuestra comunicación intencional, puede utilizar varias formas o modos. Es importante considerar cuales de las siguientes formas de comunicación son usadas por el niño.

Comunicación Motora: Manipulación física directa de una persona o un objeto. (Por ejemplo: tomando la mano de una persona y empujarla al objeto deseado o dando una taza a la persona que lo cuida para indicar “Quiero leche”).

Haciendo gestos: Apuntando, indicando, mirando fijamente. (Por ejemplo: El niño con trastornos del espectro autista mira o apunta al objeto deseado y entonces cambia su mirada con la vista fija a otra persona, de este modo pide ese objeto. (Es decir: el acto de comunicación solicitando)

Vocalizando: Uso de sonidos, incluyendo el llorar, para comunicarse. (Por ejemplo: un niño con trastornos del espectro autista dice “ah-ah-ah” para atraer la atención de otra persona a él)

Utilizando lenguaje con signos: Uso de comunicación con un sistema convencional de signos de lenguaje.

Usando objetos: El niño con trastornos del espectro autista entrega un objeto a otra persona para comunicarse. (Por ejemplo: el niño entrega una taza a su padre para indicar “beber”).

Usando fotos: Uso de fotografías de dos dimensiones para comunicarse. (Por ejemplo: El niño con trastornos del espectro autista apunta a, o entrega fotografías de varios objetos, acciones o eventos para comunicar sus deseos).

Usando imágenes gráficas: Uso de dibujos de dos dimensiones, que representan objetos, acciones o eventos. (Por ejemplo: un niño con trastornos del espectro autista entrega un dibujo lineal de un “juego” a su padre para indicar que él quiere jugar).

Escribiendo: Uso de palabras o frases impresas para comunicarse. (Por ejemplo: el niño con trastornos del espectro autista escribe “demasiado ruidoso” para indicar que el nivel del ruido en el ambiente es muy molesto para él).

- **Alteraciones motoras**

Otra característica de los niños(as) con autismo, incluida en los criterios diagnósticos, hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. Parece ser que la estereotipia refleje un déficit creativo asociado al autismo. Sin embargo, no están nada claro aun los factores subyacentes de este problema puesto que también se observa este tipo de problema en otros trastornos del desarrollo, con retraso mental.

La conducta estereotipada, también denominada conducta auto estimuladora, ha sido descrita como un comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, sin otra función aparente que proveer al niño/a de retroalimentación sensorial y cinestésica. Estas conductas pueden incluir movimientos de balanceo ritmo del cuerpo, carreras cortas, giros de cabeza, aleteos de brazo o manos o posturas extravagantes.

También se observan estereotipias motoras con materiales, como observar insistentemente un objeto giratorio, dar vueltas a una cuerda, etc. En todos estos comportamientos parece que el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva.

Está claro que las conductas estereotipadas muestran un papel importante de especial relevancia en los niños(as) con autismo. La mayoría de estos niños(as) emplea parte de su tiempo en estos comportamientos. De hecho, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandone estas actividades. Diversos autores confieren las conductas estereotipadas la responsabilidad de interferir en la responsabilidad del niño(a) y en la adquisición de conductas normales.

Mientras el niño(a) con trastorno autista esta entregado a la conducta auto estimulatoria, se observa una total irresponsabilidad ante otros estímulos ambientales que no sean implicados en la conducta estereotipada.

Las conductas autolesivas suponen no solo una característica más de alteraciones motoras que se observan en los niños(as) con autismo, sino que en la alteración más dramática que estos presentan (aunque no sea una característica exclusiva de las personas con autismo, ya que también se puede observar en niños/as con retardo mental o en adultos con esquizofrenia).

La conducta autolesiva, implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo como golpearse la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, las piernas, arrancarse el pelo, arañarse la cara y auto bofetarse. Incluso se han relatado casos de haberse arrancado las uñas a mordiscos o hundirse los ojos.

La conducta autolesiva tiene daños tanto directos como indirectos. Si dicha conducta es demasiado peligrosa para la vida del niño/a, se hace necesario obligarles físicamente para prevenirla. Si la contracción se alarga demasiado puede originar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño/a (acortamiento de los tendones, detención del desarrollo motor, etc.) como

resultado de la no utilización de sus miembros. Otro daño secundario es que esta conducta reduce y condiciona el desarrollo psicológico y educativo del niño(a).

- **Alteraciones cognitivas.**

A pesar de la falta de acuerdo que existe entre los autores, parecen coincidir en que existe un déficit generalizado en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo. Los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc. se hallan claramente alterados en estos niños(as).

Existen dos procesos cognitivos presentes en los niños(as) con autismo: *la capacidad intelectual y atención - sensopercepción.*

a) Capacidad intelectual: hasta hace pocos años se tenía la visión de que el niño(a) con autismo tenían una inteligencia normal, su buena memoria automática, la ausencia de anomalías físicas, etc. Parecían apoyar la hipótesis de Kanner (1943). Sin embargo, los datos acumulados hasta el presente sugieren lo contrario, Ritvo y Freeman (1978) indican que aproximadamente un 60 por 100 de los niños/as con autismo presentan un C.I. por debajo de 50, un 20 por 100 entre 50 y 70 y un 20 por 100 de 70 ó más. Parece ser que los niños(as) con autismo obtienen mejores resultados en los test que miden habilidades manipulativas o viso-espacial y memoria automática y registran un rendimiento significativamente inferior en tareas que requieren un procesamiento secuencial. Parece claro que dichos niños(as) procesan la información de forma cualitativamente diferente a los sujetos no autistas. Una evidencia de este proceso diferencial se comprueba en el análisis de sus habilidades espaciales ó también llamadas por los investigadores cognitivos islotes de habilidad. Esto en las capacidades intelectuales que con frecuencia permanecen extraordinariamente intactas y en algunos casos son superiores a las personas con autismo con autismo para memorizar listados, como una guía telefónica.

b) Atención y sensopercepción: una característica esencial del autismo es la respuesta anormal que estos niños(as) tienen ante la estimulación sensorial. Sin

embargo, a pesar de la cantidad de datos aportados sobre esta alteración conductual, no se puede concluir que se trate de un problema perceptivo, sino más bien de sus procesos atencionales, que son cualitativamente diferentes del resto de los sujetos. Un niño(a) con autismo no puede responder a un ruido intenso y responder melodramáticamente al oír el ruido que se produce al pasar una hoja de revista. De la misma forma, puede no ver los objetos claramente visibles y advertir un caramelo que se encuentre a más distancia ó un hilo tirado en el suelo. Esta anomalía en la respuesta se suele dar también en otras modalidades sensoriales como el olfato y el tacto. Pero de igual forma que con los estímulos visuales y auditivos, parece ser más una consecuencia de los procesos sensoriales que los perceptivos.

Diversos estudios han demostrado que los niños(as) con autismo responden solo a un componente de la información sensorial disponible, lo que llaman hipersensibilidad estimular. Por tanto aunque ellos/as pueden tener una estrategia perceptiva característica, parece claro que es más que una consecuencia de los procesos atencionales, que harían referencia a una presunta rigidez hiper atencional y no a una alteración específica de los procesos perceptivos.

Atención.

Significativos trastornos de la atención. Pueden ser extremadamente perturbables y manipular un objeto sin jugar con ellos, pero algunos de esos niños puede durante un lapso prolongado mantener la atención en sus actividades favoritas, jugar con una computadora, estudiar horarios o calendarios, etc.

Frecuentemente son prominentes, la perseverancia por la capacidad de no aburrirse. Las marcas centrales de estos niños son la rigidez, la insistencia a la repetición y una marcada dificultad para cambiar la actividad, se desconoce si estas manifestaciones de ansiedad o de atención focalizada.

- **Alteraciones afectivas y emocionales**

Durante muchos años esta idea de la falta de capacidad de sentir o expresar cariño en las personas con autismo ha sido la marca que ha ido castigando desde los padres (la famosa teoría de las madres refrigeradora abandonada hace años y que hirió a tantas familias) hasta las mismas personas con autismo, al considerarse que prefieren la soledad y les molesta que los toquen porque no pueden manifestar sentimientos.

Todas estas teorías ya superadas a los estudios e investigaciones realizadas tienen una nueva respuesta en la actualidad, las personas con autismo rechazan el contacto físico, la mayoría de las veces por hipersensibilidad sensorial, para ellos las personas huelen saben y suenan demasiado, además los abrazos y besos les molestan en cuanto perciben las sensaciones de la saliva en su cara o el sudor en sus cuerpos con mayor intensidad, niños que no permiten ser besados tampoco toleran que sus ropa este húmeda o que hayan texturas que les irrite la piel , otras veces por conductas aprendidas, se quiere abrazarlos y ellos no nos conocen y sienten fastidio y al no poder rechazarnos con palabras evaden con actitudes, otras las personas se acercan utilizando un tono de voz demasiado fuerte o estridente para sus hipersensibles oídos.

La afectividad no tiene mayor relación con el aprendizaje, así se encuentran niños(as) súper cariñosos de un nivel muy severo que hasta agreden o se lesionan cuando están en crisis, o niños asperger que tienen diferentes genios y no permiten ser tocados.

Muchos niños(as) pequeños con autismo tienen relaciones afectivas con sus padres, de manera que parecen estar emocionalmente “apegados” a ellos. Algunos niños/as también han mostrado “la sonrisa social” a la edad normal de las 6 semanas y posteriormente siguen siendo capaces de sonreír de manera afectuosa; pero esto no significa que sus relaciones sean normales.

¿Cómo influye el autismo en la afectividad?

Las emociones que los niños(as) con autismo muestran en sus relaciones también pueden llegar a ser bastantes inesperadas tales como el enojo, el temor, la alegría, la tristeza, pero a veces lo hacen en situaciones en que la mayoría de personas sin autismo no las mostrarían.

En el niño(a) con autismo las conductas de apego tardan más en desarrollarse, presentan indiferencia o aversión al contacto físico, una resistencia increíble a los pequeños cambios y una vinculación extraordinaria a determinados objetos. Su comportamiento está formado por rituales, suelen manifestar formas más o menos graves de conductas obsesivas. Los niños(as) con autismo son muy sensibles a las presiones ambientales, lo que ha dirigido a algunas investigaciones a trabajar sobre el papel de los padres en el desarrollo de las conductas autistas.

Los niños(as) con autismo no suelen establecer relaciones afectivas con sus padres ni cuidadores, no lo buscan tampoco. No llegan así a desarrollar mecanismos de interacción social análogos a los que se encuentran en el niño normal, pero, por norma general, prefieren estar solos, sea en casa o en el colegio e incluso separados del grupo en el patio de recreo. Manifiestan, en esencia, un comportamiento retraído frente a las personas, el entorno y hacia las actividades que se les propone.

Los padres de estos niños(as) suelen indicar al respecto de su conducta social, que no están con los otros niños, sino que prefieren jugar solos. Son muy independientes y no se interesan por los juegos y juguetes como los demás, sino que se obsesionan por un juguete u objeto, con el que mantienen una relación de tipo simbiótica, repitiendo con él las mismas acciones, e irritándose cuando alguien cambia el ritual fijado (Caviness, 1994; Williams, Costal y Reddy, 1999). También, los padres manifiestan que no muestran emociones como los demás niños, no sonrían, no miran al hablarle, no se interesan por los demás, no abrazan ni parecen necesitar ni esperar nada de los adultos y de los otros niños, sean o no familiares para ellos.

Ya desde la primera infancia, los pequeños con autismo pueden evitar a las personas e incluso a sus padres, al intento de cogerlos o acariciarles, mostrando evitación en las conductas de acercamiento corporal, con ausencia de respuestas anticipatorias, y permaneciendo, contrariamente a lo esperado, rígidos y tensos, o volviéndose, por el contrario, flácidos cuando se les coge en brazos o se les acaricia. Esta ausencia de respuestas al contacto con los demás suele mantenerse a medida que se hacen mayores, y en muy contadas situaciones buscan el consuelo, el amparo o la atención en otras personas. Aunque, en determinadas ocasiones, pueden interactuar con los demás, sobre todo cuando necesitan algo, aunque esta interacción no es real, pues sólo utilizan a la persona para conseguir un determinado fin (Bauminger, Shulman y Agan, 2003).

Otro aspecto característico de los autistas es la evitación de la mirada a la otra persona, y si lo hacen es a partir de breves miradas periféricas. Rasgo que también cristaliza en su incapacidad para establecer lazos de amistad y en una indiferencia con respecto a los sentimientos, las emociones y a las respuestas que ofrecen los demás (Downs y Smith, 2004).

En cuanto a las relaciones sociales que pueden llegar a establecer, suelen, la mayoría de las veces, ser escasas e inconstantes ya desde muy temprana edad. Manifiestan, como se ha indicado, muy contados intentos por hacer amigos o jugar con sus compañeros, además de evitar y limitar sus contactos con el grupo de pares, hecho que trasladan al plano familiar, en el que no generan vínculos de complicidad ni afecto con sus hermanos o vecinos. De tal manera, resulta evidente que sus relaciones están marcadas por las limitaciones y por respuestas escasas de contacto afectivo (Wimpory, Hobson, Williams y Nash, 2000), dato que ya apuntó Kanner (1943) en las primeras descripciones del trastorno. Las mínimas iniciativas o interacciones que establecen tienen un fin manipulativo y raramente afectivo, y carecen de naturalidad y reciprocidad (Williams, Costal y Reddy, 1999).

Así pues, sólo usan sus relaciones con fines egocéntricos, para que les acerquen algo, esperando un refuerzo o recompensa, o bien utilizan al otro como un objeto, sin pretensiones de acercarse a los demás, entender o compartir sus afectos o desarrollar una mínima relación. De modo que las claves básicas de la empatía están ausentes, junto con la incapacidad de reciprocidad para las relaciones sociales.

Dentro de las expresiones emocionales o afectivas más frecuentes de los niños autistas se encuentran el descontrol y el cambio rápido en las emociones labilidad-emocional, pasando de una intensa alegría a un estado de rabia y alteración sin razón aparente. La expresión de las emociones convencionales puede verse a su vez alterada, observándose autistas que lloran cuando se les elogia o ríen al ser castigados o cuando se les hace daño. Sucede lo mismo en cuanto a la emisión de respuestas de miedo. Puesto que pueden expresar un intenso pánico ante objetos o situaciones que se podrían considerar como carentes de esta emoción, como por ejemplo, una planta, un dibujo, un sonido, una comida determinada, un grifo abierto, etc. y por el contrario, no mostrar miedo alguno ante una situación real de peligro, como subirse a un lugar alto, cruzar una carretera muy transitada de coches y otros muchos ejemplos que se dan en su vida diaria.

Esta afectividad inadecuada se observa también en la falta de interés e iniciativa afectiva hacia los demás, traduciéndose en un estado de persistente aislamiento (AIAE, 2000). Lo mismo ocurre con la capacidad empática, que se encuentra muy poco desarrollada, por lo que no reconocen los afectos y las emociones de los que lo rodean, resultando indiferentes frente a lo que puedan sentir o mostrar otras personas (Hobson, 1995). Dicha dificultad está íntimamente relacionada con las alteraciones en el plano simbólico, donde se observa un lenguaje superficial, que no atiende a los signos metalingüísticos implícitos en la prosodia (López Gómez y García-Álvarez, 2006).

No comprenden así el plano figurativo, lo mismo que las abstracciones, las metáforas y las asociaciones propias del desarrollo funcional del lenguaje y de su

capacidad pragmática e interactiva. Se observa una falta de reciprocidad social y emocional propia del desarrollo normal de la interacción social, con importantes déficits en el uso de la capacidad empática y de los múltiples comportamientos no verbales que regulan la interacción, como son el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y los gestos (Williams, Whiten, Sudentorf y Perret, 2001).

10- Psicología y Autismo.

Desde el punto de vista psicológico, las personas con autismo son vistas como personas que "no nacieron", su aparato psíquico no está formado porque hubo etapas evolutivas psíquicas que no se cumplieron. El vínculo madre e hijo no fue bueno, motivo por el que el espejismo de Lacan y la angustia del octavo mes no fue producida, el "yo" no pudo formarse. Estas personas no tienen principio de realidad.

Este trastorno puede ser tratado con terapia para que los síntomas no se agraven y ayudar al sujeto "a nacer", a formar lentamente su estructura cognitiva. Este trastorno es tratable pero no curable. Siguiendo esta lógica, la terapia del autismo tiene como meta volver consciente, activo y real aquel "sentido de ser" que el autista percibe en sí mismo, si bien en forma no muy clara, deformada e indescifrable. El mismo se pone a prueba, revive momentos ligados a la experiencia y a la percepción, la psicoterapia es una experiencia catártica profunda que termina con el abandono de sí mismo para descubrir, a través de la experiencia del espejo (Lacan) la espontaneidad y la identificación que se corresponden al "Yo-ideal" y que sostienen toda la vida psíquica y su dinámico devenir.

La experiencia psicoterapéutica conduce a un "despertar". Este proceso se manifiesta de modo diverso en cada persona con autismo y esta "grandeza" es percibida en forma empática por el niño que inconscientemente busca la propia individualidad, la propia libertad e independencia.

Esta fuerza interna que desestabiliza las líneas del desarrollo y el resultado es el cuadro autista, por otro lado la intervención psicoterapéutica es capaz de reestablecer el equilibrio y de activar el proceso de crecimiento Psico-mental.

El autismo, por sus características Psico-patológicas forma parte de la categoría de las "alteraciones específicas del desarrollo Psico-mental".

El autismo, desde un punto de vista psicoanalítico, se delinea por fuera de las tres estructuras fundamentales (neurosis, psicosis, perversión) y justamente por esto resulta muy difícil hacer un "diagnóstico", no solo desde la perspectiva objetivamente clínica, sino que también para lo que denominamos "alteración del desarrollo". Esto engloba tanto el nivel orgánico como el intra- psíquico. Esta modalidad sintomática deviene clara y puede ser vista con una minuciosa mirada fenomenológica.

El niño(a) autista no logra manejar el dilema presencia-ausencia, así que la modalidad cerca-lejos, acercamiento-alejamiento, esconderse-aparecer lo encuentran desarmado e incapaz de estructurarse en un lógica adaptativa-contenedora. La pérdida lo encuentra incapaz de contener la angustia emergente y en consecuencia reclama la presencia concreta de la ayuda del otro (como dice Freud).

Sin embargo, en su autismo (aislamiento) son sujetos excesivamente presentes y atentos a la presencia del otro, del cual defenderse, teniéndolo lejos. Esto se evidencia claramente en los autistas graves que, a pesar de su propia lejanía, participan empáticamente y en un modo totalmente subjetivo, por lo que podemos deducir;

- La incapacidad de soportar que el otro se ausente (se asemejan a las crisis de celosía producto del no cuidado del educador), por lo que podemos decir que el otro funciona como "ordenador" de las percepciones y de lo vivido.

- Un esquema "especular" se establece entre "sí mismo y el otro" (demostrada también por el cambio del pronombre *yo por tu*) que toma forma solamente partiendo desde el punto de vista del otro.

Estas modalidades de funcionamiento explican también cómo el autista utiliza un pensamiento concreto y si queremos, un pensamiento afectivo, siendo capaz de simbolizar y de crear un pensamiento autónomo.

Estos niños pueden "tocar" todos sus juguetes, sin poder jugar con ninguno y es porque la actividad lúdica se transforma siempre en una "dramatización" (siempre lanzan los objetos o bien los rompen mientras tratan de mantener las distancias).

Así también se puede entender por qué la alteración autista es intrapsíquica "conflicto-incluido", así lo define (Winnicott) y adquiere siempre un aspecto enigmático en el sentido que es entendible, pero difícil de enfrentar.

Otro aspecto a evidenciar en los mecanismos psico-mentales del autista es que los pensamientos son muy endebles, pero están sostenidos con adecuada atención, se forman y se disgregan con mucha facilidad movilizados por los estímulos perceptivos, no siendo "formateados" y/o sostenidos por adecuadas valencias afectivas.

Las estereotipias y los comportamientos obsesivos pueden ser leídos como una necesidad de estructurar algo que sea estable, que no desaparezca, que no se disuelva.

11- Familia y Autismo.

El autismo afecta a toda la familia. Cuando los padres tratan de describir su vida con un hijo con autismo, usan diferentes términos como: doloroso, molesto, difícil, normal, complicado, hace madurar, desilusionante y traumático son algunos de los más habituales. Lo cierto es que cada familia y dentro de ésta, cada miembro de la familia, se ve afectado por el miembro con autismo de una manera diferente.

El impacto que produce el autismo, además de variar en las familias, y en los individuos que las forman, cambia según la etapa en que se encuentre cada uno. El efecto del autismo es similar al que produce cualquier otra incapacidad permanente en un miembro de la familia, por lo que existen aspectos que son comunes a otras discapacidades. Ciertamente, tener un hijo con autismo puede ser una de las experiencias más devastadoras para los padres en particular, pero también para los otros hijos. Somete a la familia a graves tensiones.

11.1 Cómo manejar el diagnóstico.

Nadie está preparado para recibir un diagnóstico de autismo. Es natural que las personas que enfrentan ésta situación sientan un huracán de emociones. Es doloroso amar tanto, querer algo tanto y no poder tenerlo. Los familiares desean tanto que su hijo mejore, es normal que los miembros del grupo familiar puedan manifestar emociones generalmente asociadas con las etapas del duelo. Es posible que vuelvan a sentir esto de vez en cuando en el futuro. Para poder seguir adelante, a lo largo de todo el proceso, es decir, que cada miembro del grupo familiar deberá confrontar sus propias necesidades y emociones.

La realidad del diagnóstico le resultará a la familia tan abrumadora que es posible que no logre aceptarlo o que lo ignore inicialmente, también puede cuestionar el diagnóstico o buscar una segunda opinión médica que le diga algo diferente.

11.2 Emociones que expresa el grupo familiar ante el diagnóstico.

A partir de éste, todos los miembros del grupo familiar manifiestan una diversidad de emociones, entre las que se pueden mencionar las más frecuentes:

- **Tristeza**

Muchos padres se desilusionan de las esperanzas y sueños que tenían para sus hijos antes del diagnóstico. Puede que haya ocasiones en que se sientan

extremadamente tristes. Sus amigos puede que describan esto como depresión, lo cual puede asustarle.

Existe, sin embargo, una diferencia entre tristeza y depresión. La depresión impide seguir adelante. Permitirse a uno mismo sentir tristeza lo fortalecerá. El familiar tiene todo el derecho de sentirse triste y de expresarlo de cualquier manera que lo haga sentirse mejor. Llorar le permitirá soltar algo de la tensión que acumula cuando trata de controlar su tristeza. Un buen llanto lo puede ayudar a superar un obstáculo para luego enfrentar lo siguiente.

- **Enojo**

Con el tiempo, su tristeza le dará paso al enojo. Si bien el enojo es una parte natural del proceso, puede ser que la familia lo esté dirigiendo contra sus seres más cercanos: su hijo, su cónyuge, sus amigos o contra el mundo en general.

El enojo puede manifestarse de muchas maneras: con irritabilidad hacia otros, reaccionando excesivamente y gritando. El enojo es natural, es una reacción saludable y esperada ante la sensación de pérdida y el estrés que acompaña a este diagnóstico.

Expresar el enojo es una forma de liberar la tensión hacia su grupo familiar, sintiéndose herido y destrozado debido a que su hijo ha recibido el diagnóstico.

- **Negación**

La familia atravesará periodos en los que se negará a creer lo que le está pasando al niño. Esta reacción no es consciente; como el enojo, simplemente ocurre. Durante este período, se le dificultará a la familia escuchar la información relacionada con el diagnóstico del niño. Se atormentan por reaccionar de este modo. La negación es una forma de hacerle frente a la realidad. Sin embargo, se debe aceptar que se está pasando por una etapa de negación para que no pierda de vista la importancia de dicha emoción.

La familia deberá tratar de no expresar conductas agresivas en contra de los profesionales que atienden al niño.

Cuando un terapeuta o una maestra le proporcione información sobre el diagnóstico o algo relacionado a éste mismo, la familia debe aceptar que lo están haciendo es para ayudarlos, para que puedan enfrentar esta situación. Es importante no rechazar a quienes puedan aportar valiosa información sobre cómo comprender dicha situación, justamente porque están en contacto con el niño.

- **Soledad**

El núcleo familiar puede sentirse aislado y solo. Estas emociones pueden tener muchas causas. Por ejemplo, pueden sentirse solos porque piensan que la situación del niño no les permite el tiempo necesario para acercarse a sus amigos o parientes. También pueden pensar que ellos no van a entender la situación o no los van a apoyar.

- **Aceptación**

Finalmente, la familia puede sentir una sensación de aceptación. Aceptar que el niño(a) ha sido diagnosticado con autismo es muy diferente a aceptar el autismo. Aceptar el diagnóstico simplemente significa que se está preparado para luchar por su niño. El período que sigue al diagnóstico de autismo puede ser tremendamente duro, incluso para las familias más unidas.

Aunque el niño(a) afectado(a) por el autismo nunca enfrente reacciones negativas asociadas con su diagnóstico, los padres, hermanos y otros de la familia procesan el diagnóstico de diferentes maneras y en diferentes momentos.

- **Darse tiempo para adaptarse**

Los miembros del grupo familiar deberán tener paciencia entre ellos. Se les dificultará comprender el trastorno del niño y el impacto que el autismo tendrá en toda la familia. Eventualmente la familia experimenta angustia, habrá momentos de impotencia acompañada de enojo, debido al diagnóstico del niño(a), lo cual ha provocado que la vida sea muy diferente a lo que se había planeado. Pero también el núcleo familiar experimentará sentimientos de esperanza cuando

vean que el niño comienza a progresar como resultado de la respectiva atención proporcionada por el equipo de profesionales responsables de dicha dificultad.

- **Cuidar al cuidador**

Cambiar el curso de la vida de un niño(a) con autismo puede ser una experiencia llena de recompensas. El grupo familiar es el responsable de mejorar la calidad de vida del niño(a), para ello es necesario que la familia busque apoyo y orientaciones respecto a cómo cuidarse entre ellos mismos, ya sea el ámbito de salud, atención psicológica y grupos de apoyo.

Finalmente, es importante mencionar que la familia frecuentemente no evalúa sus propias fuentes de fortaleza, su capacidad de adaptación, o sus actitudes emocionales; pueden estar tan ocupados respondiendo a las necesidades del niño(a) que no se permite tiempo para relajarse, llorar o simplemente reflexionar. Probablemente el núcleo familiar reaccionará negativamente debido a la situaciones estresantes por las que atraviesan frecuentemente, hasta el punto en que casi no puedan funcionar adecuadamente en sus diferentes áreas, laborales, familiares, académicas, y sociales.

11.3 Periodos críticos de transición familiar.

Cada familia hace frente a este reto con su propio estilo. Sin embargo, hay elementos comunes que vale la pena destacar, y que normalmente se presentan en las diferentes etapas. Estos son los cuatro períodos críticos de transición por los que pasan todas las familias:

- 1- Al recibir el diagnóstico
- 2- Durante los años escolares
- 3- Adolescencia
- 4- Madurez

El termino impacto es la resonancia o la difusión que alcanza un hecho, o la impresión que deja, en este caso, el hijo con diagnóstico de autismo en su familia.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (D SM IV), el “Autismo” se considera un trastorno profundo del desarrollo, ocupa el cuarto lugar en los trastornos más comunes del desarrollo. Se presenta 4 a 5 casos por 10000 nacidos vivos. Los niños(as) que producen la modalidad más severa constituyen solo el 2 a 3%, la cifra aumenta con los niños con rasgos autistas.

Tiene una prevalencia del 19 a 20 %, de los cuales 7% son severos, requiriendo atención especializada e integral, el resto demanda alguna otra ayuda o atención.

Los padres y familiares influyen muchísimo en el desarrollo social e intelectual de un niño, dentro esta relación los niños también influyen a sus respectivas familias, esta influencia adquiere un carácter mucho más significativo cuando el niño(a) tiene discapacidades y aunque el nivel de dicha influencia se relaciona con factores de severidad y naturaleza del problema, cualquier discapacidad de un miembro de la familia afecta inmediatamente a la misma. La familia de un niño(a) autista pasa por situaciones de angustia, dolor, confusión, llanto, risa; trauma emocional, requiriendo una dosis inmensa de paciencia como gran inversión de tiempo y dinero, pero también adquieren recompensas indescriptibles de carácter profundo espiritual.

Convivir con una persona autista significa trabajar sin hacer pausa las 24 horas del día, no poder dormir con tranquilidad porque hay que vigilar todas las interrupciones nocturnas; resolver diariamente berrinches imprevisibles y en caso de *autismo severo*, alimentarlos, vestirlos, cambiarlos, hacerse cargo de sus propias necesidades.

Ello implica una familia con muchísima paciencia, dedicación, amor, persistencia para poder enseñar poco a poco las cosas más sencillas de una manera sistemática a este ser con una patología llena de incógnitas.

El tiempo y energía necesaria que requiere convivir con una persona con autismo causa muchísima tensión dentro del núcleo familiar ya que existe la incertidumbre respecto a si este niño con necesidades especiales, logrará encontrar un lugar dentro la familia y la sociedad.

En el ciclo vital de una familia con un niño con autismo, existen diversos puntos de transición donde, por lo general, se verifica un cambio. Negociar con éxito estas transiciones requiere flexibilidad y esmero por parte de cada uno de los miembros de la familia.

11.4 El Impacto del Autismo en la Familia.

Algunas áreas específicas que tienden a verse afectadas dentro del grupo familiar son:

1- Salud mental. A los padres, a veces, les deprime el sentimiento de impotencia por no saber dónde acudir.

2. Educación especial. Los niños con autismo necesitan de una educación especial y no siempre existen centros especializados que contemplen el autismo dentro de las pautas generales del sistema educativo.

3. Gastos. Derivados de facturas relacionadas con consultas de médicos, psiquiatras. Los niños con autismo necesitan diversas terapias del lenguaje, físicas y ocupacionales para mejorar su independencia y para desarrollar sus patrones sociales.

4. Medicamentos. Aunque existen medicinas para tratar el autismo, algunos fármacos se utilizan para ayudar a controlar los síntomas.

5. Relación con los hermanos. Los hermanos de niños(as) con autismo sufren mucho porque, a veces, sienten que se quedan a un lado.

6. Relación de pareja. Las relaciones de pareja pasan por graves pruebas y el resultado es un alto índice de divorcios.

12- Área Escolar y El Autismo

12.1 Integración a Escuelas Regulares.

Los niños con autismo se pueden integrar a escuelas regulares, siempre y cuando cuenten con los apoyos que requieren para aprender y desarrollarse en la escuela. Cada niño es único con sus fortalezas, gustos y retos. Es decir, que tampoco los niños con autismo son iguales entre sí, por lo que en la escuela se debe formar un equipo de trabajo junto con la familia y si es necesario especialistas externos. Este equipo se encarga de definir los objetivos para el alumno, así como la forma en que van a trabajar con él. Es muy importante tomar en cuenta las fortalezas del niño al diseñar un programa de intervención psicológica para ayudar a que los niños con autismo puedan asistir a una educación regular, aunque es sólo un mínimo porcentaje de la población que logra integrarse.

Contrariamente a la creencia popular, si es factible que un niño con *autismo* se integre a un sistema de educación regular. Para esto es indispensable que el menor posea una inteligencia dentro de los parámetros promedio, habilidades lingüísticas que le permitan comprender y expresar situaciones cotidianas y adquisición de conocimientos académicos, pero sobre todo que a nivel conductual sea un niño que se pueda manejar y adaptar a situaciones nuevas sin presentar comportamiento disruptivo como autoagresiones o agresiones.

Se recomienda una vez que el niño es promovido para ingresar a una escuela regular, se lleve a cabo de forma sistematizada la integración, esto es que el niño acuda inicialmente dos días a la nueva escuela a la que deberá ir acompañado de

una auxiliar "sombra", conforme el menor se integre, se incrementa su estancia hasta que acuda todos los días y poco a poco se va retirando la presencia de la "sombra". Se denomina "sombra" a una maestra auxiliar o un familiar responsable del niño, quien va acompañar al alumno durante el horario escolar, su rol consiste principalmente en ayudar al menor a adecuarse a las nuevas situaciones sin alterarse, así como brindar apoyo en las diversas actividades académicas que se requieran. No obstante, la maestra es responsable del currículo y objetivos académicos.

Por lo tanto, en la medida que se pueda y que el grado de autismo lo permita, los niños con autismo deberán asistir a los Centros Educativos, para que el niño pueda lograr los objetivos propuestos, para lo cual es necesario que se mantenga una atención individualizada de las tareas que los niños(a) realizan, que se den pautas concretas y claras y que se establezca una rutina bien definida. Asimismo es importante brindarles medios para que logren comunicarse, plantearles diferentes tareas de forma constante y lograr acercarlos a la comunicación e intercambios lo máximo que se pueda, atrayéndolo a la interacción.

12.2 Educación del Niño con Autismo.

Al revisar el material que existe acerca de la intervención de niños(as) con autismo, se visualiza que una intervención y educación adecuada en dichos niños(as) es fundamental para potenciar sus posibilidades y generar las condiciones para lograr las mismas metas que se propone para la educación de todo niño(as); potenciar su equilibrio y desarrollo personal, capacitar al máximo sus habilidades, y orientar su comprensión y adaptación en sus diferentes contextos en que se desenvuelve. "La educación es en la actualidad el tratamiento fundamental y más efectivo del autismo"⁶ considerando que la educación no solo

⁶ Rivière (1998), *Autismo Infantil: Desarrollo y Sugerencias para su Intervención Educativa*, pág. 507.

compete al niño(a) en sí mismo, sino que también a su familia, educadores, profesionales y la comunidad en general.

A partir de esto y de las características presentadas en los párrafos anteriores, es importante considerar un marco curricular apropiado que contenga todos los agentes educativos y las características individuales y prototípicas de cada niño(a) con autismo. Para esto es importante que los ambientes educativos sean estructurados, predecibles para el niño(a), sin complejidades, sumamente comprensibles para la manera de interpretar y vivenciar el mundo del niño.

Por tanto, los profesionales, educadores y familiares, deben poseer un conocimiento exhaustivo del alumno, más allá de lo que existe teóricamente sobre el autismo, conocer sus rutinas, sus motivaciones, registrando y siguiendo todas sus conductas, orientando de manera responsable y enterada del desarrollo del niño.

Por otro lado, es fundamental elaborar una evaluación detallada en todas las áreas de desarrollo del niño(a), en sus diversos contextos en los cuales interacciona, a partir de diferentes instrumentos y profesionales, los cuales permitirán una atención oportuna y temprana con respecto al apoyo de la familia del niño y de él mismo. Por lo tanto, la intervención es de acuerdo a cada niño, teniendo como meta integrarlo, la familia y los contextos educativos y comunitarios que se interrelacionan con él, no olvidando priorizar la autonomía y desarrollo del niño(a) como persona única, con los derechos de cualquier ser humano.

Es importante considerar que es esencial el apoyo de un equipo multidisciplinario, donde cada profesional sea responsable en el desarrollo y ayude a potenciar las habilidades y posibilidades del niño(a), un equipo siempre comunicado, y en donde se conozcan y discutan las mejores propuestas para la realidad de cada niño(a) con autismo.

Por otro lado, al considerar la integración y escolarización de los niños(as) con autismo, más allá de las propuestas formuladas por la ley y las organizaciones

educativas, se debe escoger la mejor opción de acuerdo a las características del desarrollo del niño(a) y los apoyos psicosociales con los que cuente, tanto la educación de currículo formal como la especial, pueden ser contextos potenciadores de su desarrollo, pero más allá de las propuesta, hay que procurar la calidad y especialidad de la enseñanza, con profesores capacitados en el tema y con la motivación tanto interna como grupal de proponerse el desafío de adaptar su currículo a las características que posee el niño(a), y, a la vez orientar en la adaptación del niño a los diversos desafíos que el sistema educacional propone.

Por ende, una de las tareas fundamentales del psicólogo educacional debidamente preparado y sensibilizado en el desarrollo del niño(a) con autismo en algunos aspectos esenciales como: participación en la formación y capacitación de la familia, profesores y la comunidad; participación en la elaboración e intervención prioritaria en las habilidades sociales y comunicativas del niño(a); potenciar dentro de lo posible, según las características de cada niño(a) con autismo, las habilidades cognitivas y de aprendizaje; capacitar y orientar tanto a profesores como familiares en estrategias de modificación conductual y cognitiva y por sobre todas las propuestas, promover un ambiente cálido, carente de amenazas, que facilite la autonomía e interrelación del niño(a) con autismo.

Para que el niño(a) con autismo logre adaptarse e integrarse a las aulas regulares de los centros educativos, es necesario conocer y aplicar algunas pautas y recursos educativos para el aprendizaje de niños(as) con autismo.

Algunos son:

- * Brindar un ambiente acogedor.
- * Establecer una organización del tiempo y espacio con anticipación.
- * Adquirir estímulos que despierten en interés del niño.
- * Evitar la sobre estimulación.
- * Establecer actividades en donde se destaque el contacto ocular.
- * Realizar actividades relacionadas con las expresiones de sentimientos y gestos.

- * Realizar correspondencias entre objetos-dibujos-gestos-acciones.
- * Interactuar por medio de las caricias, los sonidos, el habla y la mirada.
- * Brindar apoyo para que el niño logre la respuesta correcta.
- * Indicar órdenes claras, como por ejemplo: ¡mírame! ¡Abrázame! ¡Acércate! (es importante, en caso de que no responda a las consignas, ayudar al niño para que las realice).
- * Preparar actividades con música tranquila, con instrumentos o musicoterapia.

MARCO LEGAL.

Desde el momento de nacimiento el niño o niña debe ser considerado o reconocido como sujeto, con identidad propia, respetando su manera de ser, su realidad y el derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades básicas ya sean: biológicas, cognitivas, emocionales y sociales.

Según la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia “Ley Lepina”, los derechos a los que todo niño, niña y adolescente tienen para ser cumplidos en lo que respecta a la Educación son:

Artículo 81.- Derecho a la educación y cultura.

La niña, niño y adolescente tienen derecho a la educación y cultura. La educación será integral y estará dirigida al pleno desarrollo de su personalidad, aptitudes y capacidades mentales y físicas hasta su máximo potencial.

Asimismo, la educación deberá orientarse al pleno ejercicio de la ciudadanía, el respeto de los Derechos Humanos, la equidad de género, el fomento de valores, el respeto de la identidad cultural propia, la paz, la democracia, la solidaridad, la corresponsabilidad familiar y la protección del medio ambiente. Atendiendo a sus facultades y su vocación, las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a participar en la vida cultural y artística del país.

El Estado debe garantizar este derecho mediante el desarrollo de políticas educativas integrales idóneas para asegurar una educación plena y de alta calidad. En consecuencia, deberá garantizar los recursos económicos suficientes para facilitar las acciones destinadas al cumplimiento de estos derechos.

Artículo 82.- Derecho a la educación gratuita y obligatoria

La educación inicial, parvularia, básica, media y especial será gratuita y obligatoria.

Los servicios de los centros públicos de desarrollo infantil serán gratuitos y deberán reunir todas las condiciones necesarias para la atención de las niñas y niños.

Artículo 83.- Acceso a la educación y cultura

El Estado deberá garantizar el acceso a la educación y a la cultura, el cual comprende, entre otras condiciones, amplia cobertura territorial en todos los niveles educativos, adecuada infraestructura, idóneas modalidades, planes y programas de educación, docencia cualificada, suficientes recursos pedagógicos, tecnológicos y espacios culturales y recreativos; además, deberá garantizar el acceso y la permanencia de las niñas, niños y adolescentes en el sistema educativo en condiciones de igualdad y sin ningún tipo de discriminación.

En ningún caso la falta de documento de filiación o de identidad de la niña, niño y adolescente será obstáculo para su correspondiente inscripción.

Artículo 84.- Discapacidad y educación

El Estado garantizará programas integrados o especiales según el caso, para las niñas, niños y adolescentes con discapacidad física o mental, especialmente destinados a asegurarles el acceso efectivo a la educación, la capacitación y las oportunidades de esparcimiento.

Los centros educativos públicos y privados deberán adecuar su infraestructura para garantizar el acceso a este derecho.

Artículo 87.- Responsabilidad de las madres, padres, representantes o responsables en materia de educación.

Es responsabilidad de los padres, madres, representantes y responsables de las niñas, niños y adolescentes:

- a) Inscribir a la niña, niño o adolescente oportunamente en un centro educativo;
- b) Incentivar, exigir y verificar la asistencia regular a clases y participar activamente en todo su proceso educativo;
- c) Garantizar el máximo aprovechamiento de los medios de enseñanza que se les proporcionen;
- d) Respetar y vigilar porque se cumplan los derechos educativos de las niñas, niños y adolescentes, así como denunciar las posibles violaciones a esos derechos;
- e) Denunciar actos contrarios que atenten contra la vida y la dignidad de las niñas, niños y adolescentes;
- f) Dar a conocer a las niñas, niños y adolescentes las instancias donde deben acudir en caso de atentar contra la vida e integridad de ellas y ellos.

CAPITULO III.

METODOLOGÍA.

Para la creación del “Programa de tratamiento psicológico dirigido a niños(as) con autismo que asisten al Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI), que presentan dificultades en áreas cognitivo-conductual, afectiva, atención y psicomotricidad; con el fin contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos.” se describe a continuación la metodología que se siguió respectivamente.

◆ Tipo de Investigación:

Estudio de Caso.

Según Hartley (1994), el estudio de casos, es un tipo de investigación social que se caracteriza por la indagación empírica de los problemas de estudio en sus propios contextos naturales, los que son abordados simultáneamente a través de múltiples procedimientos metodológicos.

Descripción.

En las distintas ciencias, se pueden encontrar dos tipos de investigaciones: las investigaciones empíricas y las investigaciones no empíricas. Las primeras, investigaciones empíricas, se basan en datos humanistas, es decir en datos que no son cuantitativos, sino basados en generar teorías. Las investigaciones no empíricas se basan en el estudio de las ciencias puras o aplicadas, es decir, las matemáticas, física, etc.

En las investigaciones empíricas de cara al estudio de casos, y esta es, clasificada en dos tipos de investigaciones. Se puede distinguir entre una investigación cualitativa y una investigación cuantitativa:

La investigación cualitativa se basa principalmente en generar teorías, estas investigaciones son, “cortes metodológicos basados en principios teóricos, tales como la fenomenología (relación que hay entre los hechos, fenómenos), hermenéutica (determinar el significado exacto de las palabras de un texto, mediante las cuales se ha expresado un pensamiento,) la interacción social (influencia social que recibe todo individuo) empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos(no requiere de datos y resultados numéricos), con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes (los sujetos de estudio).”

◆ **Sujetos:**

90 niños(as) con autismo.

Muestra:

60 niños (as) con autismo.

Niños 47

Niñas 13

Para la toma de la muestra a quienes se les aplicó los instrumentos se seleccionó el tipo de muestreo probabilístico, dentro del cual se encuentra el muestreo aleatorio simple, ya que éste se apegó a las características de la investigación.

Muestreo probabilístico

Los métodos de muestreo probabilísticos son aquellos que se basan en el principio de equiprobabilidad. Es decir, aquellos en los que todos los individuos tenían la misma probabilidad de ser elegidos para formar parte de una muestra y, consiguientemente, todas las posibles muestras de tamaño tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas. Sólo estos métodos de muestreo probabilísticos aseguraron la representatividad de la muestra extraída y son, por

tanto, los más recomendables. Dentro de los métodos de muestreo probabilísticos encontramos los siguientes tipos:

Muestreo aleatorio simple:

El procedimiento empleado fue el siguiente:

De los 90 niños(as) con autismo que asisten a las terapias proporcionadas en ISRI, fueron seleccionados al azar y sin la utilización de una técnica específica para obtener la muestra requerida, de 60 niños(as) con autismo.

◆ **Métodos a utilizar:**

1) Entrevista.

La entrevista se considera una conversación con una intencionalidad, ya que lleva implícitos objetivos englobados en una investigación, las cuales tienen sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales se amplía y se verifica el conocimiento científico.

2) Observación.

Considerado como el método básico usado por todos los modelos de psicología que tiene como objetivo previo la recolección de datos. Esto supone una conducta deliberada, es decir, una planificación de la observación con unos objetivos concretos que permitan recolectar datos, hacer supuestos, no existe manipulación, solo se trata de describir para analizar un comportamiento

◆ **Instrumentos:**

➤ **Guía de Entrevista dirigida a Profesionales.**

Para la realización de la investigación se hizo necesario diseñar una guía de entrevista a los diferentes profesionales que atienden a los niños(as) con autismo en la institución, la cual constó de un objetivo, datos generales del profesional; así

como también se redactaron nueve preguntas abiertas respecto a la atención, orientación, conocimiento y desarrollo de cada una de las terapias utilizadas por los profesionales que atienden a los niños(as) con autismo.

➤ ***Guía de Entrevista dirigida a padres de Familia o responsables.***

La guía de entrevista dirigida a padres de familia o responsables de los menores con autismo, constó de nueve preguntas abiertas, en las cuales cada uno de ellas respondió según fuera conveniente, con el objetivo de realizar una recopilación de información sobre la forma en que los padres/madres de familia asimilan el diagnóstico del trastorno autista de sus hijos(as), así mismo conocer los efectos psicológicos que les ha originado en sus vidas.

➤ ***Guía de Observación.***

La guía de observación se llevó a cabo con los niños (as) con autismo que asisten al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), constó de cuatro diferentes áreas: cognitivo- conductual, atención, afectividad y psicomotricidad, por medio de las cuales se observaron las conductas del niño(a) que asistieron a las diferentes terapias: educativa, ludoteca, educación musical y física.

➤ ***Validación de Instrumentos.***

Para la aplicación de los instrumentos antes mencionados fue necesario la validación de los mismos por parte de tres profesionales en la Salud Mental, Coordinadora de Psicología del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), y Docentes del departamento de psicología de la Universidad de El Salvador.

◆ **Procedimiento a seguir durante el proceso de grado.**

- 1- Reunión con integrantes de grupo investigador para el proceso de grado y propuesta de tema de Tesis.
- 2- Reunión para la búsqueda de posible Docente Director.
- 3- Reunión con el Coordinador General del Proceso de Graduación.
- 4- Elaboración de Perfil.
- 5- Asesorías con el Docente Director.
- 6- Búsqueda de la Institución donde se realizó el proceso de grado.
- 7- Elaboración del Proyecto de Investigación.
- 8- Entrevista con el equipo multidisciplinario que atiende a niños(as) del Instituto Salvadoreña de Rehabilitación Integral.
- 9- Elaboración de instrumentos: guía de entrevistas dirigidas a profesionales y padres de familia, guía de observación dirigida a niños(as) con autismo.
10. Validación de instrumentos por profesionales de psicología.
11. Aplicación de guía de entrevista al equipo multidisciplinario y padres de familia de niños(as) con autismo .
12. Aplicación de guía de observación a niños(as) con autismo atendidos en la institución.

13. Recolección de la información obtenida.

14. Análisis e interpretación de la información recopilada.

15. Elaboración de Programa de Tratamiento.

16. Entrega de informe final.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROCESO DE GRADO.

MES		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Reunión con integrantes de grupo para el proceso de grado y propuesta de tema de Tesis.																												
2	Reunión para la búsqueda de posible Docente Director.																												
3	Reunión con el Coordinador General del Proceso de Graduación.																												
4	Elaboración de Perfil																												
5	Asesorías con el Docente Director.																												
6	Busqueda de la Institución donde se realizará el proceso de grado.																												
7	Elaboración del Proyecto de Investigación.																												

◆ Recursos:

Humanos:

- Equipo Investigador
- Docente director del proceso de grado
- Coordinador general de procesos de grado.
- Sub-coordinador de procesos de grado
- Población a investigar
- Padres de familia.
- Equipo multidisciplinario de la institución.

Materiales:

- Computadora
- Impresor.
- Cañón.
- Fotocopias
- Internet
- Bibliografía
- Papelería
- Infraestructura

Financieros:

Dependerán de los recursos que el Proyecto requiera

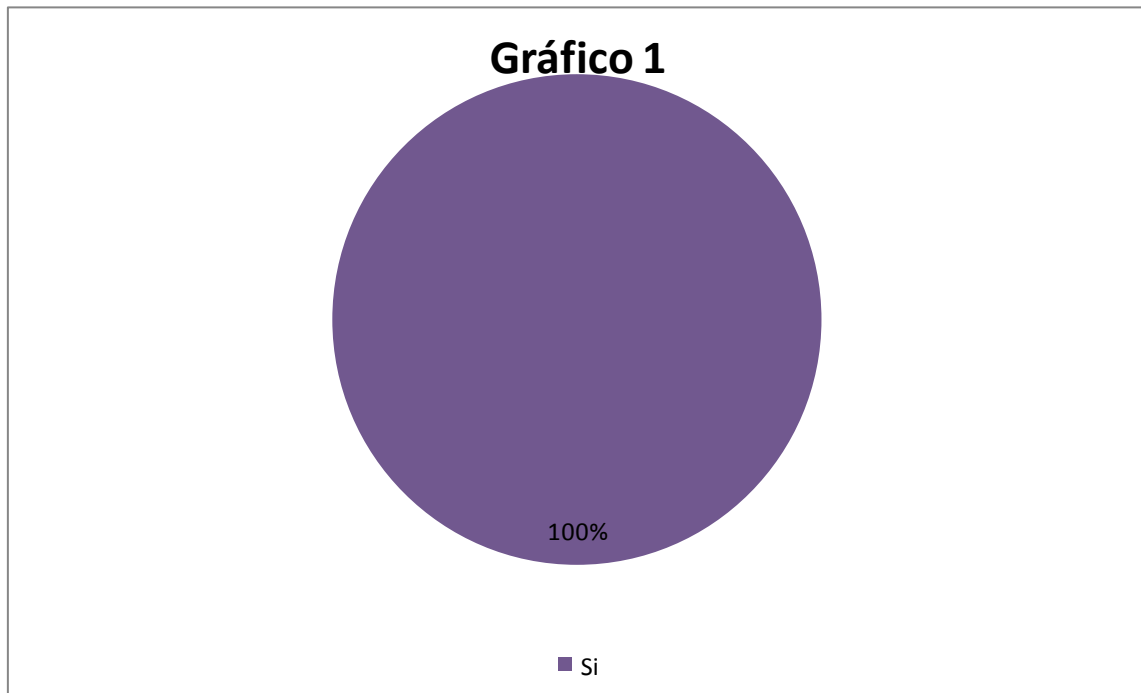
CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Análisis Cuantitativo.

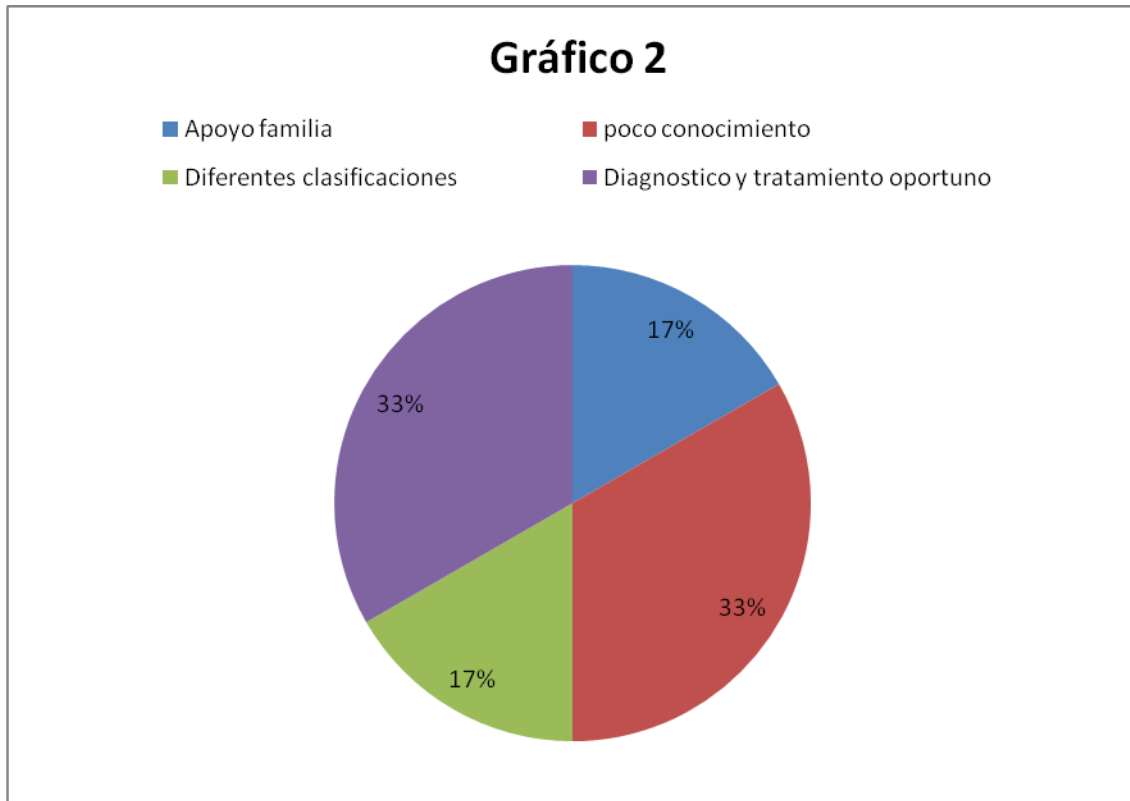
Entrevista a Psicólogas.

1- ¿Podría mencionar si ha recibido capacitaciones u orientaciones para su formación o conocimiento especial para la atención a niños(as) con autismo?



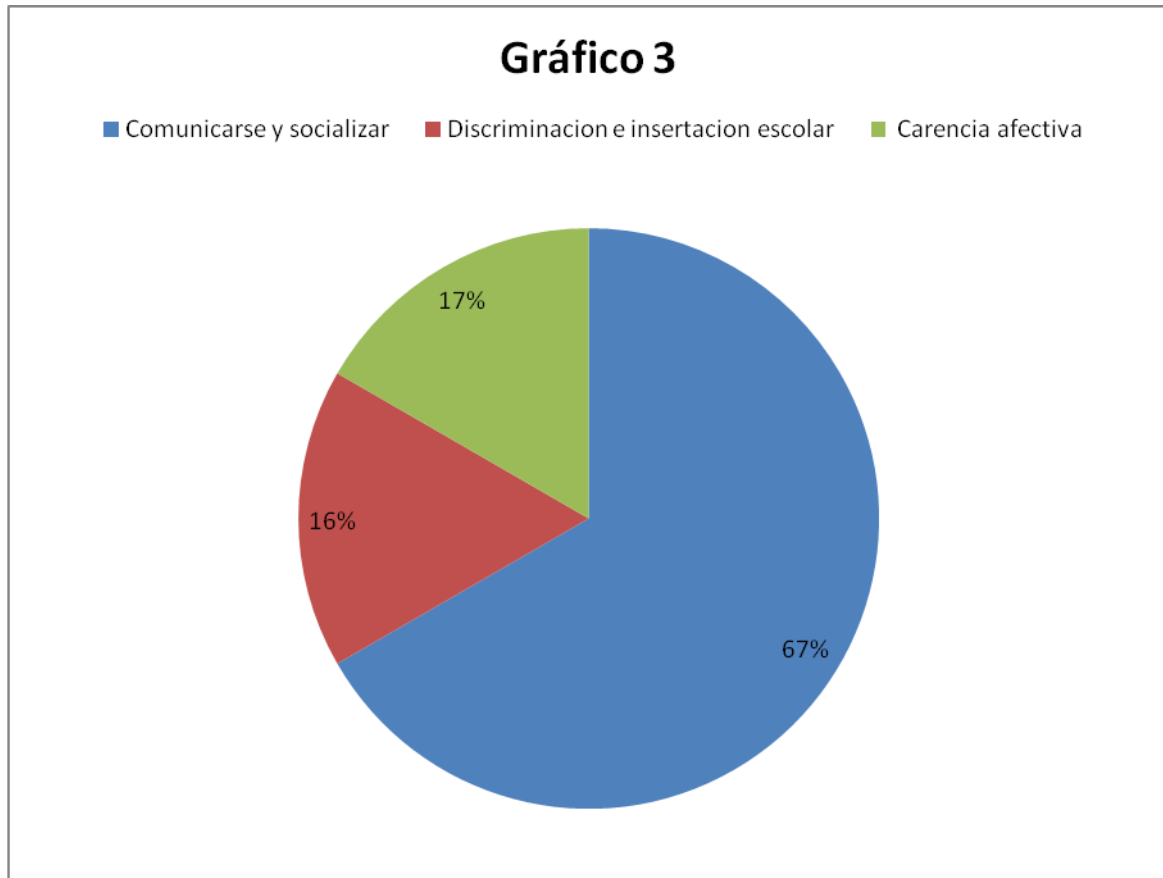
Las seis profesionales en psicología entrevistados respondieron que si han recibido capacitaciones u orientaciones psicológicas.

2- A partir de su profesión ¿Qué conocimientos tiene sobre el problema de autismo?



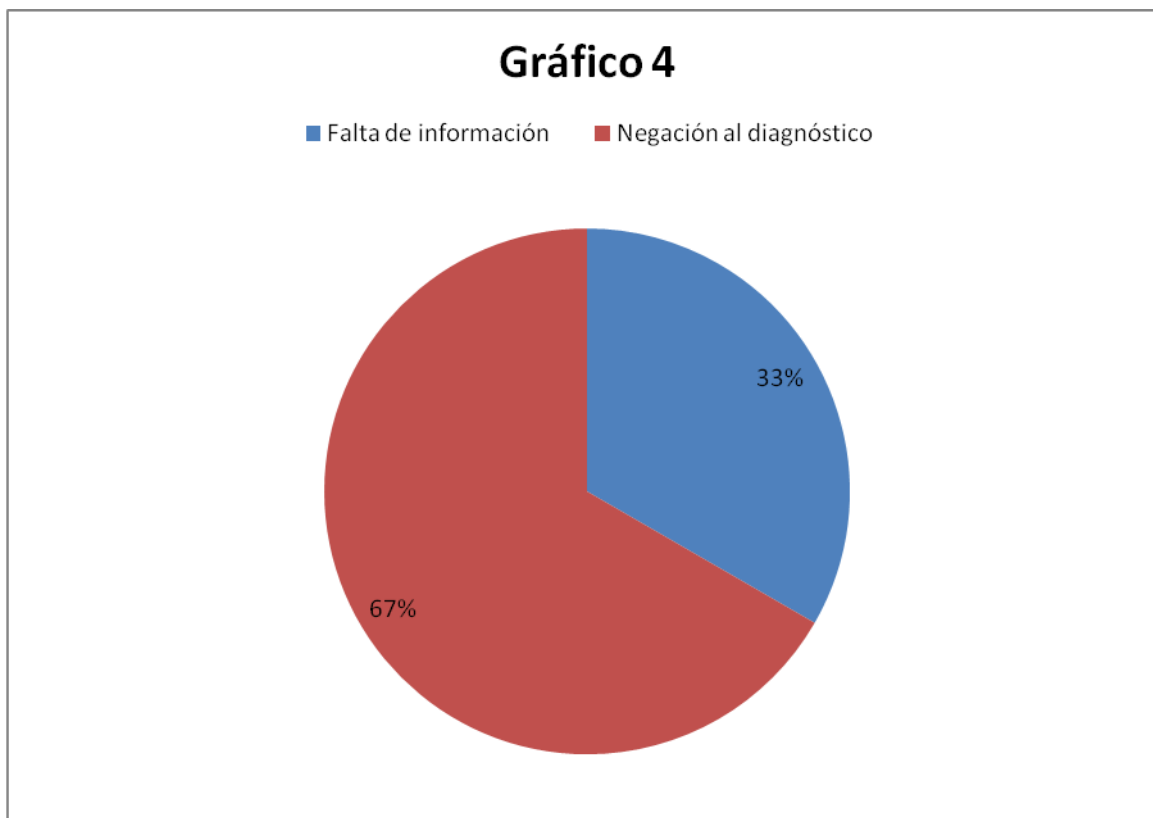
Según las respuestas obtenidas un 17% de los profesionales consideraron que el autismo es un diagnóstico en el que el apoyo familiar juega un papel importante, en igual porcentaje consideran que el diagnóstico está tipificado en diferentes clasificaciones valorando que dentro de éstos hay un grupo de niños(as) más funcionales que otros, así mismo un 33% manifestó que se tiene poco conocimiento respecto al trastorno, mientras que en igual porcentaje los profesionales expresaron que es importante el diagnóstico y el tratamiento oportuno para mejorar sus áreas deficientes.

3- ¿Cuales considera que son las necesidades más frecuentes que se encuentran en los niños(as) con problemas de autismo?



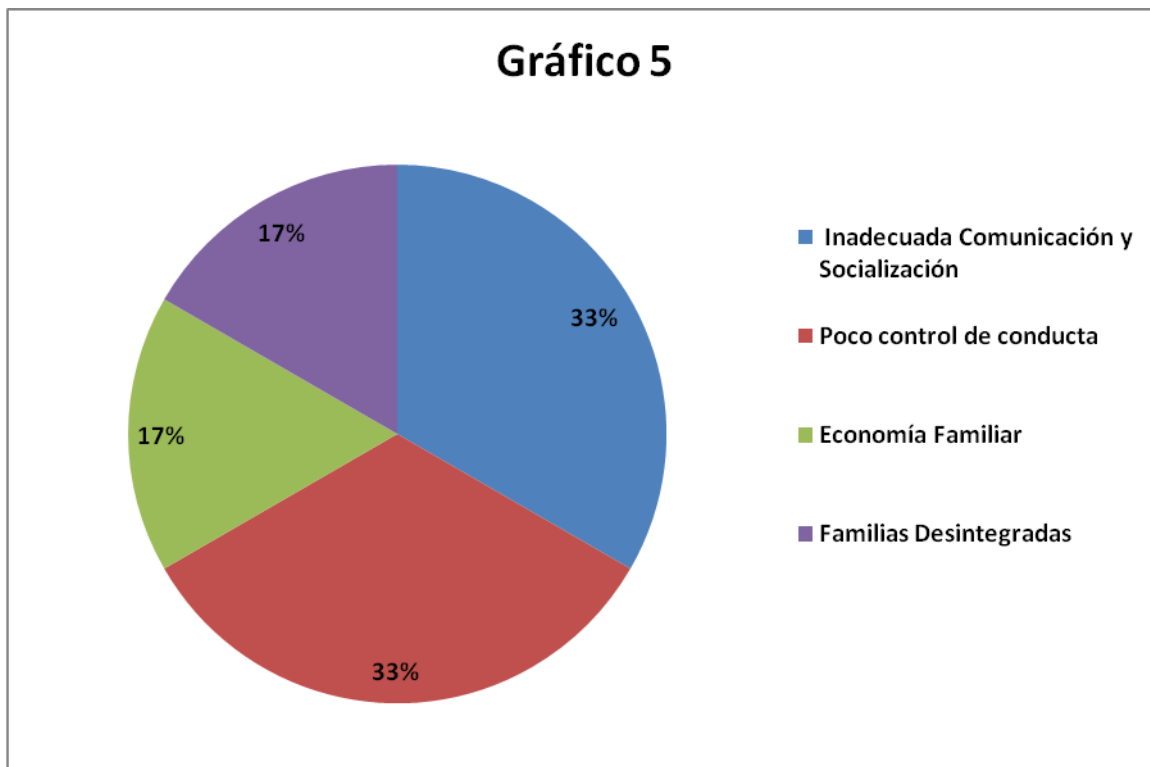
En lo que respecta a las necesidades más frecuentes, los profesionales consideraron que un 16% existe discriminación y dificultades para insertar a los niños(as) en los centro educativos, así mismo un 17% expresó que los menores presentan carencia en el área afectiva y que en un 67% los niños(as) muestran dificultades en lo que respecta a la comunicación y socialización con las demás personas.

4- ¿Qué clase de dificultades se encuentran con mayor frecuencia en los padres de los niños(as) con problemas de autismo?



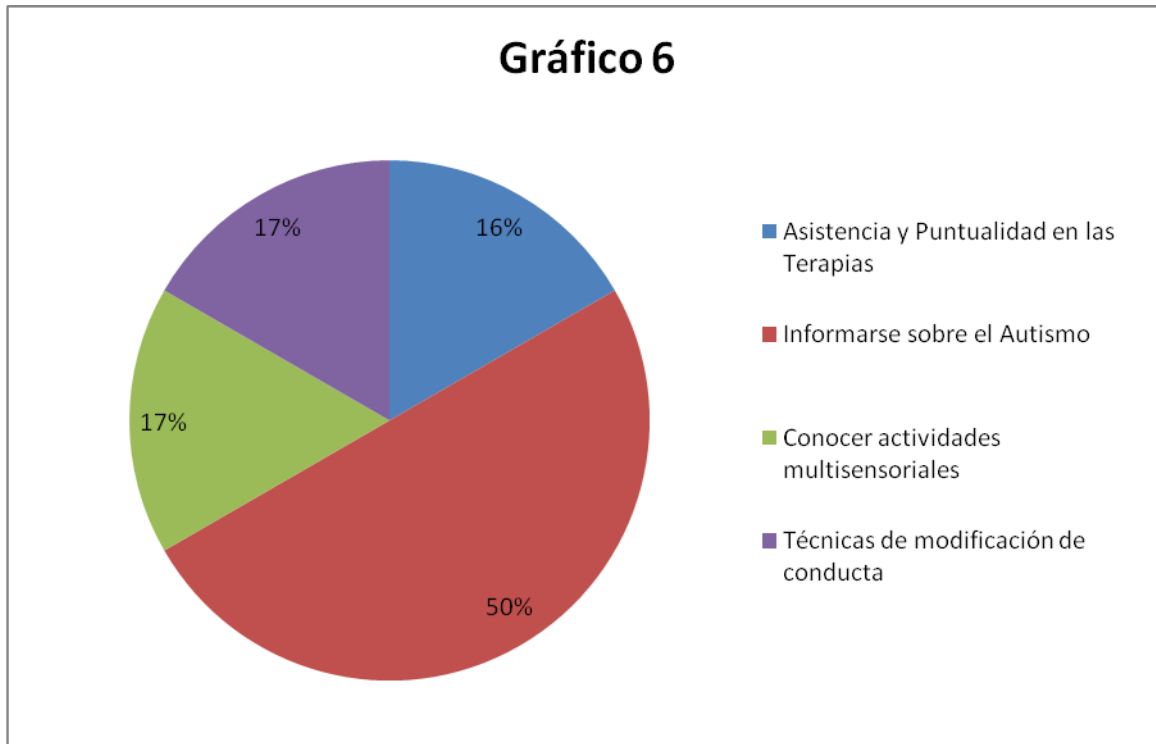
Según la información obtenida por las Psicólogas consideraron que un 33% de las dificultades que expresan los padres de familia es la falta de información y conocimiento respecto al trastorno, mientras que el 67% consideraron que el proceso de negación por parte de los padres de familia ante el diagnóstico es una de las mayores dificultades según su valoración.

5- ¿Cuáles son las dificultades que manifiestan los niños(as) que asisten a la Institución?



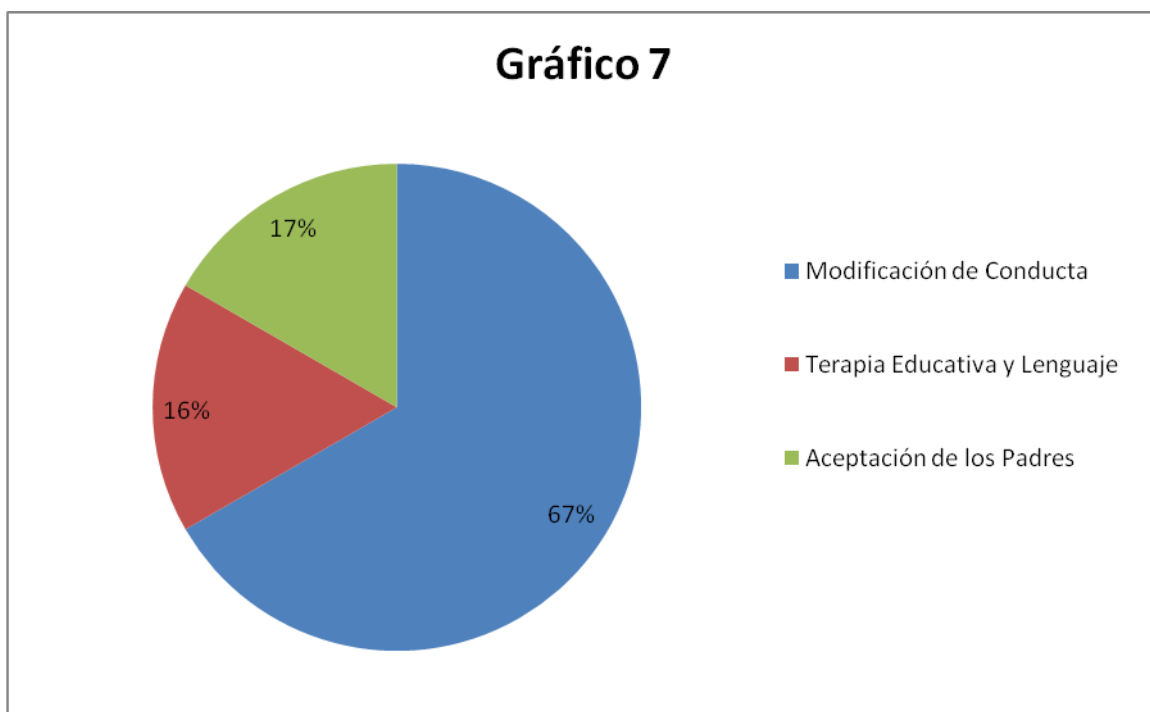
Según las profesionales una de las dificultades que manifiestan es, que en un 17% los niños(as) pertenecen a familias desintegradas, en igual porcentaje mencionaron los problemas económicos que presenta la familia del niño(a), mientras que en un 33% expresaron una inadecuada comunicación y socialización igual el poco control de conductas con igual porcentaje las cuales son presentadas por los niños(as) que son atendidos en la institución.

6- ¿Qué actividades considera importantes para que los padres/madres de familia realicen en la rehabilitación de su hijo(a)?



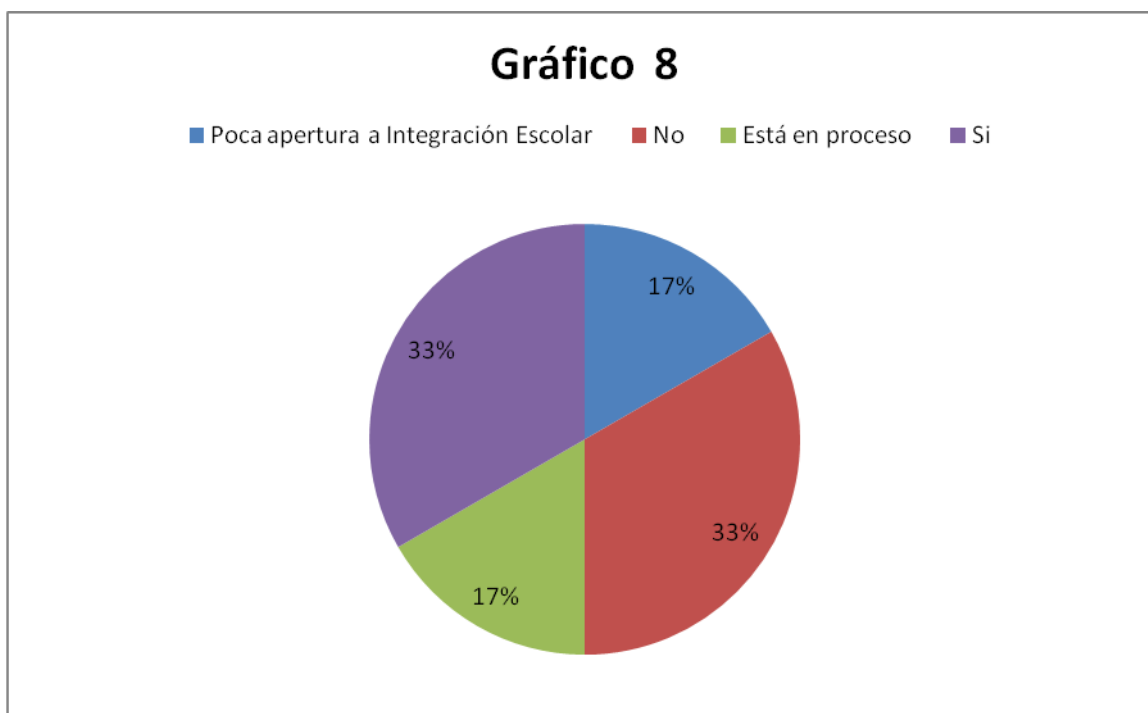
En un 16% los profesionales consideran que la asistencia y puntualidad en las terapias es una actividad que los padres deben realizar para la rehabilitación de los niños(as), seguido de un 17% el hecho que los padres deben de conocer actividades multisensoriales y en igual porcentaje conocer respecto a técnicas de modificación de conducta, finalmente y con un mayor porcentaje, es decir con un 50%, los profesionales manifiestan que los padres deben informarse sobre el autismo.

7- Mencione y explique en qué consisten algunas terapias que se desarrollan con los niños(as) con problemas de autismo.



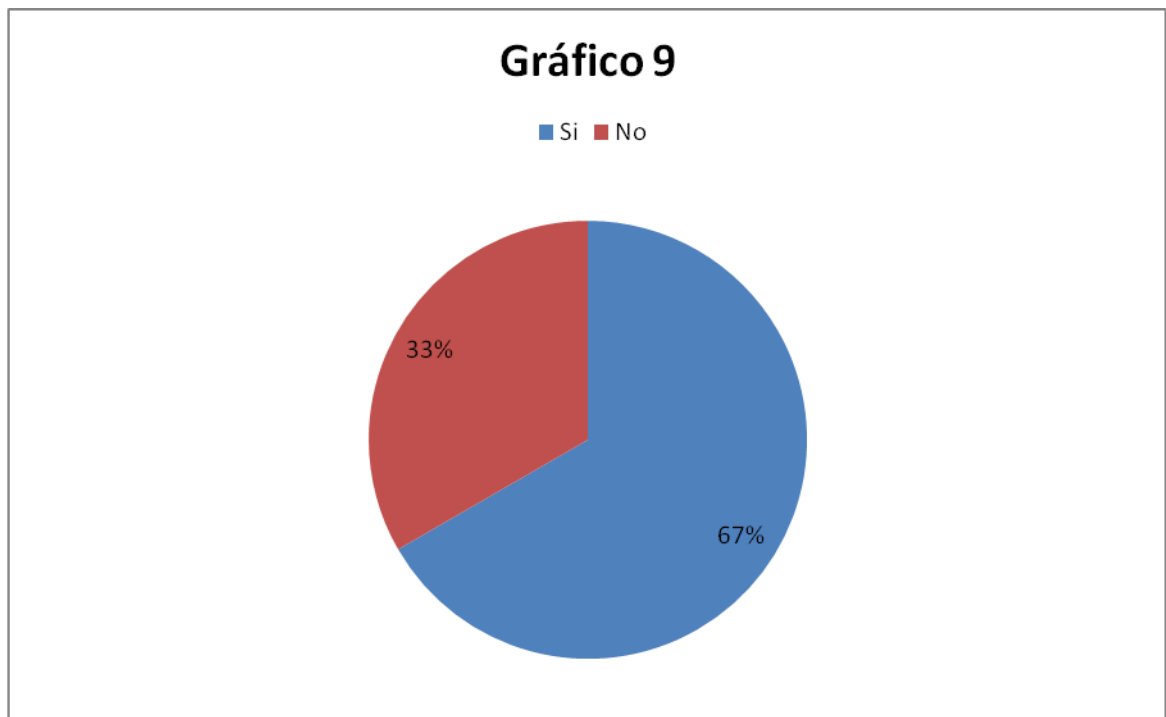
Las profesionales en psicología expresaron que en un 67% trabajan en la modificación de conductas con los niños(as) con autismo, mientras que un 17% trabajan con los padres de familia en lo que respecta a la aceptación del trastorno que presentan sus hijos(as) y el 16% manifestaron que se trabaja en terapia educativa y de lenguaje.

8- ¿Considera que el Sistema de Salud y Educación actual se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos necesarios para mejorar la calidad de vida de los niños(as) con autismo?



En las respuestas que proporcionaron las psicólogas a la interrogante, un 17% consideraron que hay poca apertura a la integración escolar, al igual que otras psicólogas consideraron que la preocupación del sistema de salud y educación para mejorar la calidad de vida de los niños(as) con autismo está en proceso, por otra parte un 33% manifestaron que no hay preocupación por parte de dichas instituciones, mientras que con igual porcentaje opinaron que sí se está facilitando los medios terapéuticos y psicológicos.

9- ¿Ha escuchado de alguna Institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres de familia, maestros u otras personas para que adquieran conocimientos y habilidades para la comprensión y educación de los niños(as) con problemas de autismo?

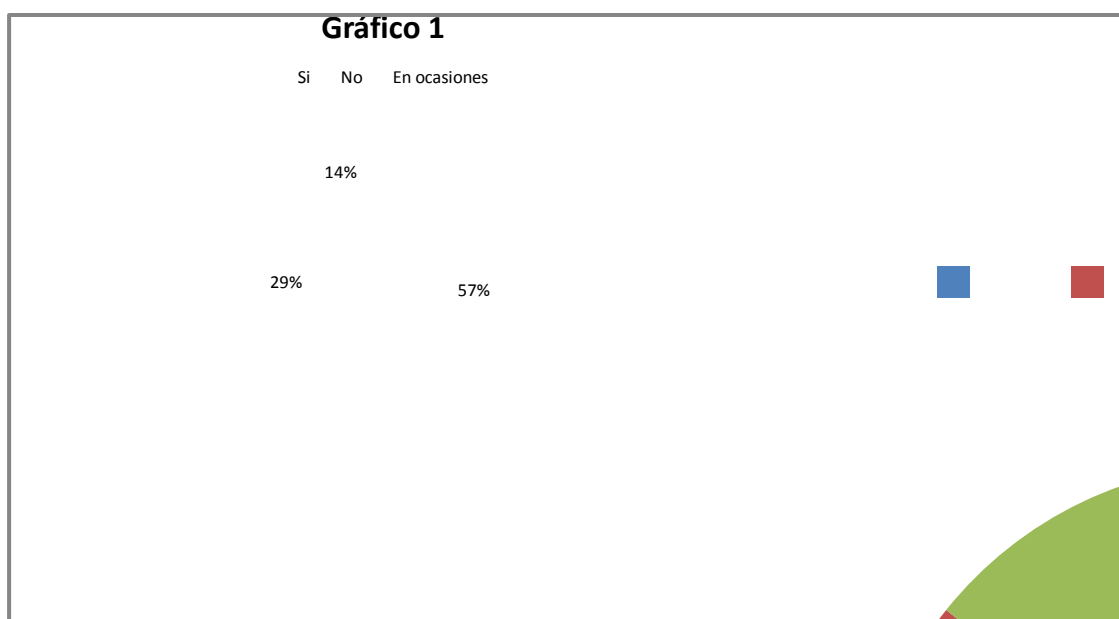


Al preguntar si los profesionales conocían de un programa psicoterapéutico dirigido a padres o maestros para adquirir conocimientos y habilidades respecto al autismo, el 67% respondió que si, mientras que un 33% respondió que no conocían ningún programa.

ANÁLISIS CUANTITATIVO.

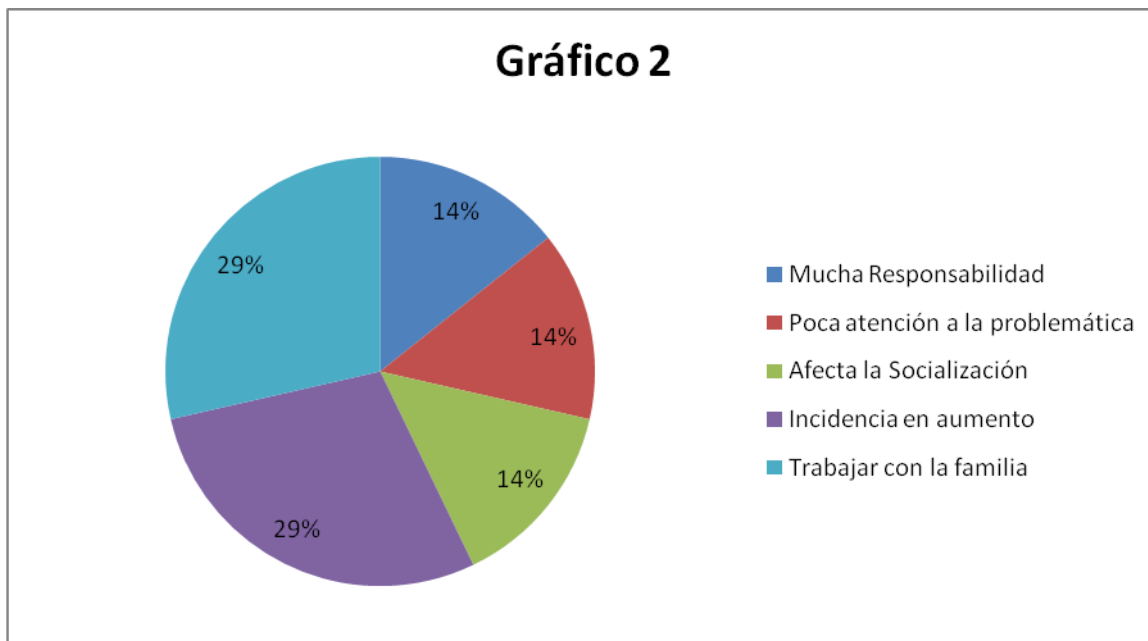
Análisis de Terapistas.

1- ¿Podría mencionar si ha recibido capacitaciones u orientaciones para su formación, conocimiento especial para la atención a niños(as) con autismo?



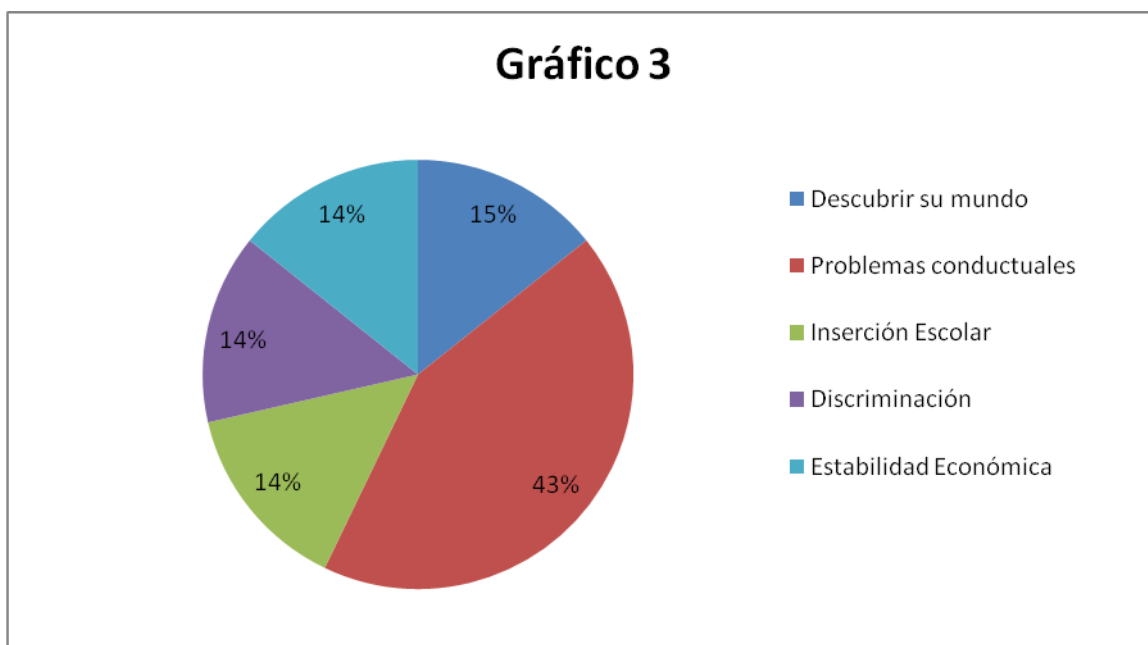
De las respuestas que proporcionaron las terapeutas un 14% respondieron que en ocasiones han recibido capacitaciones ya sea dentro o fuera de la institución, mientras que un 29% expresaron que no han recibido capacitaciones, el 57% restante manifestó que han recibido capacitaciones dentro de la institución.

2. ¿A partir de su profesión ¿Qué conocimientos tiene sobre el autismo?



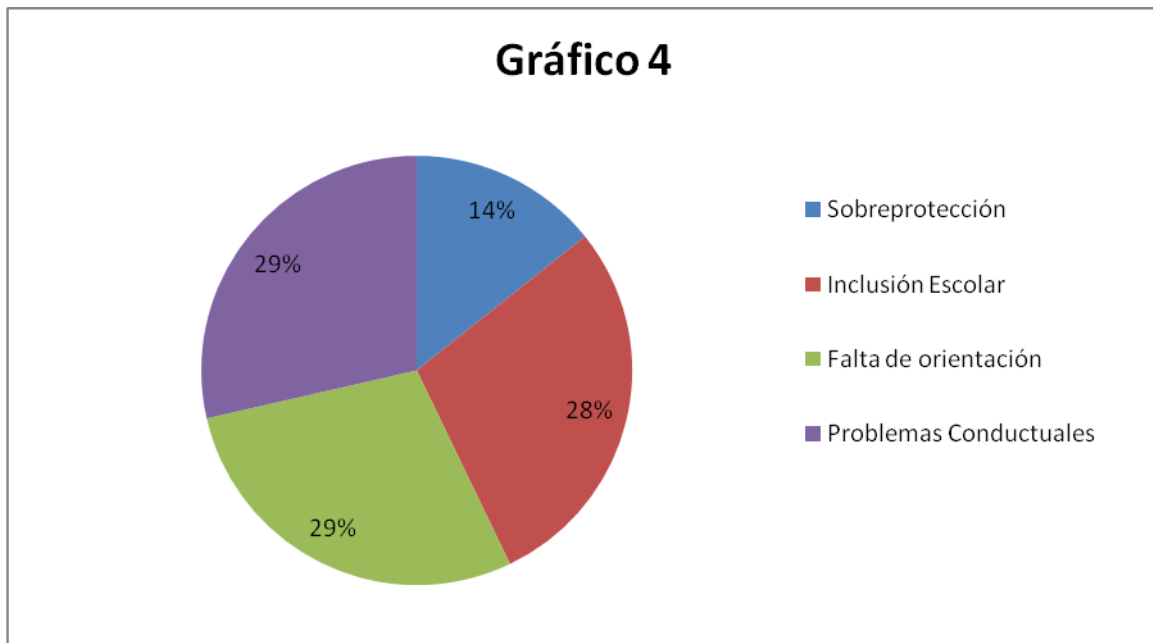
Según la opinión de las terapeutas un 14% expresaron que sus impresiones respecto a la dificultad requieren de mucha responsabilidad tanto para los profesionales como para todas las personas que se relacionan con los niños(as), en igual porcentaje consideraron que existe poca atención a la problemática ya que hay pocas instituciones que les atienden debidamente, así mismo en igual porcentaje manifestaron que afecta la socialización, como característica principal en los niños(as) con autismo. Por otra parte, un 29% respondieron que existe una mayor incidencia de niños(as) diagnosticados con autismo por diferentes causas, y en igual porcentaje consideraron que es necesario trabajar con el grupo familiar ya que se ven afectados por la misma problemática.

3. ¿Cuales considera que son las necesidades más frecuentes que se encuentran en los niños/as con problemas de autismo?



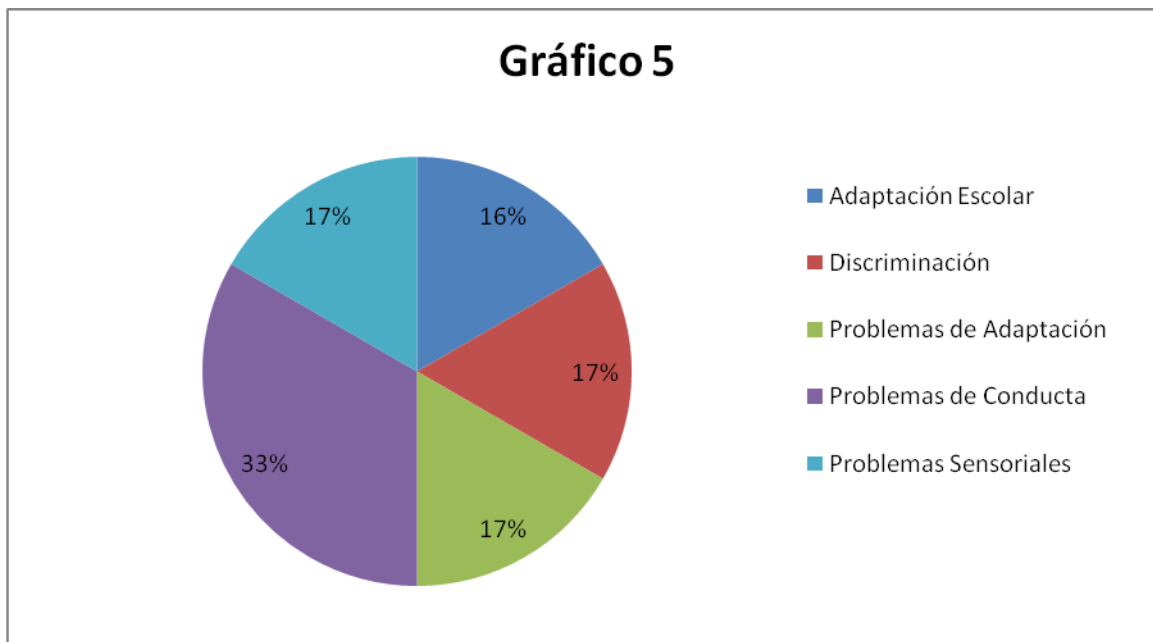
Según las terapistas un 14% de las necesidades fundamentales que presentan los niños y el grupo familiar es la inestabilidad económica ya que por ésta razón se les dificulta asistir a las respectivas terapias, también en un mismo porcentaje consideraron que presentan dificultad en la inserción escolar por falta de información de los centros educativos para su debida atención, y un 14% provoca discriminación ante la falta de conocimiento de la problemática. Así mismo expresaron que en un 15% los niños(as) necesitan descubrir su mundo para que el niño(a) comprenda su realidad y para que las personas que están a su alrededor les orienten adecuadamente; y un 43% los profesionales coincidieron que los problemas conductuales es una de las mayores necesidades que presentan los niños(as) con autismo, ya que les es difícil controlar sus conductas en sus diferentes áreas en que se desarrolla.

4. ¿Qué clase de dificultades se encuentran con mayor frecuencia en los padres de los niños(as) con problemas de autismo?



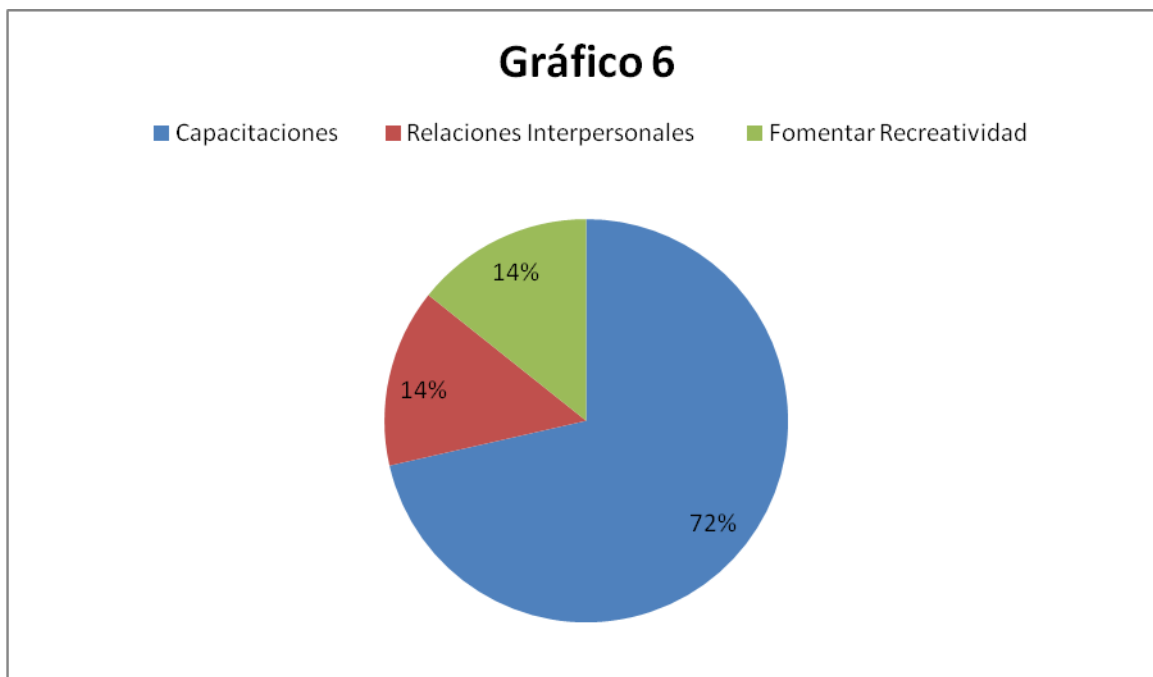
Según las terapistas una de las dificultades que con frecuencia presentan los padres de familia en un 14% es la sobreprotección ya que asisten a los niños(as) dificultando de ésta manera su autonomía e independencia, mientras que en un 28% expresaron que en lo que respecta a la inclusión escolar se les han presentado dificultades debido a que no en todos los centros educativos están lo suficientemente preparados para tal problemática, finalmente y en un 29% los problemas conductuales y falta de orientación en los padres de familia acerca de la problemática son dificultades que se encuentran con mayor frecuencia según los profesionales.

5- ¿Cuáles son las dificultades que manifiestan los niños(as) que asisten a la Institución?



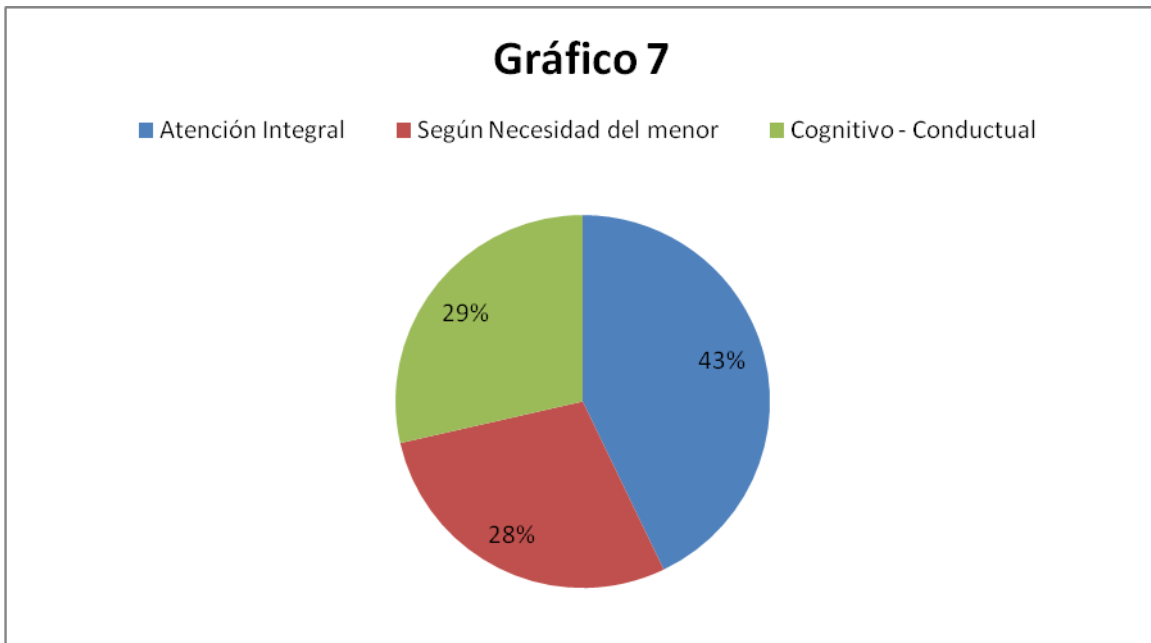
Las terapistas consideraron que un 16% la adaptación escolar a los centros educativos es una de las dificultades presentes en los niños(as) atendidos en la institución, un 17% los niños(as) presentan problemas sensoriales lo cual les dificulta desarrollarse óptimamente, en igual porcentaje los problemas de adaptación es una dificultad que se da en ellos ya que también son discriminados según las terapistas, un 17% por falta de información y conocimiento respecto al autismo. Por otra parte coincidieron las respuestas que un 33% los problemas de conducta son los que se manifiestan con mayor frecuencia en los niños(as) con autismo.

6. ¿Qué actividades considera importantes para que los padres/madres de familia realicen en la rehabilitación de su hijo(a)?



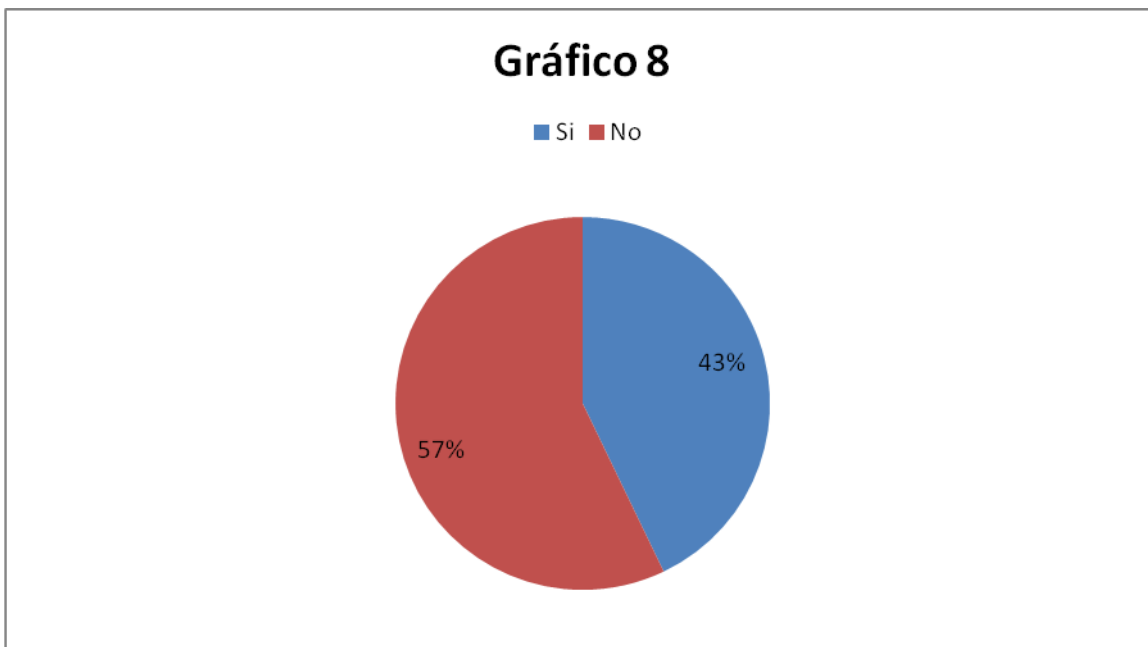
En un 14% las terapistas consideraron que las actividades que deben realizar los padres de familia es fomentar la recreatividad por medio de este los niños(as) desarrollan sus habilidades psicomotrices, de igual manera las relaciones interpersonales con las demás personas puesto que es una de las características de los niños(as) con autismo, y la mayoría de los profesionales coincidieron que un 72% de las actividades más importantes para los padres de familia son las capacitaciones y redes de apoyo para un mayor conocimiento y orientación de la problemática.

7- Mencione y explique en qué consisten algunas terapias que se desarrollan con los niños(as) con problemas de autismo.



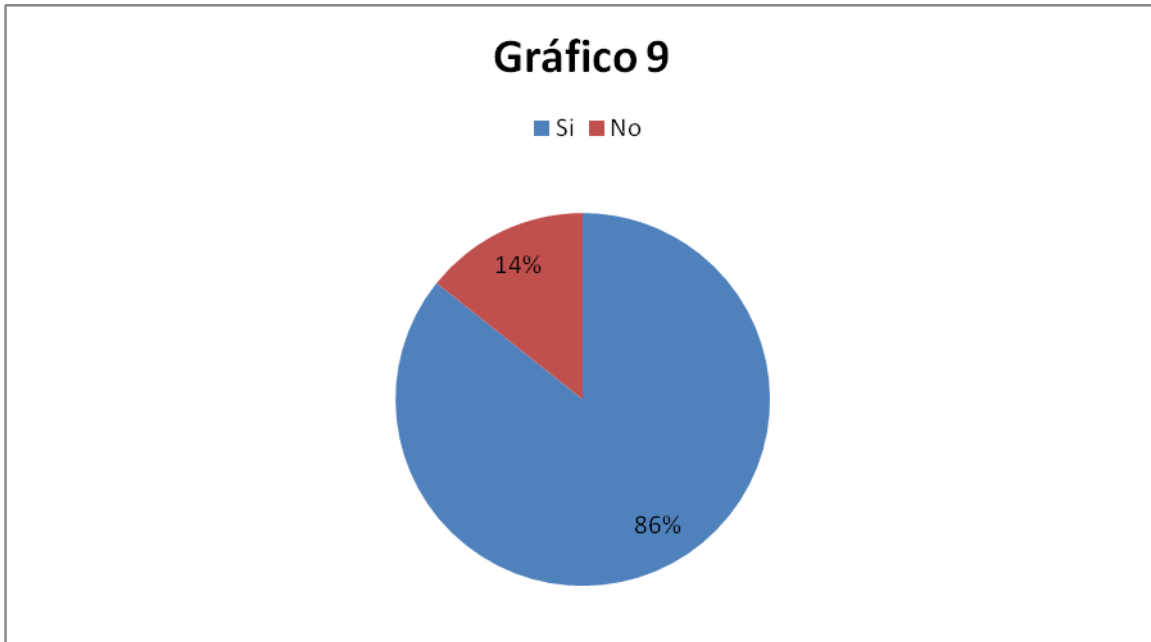
En lo que respecta a esta pregunta un 28% las terapeutas expresaron que las terapias son realizadas dependiendo de las necesidades del menor ya que algunos de los niños(as) presentan conductas más funcionales que otras, mientras que un 29% manifestaron que las terapias están orientadas al modelo cognitivo conductual, con respecto al 43% de las respuestas proporcionadas por las terapeutas desarrollan terapias de atención integral para su bienestar individual y familiar.

8. ¿Considera que el sistema de salud y educación actual se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos necesarios para mejorar la calidad de vida de los niños(as) con autismo?



Según la respuesta de las terapistas un 43% respondió que si consideran que el sistema de salud y educación se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos un 57% consideraron que no, ya que el sistema de salud y educación carece del recurso material y pedagógico para atender a los menores con problemas de autismo.

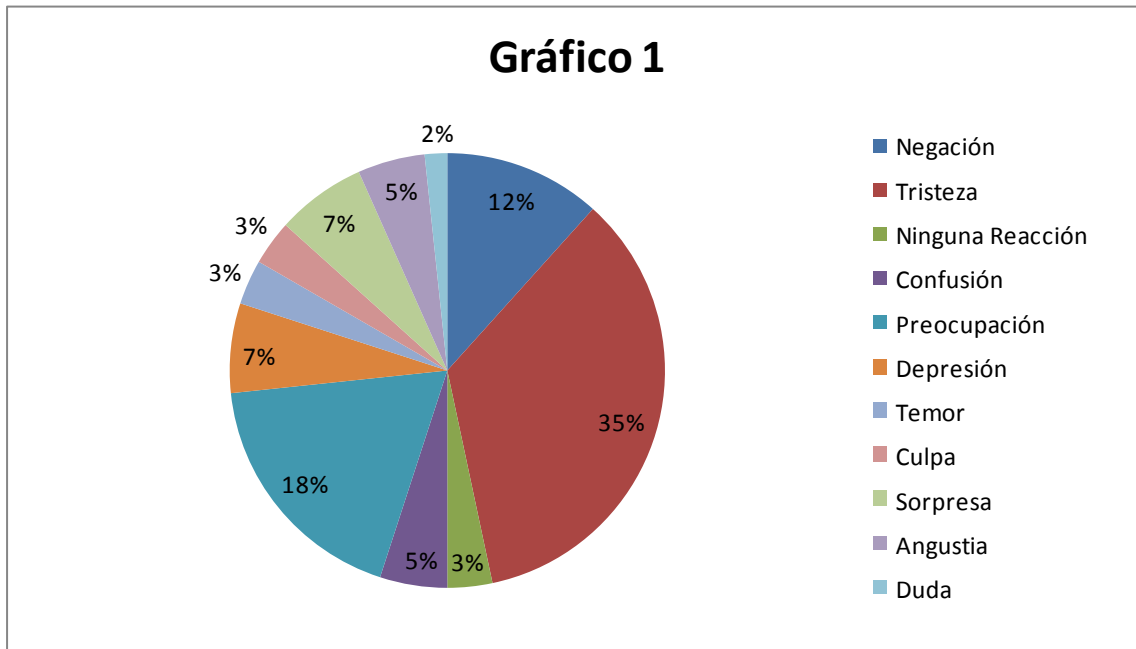
9- ¿Ha escuchado de alguna Institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres de familia, maestros u otras personas para que adquieran conocimientos y habilidades para la comprensión y educación de los niños(as) con problemas de autismo?



De las respuestas expuesta por las terapeutas, expresaron que un 14% no han escuchado de otras instituciones que desarrollen programas psicoterapéuticos para padres de los menores con problemas de autismo un 86% manifestaron que si conocían de instituciones en las cuales son atendidos los menores que presentan dicha dificultad.

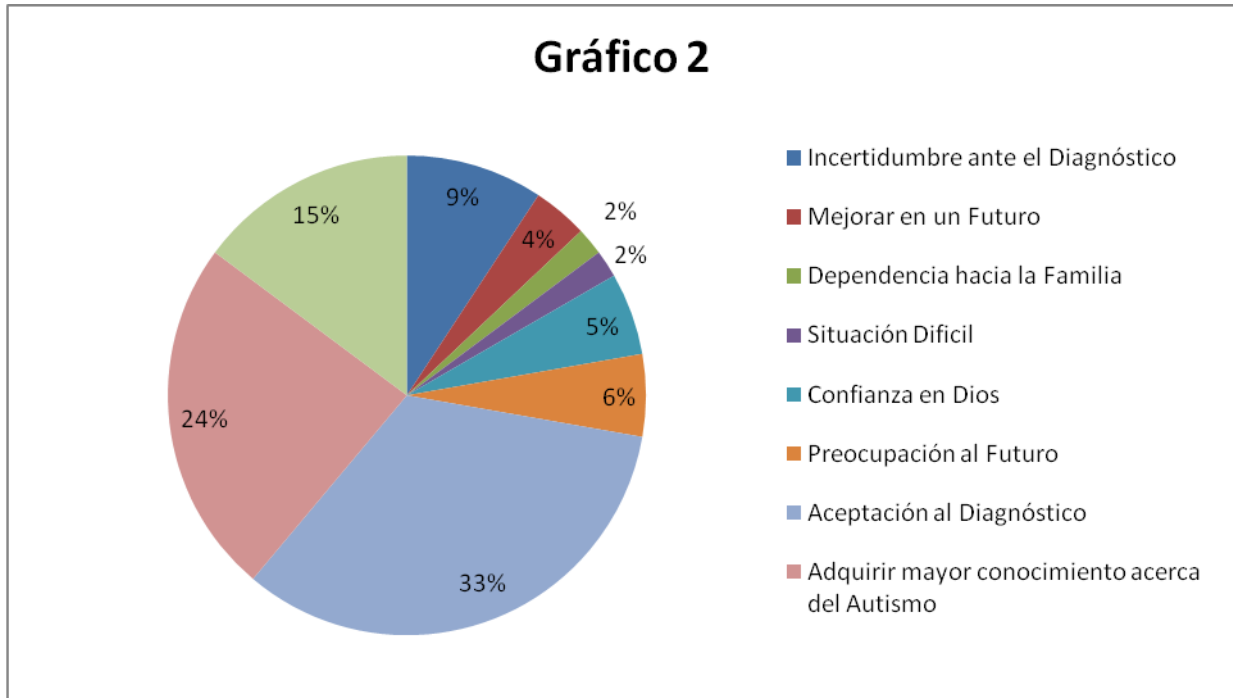
Análisis de Padres de Familia.

1- Al visitar a los profesionales en salud y atención psicológica para que evaluaran a su hijo(a), podría comentar ¿Cuál fue su reacción ante el diagnóstico realizado?



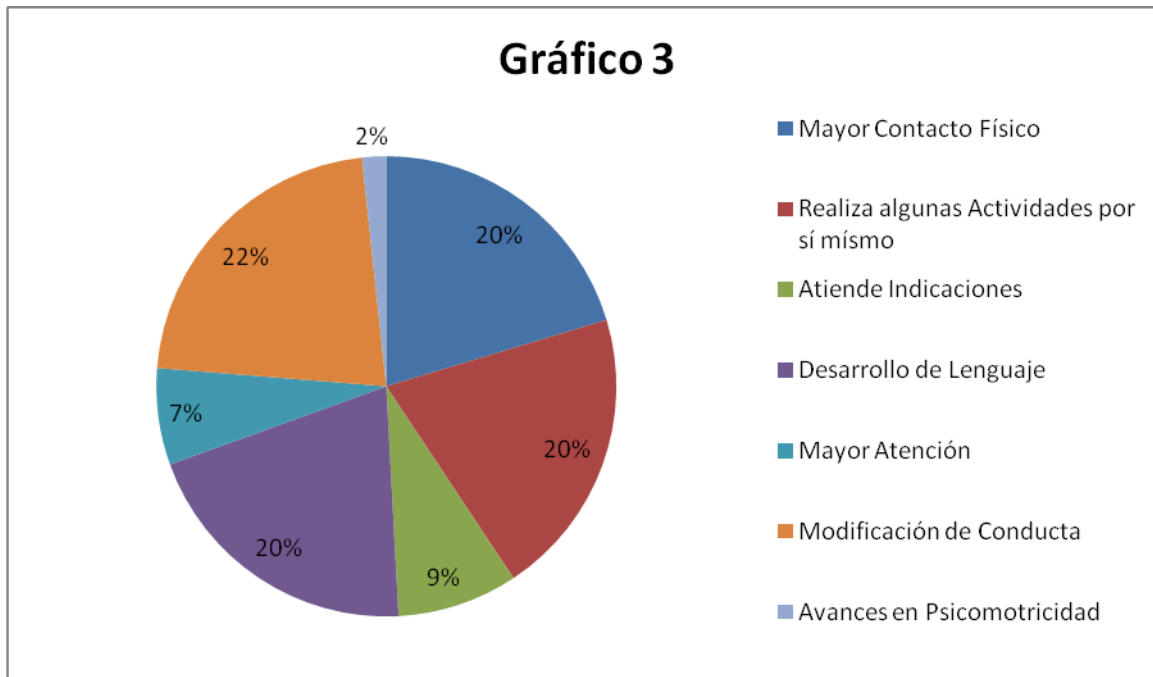
Según la respuesta proporcionada por los Padres de familia, mencionaron que un 2% dudaron de los resultados que les proporcionaron los profesionales, mientras que un 3% sintieron culpa y en igual porcentaje se presentaron temor y otros padres de familia no tuvieron ninguna reacción ante el diagnóstico de autismo. Asimismo se presentó la angustia y en igual porcentaje, la confusión pues conocían poco respecto al trastorno. Otras de las reacciones en algunos padres de familia es que se sorprendieron y algunos manifestaron que sintieron hasta depresión ante el diagnóstico, por otro lado también unos padres mencionaron que no les ha sido fácil aceptar la presencia de autismo en sus hijos y por lo tanto se ha presentado el sentimiento de negación así como un 18% sintieron preocupación por sus hijos(as) ante ese diagnóstico y finalmente se presentó el sentimiento de tristeza en un 35% después de la respectiva evaluación y diagnóstico de los profesionales.

2- Después del diagnóstico realizado a su hijo(a) por los profesionales en salud y atención psicológica, podría mencionar ¿Cuál fue su impresión respecto a la información que le proporcionaron respecto a la evaluación realizada a su hijo(a)?



La impresión que los padres de familia manifestaron ante la información que proporcionaron los profesionales respecto al diagnóstico, en un primer momento con un porcentaje del 2% manifestaron que fue una situación difícil y que también sintieron dependencia hacia la familia, pero otros padres de familia pensaron en un 4% que mejoraría el futuro de sus hijos(as), y un 5% que en ese momento sintieron confianza en Dios ante esa dificultad en un 6% manifestaron que se sentían con una preocupación hacia el futuro, al igual que sintieron incertidumbre ante el diagnóstico y la información del mismo en un 9%, en un 15% también se negaban ante lo que los profesionales les informaban del trastorno, así mismo en un 24% los padres de familia empezaron a adquirir mayor conocimiento acerca del autismo, después de la información que les proporcionaron los profesionales y finalmente en un 33% expresaron que el aceptar el diagnóstico es difícil pero que consideran que es lo mejor para proporcionar la atención pertinente a sus hijos(as)

3- A medida que su hijo(a) ha recibido el tratamiento a su dificultad, tomando en cuenta desde que inició la atención proporcionada por los profesionales hasta el momento, ¿ha observado avances en su conducta, podría mencionar cuáles son?



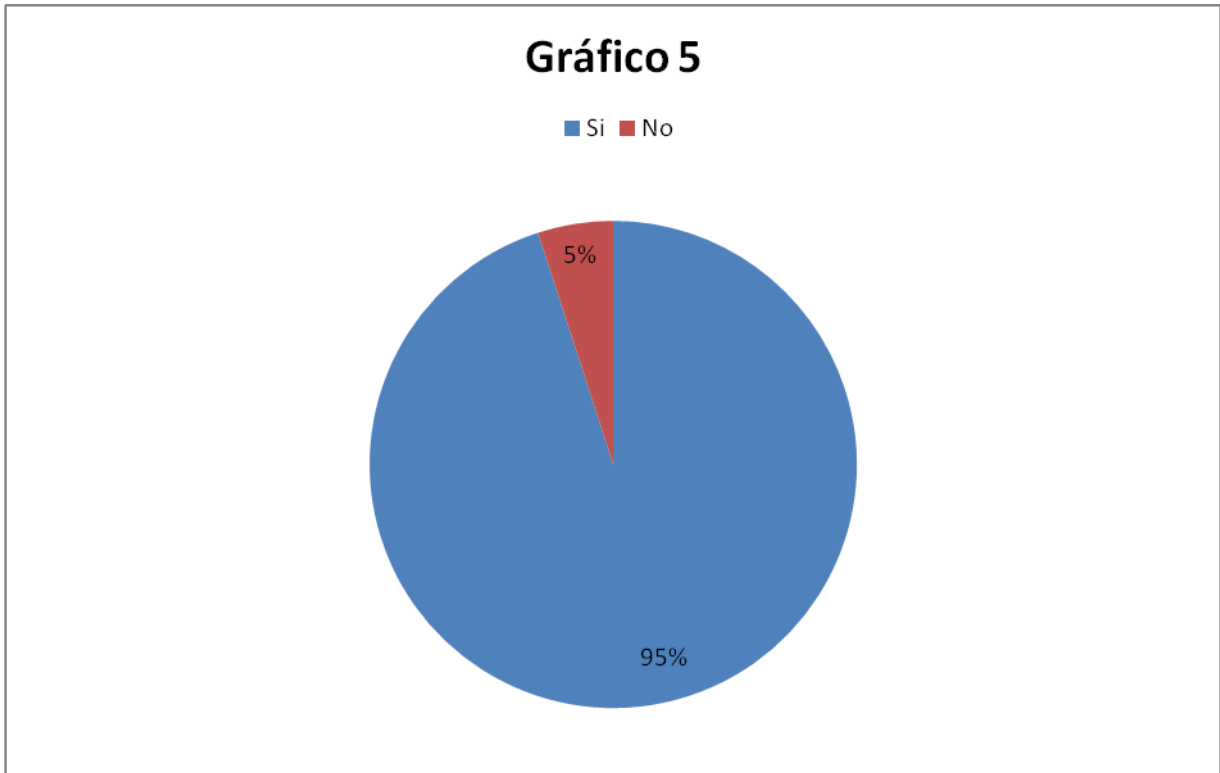
En lo que respecta a los avances que han observado los padres de familia en sus hijos(as), un 2% consideraron que en la psicomotricidad hubo avances dependiendo del grado de dificultad en esa área, mientras en un 7% existe mayor atención en sus hijos(as) respecto a su entorno y las actividades que realiza seguido de un 9% en que al hacer lo anterior implica que atiende indicaciones al ser asignadas por los profesionales, padres de familia y otros. Por otra parte y en un 20% los padres observaron que los hijos(as) mantienen mayor contacto físico para con las personas que están a su alrededor, han desarrollado en ese mismo porcentaje el lenguaje, de igual manera realizan algunas actividades por sí mismo, las cuales son de beneficio personal y familiar; finalmente han habido avances desde que inició la atención por parte de los profesionales en la modificación de conducta por parte de los niños(as) , según sus padres y/o responsables.

4- Debido a la situación que presenta su hijo(a), la atención que le brinda como Padre/Madre de familia es sumamente importante, podría describir brevemente. ¿Cuál es el compromiso en sí que tiene usted en relación al cuidado y responsabilidad de su hijo(a)?



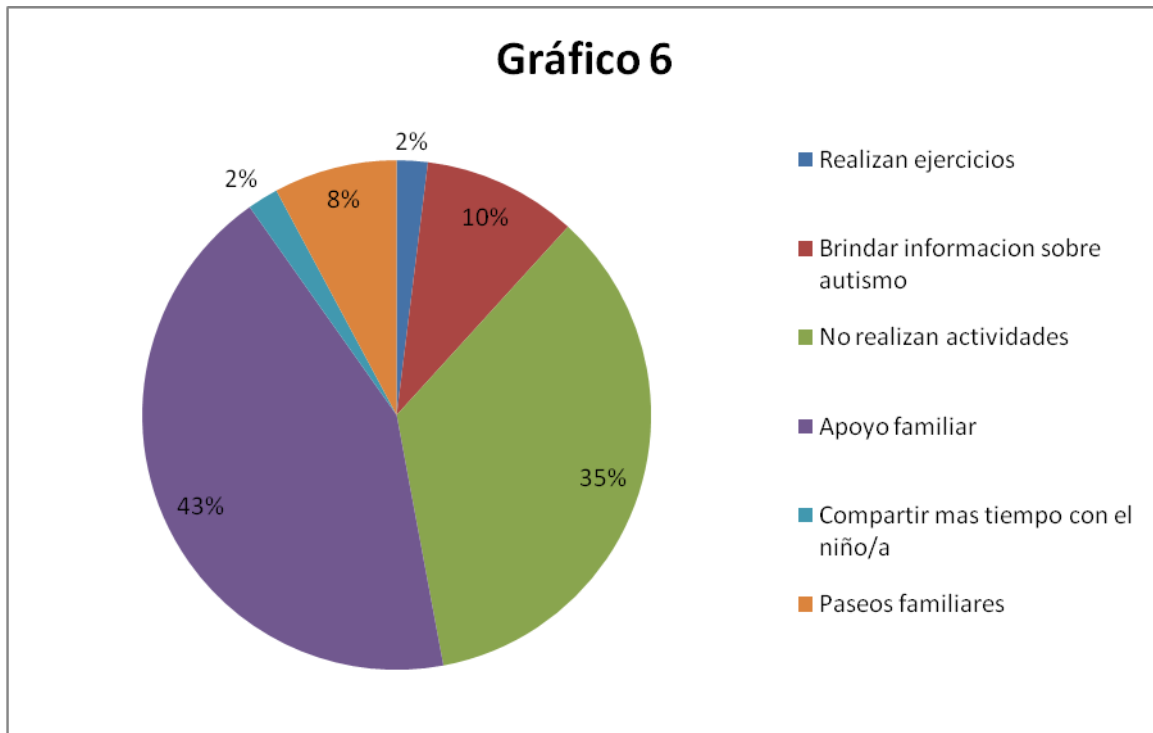
Con respecto a las respuestas de los padres entrevistados estas fueron muy variadas el 3% de ellos expreso que el compromiso como padres era brindarles muestras de afecto, el 5% menciona que respetan su individualidad, por otra parte el 9% les proporcionaban el apoyo familiar, el 10% de los padres expresó que abandonaron sus empleos para poder atenderlos, el 28% manifestó que los prepararían para la vida y con un 45% de los padres concluyo que su mayor compromiso con sus hijos(as) era adquirir una mayor responsabilidad para con ellos.

5- Según el tiempo que ha dedicado a cada una de las terapias con su hijo(a) ¿Considera que el cuidado y la atención que esta proporcionándole le está ayudando para lograr su rehabilitación?



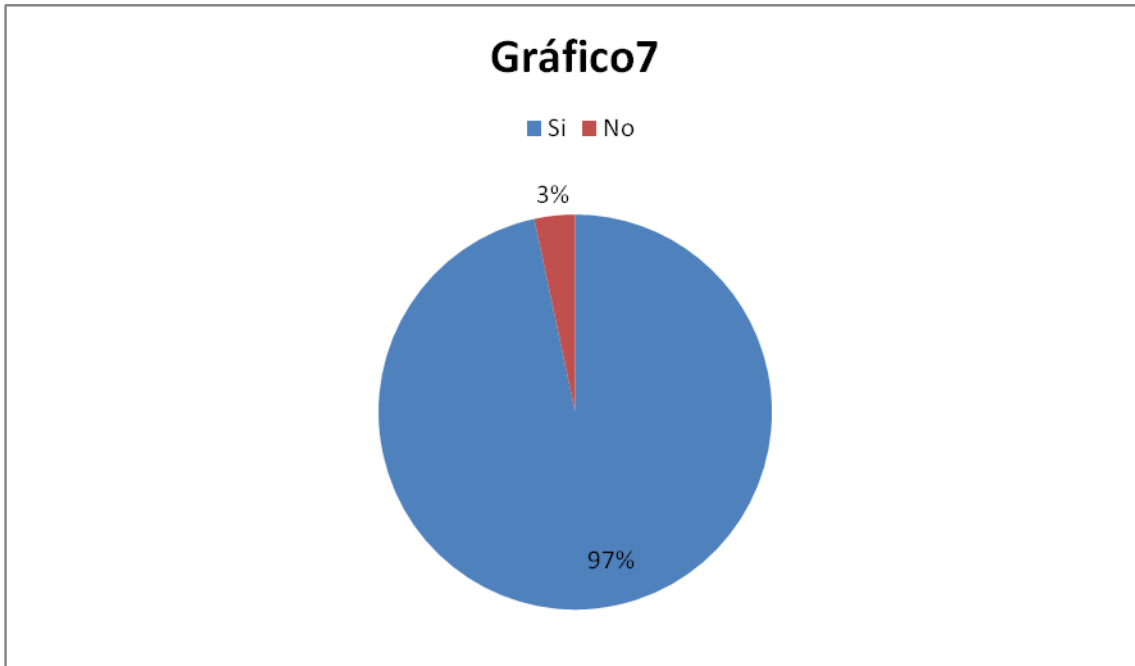
Refiriéndose al tiempo que los padres dedican a las terapias de sus hijos(as) el 5% de los entrevistados expresaron que este no era el suficiente para la rehabilitación de ellos, por otra parte el 95% de los padres manifestaron que si les estaban brindando el tiempo necesario para su cuidado y atención mejorando así su rehabilitación.

6- Considerando que es un esfuerzo el que realiza con su hijo(a) a las terapias, ¿Cómo se ayuda usted mismo/a y a su familia y mencione cuáles son sus apoyos para sobrellevar la situación de autismo?



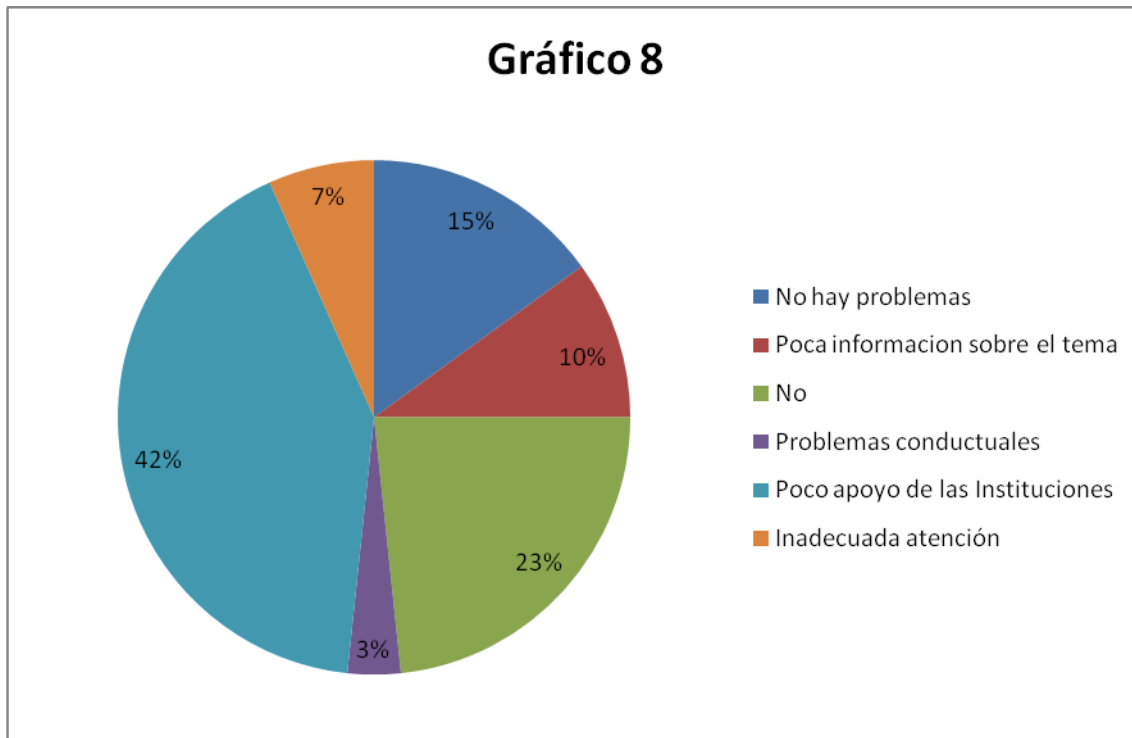
Con respecto a las actividades que los padres realizan para sobrellevar la dificultad de autismo los padres entrevistados respondieron un 2 % que realizaban ejercicios, con igual porcentaje compartían más tiempo con su hijo(a) con 8 % expresaron que su actividad era paseos familiares, mientras un 10% brindaban información sobre autismo, el 35% mencionó que no realizaban ninguna actividad y en un 43 % los entrevistados buscaban el apoyo familiar.

7- El área Educativa es un derecho para todos los niños(as), al respecto ¿Podría mencionar si ha tenido dificultades que se le han presentado al incluir a su hijo(a) en una Institución Educativa?



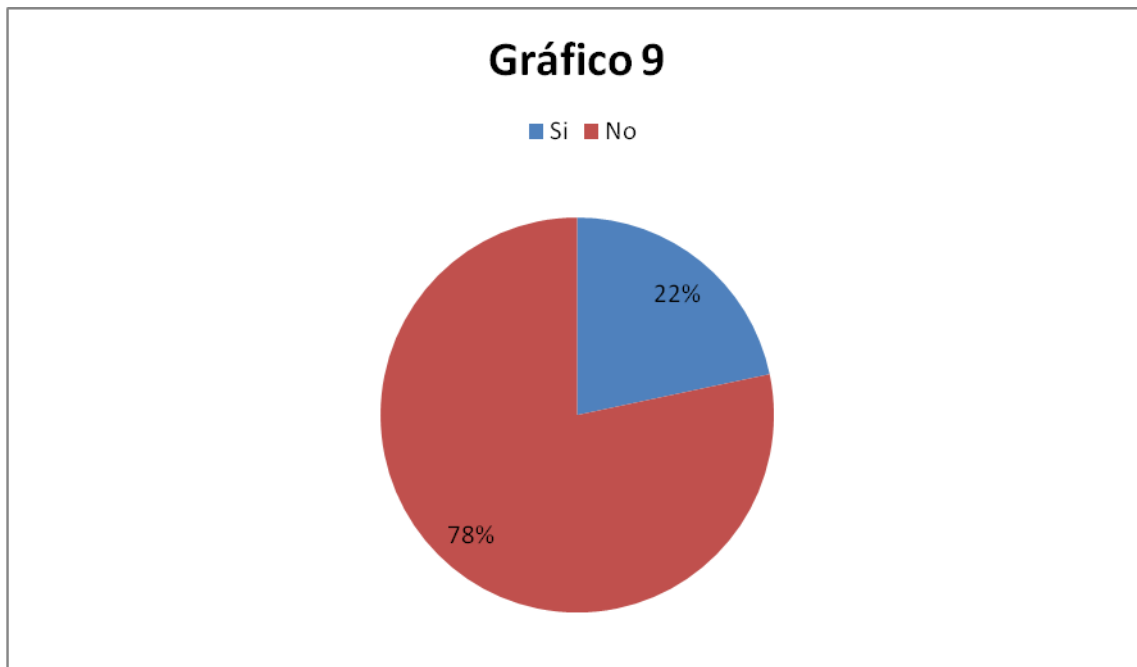
Según la respuesta de los padres en relación de incluir a los niños(as) con autismo a una Institución educativa un 3% respondió que no porque la conducta del niño(a) es agresiva y por otra parte por presentar problemas de lenguaje , el 97% respondió que ya se encuentran asistiendo a una Institución educativa.

8- ¿Considera que el sistema de salud y educación actual se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos necesarios para mejorar la calidad de vida a los(as) niños(as) con problemas de autismo?



Según las respuestas de los padres un 3% presentan problemas conductuales en la educación, un 7% consideraron que tanto en salud como en la educación hay una inadecuada atención, un 10% creen que en ambos lugares hay poca información sobre el tema de autismo, un 15% reflexionan que no hay problemas ya que tanto en Salud, como en la educación han sido atendidos satisfactoriamente, el 23% respondieron que no sin mayor preámbulo y el 42% restantes afirmaron que tanto en salud como en la educación se percibe poco apoyo.

9- ¿Ha escuchado de alguna institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres de familia, maestros u otras personas para que adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para la comprensión y educación de los niños (as) con problemas de autismo?



Los padres respondieron en un 22% que si han escuchado de otras instituciones que desarrollen programas para padres, maestros u otras personas como lo son ASA, FUNTER, CEFOI y el CAMI y el 78% consideraron que solo ISRI en la unidad de CRINA les apoya en los programas psicoterapéuticos dirigidos a la mejoras de sus hijos(as) y sus responsables.

DATOS GENERALES DE LA MUESTRA.

Sujeto	Sexo	Edad	Escolaridad	Diagnóstico
1	M	5	No Escolarizado	Autismo
2	M	7	Kinder 5	Autismo, Problemas Psicomotores
3	M	7	Preparatoria	Autismo, Retraso Mental
4	M	6	Preparatoria	Autismo
5	M	7	Kinder 5	Autismo
6	M	7	Kinder 4	Autismo
7	M	5	Kinder 5	Autismo Leve
8	M	4	Educación Maternal	Autismo
9	M	7	Primer grado	Autismo
10	M	12	Cuarto Grado	Autismo
11	M	9	Primer Grado	Autismo
12	M	5	Kinder 5	Síndrome de Asperger
13	M	6	Preparatoria	Autismo Leve
14	F	4	Kinder 4	Autismo Leve
15	M	7	Preparatoria	Autismo
16	M	7	Kinder 4	Autismo
17	M	7	Primer Grado	Autismo
18	M	4	Kinder 4	Autismo
19	M	6	No Escolarizado	Autismo
20	M	5	Kinder 5	Autismo Leve
21	M	3	No Escolarizado	Autismo
22	M	6	Kinder 5	Síndrome Down, Autismo
23	M	10	1° Nivel Educación Especial	Autismo
24	M	5	Kinder 5	Autismo
25	M	10	Tercer Grado	Síndrome de Asperger
26	F	6	Kinder 5	Autismo
27	M	12	Séptimo Grado	Síndrome de Asperger
28	M	7	Primer Grado	Síndrome de Asperger
29	M	13	Cuarto Grado	Autismo
30	M	6	Kinder 5	Autismo

31	F	4	Kinder 4	Autismo
32	M	7	No Escolarizado	Autismo
33	M	7	Kinder 5	Autismo
34	F	6	Kinder 5	Autismo
35	M	7	Primer Grado	Síndrome de Asperger
36	M	9	Segundo Grado	Autismo
37	F	7	Primer Grado	Autismo
38	M	4	Kinder 4	Autismo
39	M	7	Primer Grado	Autismo
40	M	6	Kinder 5	Autismo
41	F	8	Preparatoria	Autismo, Ecolalia, Deficit de Atención.
42	M	8	Primer Grado	Autismo
43	M	8	Primer Grado	Autismo
44	M	10	Segundo Grado	Autismo, Ecolalia.
45	M	6	Kinder 5	Autismo
46	F	11	Cuarto Grado	Autismo
47	F	5	Kinder 5	Autismo
48	F	8	Primer Grado	Autismo
49	M	5	Kinder 4	Autismo
50	M	7	No Escolarizado	Autismo
51	F	12	Tercer Grado	Autismo, Hiperactividad, Lagunas Mentales.
52	M	7	Primer Grado	Autismo
53	M	9	Tercer Grado	Síndrome de Asperger
54	F	7	Primer Nivel Educación Especial	Autismo, Ecolalia
55	M	8	Primer Grado	Autismo, Ecolalia.
56	F	11	Tercer Grado	Autismo
57	M	4	Kinder 4	Autismo
58	M	9	Segundo Grado	Autismo
59	M	4	Kinder 4	Autismo
60	F	8	Segundo Grado	Autismo

GUIA DE OBSERVACIÓN.

Área Cognitiva- Conductual.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A Veces	Nunca
Parece sordo, no se inmuta con los sonidos	7	29	24
Obsesion por los objetos	8	38	14
Muestra interés por los juguetes.	36	22	2
Vé a los ojos cuando se dirigen a él (ella).	17	39	4
Se muestra Inquieto.	5	20	35
Se muestra agresivo con él mismo.	4	7	49
Se muestra agresivo con los demás.	4	6	50
Se obsesiona por el orden.	3	28	29
Muestra gestos de molestia ante los cambios	7	31	22
Pide las cosas tomando la mano de alguien,	3	13	44
Finaliza la actividad que se le ha asignado.	25	26	9

Área de la Atención.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Responde a su nombre.	33	26	1
Obedece y sigue instrucciones.	20	38	2
Se queda quieto observando un punto de referencia.	5	24	31
Se muestra sensible a ciertos sonidos.	15	45	-
Mantener la atención durante un lapso prolongado en sus actividades.	16	39	5

Área de la Afectividad.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Juega o socializa con los demás niños(as).	25	30	5
Evita el contacto físico.	7	35	18
Muestra gestos de agrado en las actividades que realiza.	24	30	6
Muestra total desinterés por su entorno.	2	37	21
Responde a muestras de afecto	17	39	4

Psicomotricidad.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Gira o se mece sobre sí mismo.	-	7	53
Tiende a poner objetos en línea.	-	19	41
Mantiene objetos adecuadamente entres sus manos.	45	14	1
Mantiene el equilibrio ante determinadas actividades.	44	14	2
Manipula adecuadamente objetos que se indican ante actividades que le asignan.	39	20	1

ANALISIS CUALITATIVO.

Hoy en día la necesidad de dar atención a niños(as) que presentan autismo es de vital importancia, ayudarles en la búsqueda de su autonomía e independencia, a través de una gama de técnicas dirigida a sus necesidades, por lo tanto el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral, (ISRI), comprometida a la atención de estos niños(as), con los profesionales a cargo como los son las psicólogas, y terapistas (área educativa, ludoteca y musical) y profesor de educación física, quienes se esmeran en atender de manera ética y profesional, brindando sus servicios tanto a los menores con autismo, como también a los padres o responsables para poder guiar a los menores en los hogares e instituciones educativas, y lograr así la aceptación de los niños(as) con autismo dentro de la sociedad.

Para la intervención de los niños(as) con autismo, el juego es fundamental en el desarrollo de sus habilidades sensoriales, afectivas, cognitivas y psicomotoras por lo tanto la importancia de éste en su desenvolvimiento y aprendizaje es trascendental cuando se visualiza de forma terapéutica en las necesidades individuales de cada uno de los niños(as); utilizando juegos como rompecabezas, legos, memorias, juegos de roles o de la vida diaria, coloreo, pintura, plastilina para modelado, piscina de pelotas, entre otros.

Por lo tanto, para la interpretación de los resultados se llevó a cabo el análisis de los instrumentos aplicados a psicólogas, terapistas, padres de familia, niño(a) con autismo, obteniendo los siguientes resultados.

Los profesionales reciben capacitaciones u orientaciones psicológicas para atender a los niños(as) con autismo de manera integral, y para estar al día con las diferentes necesidades que presentan los menores en las áreas como afectiva, cognitiva-conductual, atención y psicomotricidad, ya que el autismo implica grandes responsabilidades tanto para profesionales y sus familiares, puesto que

respecto a autismo se tiene poca información y se debe dar a conocer sobre el mismo ya que su incidencia va en aumento.

Los profesionales coinciden que las necesidades más frecuentes que presentan los niños con autismo es carencia afectiva, tolerancia por parte del grupo familiar, que ellos descubran el mundo que les rodea, la discriminación, la inserción a los centros educativos, ya que hoy en día las Instituciones educativas no cuentan con el personal capacitado para atender dicha necesidad, además de ello que los niños(as) presentan problemas conductuales que deben ser controlados de manera cautelosa ya que es una de las características primordiales que implica el mismo, de igual manera los profesionales mencionaron que afecta en gran manera la inestabilidad económica debido a que algunos niños(as) pertenecen a hogares desintegrados, razón por la cual muchos de los padres no cuentan con dicho recurso para asistir periódicamente a las terapias.

Así mismo los profesionales afirmaron que de igual forma los padres de niños(as) con autismo en su mayoría son sobreprotegidos por sus padres o responsables según los profesionales entrevistados, afectando así su independencia para la realización de cada una de las actividades propias por parte del niño(a) por lo tanto, tal situación les afecta aun mas, ya que las terapias son dirigidas para la búsqueda de la independencia.

Otra de las dificultades que expresaron es la inclusión escolar de los niños(as) ya que en algunas instituciones no son aceptados inmediatamente y en otras son rechazados sin darles la oportunidad de pertenecer a la misma; reflejando así inadaptación escolar, discriminación, problemas conductuales en su gran mayoría, atención, dificultad para socializarse con las personas y problemas sensoriales ya que en la mayoría de niños(as) presentan un C.I. bajo.

Para que los niños(as) con autismo, obtengan mejores resultados es importante como que los padres se involucren y mantengan una participación activa en cada una de las terapias que reciben sus hijos(as), por tal razón los profesionales consideran que las actividades más sobresalientes en búsqueda de la rehabilitación de los menores es que los padres asistan a las charlas de padres y se encuentren en constante capacitación, ya que las mismas les proporcionan las

herramientas necesarias para orientar a sus hijos(as), desarrollar adecuadamente las relaciones interpersonales para con su pequeños y fomentar la recreatividad, lo cual implica compartir más tiempo de manera directa con el niño(a).

Según las respuestas de los profesionales las terapias que se desarrollan con los niños(as) con autismo son dirigidas a una atención integral donde la parte física como psicológica están interrelacionadas, otras están dirigidas de acuerdo a las necesidad del menor ya que los casos de autismo son diferentes, reflejándose en unos mayor compromiso ante la problemática.

Así mismo las respuestas de los padres de familia obtenidas respecto a la reacción ante el diagnóstico respondieron en su gran mayoría que manifestaron sentimientos de negación, culpa, tristeza, preocupación, angustia y duda, ya que no esperaban tal diagnóstico, ya que la mayoría de los padres han logrado la aceptación del diagnóstico a través de escuelas para padres, charlas o grupos de apoyo, proporcionadas por los profesionales y con la participación activa de padres de familia. De igual manera los padres expresaron que después del diagnóstico algunos buscaron información respecto a la dificultad, mientras que otros buscaron la confianza en Dios, algunos se preocuparon por el futuro de sus hijos(as).

Muchos de los padres expresaron que observaron avances en los niños/as desde que iniciaron su terapias, obteniendo resultados como el percibir contacto visual de los niños/as con los padres y con otras personas, mencionaron también que la mayoría de los niños(as) realizan actividades por sí mismo, encaminándose al logro completo de su independencia y autonomía, ya que a través de los observación por parte del grupo investigador, se logró identificar dichas conductas. También los niños(as) atienden algunas indicaciones, mientras que otros han mejorado su lenguaje, atención, modificación de conducta y psicomotricidad fina y gruesa.

Los profesionales y padres de familia coincidieron en sus respuestas con respecto a que sus responsabilidades con los niños(as) es cubrir sus necesidades básicas como: desarrollo de hábitos higiénicos, alimentación, educación, salud y recreación. Los padres de familia manifestaron que el apoyo tanto emocional

como económico por parte del grupo familiar es importante tanto para los adultos como para los niños(as). Pues algunos de los padres tuvieron la necesidad de abandonar su trabajo para dedicarse a tiempo completo al cuidado de su hijo(a) También mencionaron que una de los compromisos como padres en relación al cuidado de su hijo(a) es prepararlo para la vida, proporcionarle muestras de afecto y respetar su individualidad.

Para una adecuada atención por parte de los padres de familia hacia sus hijos con autismo, es necesario que su salud mental se encuentre estable, para ello, algunos de los padres sobrellevan dicha dificultad realizando ejercicios que les ayudan a mantenerse en condiciones favorables tanto física y emocionalmente otros comparten más tiempo con su hijo/a por medio de la realización de actividades recreativas; de igual manera algunos padres optaron por ocupar tiempo para brindar información sobre el tema de autismo a otras personas.

Con respecto al sistema de salud y educación, los profesionales y padres de familia coincidieron que en salud es poco el apoyo que se les está brindando, ya que en su mayoría no conocen de otro lugar que proporcione ayuda para niños/as con autismo y en relación a la educación a pesar que casi todos los niños son escolarizados, no se cuenta con el personal preparado en conocimiento y práctica para atender adecuadamente a los niños con autismo y que por tal razón a veces son discriminados por los compañeros y en algunas ocasiones hasta por los maestros mismos.

Según las observaciones realizadas por el grupo investigador se indagó que a veces los niños(as) parecen sordos o se inmutan con los sonidos, en su gran mayoría tiene obsesión por algunos objetos, en este caso los juguetes, a veces observan directamente a los ojos de las personas cuando se les llama por su nombre o se les asignan indicaciones, algunos muestran conductas agresivas con ellos mismos, ya sean mordiéndose las manos ó tirándose al piso y con otras personas.

Por otra parte de observó que algunos niños(as) mantienen la atención durante un lapso prolongado en sus actividades, manifestando esa atención siempre y cuando la actividad era de su agrado de lo contrario algunos no finalizaban.

En lo que respecta al área de afectividad, se observó que algunos niños(as) en ocasiones se integraban a los juegos, socializando así con los demás niños(as) y respondiendo en algunas ocasiones a muestras de afecto como abrazo o beso, por parte de sus padres o madres respectivamente o por otras personas.

La descripción y baseado de datos anterior se realizó conforme a los datos obtenidos en los instrumentos aplicados a profesionales de psicología, terapistas, padres de familia y niños(as), dentro del programa de Autismo que pertenece al Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI).

CAPITULO V

CONCLUSIONES.

El grupo investigador concluye lo siguiente:

- Ψ El autismo es un trastorno del desarrollo que aun no tiene un origen específico a pesar de la diversidad de factores que podrían desarrollarlo y del estudio que los profesionales en la materia han realizado, exponiendo así sus diferentes teorías al respecto.
- Ψ Se determinó que las áreas más afectadas en las personas con autismo son, la comunicación, socialización y la conducta, provocando dificultades en sus diferentes contextos, ya sea a nivel personal, familiar y social.
- Ψ Que una de las mayores dificultades a las que se enfrentan las personas con autismo es la integración a los centros educativos, ya que el personal que labora en las instituciones no poseen el conocimiento adecuado, debido a la poca información y preparación con respecto al síndrome.
- Ψ El proceso de aceptación por parte de los padres de familia fue una de las reacciones más difíciles ante el diagnóstico de autismo en sus hijos(as) provocando una combinación de sentimientos tales como tristeza, angustia, depresión y duda prolongando así la aceptación del diagnóstico.

- Ψ En cada una de las terapias realizadas por los profesionales se observó que fueron desarrolladas con una diversidad de técnicas y actividades dirigidas a la modificación de conducta, logro de autonomía e independencia para lograr un adecuado desarrollo bio-psico-social en los niños(as) con autismo.

- Ψ Que en el departamento de psicología se han realizado escasos estudios de grado respecto al trastorno del desarrollo infantil a pesar de la necesidad de conocer más del tema.

RECOMENDACIONES.

El grupo investigador recomienda lo siguiente:

- Ψ Según los estudios e investigaciones realizadas con respecto a autismo se recomienda a los profesionales en salud adoptar una participación activa, mayor involucramiento y promover conferencias, capacitaciones, talleres y charlas informativas para que la población posea un mayor conocimiento y logren orientar adecuadamente acerca del trastorno del desarrollo.
- Ψ Se sugiere a los profesionales que atienden a personas con autismo que proporcionen mayor énfasis en las áreas más afectadas, comunicación, socialización y conducta, con el fin de mejorar su desenvolvimiento a nivel individual, familiar y social.
- Ψ Se sugiere al Ministerio de Educación proporcionar el conocimiento y preparación adecuada respecto a autismo, a los docentes de las diferentes instituciones educativas para que les brinden la oportunidad de integrarse a las aulas regulares.
- Ψ A los profesionales en salud mental se sugiere se proporcionen atención psicológica a los padres de familia de niños(as) con autismo, con el fin de orientarles adecuadamente respecto a lo diferentes reacciones y sentimientos ante el diagnóstico y el proceso de aceptación.

- Ψ A los padres de familia de niños(as) con autismo se sugiere que asistan a las terapias asignadas, que atiendan a las indicaciones proporcionadas por los profesionales y que refuercen las terapias con el apoyo de su grupo familiar para obtener mejores resultados en su cotidianidad.

- Ψ Se sugiere a los futuros profesionales en salud mental, realicen investigaciones respecto al trastorno del desarrollo infantil, ya que existen pocos estudios sobre el tema y el diagnóstico va en aumento en la población.

CAPITULO VI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Libros Consultados.

- Frith, Uta (1991), "Autismo", Madrid, Alianza Editorial.

- María Paz Bermúdez, María Paz Sánchez (2004-2006) "Manual de Psicología Clínica Infantil. Técnica de Evaluación y Tratamiento". Editorial Biblioteca nueva, Madrid.

- Susana Paz (2006), "El Psicólogo en casa". Edición: Equipo editorial LIBSA. España.

- María Consuelo Barrera (2004) "Discapacidad e inclusión escolar" 1º Edición Procesos Gráficos .El Salvador.

- Mariana E, Navarrete, "Trastornos Escolares ,Detección, Diagnóstico y Tratamiento" Editorial Lexus Impreso en España , Edición 2005.

- Pedagogía y Psicología Infantil, Biblioteca práctica para padres y maestros Editorial Cultural S,A. Impreso en Esapaña ,Edición 1997.

- Guía Integrada de Procesos Metodológicos para el nivel de Educación Parvularia. Ministerio de Educación, Plan El Salvador.

Tesis.

- Cáceres López, María Ibel, “Diseño de un Programa de orientación psicoterapéutico dirigido a padres/madres de familia, que les permita tomar conciencia sobre la importancia de la atención integral de sus hijos con trastorno autista entre las edades de 2-12 años, pertenecientes a la Asociación Salvadoreña de Autismo, en el periodo de Marzo a Julio de 2011”. San Salvador, El Salvador.

Páginas Web.

- <http://www.micerebro.com/pddq8.shtml>.
- <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/investigative-medicine/1873041-el-autismo-la-educaci%C3%B2n/#ixzz2lvQaN600>.
- <http://www.salud.practicopedia.lainformacion.com/.../como-identificar-el-autismo>.
- <http://www.pasitos.org/temas.html>.
- www.investigacionyciencia.es/mente-cerebro.
- www.asdoz.com/espanol/sobre-autismo.htm.
- www.autismspeaks.org/familia-usted-y-autismo.
- wwwspicopedagogia.com/articulos.
- [Fonoaudiologeeeks.com /áreas-cerebrales-afectadas en autismo](http://Fonoaudiologeeeks.com/areas-cerebrales-afectadas-en-autismo).

- [www.eduquemosen la red.com/articulosdepsicopedagogia](http://www.eduquemosenla red.com/articulosdepsicopedagogia).
- www.Psicopedagogia.com/autismo/manualparapadresdeniñosautistas.
- <http://www.definición.org/autismo>.
- Esperanzas en el Autismo.
www.ampacarrilet.org/.../Autismo%20%20Esperanzas%20para%20el%20...
- Los Trastornos de Espectro Autista.
www.psicodiagnosis.es/downloads/t.g.dvolumen1.pdf
- Información para padres tras un diagnóstico de Trastorno Autista.
www.guiasalud.es/egpc/autismo/completa/documentos/.../anexo09.pdf
- Estrategias Efectivas para enseñar a los niños con autismo.
Desafiandoalautismo.org/estrategias-efectivas-para-ensenar-a-los-niños

ANEXOS

Guia de Entrevista

dirigida a Profesionales

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.**



GUIA DE ENTREVISTA

**Dirigida a Profesionales que prestan sus servicios en el Instituto Salvadoreño
para la Rehabilitación Integral.**

Objetivo: Recopilar los diferentes puntos de vista de los(as) profesionales que proporcionan la atención terapéutica y educativa con los niños(as) con autismo que asisten a la Institución Salvadoreña de Rehabilitación Integral.

Datos de identificación del (la) profesional.

Nombre:

Profesión:

Cargo que desempeña:

Tiempo de ejercer la profesión: _____

1- ¿Podría mencionar si ha recibido capacitaciones u orientaciones psicológicas para la formación o conocimiento especial para la atención a niños(as) con autismo? Explique.

2- A partir de su profesión ¿Qué conocimientos tiene sobre el problema de autismo?

3- ¿Cuáles cree que son las necesidades más frecuentes que ha observado en los niños(as) con autismo?

4- ¿Qué clase de dificultades se encuentran con mayor frecuencia en los padres de los niños(as) con problemas de autismo?

5- ¿Cuáles son las dificultades que manifiestan los niños(as) que asisten a la institución?

6- ¿Qué actividades considera importantes que los padres y madres deben conocer y realizar para la rehabilitación de sus hijos(as)?

7- ¿Mencione y explique en qué consiste las terapias que se desarrollan con los niños(as) con problemas de autismo?

5. ¿Considera que el sistema de salud y educación actual se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos necesarios para mejorar la calidad de vida a los (las) niños(as) con autismo?

6. ¿Ha escuchado de alguna institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres de familia, maestros u otras personas para que adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para la comprensión y educación de los niños (as) con autismo?

Guia de Entrevista dirigida a Padres de Familia



GUÍA DE ENTREVISTA.

Dirigida a Padres/Madres de familia de niños(as) atendidos en el Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral (ISRI).

Objetivo: Recopilar información sobre las diferentes emociones y dificultades que manifiestan los padres/madres de familia ante la presencia del Autismo en sus hijos(as).

Nombre del Niño(a), (para Control del Grupo Investigador):

Nombre de la Madre/ Padre de Familia o Responsable:

Nombre de Investigadora: _____ Fecha: _____

1. Al visitar a los Profesionales en Salud y Atención Psicológica para que evaluaran a su hijo(a), podría comentar ¿Cuál fue su reacción ante el Diagnóstico realizado?

2. Después del Diagnóstico realizado a su hijo(a) por los profesionales en salud y Atención Psicológica, podría mencionar ¿Cuál fue su impresión respecto a la información que le proporcionaron respecto a la Evaluación realizada a su hijo(a)?

3. A medida que su hijo(a) ha recibido el tratamiento a su situación, tomando en cuenta desde que inició la atención proporcionada por los profesionales hasta el momento, ¿ha observado avances en su conducta, podría mencionar cuáles son? _____

4. Debido a la situación que presenta su hijo(a), la atención que le brinda como Padre/Madre de familia es sumamente importante, podría describir brevemente ¿Cuál es el compromiso en sí que tiene usted en relación al cuidado y responsabilidad de su hijo(a)?

7. Según el tiempo que ha dedicado a cada una de las terapias con su hijo(a), ¿Considera que el cuidado y la atención que está proporcionándole le están ayudando para lograr su rehabilitación, podría mencionar de qué manera?

8. Considerando que es un esfuerzo el que realiza con su hijo(a), al asistir a las terapias, ¿Como se ayuda a usted mismo(a) y a su familia y mencione cuáles son sus apoyos para sobrellevar su situación de Autismo que presenta su hijo(a)?

9. La educación es un derecho para todos los niños(as), al respecto ¿Podría mencionar las dificultades que se le han presentado al incluir a su hijo(a) en los Centros Educativos?

10. ¿Considera que el sistema de salud y educación actual se preocupan por facilitar los medios terapéuticos y psicológicos necesarios para mejorar la calidad de vida a los (las) niños(as) con autismo?

11. ¿Ha escuchado de alguna institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres de familia, maestros u otras personas para que adquieran los conocimientos y habilidades necesarias para la comprensión y educación de los niños (as) con autismo?

¡!!Muchas Gracias por su Colaboración!!!

Guía de Observación dirigida a Niños(as)

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.



GUIA DE OBSERVACIÓN.

Dirigida a Padres de Familia y Niños(as) con Autismo que asisten a Instituto Salvadoreño para la Rehabilitación Integral.

Objetivo: Recopilar información por medio de la Guía de Observación respecto al desenvolvimiento y participación activa del niño(a) con Autismo en cada una de las áreas que reciben atención dentro de la Institución.

Nombre del Niño(a) (para control de Grupo Investigador):

Nombre de la Madre/ Padre de Familia o Responsable:

Nombre de Investigadora: _____ Fecha: _____

Área Cognitiva- Conductual.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A Veces	Nunca
Parece sordo, no se inmuta con los sonidos			
Obsesion por los objetos			
Muestra interés por los juguetes.			
Vé a los ojos cuando se dirigen a él (ella).			
Se muestra Inquieto.			
Se muestra agresivo con él mismo.			

Se muestra agresivo con los demás.			
Se obsesiona por el orden.			
Muestra gestos de molestia ante los cambios repentinos.			
Pide las cosas tomando la mano de alguien y dirigiendola a lo que desea.			
Finaliza la actividad que se le ha asignado.			

Área de la Atención.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Responde a su nombre.			
Obedece y sigue instrucciones.			
Se queda quieto observando un punto de referencia.			
Se muestra sencible a ciertos sonidos.			
Mantener la atención durante un lapso prolongado en sus actividades.			

Área de la Afectividad.

Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Juega o socializa con los demás niños(as).			
Evita el contacto físico.			
Muestra gestos de agrado en las actividades que realiza.			

Muestra total desinterés por su entorno.			
Responde a muestras de afecto por parte de otras personas.			

Psicomotricidad.


Conductas a Observar en el niño(a).	Siempre	A veces	Nunca
Gira o se mece sobre sí mismo.			
Tiende a poner objetos en línea.			
Mantiene objetos adecuadamente entres sus manos.			
Mantiene el equilibrio ante determinadas actividades.			
Manipula adecuadamente objetos que se indican ante actividades que le asignan.			

Otras Observaciones:



DISEÑO DE PROGRAMA PSICOLÓGICO



The background features a grid of stylized human figures. Each figure has a white circular head and a colored triangular body. The colors of the bodies are purple, yellow, orange, red, green, light green, yellow, and blue. Several of these figures are holding a blue puzzle piece. The entire scene is framed by a double blue border.

"CRECIENDO Y
APRENDIENDO
JUNTOS"



CARTA DE UN NIÑO(A) CON AUTISMO.

1. *Ayúdame a comprender, organice mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder.*

2. *No te angusties conmigo, porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender mi realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más.*


3. *Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer, y me gusta hacer las cosas bien aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuando he hecho las cosas bien, y ayúdame a a hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo mismo que a ti, me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.*

4. *Necesito más orden del que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir.*

5. *Me resulta difícil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener un sentido concreto y descifrable para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.*

6. *No me invadas excesivamente. A veces las personas son demasiado imprevisibles, demasiado ruidosas, demasiado estimulantes. Respeta las distancias que necesito, pero sin dejarme sólo.*

7. *Lo que hago no es contra ti. Cuando tenga una rabieta o me golpee, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es difícil atender o hacer lo que me pides, no estoy tratando de hacerte daño.*



8. *Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Haz un esfuerzo por comprenderme.*

9. *Las otras personas son demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado, sino simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan ingenuamente expuesto a los demás que resulta difícil en él. Tengo mucha menos complicación que las personas que os consideráis "normales".*

10. *No me pidas siempre las mismas cosas, ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. El autista soy yo, no tú!*

11. *No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente ó un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, jóvenes y adultos a los que llamáis "normales". Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas. Me siento satisfecho cuando hago las cosas bien.*

12. *Vale la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.*

13. *Ni mis padres ni to tenemos la culpa de lo que me pasa, tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpéis unos a los otros. A veces mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie.*

14. *No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona con autismo. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres o te deprimas, necesito estabilidad y bienestar emocional a mí alrededor para estar mejor.*

Ángel Rivière

PRESENTACIÓN.

La presente propuesta de programa de tratamiento psicológico **“Creciendo y aprendiendo juntos”** está dirigida para ayudar a niños(as) con autismo, que presentan dificultades en las áreas cognitivo- conductual, afectiva, atención y psicomotricidad con el fin de contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos. La propuesta de tratamiento se diseñó sobre la base de la información que se obtuvo al aplicar los instrumentos a profesionales que laboran en el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), a padres de familia y a niños(as) con autismo que asisten a la institución.

Para la elaboración del diseño se consideró necesario elaborarlo a partir de un enfoque ecléptico, debido al nivel de dificultad que presentan los niños(as) con autismo, valorando de igual manera las particularidades propias del trastorno del desarrollo. Puesto que el enfoque proporciona las posibilidades de utilizar una diversidad de técnicas y actividades que mejoren e incrementen adecuadamente el desarrollo en el niño(a) a nivel personal, familiar, educativo y social.

Por tal razón la propuesta está dirigida a niños(as) con autismo, a profesionales, docentes y padres de familia como una herramienta fundamental ya que hoy en día, no se cuenta con la información adecuada en centros educativos e instituciones de salud para atender oportunamente y ejecutar las técnicas o actividades prácticas que consideren apropiadas para su respectiva aplicación.

Para la ejecución de la propuesta es necesario tener presente algunas consideraciones, valorar el nivel de dificultad presente en los niños(as), sus diferencias individuales, edad, atención y responsabilidad de los padres de familia ante la dificultad. De igual manera, para el desarrollo de las técnicas y actividades psicoterapéuticas se sugieren algunas orientaciones como, brindar indicaciones cortas y sencillas para una mejor comprensión, emplear un adecuado tono de voz, espacios apropiados acordes a la actividad, elaborar los materiales visuales de una forma atractiva valorando texturas, colores y tamaños; finalmente el tiempo y duración de las técnicas y actividades dependerá de los avances observados en los niños(as) para el cumplimiento de los objetivos planteados.

OBJETIVOS.

Objetivo General:

Propuesta de programa de tratamiento psicológico **“Creciendo y aprendiendo juntos”** dirigido a niños(as) con autismo que presentan dificultades en las áreas cognitivo- conductual, afectiva, atención y psicomotricidad con el fin de contribuir a su educación y estimular sus procesos psicológicos.

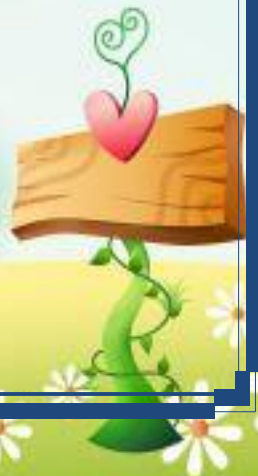
Áreas	Objetivos.
Cognitiva Conductual.	Desarrollar destrezas y habilidades en los niños(as) con autismo, utilizando una diversidad de técnicas y actividades las cuales promuevan la modificación de las conductas.
Afectividad	Fomentar expresiones afectivas en los niños(as) con autismo a través de la imitación y modelado para que sean manifestadas en sus diferentes entornos.
Atención	Desarrollar en los niños(as) con autismo la capacidad de concentración a través de actividades dirigidas las cuales propicien periodos prolongados de atención en sus rutinas diarias.
Psicomotricidad	Crear espacios y desarrollar actividades que favorezcan la expresión motriz y el desarrollo armónico en los niños(as) con autismo.

PAUTAS PARA LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA PSICOLÓGICO

1. **Claridad:** Se debe realizar una correcta explicación de las indicaciones y de las actividades que se van a desarrollar. El niño(a) debe tener muy claro la actividad que tiene que ejecutar.
2. **Lenguaje concreto:** Preciso y con pocas palabras cuando se explique al niño(a) mucho lenguaje puede provocar su distracción y confusión
3. **Trabajo estructurado:** El cual debe estar dividido en objetivos los cuales se van a ir logrando poco a poco en el transcurso que se desarrolle el programa.
4. **Constancia:** Se debe ser constante, es decir repetir las veces que sean necesarias la realización de las actividades empleando una metodología adecuada y sistematizada.
5. **Aprovechar los intereses:** Conocer los interés y preferencias del niño(a) favorecerá el aprendizaje y cambios de conducta.
6. **Motivación:** Presentar las actividades de una forma lúdica y divertida como un juego en ocasiones se puede jugar con el niño(a) para motivarlos, sin perder el objetivo se quiere lograr con la actividad.
7. **Entorno de trabajo:** Libre de estímulos, posibilitar el trabajo en un lugar adecuado para que el niño(a) pueda realizar las actividades sin ninguna dificultad.
8. **Variedad:** Pero con ciertos límites realizar actividades variadas en cada momento para no permitir la fatiga o el aburrimiento.
9. **No facilitar la actividad:** No se deberá facilitar la actividad en exceso es decir ayudar, solo cuando sea necesario motivar al niño(a) cada vez que termine o realice correctamente un tarea, no se deberá señalar los errores más bien facilitar que el niño(a) realice otra vez el proceso para que sea el mismo quien descubra los errores y por lo tanto la forma de no repetirlos.
10. **Mantener una actitud positiva:** En todo momento se deberá mantener una actitud positiva y motivadora mediante fichas de recompensa, premios, elogios para su desarrollar su autoconfianza y autoestima creando un clima de confianza y cariño.

ÁREA

COGNITIVO-CONDUCTUAL



ÁREA COGNITIVO - CONDUCTUAL

La Terapia Conductual puede definirse como, "La aplicación sistemática de los principios y técnicas del aprendizaje en la modificación de la conducta humana".

Es algo similar a la enseñanza por medio de premios y castigos.

El inicio de la Terapia Conductual se sitúa en los experimentos del filósofo Ruso Iván Pavlov (1927), aunque lo anteceden en América los estudios de Thorndike acerca del aprendizaje por "causa y efecto" en (1913).

La modificación de la conducta ha tenido una creciente aceptación por tres motivos importantes:

- 1.) Ha demostrado ser efectiva en hospitales, psiquiátricos, escuelas y en las actividades de la comunidad en general.
- 2.) Ha dejado, gradualmente, de lado otros programas educativos existentes y sistemas tradicionales.
- 3.) Se ha caracterizado por ser objetiva y poder ser observada, esto significa que es confiable y tiene gran validez por ser medible.

Cada día es mayor la tendencia al refuerzo (premio) de conductas deseables, en lugar de aplicar "castigos". Muchos terapeutas presentan al niño(a) la oportunidad de jugar y ganar premios en lugar del escenario de "trabajar".

Se recomienda iniciar con esta terapia antes de los 10 años, aunque pueden observarse resultados positivos en niños mayores. La realidad muestra que cuanto antes se inicien este y otros tratamientos, mejores y mayores serán los resultados que se obtengan.

CONDICIONES PARA SU APLICACIÓN

Existen reglas generales para la aplicación de la Terapia Conductual que el terapeuta debe tener presente antes de iniciar la modificación de la conducta:

- **Es indispensable tener una impresión diagnóstica del paciente:** El niño(a) debe ser atendido por un neurólogo y evaluado por un psicólogo de manera tal que se conozcan las necesidades a tratar.

- **Cada niño(a) es un individuo único:** Es semejante a los demás en muchos aspectos y diferente a la vez en todos ellos, por ende las necesidades, avances y logros son también individuales y nunca deben ser comparados con otros niños(as).

- **No existen terapias universales:** Cada niño(a) requiere terapias específicas a sus necesidades y sus avances serán conforme a sus capacidades. Ningún programa, por bien diseñado que esté, funcionará igual en todos los niños(as).

- **Ambiente que rodea al niño(a):** El escenario conductual debe ser adecuado a las necesidades y características de cada niño(a), el cual debe estar libre de ruidos y distracciones, sin televisión encendida, sin imágenes en las paredes que puedan distraer su atención.

- **Salud del niño(a):** Su estado físico debe ser tenido en cuenta diariamente, ya que se trata de una variable que influye fuertemente en el desempeño del paciente. Un niño(a) enfermo o cansado siempre bajará su rendimiento.

- **Trabajo en equipo:** El terapeuta deberá involucrar a los padres y maestros en el tratamiento del niño(a). De nada sirven las horas de trabajo durante la semana si luego se deja libre al niño(a). Se debe tener el acercamiento constante y la comunicación entre todos aquellos que interactúen en el desarrollo del niño(a).

- **Constancia:** Se trata de un punto clave e indispensable para la adquisición de nuevas habilidades, ya que el tratamiento debe llevarse a cabo en forma continua y durante todo el año.

- **Disciplina:** Se debe tener estricto apego en la aplicación de los programas y procedimientos establecidos para la terapia, sin variaciones



PLAN OPERATIVO.

Área “Cognitiva Conductual”

Objetivo General: Desarrollar destrezas y habilidades en los niños/as con autismo, utilizando una diversidad de técnicas y actividades las cuales promuevan la modificación de conducta.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Relajación (como un globo)	Inducir al niño(a) a un estado de relajación de cabeza a pies.	Se le pide al niño(a) respirar hinchándose y deshinchándose como un globo . Atrapando el aire por la nariz intentando llenar todos sus pulmones de aire, aguantando la respiración contando tres segundos y sintiendo la presión en todo el pecho. Luego se le pide soltar el aire por la boca poco a poco y que cierre los ojos y comprobando como todo tu cuerpo se va desinflando como un globo y como todo su cuerpo se va hundiendo y aplastando contra el sofá o la cama donde este tendido. Con el aire suelta toda las cosas malas, las cosas que no te gustan, todas las cosas que te preocupan ¡Fuera! ¡échalas! y quédate respirando normal y nota esa sensación tan buena de tranquilidad, de paz... respirando como tu respiras normalmente y notando como el aire entra y sale sin dificultad... ¡Vamos a respirar de nuevo profundamente ¡toma el aire por tu nariz, hincha el globo todo lo que puedas y cuenta hasta tres aguantando el aire, uno, dos y tres. Y suelta por la boca, despacio, cerrando los ojos y convirtiéndote en un globo que se va deshinchando, hundiéndose, aplastándose y quedándose tranquilo.	Humanos. - Profesional en Psicología, - Docente, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a)	10 Minutos aproximadamente. Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Se pretende disminuir la tensión muscular así como minimizar la ansiedad presentada causada por diferentes factores.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Relajación (manos y brazos)	Inducir al niño(a) a un estado de relajación de sus extremidades	<p>Se le pide al niño(a) que imagine que tiene un “limón” en su mano izquierda. Ahora trata de exprimirlo...trata de exprimírle todo el jugo...Siente la tensión en tu mano y brazo mientras lo estás exprimiendo...Ahora déjalo caer. Fíjate cómo están ahora tus músculos cuando están relajados. Coge ahora otro limón y trata de exprimirlo. Exprímelo más fuerte de lo que lo hiciste con el 1º; ¡muy bien! Ahora tira el limón y relájate. Fíjate qué bien se sienten tu mano y tu brazo cuando están relajados. Una vez más, toma el limón en tu mano izquierda y exprímelo todo el zumo, no dejes ni una sola gota, exprímelo fuerte. Ahora relájate y deja caer el limón. (Repetir el mismo procedimiento con la mano y el brazo derechos).</p> <p>(Ver Anexo 1)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Docente, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a) <p>Materiales.</p> <p>Sofá.</p>	<p>10 Minutos aproximadamente.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Valorar la reducción de la tensión muscular de las respectivas extremidades solicitadas en la actividad.</p>
(Brazos y hombros)	Inducir al niño(a) a un estado de relajación de sus extremidades	<p>Ahora vamos a imaginarnos que eres un “gato muy perezoso” y quieres estirarte. Estira (extiende) tus brazos frente a ti, levántalos ahora sobre tu cabeza y llévalos hacia atrás. Ahora deja caer tus brazos a tu lado. Muy bien. Vamos a estirar otra vez. Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y tira de ellos hacia atrás, fuerte. Ahora déjalos caer. Muy bien. Fíjate como tus hombros se sienten ahora más relajados. Ahora una vez más, vamos a intentar estirar los brazos, intentar tocar el techo esta vez. De acuerdo... Estira los brazos frente a ti, levántalos sobre tu cabeza y hazlos hacia atrás, fíjate en la tensión que sientes en tus brazos y hombros. Una última vez, ahora muy fuerte. Deja caer los brazos, fíjate qué bien te sientes cuando estás relajado.</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Docente, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a) <p>Materiales.</p> <p>Sofá.</p>	<p>10 Minutos aproximadamente.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>La reducción de la ansiedad que pueden reflejar al momento de cambios de actividades ya sea al trabajar con el profesional o padres</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Fomentar la motivación	Preparar a los profesionales en la modificación de conducta de los niños(as) con autismo.	<p>Para fomentar la motivación dirigido al cambio de conductas, implica emplear estrategias de instrucción natural. Las estrategias que se utilizan para aumentar la motivación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Permitir que el niño(a) elijan actividades o materiales de la situación de aprendizaje ⇒ Utilizar refuerzos directos que indiquen que las consecuencias de la conducta del niño(a) están directamente relacionadas con sus respuestas. ⇒ Intercalar tareas de “mantenimiento” entre las tareas de adquisición. ⇒ Reforzar los intentos de responder y no solo las respuestas correctas. ⇒ Las recompensas se dan de forma inmediata y contingente. 	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Docente, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a) 	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Conocimiento de la definición de motivación por parte de los profesionales y adecuado manejo conductual de niños(as)
Fomentar la auto-regulación	Preparar a los profesionales en la modificación de conducta de los niños(as) con autismo.	<p>Si un niño(a) aprende a manejar su conducta, puede utilizar luego esa capacidad en diversos contextos y con relación a muchas conductas.</p> <p>La autorregulación implica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Identificar conductas apropiadas de las no apropiadas. ⇒ Reconocer la presencia de la conducta objetivo. ⇒ Auto administrarse los esfuerzos. ⇒ Que el niño(a) funcione con verdadera independencia. 	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Docente, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a) 	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Conocimiento de la motivación en los profesionales y adecuado manejo conductual de niños(as)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Modelamiento e Imitación.	Promover una conducta adecuada a través de la reproducción de otra persona.	La conducta se divide en pequeños pasos (por ejemplo saludar antes de entrar a un lugar, él adulto enseña por medio de gestos en el rostro, moviendo la mano, hablando, etc.) y se va enseñando cada uno de ellos, haciendo que el niño(a) imite cada paso, dándole la ayuda física, verbal, gestual que precise, desvaneciéndolo la misma conforme vaya teniendo éxito. (Ver Anexo 2).	Humanos - Profesional en Psicología, - Educador, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.	Modulación de conducta a través del modelamiento de adultos y asertividad en acciones y logro de independencia.
Retirada de atención	Originar un cambio de actitud en el niño(a) ante manifestaciones conductuales no deseadas.	Ante las manifestaciones de gritos, rabietas u otros, dejar automáticamente de prestar atención al niño(a). Este modo de actuar se justifica bajo la hipótesis de que el niño(a) efectúa tales manifestaciones para reivindicar ciertas demandas o llamar la atención del adulto. Valorando sólo las manifestaciones anteriores u otras de las que se tenga el conocimiento que no causaran daño físico hacia el niño(a) u otras personas. (Ver Anexo 3)	Humanos - Profesional en Psicología, Educador, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.	Modulación de conducta ante expresión inadecuada. Autocontrol emocional y asertividad
Tiempo fuera	Reducir conductas de alteración del orden combinando con el refuerzo de las conductas deseadas	Ante las manifestaciones conductuales inadecuadas frecuentemente por parte del niño(a) se procede en el que el niño(a) se le retira físicamente del espacio actual para trasladarlo a su habitación u otro lugar, por un breve espacio de tiempo. Sin expresar comentarios negativos respecto a la conducta del niño. Hasta después de haber cumplido el tiempo, realizar una breve reflexión respecto a lo ocurrido. También pueden ser los padres los que se retiran del lugar donde esté el niño(a). (Ver Anexo 4)	Humanos - Profesional en Psicología, - Educador, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a).	Aproximadamente un minuto por año de edad del niño(a).	Modulación de conducta cuando se presenta actividad inapropiada Autocontrol emocional y asertividad.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Economía de fichas	Promover e introducir una o varias conductas deseables a través del control de reforzamientos.	<p>Consiste en establecer refuerzos contingentes a las conductas deseadas, es decir controlar las conductas de una persona o un grupo de personas a través de estímulos reforzadores generalizados como fichas, puntos, estrellitas de papel, etc. Las fichas se administran como refuerzo inmediato y contingente a la realización de las conductas deseadas y posteriormente se cambian por reforzadores reales.</p> <p>(Ver Anexo 5)</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Educador, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a). <p>Materiales</p> <p>Cartoncillo Colores.</p>	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Modulación de conducta ante reforzador presentado. Asertividad y motivación ante estímulo deseado del niño(a).
Contrato de contingencias	Mejorar la conducta deficiente que presenta el niño(a).	Consiste en utilizar un reforzador para el niño(a), con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia (enseñar una nueva habilidad) básicamente la que se aplica por primera vez a un niño(a) es de dar un premio cada vez que obedece una instrucción (premios que no necesariamente impliquen grandes costos) puede ser "una fruta, un jugo, sorbete, etc.) y debe de ir acompañado de un halago, "estoy muy contento de ti", "lo haces muy bien.	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesional en Psicología, - Educador, - Terapeuta, - Padres de Familia, - Niño(a). <p>Materiales</p> <p>"Premio"</p>	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Seguimiento de instrucciones a corto y mediano plazo. Equilibramiento de autoestima a través de los halagos y búsqueda de habilidades nuevas.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
La intención paradójica	Inducir al niño(a) a que realice una actividad adversa a la que se desea.	Consiste en que cuando el niño esté realizando algún berrinche, se le solicita al niño(a) en ese “momento de berrinche” que realice una y otra vez la conducta que se quiere evitar. Por ejemplo: “Gritos, llantos, berrinches”. Al realizarlas, el padre de familia insistirá diciendo al niño(a) que continúe (Gritando, llorando, haciendo berrinche), hasta que se canse de realizar esas conductas. Finalmente el padre de familia intentará reflexionar con el niño(a) respecto a la conducta inadecuada.	Humanos -Profesional en Psicología, Educador, -Terapista, -Padres de Familia, -Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Modulación de conducta inapropiada y seguimiento de indicaciones por parte de los adultos
Refuerzo positivo	Promover un cambio de conducta a través de un estímulo	Para que el niño(a) minimice conductas inadecuadas es necesario proporcionarle “una recompensa o premio” previamente elegido, que le guste mucho, inmediatamente después de que ha ocurrido la conducta deseada, explicándole las razones por las que se le está reconociendo de esa manera, expresando que esa conducta ha sido la adecuada. (Ver Anexo 6)	Humanos -Profesional en Psicología, Educador, -Terapista, -Padres de Familia, -Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Motivación en el niño(a), así mismo ayudarle en su autoestima y logro de asertividad
Interrupción de rutina	Provocar en el niño(a) cambios de rutina según sus intereses.	Se provoca un cambio en la rutina del niño(a), es decir, en lo que es normal para él (ella), se potencia la posibilidad de que pida de un modo u otro el volver a lo habitual.	Humanos -Profesional en Psicología, Educador, -Terapista, -Padres de Familia, Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.	Modificación de rituales marcados en sus actividades cotidianas.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
No atender.	Evadir ciertas manifestaciones para que el niño(a), aprenda comportamientos adecuados.	Al inicio de un llanto o berrinche, sobre todo cuando el niño(a) parece buscar los ojos del adulto, no atender la manifestación hasta que cese o disminuya por sí sola .Ofrecer un objeto o pedirle realizar otra acción y reforzar socialmente al niño(a) por la nueva conducta, para que “aprenda” a obtener atención mediante comportamientos socialmente adecuados	Humanos Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a).	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área	Autocontrol emocional cuando se perturbe el niño(a).
Disminuir la exigencia de complejidad	Proveer un ambiente menos exigente ante cierta actividad que provoque fatiga o ansiedad	En caso de de negatividad o fatiga durante una actividad (encaje, ordenar, apilar cubos, etc.) es recomendable ir disminuyendo la exigencia, requiriendo acciones más simples (sólo apilar o entregar cosas, guardar el material de trabajo), pero no dejar de hacer cosas. De esta forma es posible para el niño(a) modularse al entender y poder manejar la actividad. Todo cambio de actitud se debe reforzar socialmente, es decir, si el niño(a) hace lo que se quiere (aunque sea más simple), la voz y rostro del profesional deben mostrar satisfacción para que el niño(a) asocie agrado con el hecho de estar haciendo lo que se le pide. <i>(Ver Anexo 7)</i>	Humanos Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a). Materiales Juguetes	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área	Motivación ante las actividades encomendadas en el niño(a) y disminución de estrés por diversos factores.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Referencia social</p>	<p>Promover en el niño(a) un cambio de conducta a través de facciones de cara o sonidos de la voz.</p>	<p>El rostro humano es una importante fuente de información. Las expresiones comunican al niño(a) no sólo cómo nos sentimos en relación al mundo (algo es rico o malo, peligroso o seguro), sino que, sobre todo, cómo se sienten frente a su propia conducta. Un niño(a) debe entender si provoca alegría o molestia. Al inicio de una dificultad o ligera molestia, Es importante mantener un rostro tranquilo o alegre para que el niño(a) no se contamine con la ansiedad del adulto. A lo más un rostro más severo al inicio, seguido por cambios favorables frente a la más mínima modificación de la conducta infantil. Si la conducta es muy desagradable, es bueno tomar el rostro del niño(a) (suavemente), decirle “NO” con energía (con tono grave, nunca agudo) y señalar el ceño, mostrando el enojo. Cuando el niño(a) cambia algo de su conducta, la cara también debe cambiar, mostrándole ahora sonrisa y diciéndole algo simple como “muy bien”, “estoy contento”, etc.</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesional en Psicología, Educador, -Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a). 	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área</p>	<p>Conocimiento de las diferentes facciones del rostro y el auto-control emocional de sus sentimientos y emociones.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Silla fría</p>	<p>Enfriar la furia y la agitación del niño(a), en un nivel que no sea incómodo para el ambiente</p>	<p>En caso de llanto extremo, para prevenir o disminuir la "rabieta", es recomendable buscar un lugar en el que el niño pueda llorar, sin dañarse (sillón, colcha, silla), acompañándolo y evitando que se retire de ahí. Se puede sentar al niño(a) en una silla cómoda o dejarle acostado en un sillón. El adulto se sienta frente a él, haciendo un gesto simple con la mano para que se calme (como el gesto de <i>stop</i>). Si el niño(a) intenta salir, se le fuerza suavemente a permanecer en el lugar (por eso mientras más cómodo, mejor).</p> <p>Se entrega atención cada vez que el niño(a) disminuye la intensidad de su conducta, con palabras amables o un abrazo antes de reanudar una actividad o irse a otro lugar.</p> <p><i>(Ver Anexo 8)</i></p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesional en Psicología, Educador, -Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a). <p>Materiales</p> <p>Silla Colchón</p>	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área</p>	<p>Modulación de conducta a modificar y el autocontrol emocional ante furia o agitación del niño(a).</p>
<p>Contención física</p>	<p>Facilitar un mejor manejo conductual a través del contacto físico</p>	<p>El abrazo intenso, por más de 20 segundos, tiende a generar sustancias químicas (dopamina, serotonina) que aquietan la reacción. En el peor de los casos, el abrazar y dejar que el niño(a) llore, le permite manifestar sus emociones, sin tirarse al suelo, agredirse o agredir a su entorno, abriendo la puerta a un manejo posterior. Funciona como castigo a una conducta indeseada al impedir el libre movimiento, lo cual es muy desagradable para el niño(a).</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesional en Psicología, Educador, -Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a). 	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área</p>	<p>Autocontrol emocional y Mejorar la autoestima a través del abrazo intenso.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Castigo positivo	Proveer al niño(a) de una actividad, cuando no realice la conducta deseada.	<p>Consiste en hacer que niño(a) ordene lo que se vota por repetidas veces, entregar objetos, ordenar el material, etc. Hacer que un niño(a) trabaje, con algo de instigación, muchas veces es un muy buen castigo, en términos de que el niño(a) va entendiendo que cada vez que presenta una conducta indeseada tendrá que trabajar en exceso.</p> <p>Tono adecuado, sin maltratarle física ni emocionalmente hablando, finalmente hacer una breve reflexión por un par de minutos respecto a lo ocurrido.</p> <p>(Ver Anexo 9)</p>	<p>Humanos</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a).</p> <p>Materiales.</p> <p>Juguetes.</p>	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área	Seguimiento de indicaciones a corto y mediano plazo y Mejora de autoestima a través de las diferentes manifestaciones
Castigo negativo	Retirar por un corto periodo de tiempo, lo que el niño(a) disfruta, a cambio de modular su conducta	<p>Consiste en retirar lo que el niño(a) desea frente a la manifestación disruptiva y reingresarla frente a los cambios adecuados. Si estamos jugando o interactuando y el niño(a) muestra conductas inadecuadas, se retira el material, la comida o incluso el profesional mismo.</p> <p>El mínimo cambio hace que la actitud del profesional cambie también, para enseñar al niño(a) que una conducta aceptable le permite continuar con la actividad.</p>	<p>Humanos</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a).</p> <p>Materiales.</p> <p>Juguetes.</p>	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área	Modulación de conducta a modificar, y autocontrol emocional cuando se refleje una conducta disruptiva.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Saciamiento	Promover en el niño(a) desista de realizar una conducta inapropiada	<p>Consiste en permitir o entregar al niño(a) mucho de la manifestación inadecuada hasta que le incomode. Por ejemplo, en el caso de niños(as) que se tiran al suelo, el no dejarlos pararse, tiene el efecto de que se levanten sin tener que cargarlos.</p> <p>Si el niño(a) bota cosas, se le ayuda a botar más objetos y se le hace recoger. Si un niño(a) salta en la pataleta, se le hace saltar por más tiempo.</p> <p>El exceso de la conducta termina siendo molesto y la manifestación decrece. Abonado con una corta y breve reflexión al respecto.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 10)</i></p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a). <p>Materiales.</p> <p>Los que sean necesarios según sea conveniente.</p>	Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área	Modulación de conducta inapropiada y Autocontrol emocional, posteriormente se sacie de la conducta ejecutada.

ÁREA DE AFECTIVIDAD



AREA DE AFECTIVIDAD.

El área afectiva se refiere a todas aquellas funciones emocionales, motivacionales y personales que tienen que ver con el individuo, el área psicosocial se compone de las funciones o capacidades psicológicas que se asocian a la vida de relación, a la vida en sociedad.

La afectividad es un aspecto muy importante en el desarrollo integral del ser humano, sin embargo, pocas veces se le da la importancia que merece. La afectividad se puede definir como el conjunto de fenómenos subjetivos internos que modifican el estado de ánimo y que pueden manifestarse a manera de placer o de dolor. Ésta se encuentra presente en todo momento como respuesta ante los estímulos que el ambiente aporta y puede manifestarse por distintos medios como son los sentimientos, las emociones, las pasiones y las motivaciones, dependiendo de su intensidad y duración.

La afectividad es importante para conformar la personalidad de un individuo por dos razones primordialmente:

- 1- La primera, porque no todas nuestras acciones están dirigidas por la razón, un alto porcentaje son resultado de estados afectivos.
- 2- La segunda, es que algunas de las decisiones importantes en el transcurso de la vida se deciden o son condicionadas por nuestra afectividad.

De esta manera, “la afectividad penetra y matiza toda la vida psíquica, determina la actitud de rechazo o aceptación de la experiencia, al igual que promueve tendencias en armonía o las inhibe.”

La afectividad se forma por la interacción que tiene el individuo con su medio social. En los primeros años de vida del niño, su principal vínculo social lo representa la madre, con quién tiene sus primeras experiencias afectivas, Ésta vinculación se va disminuye conforme el niño(a) crece y desarrolla su “Yo”.

Lo cuál será logrado a través del contacto con otras personas y su entorno en general, permitiéndose de esa manera el desarrollo de su autonomía e independencia para desenvolverse favorablemente a pesar de su dificultad.

Por otra parte es de suma importancia señalar que los niños(as) con autismo sí aman, sólo que la forma de demostrarlo es diferente a como han enseñado por años. Un niño(a) "normal", expresa lo mucho que quiere, busca a las personas para hacérselos saber y para jugar con él interactivamente, muestra su sonrisa con facilidad cuando se identifica con un adulto, hace dibujos de sus papás para mostrarlos orgullosamente a sus amiguitos. Un niño(a) con autismo no sabe la forma de comunicar cuanto quiere a sus padres o a las personas que les rodea, su estado de ánimo cambia cuando se le acerca una persona, aunque juega cerca del adulto, trata de imitarle, pero se le dificulta expresar sus emociones y sentimientos.

Así como se les enseña a los niños(as) con autismo diferentes habilidades que van desde la imitación, cognitiva conductual, psicomotricidad, etc. se le puede enseñar a demostrar sentimientos.

Los niños(as) con autismo sí sienten, aman y sufren al igual que todas las personas, pero no saben como expresarlo de la manera a la que todos están acostumbrados.

Al abrazar a un niño(a) con autismo, por lo general el rechazo se pone de manifiesto, para lograr una pequeña sonrisa hay que hacer un sinfín de actividades, para lograr una mirada de ellos(as) se les tiene que exigir. El socializar con la familia, con los pares y con su entorno en general, lo hacen porque las personas a su alrededor se lo indican y no de una forma espontánea.

PLAN OPERATIVO
“Área de Afectividad”.

Objetivo: Fomentar expresiones afectivas en los niños(as) con autismo a través de la imitación y modelado para que sean manifestadas en sus diferentes entornos.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
<p>“Al ritmo de la música”</p>	<p>Que el niño(a) exprese gestos y emociones libremente.</p>	<p>Actividad sencilla a realizar por profesionales y padres de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En un primer momento se selecciona una música infantil, que contenga un ritmo adecuado para la respectiva actividad a realizar. - Siguiendo el ritmo de la música, los niños(as) se desplazan por el espacio seleccionado por el profesional o padre de familia y cuando ésta se detiene, abrazan al niño(a) que tengan más cerca. (realizaran ésta acción de 2 a 3 veces) - Luego, después de detener la música y el respectivo abrazo, se incrementa una acción más y los niños(as) le dirán al otro niño(a) que abracen algo que les guste de ellos (puede ser su sonrisa, su cabello, ojos, etc.) y nuevamente, la música, realizando este juego varias veces. 	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesional en Psicología, - Docente, -Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a). <p>Materiales.</p> <p>Cds con música infantil.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, durante 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Por medio de la actividad a realizar, que el niño(a) poco a poco logre dar muestras de afecto a sus compañeritos(as), valorando avances individuales.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
<p>“Mensaje de afecto”</p>	<p>Que el niño(a) logre expresar mediante el juego sus muestras de afecto hacia sus pares.</p>	<p>-En círculo, los niños(as) se desplazan, uno tras otro, siguiendo un ritmo.</p> <p>-Mientras tanto, el profesional empieza a sensibilizar sobre la importancia de decirnos y demostrarnos nuestros afectos (tratar que lo que se dice, sea comprensible para ellos).</p> <p>-Pueden girar en uno y otro sentido mientras, hasta que detienes el movimiento y, así, el nene que queda detrás, le "dice" con las yemas de los dedos y sobre la espalda, un "mensaje" de amor, afecto, cariño (esto tú lo manejas de acuerdo a lo que conoces del grupo, y después del respectivo modelado). En este tiempo, se pone una música suave y en volumen bajo.</p> <p>-Después, el profesional dará la oportunidad de que el círculo gire en sentido contrario y cada niño(a) "contesta" a su compañero el "mensaje" que le dio. También con la yema de los dedos y sobre la espalda.</p> <p>-Al final, se comenta lo que les "dijeron" y lo que contestaron. Si se comprendió el mensaje, si se sintieron amados, queridos, valorados, Cómo fue y porqué? (todo ello según la creatividad, tono de voz del profesional)</p> <p>-Propiciar la reflexión y la justificación verbal.</p> <p>- <i>Se sugiere sea un grupo pequeño, conformado entre 4 a 6 niños(as)</i></p>	<p>Humanos.</p> <p>-Profesional en Psicología, Docente, -Terapista, -Padres de Familia, -Niño(a).</p> <p>Materiales.</p> <p>Cds con música infantil.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, durante 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área</p>	<p>Que el profesional o padre de familia observe y valore integración, iniciativa y participación en la actividad por parte del niño(a) ante las muestras de afecto.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACION
<p align="center">Diario Emocional</p>	<p>Expresión de los sentimientos y emociones de los niños(as) como paso previo para comprenderles y hacer que crezcan más fuertes psicológicamente.</p> <p>-Regularizar un espacio de comunicación diario y de calidad con el niño(a).</p> <p>-Aumentar su seguridad emocional y autoestima al sentirse escuchado y acompañado.</p>	<p>- Hay que delimitar un tiempo cada día para poder estar con el niño. Un buen momento es por la noche justo antes de acostarse (siempre que el niño no esté excesivamente cansado).</p> <p>- El niño tendrá una libreta (diario emocional) que previamente ha escogido y sea de su gusto.</p> <p>- Los padres conjuntamente o uno de ellos (u otro en su ausencia) pedirán al niño que haga un pequeño balance del día (empezar por las cosas positivas y dejar para el final las negativas). Ahora es el momento de sacar aquellas cosas que no han ido bien y tratarlas relajadamente, con sentido positivo y compartiendo estrategias comunes para superarlas. Según la edad y/o capacidad verbal del niño puede que tenga cierta dificultad para expresarse o no comente aspectos relevantes. Los padres deberán tener la habilidad suficiente para irlo guiando hacia el terreno que deseamos con sutileza. No se trata de recriminar sino de hacerle ver en qué puede mejorar y cómo hacerlo. También de alabar sus cosas buenas.</p> <p>Si el niño ya sabe escribir y según su capacidad, deberá anotar muy brevemente aquellas cosas que considere relevantes (positivas y negativas) en su diario y lo que es más importante: cómo se ha sentido.</p> <p>Por ejemplo: <i>"Hoy el maestro me ha castigado y me he sentido triste"</i>.</p>	<p>Humanos.</p> <p>-Profesional en Psicología, Docente, -Terapeuta, -Padres de Familia, -Niño(a)</p>	<p>De 15 a 20 minutos durante 5 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Que los niños(as) escriban en su diario las diferentes emociones vividas durante el día y que los niños(as) más pequeños que no pueden escribir, utilicen una libreta y en lugar de escribir colocaran con dibujos de caritas y con pegamento lo que refleje mejor el estado emocional de ese día.</p>

		<p>Los padres deben guiarlo en la expresión verbal de lo que ha pasado, las consecuencias y sus sentimientos. No se trata tanto de consolarlo y minimizar los problemas que haya podido tener para tranquilizarlo sino de hacerle saber que se forma un equipo con él y que se ayudará en lo que él necesite.</p> <ul style="list-style-type: none">- El objetivo fundamental es trabajar la expresión emocional de los mismos para consolidar el hábito de compartir y comprender mejor para minimizar los conflictos. <p>A pesar de que el niño(a) se muestre reticente a manifestar sus emociones más íntimas, el mensaje que recibe es muy contundente: <i>"Mis padres están ahí para escucharme"</i>. Ello supone un afianzamiento de su seguridad emocional y de los lazos afectivos e indirectamente se reducen las posibilidades de conductas disruptivas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cuando se analice lo del día, destacar especialmente los aspectos positivos, los pequeños avances en aprendizaje o conducta. Para finalizar la sesión podemos introducir un pequeño juego o actividad (leer un cuento, etc.).- El registro de todas estas experiencias por parte del niño(a) incrementan su percepción de las diferentes situaciones. Igualmente ofrece a lo largo del tiempo información relevante acerca de la evolución del niño en los aspectos trabajados.- El Diario emocional puede tomar diferentes formas y debe ajustarse a las necesidades y peculiaridades de cada familia y niños(as). <p>(Ver Anexo 11)</p>			<p>El profesional deberá valorar las diferentes expresiones plasmadas en el diario emocional, para reforzar en repetidas ocasiones las conductas positivas en el niño(a) y fortalecer la autoestima y seguridad en sí mismo.</p>
--	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Nuestra familia</p>	<p>Que el niño(a) identifique los miembros de su familia</p>	<p>-Previamente se le pedirá a los padres de los niños(a) que lleven fotografías de la familia donde se encuentren los padres hijos abuelos tíos.</p> <p>- Se describirá la actividad introduciendo el tema de la familia con palabras sencillas que se puedan comprender sin ninguna dificultad</p> <p>-Se la dará la fotografía al niño(a) para que la observe se le preguntara quienes están en la fotografía que los identifique por su nombre, papa, mamá hermano, abuelo etc.</p> <p>-Se hará hincapié de la importancia de una familia</p> <p>-Si el niño posee problemas de lenguaje se le tomara el dedo para que señale los miembros de su familia y se le dirá quienes son.</p> <p>Al final de la actividad se le pedirá a los padres que expresen muestras de cariño hacia el niño(a).</p> <p>(Ver Anexo 12)</p>	<p>Humanos</p> <p>-Profesionales de las Salud mental -Terapistas -Docentes -Padres de familia -Niños(a)</p> <p>Materiales</p> <p>Fotografías.</p>	<p>La actividad se puede realizar tres veces a la semana o como se estime conveniente</p>	<p>El niño(a) deberá reconocer poco a poco por medio de las fotografías a sus padres y hermanos</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Observación de láminas que contengan expresiones de afecto.</p>	<p>Que el niño(a) se capaz de observar diferentes muestras de afecto y que las realice por medio de laminas.</p>	<p>-Se prepara una diversidad de laminas ilustrativas que contengan diferentes muestras de afecto</p> <p>-Seguidamente se le mostraran las láminas una por una al niño(a) explicándole lo que observa así como también se realizará con él lo que se encuentra la lamina que se haya mostrado</p> <p>Ejemplo: abrazos, besos, sonrisas</p> <p><i>(Ver Anexo 13)</i></p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de las Salud mental -Terapeutas -Docentes -Padres de familia -Niños(a) <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Láminas ilustrativas que contengan expresiones de afecto 	<p>La actividad se puede realizar tres veces a la semana o como se estime conveniente</p>	<p>El niño(a) deberá imitar acciones que expresen afecto, abrazos, besos; tratando de recordar los gestos expresados en las láminas.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Juego de los gestos</p>	<p>Que el niño(a) se capaz de imitar los diferentes gestos que se encuentran en una lámina</p>	<p>-Se prepara una lámina con diferentes gestos, llorando, enojado, bostezando y feliz.</p> <p>-Seguidamente se le mostraran la lámina al niño(a) explicándole lo que observa así como también se realizará con él lo que se encuentra la lamina que se haya mostrado</p> <p>-Posteriormente se colocara al niño frente a un espejo tratando la manera que imite los gestos que se le han mostrado, realizándolos junto a él.</p> <p>-Al finalizar se le colocará una carita feliz en la mano del niño(a) para reforzar la actividad.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>“Mira hoy estoy feliz”,</p> <p>“Me siento triste”</p> <p>(Ver Anexo 14)</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de las Salud mental -Terapistas -Docentes -Padres de familia -Niños(a) <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Láminas ilustrativa que contengan diferentes gestos -Espejo -Calcomanías de caritas felices 	<p>La actividad se pude realizar tres veces a la semana o como se estime conveniente</p>	<p>El niño(a) realizará los diferentes gestos que se le muestren con la ayuda de las láminas o en el espejo.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Trabajo del vínculo afectivo (nivel individual)</p>	<p>Reforzar la línea emocional del niño(a) con autismo</p>	<p>Se trata que el niño(a) vaya ganando confianza en sí mismo a medida que se le proporciona un mayor apoyo afectivo por parte de las figuras de referencia y un ambiente predecible y estable.</p> <p>Como parte de la intervención, el psicólogo puede trabajar aspectos concretos de las emociones y sentimientos del niño(a). Según edad e historia, puede ser necesario reelaborar antiguos traumas o acompañar al niño(a) en el afrontamiento de nuevas situaciones.</p> <p>Muchas de sus conductas desadaptadas no dejan de ser manifestaciones reactivas ante situaciones vitales estresantes actuales o pasadas. Por tanto, a nivel terapéutico se debe intentar corregirlas pero sin olvidar su origen emocional.</p> <p>En términos generales, es de esperar una mejor evolución cuanto antes se hayan repuesto o reforzado los vínculos afectivos tras aparecer los primeros síntomas.</p> <p>(Ver anexo 15)</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la salud mental -Terapeutas -Docentes -Padres de familia -Niños(a) 	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Se mide a través de la confianza que va tomando el niño(a) en sí mismo, dándole de esta manera un mayor apoyo afectivo y promoviendo la expresión de sentimientos y emociones.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Estrategias para enseñar los vínculos afectivos a los padres o responsables</p>	<p>Explicar a los padres o responsables respecto a lo fundamental de expresar los sentimientos y emociones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como estrategia general, hay que potenciar espacios de comunicación diaria con el niño(a). Priorizar la calidad vrs la cantidad en las interacción. • Fomentar que explique sus sentimientos y emociones (tristeza, alegría, etc.) más que lo que ha hecho (jugar, ir de excursión, etc.). Al respecto puede utilizarse el Diario emocional donde se registrará diariamente una cosa que el niño ha vivido positivamente y otra en la que debe mejorar. Esto debe servir de base para que los padres razonen con él los aspectos de sus sentimientos y comportamiento que les preocupa. Normalmente esto puede hacerse por la noche justo antes de acostarse. • Marcar muy claramente las consecuencias de las conductas que se quiere corregir (castigos) pero, cuando ocurre la conducta, no se le debe gritar, ni intentarle pedirle explicaciones, o razonar lo sucedido. Para ello se puede utilizar el espacio nocturno del "Diario emocional" donde todos ya están más relajados. • Cuando se produce una conducta inadecuada que queremos corregir, retiremos (en la medida de lo posible) la atención (tiempo fuera u otros) y hacerle saber que estamos tristes porque él puede hacerlo mejor. De esta forma el niño pasa de ser la víctima a sentirse responsable de la "tristeza" de los padres. Esto puede ser muy eficaz en niños que 	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la Salud mental -Terapistas -Docentes -Padres de familia -Niños(a) 	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Se busca que tanto los padres con los niños(as) tengan una mejor comunicación y fomentación de sentimientos y emociones a través de su interacción.</p>

precisamente tienen temores a la pérdida o distanciamiento emocional de los padres, no obstante debe utilizarse con cautela pues se habla de niños(as) con dificultades afectivas.

- Hay que rechazar las conductas malas del niño/a, nunca al propio niño/a. Es decir, se le dirá que se ha portado mal pero no que es un niño/a malo, desobediente, etc.
- Para trabajar aspectos concretos de su conducta, utilizar la economía de fichas mediante gráficas visuales. Pactar premios por anticipado y definir las reglas de juego.
- Intentar incrementar el tiempo de ocios juntos.
- Recordarle cuanto le queremos y lo importante que es él para la familia. Darle protagonismo y saber alabarle la conducta o el trabajo correcto inmediatamente después que lo lleve a cabo.
- Si hay problemas de impulsividad o atención, se puede incorporar juegos que fomenten la demora de la respuesta y el pensar antes de actuar. Es mejor establecer un horario diario para que se pueda estar con él. Estas actividades deben ser vividas por el niño(a) como espacio lúdico no como unos deberes.
- Los padres deben ser capaces de abrir, desde muy temprana edad, una puerta en el niño(a) para que pueda dejar salir sus sentimientos y emociones. Saber escuchar, acompañar, conectar con el mundo interior infantil, es la mejor manera de construir un joven sin complejos y con buena autoestima.

(ver anexo 16)

Humanos

- Profesionales de las Salud mental
- Terapistas
- Docentes
- Padres de familia
- Niños(as)

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Sugerencias para mejorar la vinculación entre hijos(as) y padres.</p>	<p>Proporcionar sugerencias que se deben perseguir para mejorar la vinculación afectiva entre hijos(as) y padres.</p>	<p>Para mejorar la vinculación afectiva se debe tomar a consideración que es necesario</p> <ol style="list-style-type: none"> Saber escuchar a los hijos(as). La empatía parental El concepto de Resiliencia parental Aprender a hablar de sentimientos y emociones Ser coherentes y predecibles Fomentar los estilos democráticos. Incrementar los tiempos de ocio juntos. <p>(ver anexo 17)</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la Salud mental -Terapistas -Docentes -Padres de familia -Niños(as) <p>Materiales</p> <p>Los que sean convenientes ante la actividad.</p>	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Se pretende para dicha evaluación que los padres sepan escuchar a los niños(as), promuevan la empatía, expresen sentimientos y emociones y de igual manera que experimenten juntos mayor tiempo en sus espacios libres, encaminados a una adecuada autoestima.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Juego "Naranja dulce"</p>	<p>Desarrollar en el niño(a) habilidades sociales y de afecto a través del juego</p>	<p>Juego que puede ser realizado en el ámbito académico y en el hogar.</p> <p>-El juego se desarrollará de la siguiente manera</p> <p>-Se colocaran a los niños(a) formando un círculo dando vueltas, el profesional, cantará la canción "Naranja dulce" en la cual los niños (a) al terminar se darán un abrazo entre sí, repitiéndola varias veces hasta lograr la interacción entre ellos.</p> <p>(Ver Anexo 18)</p>	<p>Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de Salud mental -Terapeutas -Docentes -Padres de familia -Niños(a) 	<p>El juego se puede realizarse tres veces a la semana de 15 a 20 minutos cada día.</p>	<p>Que el niño(a) se integre por medio del juego con el resto de compañeritos y poco a poco exprese afecto por medio de abrazos.</p>

ÁREA DE ATENCIÓN



ÁREA DE ATENCIÓN.

La atención no es solamente la capacidad mental para captar la mirada en uno o varios aspectos de la realidad y prescindir de los restantes, es el tomar posesión por parte de la mente, de forma clara y vívida, uno de entre los que parecen simultáneamente varios posibles objetos de pensamiento. Su esencia está constituida por focalización, concentración y conciencia. (William James)

Con respecto a la atención en los niños(a) desde el comienzo de la etapa infantil con relación a los objetos circundantes a ellos el surgimiento de un nuevo objeto implica el traslado instantáneo de la atención hacia el por eso los niños(as) raras veces logran ocuparse de una misma actividad por tiempo prolongado.

El aumento de la estabilidad de la atención se manifiesta cuando el niño(a) observa láminas, escucha relatos y cuentos, etc. Sin embargo, la variación fundamental de la atención, que se opera en la infancia, consiste en que los niños(as) comienzan, por primera vez, a dirigir su atención, a guiarla inconscientemente, lo que significa una atención involuntaria la cual sucede cuando el niño(a) dirige su atención hacia un estímulo sin tener voluntad de ello esto responde a alguna impresión intensa, los Psicólogos han identificado que esta responde a reflejos dirigida por factores externos como ruidos, imágenes colores, olores de acuerdo a los estímulos que presentan estos factores ya sea intensidad novedad o contraste se va a producir la activación de esta clase de atención es capaz de dominar toda la atención

Pero a su vez esta también puede ser voluntaria la cual se basa fundamentalmente en las causas del propio sujeto es la motivación interna lo que activa la atención hacia un objeto determinado queremos atender algo porque de verdad nos interesa, no porque capte nuestra atención.

CONSEJOS PARA FAVORECER LA ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

1. **Evitar distracciones.** Prescindir de todo aquello que pueda distraer la atención del niño (a) problemas personales, de familia, falta de objetos ruidos, etc.
2. **Diversificar las tareas.** Cambiar de materiales educativos o de estudio cada cierto tiempo. Los cambios ayudan a iniciar el proceso de atención y así el niño(a) podrá mantener la concentración por más tiempo.
3. **Crear rutinas y hábitos de estudio.** Conviene empezar a estudiar todos los días a una hora fija para conseguir un buen rendimiento cerebral. Si se le acostumbra al niño(a) a hacer el esfuerzo de concentrarse todos los días a la misma hora, al cabo de unos días logrará que su mente se concentre con más facilidad a esa hora.
4. **Marcar tiempos.** Es necesario establecer un tiempo para realizar cada tarea o actividad y que pueda realizarla en el tiempo previsto.
5. **Organizar las actividades.** Conviene realizar las actividades más difíciles cuando el niño(a) esté más descansado.
6. **Centrar la mente.** Para estar a pleno rendimiento, la concentración requiere un calentamiento previo, que puede consistir en dedicar unos minutos (no más de cinco) a tachar algunas letras (elegir alguna) de una hoja de periódico. A continuación, puede pasar a hacer la actividad programada.
7. **Intercalar descansos.** El proceso de atención sigue una curva que suele decaer con el tiempo, por ello es conveniente intercalar descanso para recuperar la concentración.

PLAN OPERATIVO.

“Área de Atención”.

Objetivo: Desarrollar en lo niños(as) la capacidad de concentración a través de actividades dirigidas las cuales propicien periodos más prolongados de atención

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Observar objetos	Que el niño(a) sea capaz de numerar o señalar cinco objetos diferentes.	Se le mostraran al niño(a) diferentes objetos juguetes. -Se le dará la indicación que los observe por unos minutos, Luego se retiraran de su vista pueden guardarse en un caja o bolsa posteriormente se le pedirá al niño(a) que mencione al menos tres de los nombres de los juguetes que recuerde, si lo hace correctamente se le reforzara dándole un estímulo por cada nombre que mencione o puede realizar una actividad que al le agrade.	Humanos. -Profesionales en Salud mental -Terapistas -Docentes -Padres de familia -Niños(as). Materiales. Juguetes Laminas con dibujos	El que sea necesario hasta que se logre el objetivo	El niño(a) deberá observar y mantener la atención por un lapso de tiempo los objetos y las láminas presentadas.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Observar una lamina ilustrada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dibujos • Letras • Números 	<p>Que el niño(a) mencioné al menos tres o más dibujos, números y letras que se encuentran en la lamina que se le ha mostrado.</p>	<p>Se le mostrara al niño una lamina con diferentes dibujos letras o números se le pedirá que los observe por unos minutos, seguidamente se retirara la lamina y se le dirá que mencione el nombre de los dibujo las letras o números que recuerde, se estimulara al niño(a) por cada nombre que mencione correctamente</p> <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 19)</i></p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales en salud mental. -Terapistas -Docentes. -Padres de familia. Niños (as). <p>Materiales.</p> <p>Laminas ilustrativas con dibujos, letras y números</p>	<p>Se puede realizar tres veces a la semana por 15 minutos cada día dependerá de las dificultad que presente el niño(a)</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>El niño(a) deberá observar y mantener la atención durante un lapso de tiempo los objetos y las láminas presentadas.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Recitar palabras</p>	<p>Que el niño(a) sea capaz de recordar al menos tres o cinco o más palabras de las que se le ha mencionado.</p>	<p>-Se le dirá al niño(a) que se realizara un juego muy divertido y que debe prestar mucha atención.</p> <p>- Se colaran frente a frente cuidando que el niño mantenga contacto visual con la persona que realizara la actividad.</p> <p>-Se le mencionara una lista de palabras comunes (casa, mamá, pelota, comer, corazón etc.)</p> <p>-Seguidamente se le pedirá al niño(a) que mencione las palabras que el recuerde que se le mencionaron, si el niño(a) recuerda tres o más se irá aumentando el número de palabras hasta donde sea posible.</p> <p>-Se debe estimular al niño(a) con aplausos, palabras motivadores cada vez que logre recordar las palabras mencionadas.</p> <p>La lista de palabras se irá cambiando cuando el niño (a) logre recordar todas las palabras.</p>	<p>Humanos.</p> <p>-Profesionales en salud mental. -Terapistas -Docentes -Padres de familia Niños(as).</p>	<p>Se realizara la actividad todos los días de 10 a 15 minutos cada día o hasta que el objetivo sea logrado</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>El niño(a) prestará atención al escuchar las palabras que le mencione el profesional, para que después las pueda repetir.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Cajita de sorpresa</p>	<p>Desarrollar en el niño(a) capacidad de recordar objetos ocultos.</p>	<p>-Se le explicará al niño (a) que se realizará un juego en el que él /ella se divertirán mucho.</p> <p>-Se prepara una caja decorada y juguetes u objetos comunes no más de diez.</p> <p>-Seguidamente se le dirá al niño(a) que preste mucha atención en los objetos, se irán guardando dentro de la caja uno por uno hasta completar los diez.</p> <p>-A continuación se le dirá al niño(a) que mencione los juguetes u objetos que se encuentran dentro de la caja dándole un tiempo para que pueda recordarlos, al mencionar uno de ellos se sacará de la caja.</p> <p>-Al terminar actividad se la felicitará al niño(a) por haber recordado el nombre de los juguetes y objetos no importando el número que recordó.</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales en salud mental. -Terapeutas -Docentes. -Padres de familia. -Niños (as). <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Caja de sorpresa -Diversidad de juguetes u objetos comunes 	<p>De 15 a 20 minutos tres veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.</p>	<p>Mediante la realización de la actividad, el niño(a) mencionará al menos cinco objetos guardados en la caja de sorpresas.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>El despertador</p>	<p>Estimular en el niño(a) la capacidad auditiva siguiendo un sonido.</p>	<p>-Se le explicará al niño(a) sobre el juego que se realizará, se le mostrará el despertador</p> <p>-Seguidamente se programará el despertador por dos o tres minutos este se esconderá en un lugar accesible al niño(a) en un cajón, detrás de un sofá o debajo de la mesa sin que se dé cuenta donde se escondió,</p> <p>-Se le pedirá al niño(a) que intente buscarlo siguiendo el sonido que emite hasta encontrarlo se podrá realizar unas dos veces más en diferentes lugares.</p> <p>-Cada vez que logre encontrarlo se le felicitará o se le premiará.</p> <p>(Ver Anexo 20)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales en salud mental. -Terapeutas -Docentes. -Padres de familia. -Niños (as). <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Despertador -Muebles 	<p>Se puede realizar dos veces por semana o como se estime conveniente</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.</p>	<p>Que el niño(a) logre encontrar el despertador guiándose por el sonido que emite.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Ejercicios de concentración</p> <p>Armar rompecabezas</p>	<p>Desarrollar la capacidad de concentración para crear diferentes estrategias para lograr armar el rompecabezas</p>	<p>Se le proporcionara un rompecabezas al niño(a) inicialmente con piezas grandes y de menor número, se observara como inicia se le pude ayudar si es necesario pero no se le colocara la pieza se darán las indicaciones pertinente como al otro lado dele vuelta etc.</p> <p>-Cuando el niño(a) lo arme completamente se le pedirá que lo arme de nuevo no se deberá permitir que lo deje incompleto</p> <p>- Al observar que el niño(a) arma el rompecabezas sin dificultad y en menor tiempo se le proporcionará otro con piezas más pequeñas y de mayor número.</p> <p>-Se les estimulara y felicitara al niño(a) por su esfuerzo cada vez que logre armarlo sin ayuda.</p> <p><i>(Ver Anexo 21)</i></p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales en salud mental. -Terapistas -Docentes. -Padres de familia. -Niños (as). <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rompecabezas diferentes tamaños y número de piezas -Mesas y silla 	<p>El tiempo necesario hasta que el niño logre armar correctamente un rompecabezas</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Al realizar la actividad con el profesional o padre de familia que el niño(a) se concentre en cada indicación y logre armar el rompecabezas que se la ha proporcionado.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Punzado de figuras</p>	<p>Desarrollar la capacidad de concentración al punzar el contorno de dibujos atendiendo las indicaciones proporcionadas.</p>	<p>La actividad se desarrollará de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se le proporcionara al niño(a) una hoja con un dibujo y un punzón se le pedirá que lo observe y describa brevemente que observa que clase de dibujo es si es un animal para entrar en confianza con él. -Seguidamente se le dará el punzón indicándole que solo deberá punzar en el contorno del dibujo y no en otro lugar, se indicará como hacerlo, no se dejara al niño(a) solo realizando el ejercicio deberá terminarlo si él lo desea puede colorearlo. -Al terminar el ejercicio se le felicitara por su trabajo <p>(Ver Anexo 22)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales en salud mental. -Terapistas -Docentes. -Padres de familia. -Niños (as). <p>Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hojas con dibujos -Punzón -Mesa y silla 	<p>Se puede realizar dos veces a la semana o como se considere conveniente</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.</p>	<p>El niño(a) deberá utilizar correctamente el punzón donde se le indique y después de las respectivas indicaciones.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Ordenando juguetes</p>	<p>Que el niño(a) logre ordenar los juguetes u objetos en el orden inicial en que se le presentaron.</p>	<p>La actividad se desarrollará de la siguiente manera:</p> <p>-Se le dirá al niño(a) que se realizara un juego con los juguete pero tendrá que poner mucha atención, se colocaran cinco o más juguetes u objetos en un orden determinado en una mesa frente al niño(a), el los observara por un momento.</p> <p>-Seguidamente se le pedirá que se de vuelta dando la espalda a la mesa en ese momento se cambiara el orden de los juguetes u objetos.</p> <p>-Se le dirá al niño(a) que ordene los juguetes u objetos en el orden en que se presentaron al inicio, al realizarlo correctamente se le felicitara y se colocaran uno o dos juguetes más repitiéndose las indicaciones.</p> <p>(Ver Anexo 23)</p>	<p>Humanos.</p> <p>-Profesionales en Salud mental. -Terapistas -Docentes. -Padres de familia. -Niños (as).</p> <p>Materiales</p> <p>-Juguetes -Objetos -Mesa y silla</p>	<p>Se pude realizar dos veces a la semana o como se considere conveniente</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>El niño(a) deberá ordenar correctamente e al menos tres de los juguetes presentados</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Juego de disfraces</p>	<p>Desarrollar en el niño(a) la capacidad de concentración al observar de talles de un todo.</p>	<p>-Se le dirá a los niños(a) que se realizara un juego muy divertido en el cual tendrán que prestar mucha atención.</p> <p>- Seguidamente se prepara los disfraces como sombreros trajes, collares, zapatos etc.</p> <p>-Se colocaran diferentes accesorios, se le pedirá al niño(a) que los observe por unos minutos cuales son lo que lleva la persona puestos, posteriormente la persona se quitara uno de ellos, se le pedirá al niño(a) que menciones que accesorio es el que le hace falta luego se quitara otro y otro hasta que termine con todos los accesorios.</p> <p>(Ver Anexo 24)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la salud -Docentes -Padres de familia -Niños(a) <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diferentes trajes -Sombreros -Collares -Zapatos 	<p>La actividad se pude realizar dos veces a la semana o como se estime conveniente</p>	<p>Al realizar la actividad el niño(a) deberá mencionar al menos tres detalles del disfraz que observa.</p>



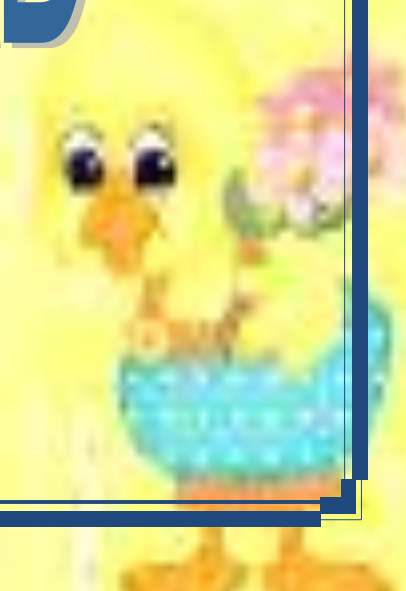
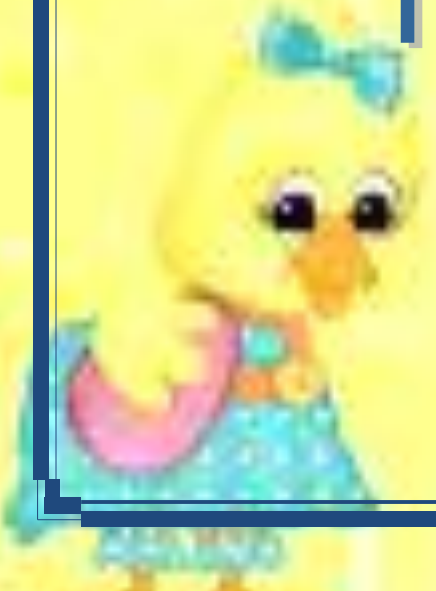
ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Narración de cuentos</p>	<p>Que el niño(a) sea capaz de recordar algunas escenas del cuento.</p>	<p>-Se seleccionaran los cuentos de acuerdo a las edades o dificultades que presentan los niños(a) que sean cortos ilustrado, grandes llamativos.</p> <p>-Se colocara al niño(a) sentado en el piso se explicara sobre la actividad a la vez se le mostrara el cuento se irá narrando y explicándole cada imagen poco a poco para que preste más atención ,atrayendo la curiosidad sobre el cuento se realizaran gestos , movimientos corporales y voces dependiendo lo que se vaya narrando para hacerlo más divertido.</p> <p>-Al terminar de leer el cuento se harán preguntas sobre: ¿Cuál era el nombre del cuento? ¿Qué personajes se encontraban? ¿Qué actividades realizaban? ¿Qué le agrado mas y que no?</p> <p>-Para reforzar se le proporcionar una hoja con un dibujo que contenga una escena del cuento para que pueda colorearlo.</p> <p>-Al terminar la actividad se le felicitará por la atención y responder las preguntas.</p> <p>(Ver Anexo 25)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la salud -Docentes -Padres de familia -Niños(a) <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuento Los tres cerditos -Hoja con dibujo -Colores 	<p>Se realizará cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo planteado</p>	<p>El niño(a) deberá prestar atención para que luego responda correctamente a las preguntas que se le hagan sobre el cuento.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Discriminación visual</p>	<p>Que el niño(a) observe y coloree las figuras que son iguales dentro de otras figuras.</p>	<p>-Se le presentará al niño(a) una hoja con diferentes dibujos sol, luna, estrella se le pedirá que los observe detenidamente.</p> <p>-Seguidamente se le proporcionará una caja de colores y se le dará la indicación "colorea los soles que encuentres en la hoja y coloréalos de color amarillo.</p> <p>-Posteriormente se revisará si los coloreó animándolo a terminar la actividad se le felicitará por su esfuerzo</p> <p>(Ver Anexo 26)</p>	<p>Humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Profesionales de la salud -Docentes -Padres de familia -Niños(a) <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hoja con dibujos -Colores -Crayolas -Mesa -Silla 	<p>Se realizará cuantas veces sea necesario hasta lograr el objetivo planteado.</p>	<p>La discriminación de las láminas deberá cumplirse lo más exacta posible y según las indicaciones.</p>



ÁREA

PSICOMOTRICIDAD



ÁREA DE PSICOMOTRICIDAD.

La Psicomotricidad según Johanne Durivage es “La relación entre los movimientos y las funciones mentales, es la que indaga la importancia del movimiento en la formación de la personalidad y el aprendizaje”.

En los primeros años de vida, la psicomotricidad juega un papel importante, porque influye valiosamente en el desarrollo intelectual, afectivo y social del niño(a), favoreciendo la relación a nivel educativo, familiar y su entorno en general; permitiendo el desarrollo de actividades perceptivas, motrices del conocimiento del esquema corporal, lateralidad, espacio-tiempo, tomando en cuenta las diferencias individuales, necesidades e intereses de los niños(as).

Por lo tanto, el sustantivo “psicomotricidad” expresa la conexión entre los procesos psíquicos y los motores. Las personas, al moverse, se integran con toda su personalidad en el acto del movimiento.

Las experiencias tempranas del niño(as) son principalmente físicas-sensoriales y así mismo es su comunicación y expresión. La experiencia corporal es esencial para el desarrollo del sentido de sí mismo; el niño necesita ser capaz de "vivir" en Su cuerpo y sentir confianza para moverse en el espacio.

El cuerpo es el primer agente de aprendizaje y expresión. Muchos niños necesitan del juego corporal expandido para reconstruir una relación confiable y sana con su Propio cuerpo y reconocer sus fronteras y las de otros.

El juego de expresión corporal incluye el movimiento grueso que involucra todo el cuerpo, el movimiento fino que utiliza partes específicas del cuerpo, el movimiento sensorial que incluye texturas, sonidos, sabores, olores e imágenes.

Las experiencias positivas refuerzan su confianza y su motivación para aprender. Las experiencias motoras activas y pasivas, la exploración y los intentos autónomos son elementos importantes de su desarrollo.

La vista, el oído y el tacto, así como la percepción del cuerpo, el movimiento, y el sentido del equilibrio están estrechamente relacionados y tienen por lo tanto, un peso sustancial en la terapia.

Con su postura corporal, mímica y gestos, el niño expresa sus sentimientos.

Los profesionales que proporcionan atención a niños(as) con autismo presentan propuestas sugestivas, apropiadas para él (ella), que le permiten practicar y mejorar movimientos en los ámbitos de motricidad global y fina.

En la terapia psicomotora, los niños (as) llevan a la práctica sus puntos fuertes e intereses particulares en acciones y juegos concretos.

El niño(a) elabora nuevas estrategias y soluciones propias al enfrentarse a problemas. Refuerza su confianza en sí mismo y aprende a desenvolverse mejor en la vida cotidiana.

El profesional que proporciona atención a los niños(as) deberá ser muy cuidadoso y creativo para seleccionar la metodología adecuada, para que el niño(a) con autismo puedan desarrollar su imaginación y creatividad a través de actividades variadas en donde conozcan su cuerpo, su potencial de movimientos y pueda tener contacto directo con diversos objetos, formas y tamaños.

Como se mencionaba en un primer momento, la psicomotricidad favorece la personalidad del niño(a), su capacidad de adaptación intelectual y motriz, a través de la interacción de su cuerpo con el medio.

A continuación actividades dirigidas en las áreas de psicomotricidad: Esquema corporal, lateralidad, equilibrio, espacio, tiempo-ritmo, motricidad gruesa y fina, las cuales serán desarrolladas y adaptadas de acuerdo a las necesidades de los niños(as) y a las dificultades específicas que cada uno presenta.

ÁREA DE PSICOMOTRICIDAD

Objetivo: Crear espacios y desarrollar actividades que favorezcan la expresión motriz y el desarrollo armónico en los niños(as) con autismo.

ESQUEMA CORPORAL.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Canciones infantiles.	Lograr que el niño(a) se identifique con su propio cuerpo, que se exprese a través de él.	<p>En el desarrollo de ésta actividad, se seleccionarán canciones que impliquen un lenguaje corporal y que ayuden a que desde pequeños los niños(as) empiece a usarlas para la realización de sus diferentes actividades. Éstas serán realizadas por el profesional con un tono de voz adecuado, gestos y movimientos oportunos, para una mejor comprensión.</p> <p>Entre algunas canciones están:</p> <ul style="list-style-type: none">• “Cabeza, Hombros, Rodillas y Pies”• “Mis manitas, mis deditos y mi cuerpo” <p>(Ver Anexo 27)</p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Docente, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Grabadora, Disco con música infantil.</p>	<p>De 2 a 3 veces a la semana, durante 10 a 15 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	Según los indicaciones del profesional el niño(a) deberá realizar la actividad con movimientos y gestos específicos,

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>“Espejito Mágico”</p>	<p>Que el niño(a) logre imitar simétricamente los movimientos corporales de otra persona, niño(a). (Visión espejo).</p>	<p>Actividad para realizarla por parejas, ya sea adulto-niño(a) o pares (dirigida por el(a) profesional. Dicha actividad deberá ser desarrollada con el más mínimo cuidado, valorando el nivel de dificultad de cada uno de los movimientos del cuerpo, para que al niño(a) con autismo logre imitar cada movimiento y gesto reproducido por el profesional o padre de familia respectivamente. La ubicación será frente a la otra persona y se repetirá las veces que sea necesario el mismo movimiento ó gesto hasta que el niño(a) logre imitar y tocar las partes del cuerpo que el adulto está señalando. Finalmente se realizará la misma actividad con la variante de ubicarse tanto el profesional como niño(a) frente a un espejo que logre abarcarles completamente.</p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Docente, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Espejo.</p>	<p>De 1 a 2 veces a la semana, durante 5 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Imitación con exactitud por parte del niño(a) en los diferentes movimientos corporales en la realización de la actividad.</p>
<p>Observar y señalar lámina. “Mi cuerpo tiene...”</p>	<p>Lograr que el niño(a) aprende a reconocer mediante figuras las diferentes partes del cuerpo.</p>	<p>El profesional señalará y mencionará en las láminas con dibujos de niños(as) las diferentes partes de cuerpo, lo repetirá de 3 a 4 veces, y luego será el turno del niño(a) después el profesional o padre de familia ubicará frente al niño(a) las diferentes láminas de las partes del cuerpo, ya sea de niño(a) y se le dará la indicación que deberá señalar cada nombre de la parte del cuerpo que se le mencione, por ejemplo: “Señala donde están los ojos, las manos.” Finalmente se reforzará por medio de señalar, pronunciar y palpar las partes respectivas del cuerpo que se soliciten.</p> <p>(Ver Anexo 28)</p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Docentes, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Láminas con figuras del cuerpo de niño(a).</p>	<p>De 1 a 2 veces a la semana, durante 10 a 15 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Reconocimiento de al menos 5 partes principales del cuerpo.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Conozco y menciono las partes de mi cuerpo.</p>	<p>Que el niño identifique las partes del cuerpo humano, en su propio cuerpo, en sus compañeros, en imágenes.</p>	<p>El profesional presenta al niño(a) el muñeco de peluche y señala su cabeza, hacer que mueva su cabeza, moverla usted también y que el niño(a) imite. Que realice todos los movimientos que puede hacer con la cabeza, moviéndola para un lado, moviéndola para el otro lado, girando. Luego decirle: “esta es la cabeza del muñeco, esta es tu cabeza y esta es mi cabeza (al mismo tiempo que señala lo que menciona)”. De la misma manera con los brazos: levantando hacia arriba y hacia abajo.</p> <p>Tronco: inclinándose a la izquierda y a la derecha.</p> <p>Piernas: levantando una como pateando una pelota. Luego que cada parte del cuerpo tiene una actividad, preguntarle si recuerda cómo se mueve la cabeza, así con cada uno de ellos.</p> <p>Existen Cds infantiles que mencionan las partes del cuerpo, que pueden emplear, que bailen todos juntos y lo ayudará a recordar las partes de su cuerpo.</p> <p>(Ver Anexo 29)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Un muñeco, canciones sobre el cuerpo humano.</p>	<p>De 1 a 2 veces a la semana, durante 15 a 20 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Reconocimiento de todas las partes del cuerpo del niño(a), según el orden indicado por el profesional.</p>



ÁREA DE LATERALIDAD.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>“Moviendo mano izquierda y mano derecha”</p>	<p>Formar la noción de derecha e izquierda, partiendo de su propio cuerpo.</p>	<p>Para llevar a cabo ésta actividad, se darán indicaciones específicas para que con mayor facilidad sea cumplido el objetivo. El profesional deberá colocarse frente a los niños(as) y realizará con ellos los movimientos de lateralidad que se le solicite imitar. Las indicaciones serán repetidas de 2 a 3 veces seguidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantar brazo izquierdo. 2. Levantar los dos brazos 3. Levantar brazo derecho 4. Hacer el gesto de señalar con mano derecha 5. Hacer adiós con la mano derecha 6. Hacer adiós con la mano izquierda 7. Colocar las dos manos sobre el estómago. 8. Colocar la mano derecha sobre el estómago 9. Colocar la mano izquierda sobre el estómago. 10. Dar palmas una vez (aplaudir) 11. Dar palmas dos veces (aplaudir). <p>Dependiendo de la edad del niño(a) y valorando la capacidad del mismo, se pueden dividir las indicaciones en 2 a 3 partes por cada atención.</p> <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 30)</i></p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Cds de música infantil de fondo</p>	<p>De 1 a 2 veces, durante 15 a 20 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Realización de movimientos específicos siguiendo el orden de las indicaciones proporcionadas.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>“Ejercitando y moviendo nuestros Pies”</p>	<p>Que el niño(a) logre reconocer por medio de diferentes movimientos “pie derecho-pie izquierdo”.</p>	<p>El profesional responsable de ésta actividad, buscará un lugar adecuado con suficiente espacio y por medio del modelado para lograr realizar los movimientos solicitados.</p> <p>Las indicaciones se repetirán las veces que sean necesarias y en un tono de voz apropiado,</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patalear una vez con el pie derecho. 2. Patalear una vez con el pie izquierdo. 3. .Patalear dos veces pie derecho. 4. .Patalear dos veces pie izquierdo 5. .Patalear una vez los dos pies 6. Patalear dos veces los dos pies. <p>Repetir las 6 indicaciones de 2 a 3 veces dependiendo la necesidad del niño(a).</p> <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 31)</i></p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Cds con música de movimientos, Pelota de diferentes tamaños.</p>	<p>De 3 a 4 veces a la semana, durante 15 a 20 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Realización de movimientos específicos siguiendo el orden de las indicaciones proporcionadas.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Los cruces.</p>	<p>Que el niño logre identificar por sí mismo y con movimientos individuales partes del cuerpo tanto del lado izquierdo como derecho.</p>	<p>Actividad apropiada para ser dirigida y realizada ya sea por parte del profesional o padres de familia, y en un lugar abierto y espacioso, (cancha, parque, etc.)</p> <p>Las indicaciones serán una a una repitiéndolas en tono de voz apropiado y comprensible para el niño(a). Se recomienda preferentemente la participación de más de 3 personas para que la actividad sea más divertida. Las indicaciones son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tocarse el hombro izquierdo con la mano derecha. 2. Tocarse el hombro derecho con la mano izquierda 3. Tocarse la rodilla izquierda con la mano derecha 4. Tocarse la rodilla derecha con la mano izquierda 5. Tocarse la oreja derecha con la mano izquierda 6. Tocarse la oreja izquierda con la mano derecha. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Cds con música referida a las partes del cuerpo de fondo.</p>	<p>De 3 a 4 veces a la semana durante 5 a 10 minutos.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Realización de movimientos específicos siguiendo el orden de las indicaciones proporcionadas.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Imitación de acciones representadas en fotos.</p>	<p>Lograr que el niño(a) imite adecuadamente y en el orden indicado las acciones solicitadas.</p>	<p>Para la realización de ésta actividad hay que preparar con anticipación fotografías o recortes de dibujos con las acciones que el niño tiene que imitar.</p> <p>Una muy buena forma de hacer más creativa, divertida y comprensiva la actividad, es solicitar a algunos miembros de la familia, (los más próximos al niño(a) tomarles fotografías realizando acciones que luego el niño(a) debe imitar.</p> <p>Al iniciar, se levanta la fotografía a la altura de los ojos, se muestra al niño y se le proporciona la indicación: "(nombre del niño), hazlo tú".</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Levantar los brazos (foto de alguien con los brazos levantados) 2. Palmear. 3. Tocarse la nariz 4. Tocarse la pancita con ambas manos 5. Mano sobre la cabeza 6. Peinarse 7. Pierna levantada. 8. Telefonar. <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 32)</i></p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Fotografías, Recortes de imágenes.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, durante 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Que el niño(a) imite de acuerdo a las fotografías presentadas, y mencione las partes que palpa con sus manos.</p>



EQUILIBRIO.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
“Actividades Divertidas”	Mantener en el niño(a) la estabilidad mientras realiza diferentes actividades.	<p>El profesional dirigirá las siguientes actividades cortas y sencillas para lograr el objetivo propuesto.</p> <ul style="list-style-type: none">• En el suelo colocaremos una cinta adhesiva de color y el niño(a) caminará sobre ella manteniendo el equilibrio.• El niño(a) dará cinco saltos sobre un solo pie, agarrando el otro con una mano.• El niño(a) mantendrá un objeto sencillo y con poco peso sobre su cabeza durante un tiempo determinado procurando que no se caiga.• El niño(a) con un objeto en la cabeza, caminará sobre una cinta adhesiva o línea en forma de zig-zag.• Solicitar al niño(a) que camine sobre las puntillas y los talones, según un ritmo.• Jugar a la “pata coja” hasta llegar a cierta meta, es decir, sólo en un pie.	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a).</p> <p>Materiales.</p> <p>Tirro, Cinta adhesiva. Tiza, Objetos (cuaderno, caja vacía, peluche, etc.)</p>	<p>De 15 a 20 minutos, durante 1 a 2 veces al mes.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>El profesional observará y valorará los avances de los niños(as) en mantener el equilibrio en cada una de las actividades que realicen.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>“Pisar papeles”</p>	<p>Ayudar al niño(a) a ejercitar su sentido del equilibrio.</p>	<p>El juego consiste en tratar de pisar sólo las áreas donde se ha colocado el papel, valiéndose de su mejor estrategia para conseguirlo.</p> <p>Se puede delimitar un espacio en el cuarto, en la sala, en el patio o toda la casa para que tu hijo juegue a pisar papeles. Las hojas que se colocarán deben estar distribuidas en distintas direcciones, con el fin de que tu niño maneje su equilibrio y pise sólo lo permitido. Indicaciones antes de iniciar la actividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar papeles en un área determinada donde pueda jugar el niño(a). ▪ Separar hojas de colores para que logre un mejor equilibrio y busque la mejor manera de pasar al otro lado. ▪ Siempre es bueno recompensar al niño(a) si lo logra, darle algo que le guste. <p>(Ver Anexo 33)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Papeles de colores.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Cumplimiento y Seguimiento de indicaciones durante la realización de la actividad.</p>
<p>“Como las ranitas vamos a saltar”.</p>	<p>Que el niño realice movimientos coordinando ambos pies, o alternándolos.</p>	<p>Colocar aros en el piso, en forma de zigzag, como si se formara un caminito.</p> <p>Luego se le dice al niño que “vamos a hacer como las ranitas que saltan para llegar a su casa”. Se da el ejemplo de saltar, juntando los pies. Avanzar tomando impulso con ambos pies dentro de un aro. Animar al niño(a) a realizar lo mismo y a seguir avanzando hasta que logre pasar todos los aros y felicitarlo cuando llegue a su casita de ranita. (Ver Anexo 34)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Aros.</p>	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Dominio de movimientos coordinados de acuerdo a las indicaciones.</p>

ESPACIO.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Orientación Espacial.</p>	<p>Que el niño(a) logre identificar la ubicación exacta de los dibujos expuestos en las láminas.</p>	<p>Actividad que puede ser dirigida por profesionales y padres de familia. En un primer momento se le presentará mediante el modelado un ejemplo de lámina con dibujos que se le presentarán al niño(a) y se les explicará la ubicación de cada dibujo dentro de la lámina. Luego presentar la lámina con las respectivas figuras y proporcionar un par de minutos para que las observe detenidamente. Después, dar la indicación que deberá colocar cada Objeto, animal, etc. donde corresponda en función si mira hacia la derecha, izquierda, arriba o abajo.</p> <p>(Ver Anexo 35)</p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Láminas con dibujos.</p>	<p>De 15 a 20 minutos como máximo.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Capacidad de atención, concentración y orientación ante el desarrollo de la actividad.</p>
<p>Relaciones Espaciales</p>	<p>Identificar las distintas direcciones o puntos de referencias</p>	<p>Al niño(a) se le proporcionarán indicaciones cortas que deberá realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar un segmento del cuerpo en una dirección dada. - Llevar dos segmentos del cuerpo en distintas direcciones. -Tomar distintas posiciones según ordenes. -Identificar y señalar diferentes partes de objetos. -Rodar o lanzar pelotas en la dirección ordenada. - Encontrar objetos por la descripción de su ubicación. 	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. Diferentes objetos</p>	<p>De 15 a 20 minutos como máximo.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Capacidad de atención, concentración y orientación ante el desarrollo de la actividad.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>“Actividades para Aprender”</p>	<p>Identificar las características del espacio dentro de los locales y en áreas al aire libre que existe en la comunidad.</p>	<p>Concepto de espacio.</p> <p>El niño(a) seguirá indicaciones proporcionadas por el profesional o padre de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar espacio interior y área exterior. -Conocer las distintas partes de los espacios interiores. -Buscar en espacios interiores partes del mismo. -Localizar objetos en espacios interiores. -Conocer como encontrar la puerta y salir de locales interiores. <p>Para el desarrollo de esta actividad, el profesional debe hacer énfasis en los conceptos espacio, rincones, esquinas, paredes, puertas, pasillos, campos deportivos, zona de recreación, casa, por ser los más importantes para comprender la manera de orientarse en el espacio interior y áreas exteriores, en cualquier situación que se le presente en la vida diaria.</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Láminas con dibujos de casas, zona de recreación, etc.</p>	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Reconocimiento y cumplimiento de al menos 3 indicaciones según la actividad a desarrollar.</p>

TIEMPO Y RITMO.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
“Repite una y otra vez”	Que el niño(a) logre captar y realizar los sonidos de los diferentes instrumentos musicales.	<p>La realización de la actividad puede ser desarrollada por el profesional o padres de familia, ya sea en parejas o en un grupo reducido de 3 a 4 personas. Para ello se necesitaran diferentes instrumentos musicales que servirán para que cada niño(a) les utilice según el orden y las indicaciones asignadas.</p> <p>Los instrumentos serán usados por los niños(as) después de escuchar los respectivos sonidos que realice cada uno de los profesionales.</p> <p>Instrumentos a utilizar: Pandereta, tambor, silbatos, y otros que estén al alcance del menor y que no provoquen reacción negativa al escucharlos.</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Pandereta, tambor, silbatos.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 ó 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	Reconocimiento y realización con exactitud de al menos 3 a 4 diferentes sonidos de instrumentos musicales
Canción Infantil: “Hay que Saludar”	Que el niño(a) logre realizar los sonidos de acuerdo al tiempo y ritmo de la canción.	<p>“Hay que saludar”, es una canción infantil en la que se realizan movimientos en tiempo y ritmo en diferentes momentos de la canción. Para ello es necesario, en un primer momento escucharla en un CD, y memorizarla para cantarla al ritmo de ésta con el niño(a), luego sólo con la participación activa del profesional y el niño(a) directamente, para que los movimientos en tiempo y ritmo sean escuchados con mayor precisión, y analizar el cumplimiento del objetivo como tal.</p> <p>(Ver Anexo 36)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Cds Micrófono.</p>	<p>De 15 a 20 minutos, 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	Realización de actividad cumpliendo con precisión tiempo y ritmo ante la canción a desarrollar.

MOTRICIDAD

MOTRICIDAD GRUESA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
Movimientos Locomotores.	Capacidad de que los niños(as) tomen conciencia del movimiento e intensidad con que lo realiza su cuerpo.	<p>Actividades cortas desarrolladas por el profesional:</p> <ul style="list-style-type: none">• Caminar. <ul style="list-style-type: none">- Permitir que el niño(a) camine con libertad en un determinado espacio, controlado por el profesional.- Solicitar que el niño(a) logre subir y bajar una cantidad de gradas de acuerdo a la edad y dificultad de dirigirse por sí mismo.- Modelarle al niño(a) para que camine de una forma erguida y en punta de pie, para parecer más grande. <ul style="list-style-type: none">• Correr: <ul style="list-style-type: none">- Permitir que el niño(a) corra libremente y en diferentes direcciones. (Espacio apropiado).- Solicitar que el niño(a) corra y toque un objeto determinado.- Pedir al niño(a) que corra entre obstáculos, pueden ser sillas, conos pequeños, pelotas, et	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educadores, Terapistas, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Sillas, Pelotas, Conos.</p>	<p>De 15 a 20 minutos, durante una vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Cumplimiento de indicaciones y realización de movimientos precisos, según la indicación del profesional.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Saltar. <ul style="list-style-type: none"> - Por medio del modelado enseñar una y otra vez al niño(a) a saltar con los dos pies juntos en el mismo lugar. - Enseñar al niño(a) a saltar desde arriba de un bloque pequeño, puede ser un cojín, caja de cartón pequeña, etc. - Por medio del modelado, el profesional enseña al niño(a) a saltar hacia adelante, hacia atrás; de un lado hacia el otro, (Saltos pequeños que no impliquen peligro). • Rodar. <ul style="list-style-type: none"> - Sobre una alfombra, piso, plástico, etc. El profesional acostará al niño permitiéndole que ruede de izquierda a derecha según la edad del niño(a). - Permitir que el niño(a) pueda rodar después del modelado respectivo con los brazos estirados hacia arriba y luego con los brazos sobre la cabeza, en un primer momento de manera lenta y luego más rápido. <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 37)</i></p>	<p style="text-align: center;">Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educadores, Terapistas, Padres de Familia, Niño(a).</p> <p style="text-align: center;">Materiales.</p> <p>Alfombras, colchonetas, plástico.</p>	<p>De 15 a 20 minutos, 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	
--	--	---	---	--	--

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Coordinación Dinámica.</p>	<p>Coordinar y controlar los movimientos de su cuerpo al desplazarse.</p>	<p>Actividades cortas desarrolladas por el profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brincar. - Dar libertad al niño(a) de brincar libremente y sin limitarlo. - Dibujar con yeso un círculo mediano o grande de acuerdo a la edad del niño(a) para que brinquen dentro y fuera del mismo. - Alrededor de aros o círculos modelar al niño(a) de que brinque alrededor y en ambas direcciones del aro. - Que el niño(a) brinque frente a algunos pequeños obstáculos, (ya sea globos, o peluches) con la idea de no reventarlos ni pararse en ellos. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Aros, Globos, Peluches,</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.</p>	<p>Cumplimiento de indicaciones y realización de movimientos precisos, según la indicación del profesional.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Disociación.</p>	<p>Diferenciar las funciones y las partes de su cuerpo ejecutando movimientos.</p>	<p>Actividades cortas desarrolladas por el profesional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminar. <ul style="list-style-type: none"> - Que el niño(a) caminen cargando una caja liviana primero con los dos brazos y luego con sólo un brazo, lo cual será realizado desde un punto de partida específico. - Modelar al niño(a) los movimientos de rascarse la cabeza con una mano y luego con la otra tocarse el estómago. • Lanzar. <ul style="list-style-type: none"> - Que el niño(a) lance una pelota libremente, es decir, hacia donde él (ella) así lo desee. Para ello debe realizarse la actividad en una cancha o parque. - Lanzar la pelota hacia la pared o lugar indicado, puede ser hacia el lugar donde se lanzan las canastas, dentro de la cancha de Basquetbol. - Con la ayuda de uno ó más compañeros lanzarla para que el (ella) logren sostenerla. - Rebotar la pelota, una y muchas veces. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Caja de cartón, Pelota.</p>	<p>De 15 a 20 minutos, 2 a 3 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Cumplimiento de indicaciones y realización de movimientos precisos, según la indicación y el modelado del profesional.</p>

MOTRICIDAD FINA.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Coordinación Ojo-Pie.</p>	<p>Desarrollar la coordinación entre movimiento del pie y de los ojos en los niños(as).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patear una bolsa o un globo. <ul style="list-style-type: none"> - Permitir que el niño(a) patee la bolsa o globo con el pie derecho y luego con el pie izquierdo. - Que el niño(a) patee la bolsa o globo con ambos pies, iniciando movimientos suaves y luego incrementar la velocidad valorando sus movimientos individuales. - Ubicar la bolsa o globo entre otros objetos y permitir que el niño(a) los busque y los patee según la indicación. - Enseñarle al niño(a) a patear la bolsa o globo hacia atrás usando el talón de su pie. • Caminar. <ul style="list-style-type: none"> - Que el niño(a) camine sobre una cinta adhesiva o líneas con tiza, colocadas paralelamente. - - Modelarle al niño(a) para que camine sobre la cinta adhesiva o línea con tiza hacia adelante y luego hacia atrás. - Finalmente permitir que el niño(a) corra sobre la cinta adhesiva o línea con tiza paralelas. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Globo, Bolsa, Cinta adhesiva, Tiza.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Según la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud los movimientos solicitados.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Coordinación Ojo- Mano</p>	<p>Desarrollar la coordinación entre movimientos de las manos y de los ojos de los niños(as).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar una Pelota. - Lanzando una pelota hacia arriba y enseguida atraparla con ambas manos. (el tamaño de la pelota dependerá la edad del niño(a), y poco a poco incrementará el tamaño de la misma). - Al tirarle la pelota solicitar al niño(a) que dé un aplauso antes de atraparla, (así sucesivamente se solicitarán 2 ó 3 aplausos). - Luego indicar al niño(a) que deberá dar una vuelta antes de atrapar la pelota. - Rebotar la pelota poco a poco, empezar muy abajo hasta llevarla hacia arriba con rebotes fuertes y luego llevarla hacia abajo con rebotes más suaves. - Indicar al niño(a) que deberá rebotar la pelota sin moverse usando mano derecha- mano izquierda, luego que empiece a caminar con pasos lentos, para que luego incremente la velocidad de su pasos, hasta rebotar la pelota en diferentes direcciones. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Pelota.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Dominio, cumplimiento de indicaciones y realización de movimientos precisos, según la indicación del profesional.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Coordinación Ojo- Mano</p>	<p>Desarrollar la coordinación entre movimientos de las manos y de los ojos de los niños(as).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usar un Aro. <ul style="list-style-type: none"> - Con la ayuda del profesional o padre de familia hacer que el niño(a) gire el aro en la muñeca izquierda y luego en la derecha. - Permitir que el niño(a) haga círculos con los aros. - Enseñar a los niños(as) a lanzar el aro hacia arriba y atraparlo con las manos. • Otros Ejercicios. <ul style="list-style-type: none"> - Facilitar al niño(a) una prenda de vestir y enseñarle el abotonado y desabotonado, a abrochar y desabrochar. - Enseñarle a atar cintas o cinturones, zapatos, etc. - Ubicar en mano derecha o izquierda material de títeres y enseñarle movimientos por medio del modelado. <p style="text-align: center;">(Ver Anexo 38)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Aro. Prenda de vestir. Otros objetos.</p>	<p>De 10 a 15 minutos, 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Dominio, cumplimiento de indicaciones y realización de movimientos precisos, según la indicación del profesional</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Coordinación Ocular.</p>	<p>Desarrollar la coordinación viso motora a través de ejercicios espaciales y temporales para lograr exitosamente la coordinación de movimientos finos de los dedos y el ojo.</p>	<p>Proceso de Modelado.</p> <p>El niño(a) de 4 a 6 años, tienen necesidad de palpar, manipular, amasar, triturar y modelar; para ello, a continuación actividades cortas que deberán ser dirigidas por el profesional o padre de familia respectivamente, realizándolo él o ella en un primer momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amasa con las palmas de la mano. - Tritura el material con las yemas de los dedos. - Modela y destruye lo hecho. - Modela formas geométricas sencillas. - Crea figuras de animales, antes de representar la figura humana. - Imita figuras o posturas del cuerpo. - Une trozos para formar un conjunto. <p>(Ver Anexo 39)</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Diferentes materiales que se adecuen a las actividades a realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Masa -Barro. -Plastilina. 	<p>De 10 a 15 minutos, 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Según la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud los movimientos solicitados.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Bruñido.</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de los ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>Estrujado muy fino.</p> <p>El profesional o padre de familia cortará pedacitos de papel de china o de crespón. Con los dedos pulgar, índice y medio, se realiza el siguiente proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer ejercicios en el aire con movimientos circulares con la yema de los dedos pulgar, índice y medio. - Tomar un pedacito de papel y presionar con las yemas de los dedos en forma circular hasta formar una bolita pequeña. - Rellenar con el bruñido siguiendo paso a paso según las indicaciones básicas del profesional. - Rellenar con las bolitas (bruñido) figuras simples, hasta llegar a rellenar figuras complejas. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Papel de china o crespón.</p>	<p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Según la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud los movimientos solicitados.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Rasgado.</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de los ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>Recorte con los dedos.</p> <p>Para iniciar el rasgado el niño(a) utilizarán sus dedos como tijera. El recorte con los dedos actúa como excelente entrenamiento motor, para lo que posteriormente será el recortado con tijera.</p> <p>Es importante que el niño(a) practique el rasgado con diferente papel y de diferentes formas, a continuación algunas alternativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rasgar libremente en pedazos grandes y poco a poco disminuir hasta llegar a pedazos pequeños. - Rasgar tiras anchas y angostas. - Rasgar siguiendo indicaciones básicas del profesional. - Rasgar figuras de contornos simples. - Rasgar figuras de contornos más difíciles. <p>Es necesario que el profesional o padre de familia, expliquen al niño(a) cómo deben colocar los dedos para rasgar el papel y así poder realizar el proceso correctamente.</p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Papel peri</p>	<p>De 10 a 15 minutos, durante 1 vez a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en esta área.</p>	<p>Según la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud la actividad solicitada.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Recortado.</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de los ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>Recortado con tijera.</p> <p>La actividad de recortar con tijera ofrece un buen ejercicio de concentración ojo-dedo y el desarrollo de los músculos de las manos.</p> <p>se debe enseñar a utilizar tijera empleando el siguiente proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento de la tijera (punta redonda). - Mantener el pulgar extendido, utilizar la tijera abriéndola y cerrándola en cualquier dirección. - Dejar que el niño(a) dé tijerazos en el papel en cualquier dirección. - Hacer rectángulos pequeños, medianos y grandes. - Trazar con plumones con líneas finas, gruesas, largas, cortas, semicirculares, circulares. - Recortar figuras geométricas. - Recortar figuras amorfas. <p>El profesional o padre de familia debe considerar el proporcionarle tijera al niño(a) hasta haber realizado mucho recorte con las manos (rasgado).</p> <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 40)</i></p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Diferentes clases de papel (Periódico, de regalo, lustre, bond).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tijeras punta redonda. - Pegamento. 	<p>De 15 a 20 minutos 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>De acuerdo a la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud la actividad de recortado.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Pegado.</p>	<p>Que el niño(a) logre exitosamente la coordinación de movimientos finos de los dedos y el ojo.</p>	<p>El proceso de pegado debe ir paralelo a todos los anteriores.</p> <p>A continuación algunas sugerencias para el profesional o padre de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercitación libre con pedazos de papel lustre u otros. - Ejercitación orientada a: forrar la tapadera de alguna caja por ejemplo o de botes grandes. - Pegar en el límite superior de una hoja de papel bond, ya sean pedazos de papel grande o pequeño. - Pegar en el contorno y dentro de las figuras geométricas. - Pegar figuras completas. - Crear escenas con diferentes figuras rasgadas o recortadas. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <p>Diferentes clases de papel (Periódico, de regalo, lustre, bond).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tijeras punta redonda. - Pegamento. -Trozos de tela. 	<p>De 15 a 20 minutos 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>De acuerdo a la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud la actividad solicitada.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Dibujo.</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de las manos, dedos y ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>Para que ésta actividad sea completa en cada uno de sus procedimientos es necesario que se lleve a cabo cumpliendo las siguientes etapas:</p> <p>Garabateo: En ésta etapa los rasgos son incoherentes y tienen significado solamente para el niño(a) que los realizan.</p> <p>Fase de Renacuajo o etapa celular: La figura humana está representada por la frente, cabeza y el cuerpo, formado por un solo elemento ovalado, las piernas y los brazos salen de la cabeza;</p> <p>Fase esquemática de transición: El dibujo adquiere tronco, cabeza y piernas;</p> <p>Completa representación de la figura humana vista de frente: En ésta etapa los cuerpos están rígidos y carecen de movimientos, aunque ya tienen muchos detalles;</p> <p>Frase de transición de la figura humana de perfil con movimiento: La nariz y los pies de frente y el tronco de perfil con los brazos al frente para dar sensación de movimiento.</p> <p>(Ver Anexo 41)</p>	<p>Humanos. Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales. - Crayolas Gruesas y finas, -Lápiz de grafito -Papel bond o de empaque.</p>	<p>De 15 a 20 minutos 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Dominio, cumplimiento de indicaciones y realización con exactitud de la actividad, según la indicación del profesional.</p>

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Pintado</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de las manos, dedos y ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>Al igual que el proceso de pegado, el de pintado se trabaja paralelamente con los anteriores.</p> <p>Algunas orientaciones para trabajar éste proceso son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pintar con toda la mano sin dirección alguna sobre la hoja de papel bond con cualquier técnica de pintura. - Con la palma de la mano levantando los dedos, - Con el canto de la mano, - Con los dedos; - Con los nudillos de los dedos, - Utilizando bolitas de algodón en toda la página, - Utilizando otras herramientas como hisopos y pinceles. <p style="text-align: center;"><i>(Ver Anexo 42)</i></p>	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pintura de dedo, tempera, acuarela, otros tipos de pintura. - Papel bond, - Libreta de trabajo. 	<p>De 20 a 30 minutos 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>Según la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud la actividad solicitada.</p>



ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO	EVALUACIÓN
<p>Proceso de Coloreo</p>	<p>Desarrollar el dominio de los movimientos de las manos, dedos y ojos para generar destrezas y habilidades.</p>	<p>A continuación algunas sugerencias para el profesional o padre de familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colorear libremente sobre una hoja de papel bond primeramente con crayones gruesos hasta llegar al crayón normal o delgado. - Colorear en el límite superior, luego en el inferior. - En el límite izquierdo y después en el derecho. - Colorear dentro de algunas figuras geométricas, (círculo, cuadrado, triángulo, etc.) - Colorear fuera de las respectivas figuras geométricas. - Entre dos líneas horizontales y luego entre dos líneas verticales; - Sobre el contorno de figuras geométricas, - Colorear figuras, desde las simples hasta las complejas; por ejemplo: frutas hasta llegar a paisajes. - Figuras grandes hasta las más pequeñas, - Finalizar el coloreo utilizando lápices de colores. 	<p>Humanos.</p> <p>Profesional en Psicología, Educador, Terapeuta, Padres de Familia, Niño(a)</p> <p>Materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Papel bond -Libretas de trabajo -Crayones o crayolas gruesas, delgadas, lápices de color. 	<p>De 15 a 20 minutos 1 a 2 veces a la semana.</p> <p>Valorar el tiempo que requiera el nivel de dificultad del niño(a) con autismo en ésta área.</p>	<p>De acuerdo a la indicación y el modelado del profesional, que el niño(a) cumpla las indicaciones y realice con exactitud la actividad de coloreo.</p>

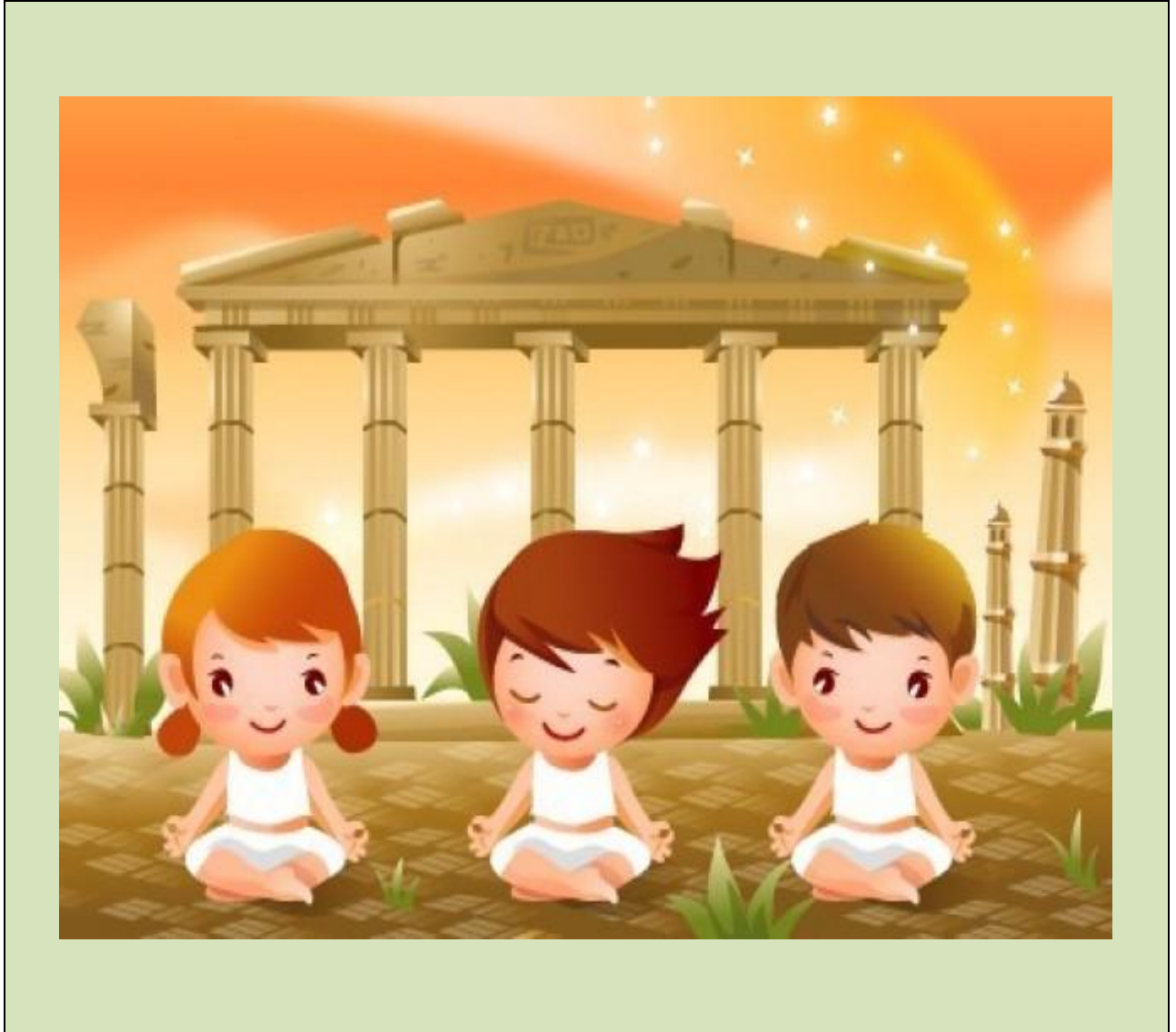
ANEXOS

DISEÑO DE PROGRAMA
PSICOLÓGICO.



ANEXO 1

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN.



ANEXO 2

TÉCNICA MODELAMIENTO E IMITACIÓN.



ANEXO 3

TÉCNICA RETIRADA DE ATENCIÓN



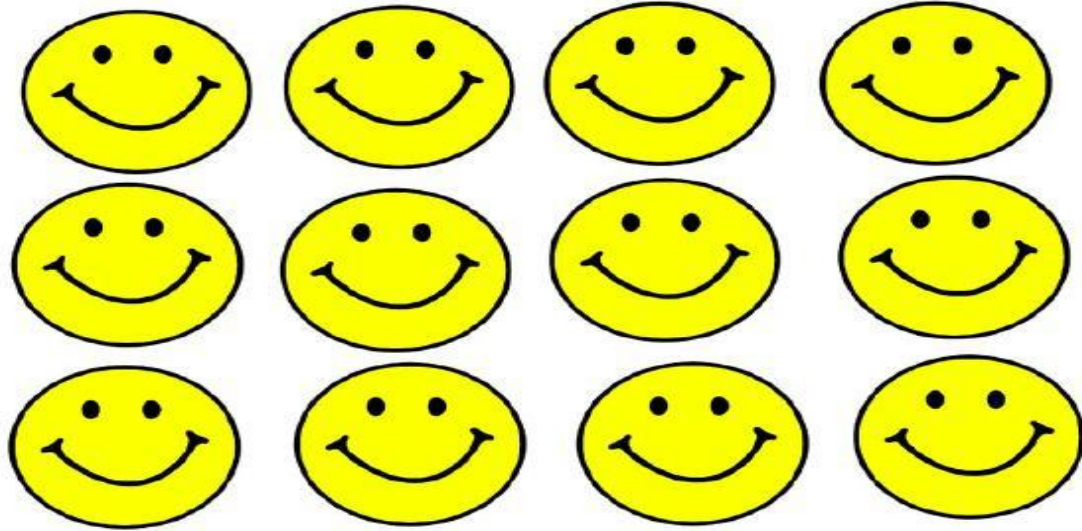
ANEXO 4

TÉCNICA TIEMPO FUERA.



ANEXO 5

TÉCNICA ECONOMÍA DE FICHAS




Fecha:

Conducta a trabajar:

NO PELEARSE



Alumnos:



ANEXO 6

TÉCNICA REFUERZO POSITIVO



ANEXO 7

TÉCNICA DISMINUIR LA EXIGENCIA DE COMPLEJIDAD



ANEXO 8

TÉCNICA LA SILLA FRÍA



ANEXO 9

TÉCNICA CASTIGO POSITIVO.



ANEXO 10

TÉCNICA SACIAMIENTO.



ANEXO 11

DIARIO EMOCIONAL



ANEXO 12

NUESTRA FAMILIA



ANEXO 13

OBSERVACIÓN DE LAMINAS “MUESTRAS DE CARIÑO”



LÁMINAS "MUESTRAS DE CARIÑO"



ANEXO 14

JUEGO DE LOS GESTOS



ANEXO 15

VINCULO AFECTIVO (NIVEL INDIVIDUAL)



ANEXO 16

ESTRATEGIAS PARA ENSEÑAR LOS VÍNCULOS AFECTIVOS A LOS PADRES O RESPONSABLES



ANEXO 17

SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA VINCULACIÓN ENTRE HIJOS(AS) Y PADRES

Saber escuchar a los hijos



La empatía parental.



Aprender a hablar de sentimientos y emociones



Ser coherentes y predecibles



Fomentar los estilos democráticos



Incrementar los tiempos de ocio



ANEXO 17

INFORMACIÓA EXPLICATIVA.

a) *Saber escuchar a hijos/as es la clave.*

A muchos padres les parecerá trivial pequeñas anécdotas de la escuela u otras instituciones, que el hijo(a) puede explicar comparadas con sus propios problemas. No obstante, puede que para el niño(a) aquello tenga una importancia que trascienda a la comprensión o valoración del propio padre. Los adultos procesan los problemas de forma diferente a los niños(as) y las claves de interpretación son sustancialmente diferentes a las que ellos/as utilizan. Por tanto ante cualquier demanda del niño(a) **se debe tener tiempo para escucharle**. Lo que importa como padres no es tanto solucionar el “problema puntual” del hijo(a) sino lanzarle un mensaje muy potente que trasciende al propio problema, a saber: **“Tus padres están ahí para escucharte y ayudarte en lo que necesites”**.

Esta es la mejor base para que los niños(as) crezcan emocionalmente fuertes y reduzcan los miedos y conductas desadaptadas a partir del reforzamiento de su propia seguridad afectiva.

Cuando el niño(a) llega a la **adolescencia** los deberes ya deben estar hechos. Si los procesos de vinculación se han establecido correctamente, los problemas durante este período se minimizarán. El adolescente será capaz de verbalizar sus emociones y sentimientos y buscar el consejo de los padres cuando lo requiera. Hay que recordar al respecto que las figuras principales de vinculación durante la adolescencia son los iguales (amigos, compañeros) y los padres pasan a ser unos referentes secundarios en ese momento. No obstante, para los adolescentes que han sido capaces de desarrollar un apego seguro con sus padres seguirán necesitando su apoyo incondicional para ir superando los nuevos retos de la etapa. Como padres se debe estar en la retaguardia preparados para escucharles y aconsejarles cuando se demande y sea necesario.

b) *La empatía parental*

La capacidad de percibir los signos emocionales del niño(a) por las que manifiesta sus necesidades de atención afectiva y saberles dar la respuesta adecuada por parte de los padres es lo que denominamos empatía parental.

Uno de los principales obstáculos para que los padres escuchen a sus hijos(as) es que dedican buena parte de su comunicación a reprenderles o a recordarles las normas de conducta que se esperan de ellos. Es muy fácil marcar conductas y diferenciar entre lo

aceptable y lo inaceptable. Pero, si no sabemos interpretarlos, si no somos capaces de leer en clave emocional muchas de estas manifestaciones, es probable que no se sientan respetados ni comprendidos y, por tanto, no solucionen el problema. Ello es especialmente importante durante la adolescencia.

c) El concepto de Resiliencia parental

La Resiliencia es un concepto que hace referencia a la capacidad de ciertas personas, también en los niños(as), para hacer frente a los factores y circunstancias adversas que depara la vida. Las personas con resiliencia son capaces de seguir construyendo su futuro de forma equilibrada y sana pese a las experiencias difíciles, los traumas vividos y las carencias afectivas tempranas; Se podría decir que hay un cierto aprendizaje de las malas experiencias y un deseo que impulsa a estas personas a construir estrategias alternativas para llegar a funcionar mejor en todos los ámbitos, incluido el familiar, pese a las circunstancias adversas.

La resiliencia es, por tanto, una de las habilidades básicas fundamentales deseables y esperables en los padres. No obstante, el desarrollo de esta capacidad es posible tanto para los padres como para los hijos y de su establecimiento en los más pequeños va a depender de la existencia de una parentalidad sana, competente y que sirva de modelo adecuado.

Los padres resilientes tienen la capacidad de establecer un vínculo afectivo (apego) a partir de procurar los necesarios cuidados tanto físicos (comida, higiene, etc.) como afectivos (amor incondicional, tiempos comunes, proximidad afectiva, etc.). No obstante, deben ser capaces, paralelamente a estos cuidados básicos, de compartir con sus hijos la idea de que el crecimiento y el desarrollo de todos los seres humanos y el de ellos, en particular, pasa por una serie de desafíos que forman parte de la vida y que algunos de ellos les provocarán dolor y frustración, pero que si confían en sus propios recursos y el apoyo de los suyos, podrán salir adelante.

Estos padres, en definitiva, tienen la capacidad de tomar el timón de sus vidas, saben identificar y analizar las situaciones problemáticas que afectan a la familia y tomar las decisiones oportunas con solicitud de ayuda si lo consideran necesario. Esto no lo hacen tanto desde el desánimo sino como de la voluntad e iniciativa de cambiar las cosas por el bien de toda la familia.

d) Aprender a hablar de nuestros sentimientos y emociones

Cuando se escucha y habla con los hijos/as, se debe ser capaz de introducir el factor emocional. Se debe enseñarles a identificar sus emociones para que así puedan encauzarlas debidamente. Para ello se debe atender a lo que hace cada día (ir al colegio, de excursión, etc.), pero fundamentalmente a cómo se ha sentido en las diversas situaciones (triste, alegre, enfadado, rabioso, etc.). Enseñarles a hablar acerca de sus sentimientos supone un buen recurso para construir una personalidad sana. No se trata de que los padres hagan un interrogatorio exhaustivo cada día, sino que

sean capaces de introducir estos elementos cuando se produzcan situaciones que así lo aconsejan.

Un buen momento también para hablar de las emociones es cuando el niño(a) ha tenido algún berrinche o mala conducta en casa. En estos casos es mejor dejar los "razonamientos" para más tarde cuando las cosas han vuelto a la normalidad. Un buen momento puede ser por la noche justo antes de acostarse. Entonces se puede analizar lo ocurrido y sacar las emociones de unos y otros. Los padres pueden manifestar su tristeza y decepción por la conducta de su hijo(a) y éste explicará cómo se ha sentido antes y después de lo ocurrido. Todo ello independientemente de la sanción o castigo que hayan determinado los padres.

e) Ser coherentes y predecibles

Los padres son los referentes y los modelos principales hasta, al menos, la adolescencia.

Construir lazos afectivos significa también crear un entorno coherente y predecible. Si se exige a los niños(as) comportamientos o actitudes que son contrarias a la propia forma de actuar de los padres, se crearan dudas y desorientación.

Es aconsejable que incluso cuando se dan conflictos serios entre la pareja, sean capaces de consensuar unas líneas educativas comunes de actuación con ellos independientemente de las diferencias como adultos.

f) Fomentar los estilos democráticos

Este estilo educativo denominado "democrático" y considerado como el óptimo, según algunos estudios, se caracteriza por que el niño(a) se siente amado y aceptado, pero también comprende la necesidad de las reglas de conducta y las opiniones o creencias que sus padres consideran que han de seguirse. Como padres se debe saber ser generosos pero, a la vez, es imprescindible establecer límites claros a las conductas y demandas de los niños(as). Si así no se hace, las demandas aumentarán y la percepción del niño/a será de que tiene el control sobre sus padres y que sus solicitudes son derechos reales a los que no tiene por qué renunciar. Reforzar la vinculación y proporcionales afecto no significa ceder a todas sus demandas.

g) Incrementar los tiempos de ocio juntos

Dedicar más tiempo con los hijos(as) es siempre una buena elección pero se debe también buscar una mejora en la calidad del mismo. De nada servirá estar todo el día con los niños/as si ello no nos proporciona espacios comunes de juego y comunicación. Los juegos familiares, la lectura de cuentos a los más pequeños, el poder hablar de temas de su interés a los adolescentes, etc. son actividades esenciales para potenciar los lazos afectivos. Es también muy importante hablar sobre lo que sucede y preocupa en el día a día.

ANEXO 18

CANCIÓN INFANTIL: "NARANJA DULCE"



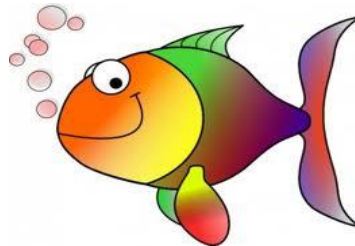
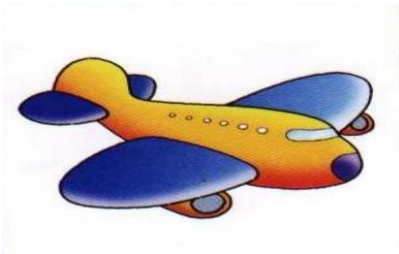
CANCIÓN INFANTIL: "NARANJA DULCE"



ANEXO 19

OBSERVACION DE LÁMINAS.





LÁMINAS CON LETRAS.

S	O	P	M
T	U	R	X
I	L	A	Z

LÁMINAS CON NÚMEROS

4	7	1	9
2	8	0	3
10	5	15	6

LÁMINAS CON ABECEDERIO.

A	B	C	CH	D
E	F	G	H	I
J	K	L	LL	M
N	Ñ	O	P	Q
R	S	T	U	V
W	X	Y	Z	

ANEXO 20

EL DESPERTADOR



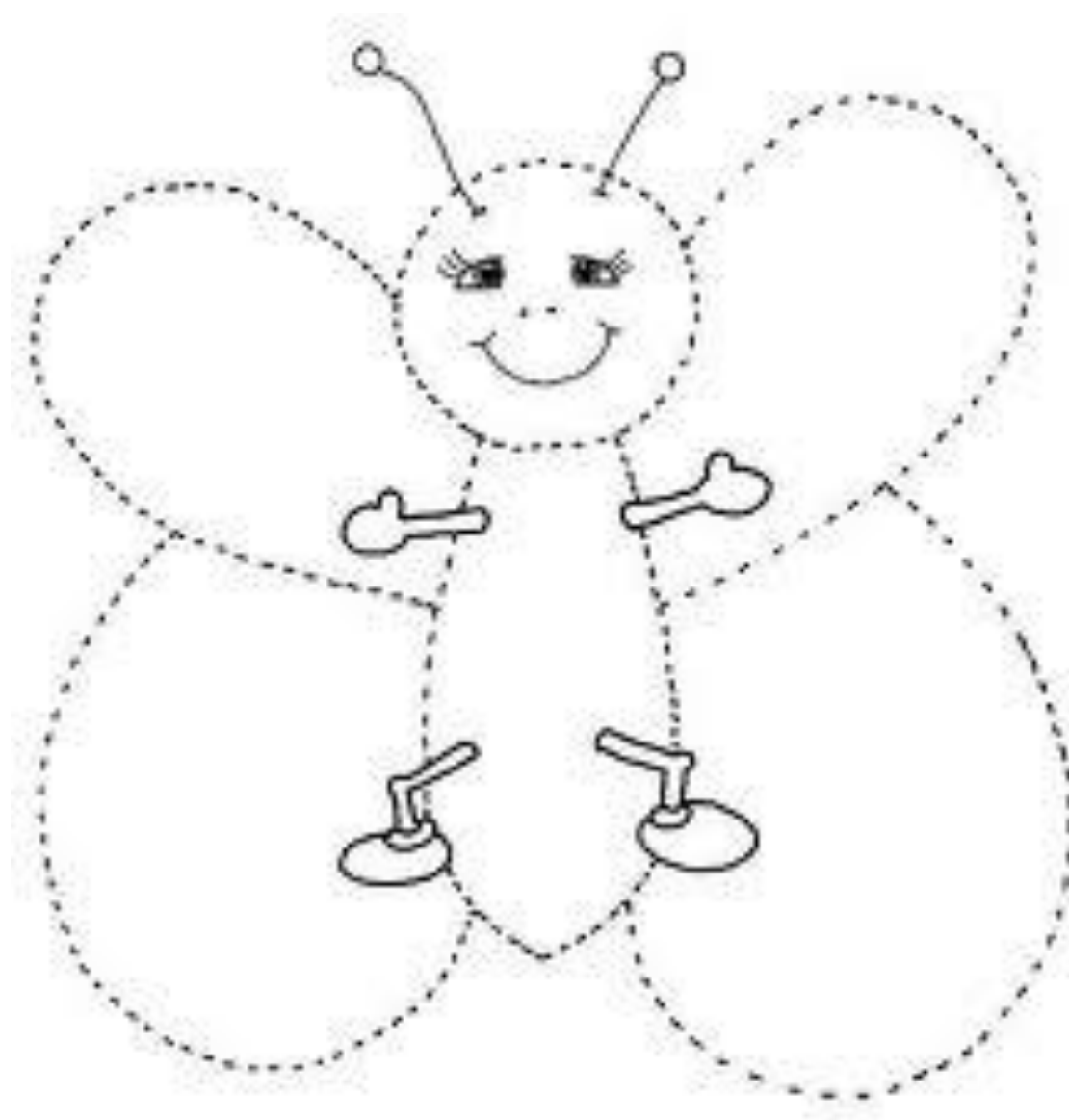
ANEXO 21

ARMANDO ROMPECABEZA

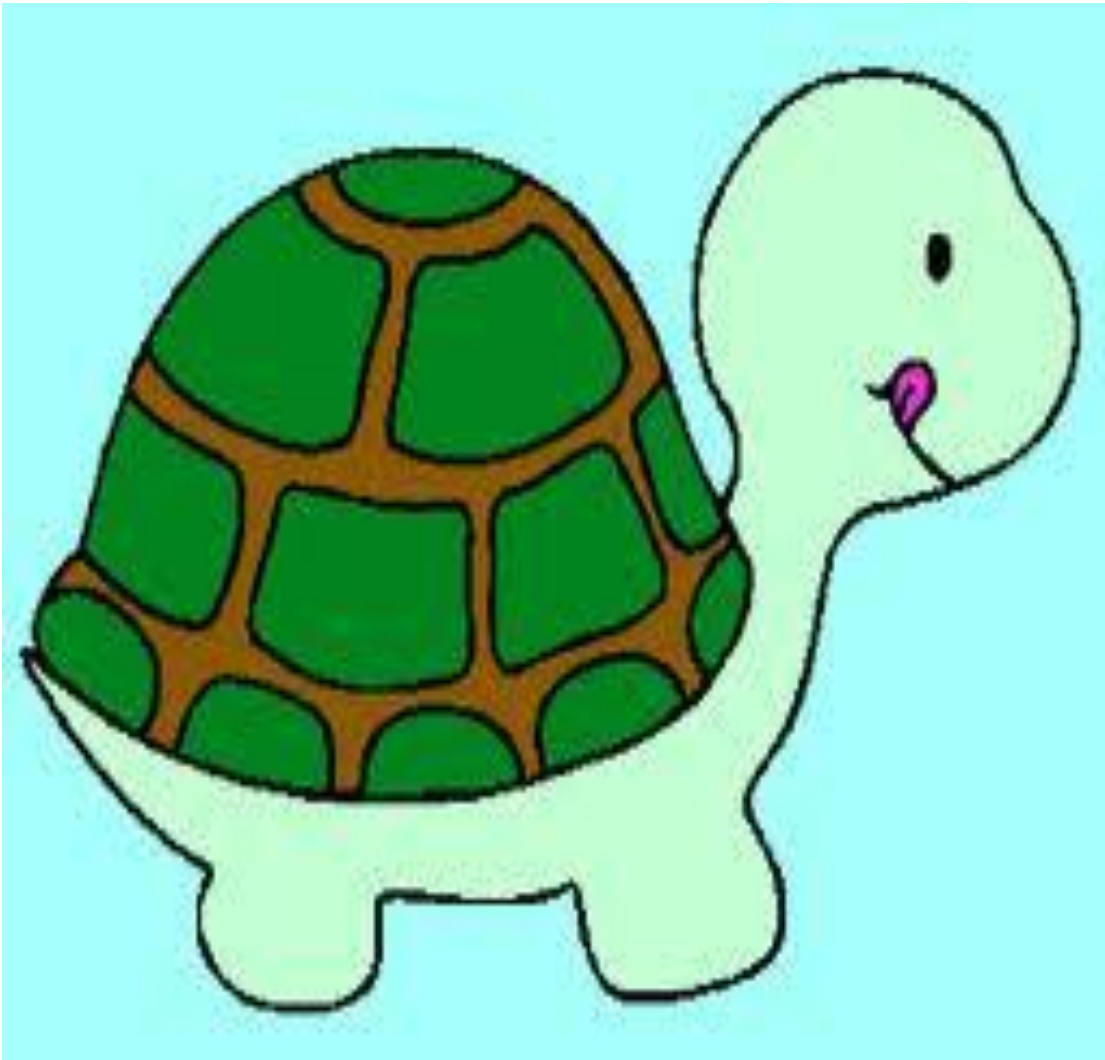


ANEXO 22

PUNZADO DE FIGURA



PUNZADO DE CONTORNO



ANEXO 23

ORDENANDO JUGUETES



ANEXO 24

JUEGO DE DISFRACES



ANEXO 25

LOS TRES CERDITOS





NARRACION DEL CUENTO

En el corazón del bosque vivían tres cerditos que eran hermanos el lobo siempre andaba persiguiéndolos para comérselos.

Para escapar del lobo, los cerditos decidieron hacerse una casa el pequeño la hizo de paja, para terminar antes y poder irse a jugar, él mediano construyó una casita de madera al ver que su hermano pequeño había terminado ya, se dio prisa para irse a jugar con él.

El mayor trabajaba en su casa de ladrillo, ya veréis lo que hace el lobo con vuestras casas dijo a sus hermanos mientras éstos se la pasaban jugando.....

El lobo salió detrás del cerdito pequeño y él corrió hasta su casita de paja, pero el lobo sopló y sopló y la casita de paja se derrumbó.

El lobo persiguió también al cerdito por el bosque, que corrió a refugiarse en casa de su hermano mediano pero el lobo sopló y sopló y la casita de madera derribó.

Los dos cerditos salieron corriendo de allí casi sin aliento, con el lobo pegado a sus talones, llegaron a la casa del hermano mayor los tres se metieron dentro y cerraron bien todas las puertas y ventanas. El lobo se puso a dar vueltas a la casa, buscando algún sitio por el que entrar con una escalera muy pero muy larga subió hasta el tejado, para entrar por la chimenea.

Pero el cerdito mayor puso al fuego una olla con agua el lobo comilón bajo por el interior de la chimenea, pero cayó sobre el agua hirviendo y se quemó. Escapó de allí dando unos terribles aullidos que se oyeron en todo el bosque se cuenta que nunca jamás quiso comer un cerdito.....

iii Y colorín colorado, este cuento se ha terminado!!!

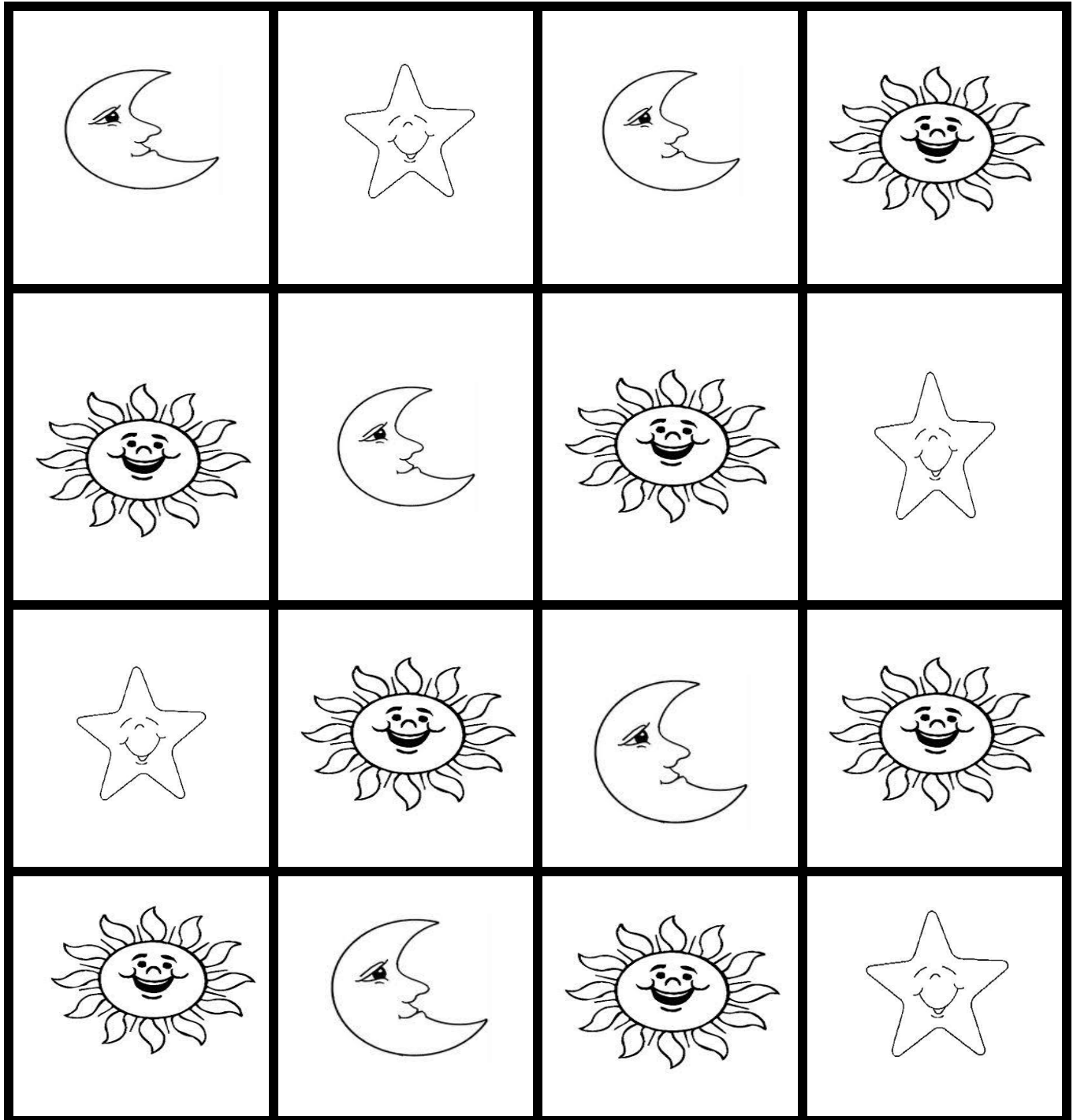
DIBUJO PARA COLOREAR



ANEXO 26

DISCRIMINACIÓN VISUAL.

Colorear los soles de color amarillo



ANEXO 27

ESQUEMA CORPORAL.

Canción Infantil: "Cabeza, hombro, rodillas y pies"

Cabeza, hombros, rodillas y pies,

Rodillas y pies,

Rodillas y pies,

Cabeza, hombros, rodillas y pies

Y todos de nuevo a cantar.

Cabeza, hombros, rodillas y pies,

Rodillas y pies,

Rodillas y pies,

Cabeza, hombros, rodillas y pies

Y todos de nuevo a cantar.



Head, shoulders, knees, toes



CANCIÓN INFANTIL: "MIS MANITAS, MIS DEDITOS Y MI CUERPO"

LAS MANOS:

Saco mis manitas y las pongo a bailar,
las abro, las cierro y las vuelvo a guardar.
Saco mis manitas y las pongo a danzar,
las abro, las cierro y las vuelvo a guardar.
Saco mis manitas y las pongo a palmeaar,
las abro, las cierro y las vuelvo a guardar.

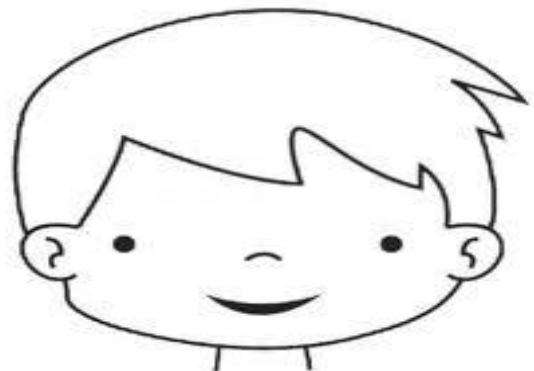


LOS DEDITOS:

Los deditos de la mano,
todos juntos estarán;
si los cuentas uno a uno,
cinco son y nada más.
Los deditos de las manos,
estirados los verás;
si tú cuentas las dos manos,
cinco y cinco ¿qué serán?

MI CUERPO:



























Esta es mi cabeza,
este es mi cuerpo,
estos son mis manos
y estos son mis pies.
Estos son mis ojos,
esta mi nariz,
esta es mi boca,
que canta plim, plim.
Estas orejitas sirven para oír,
y estas dos manitas para aplaudir



Cabeza

ANEXO 28

“MI CUERPO TIENE...”

Yo-Yee!	Partes del cuerpo				Flashcards!
 tobillo	 brazo	 mejilla	 mentón	 orejas	
 codo	 ojo	 dedo	 pie	 frente	 cabello
 cabeza	 mano	 rodilla	 piernas	 labios	
 boca	 uñas	 cuello	 nariz	 palma	
 hombro	 estómago	 dientes	 dedo del pie	 lengua	

ANEXO 29

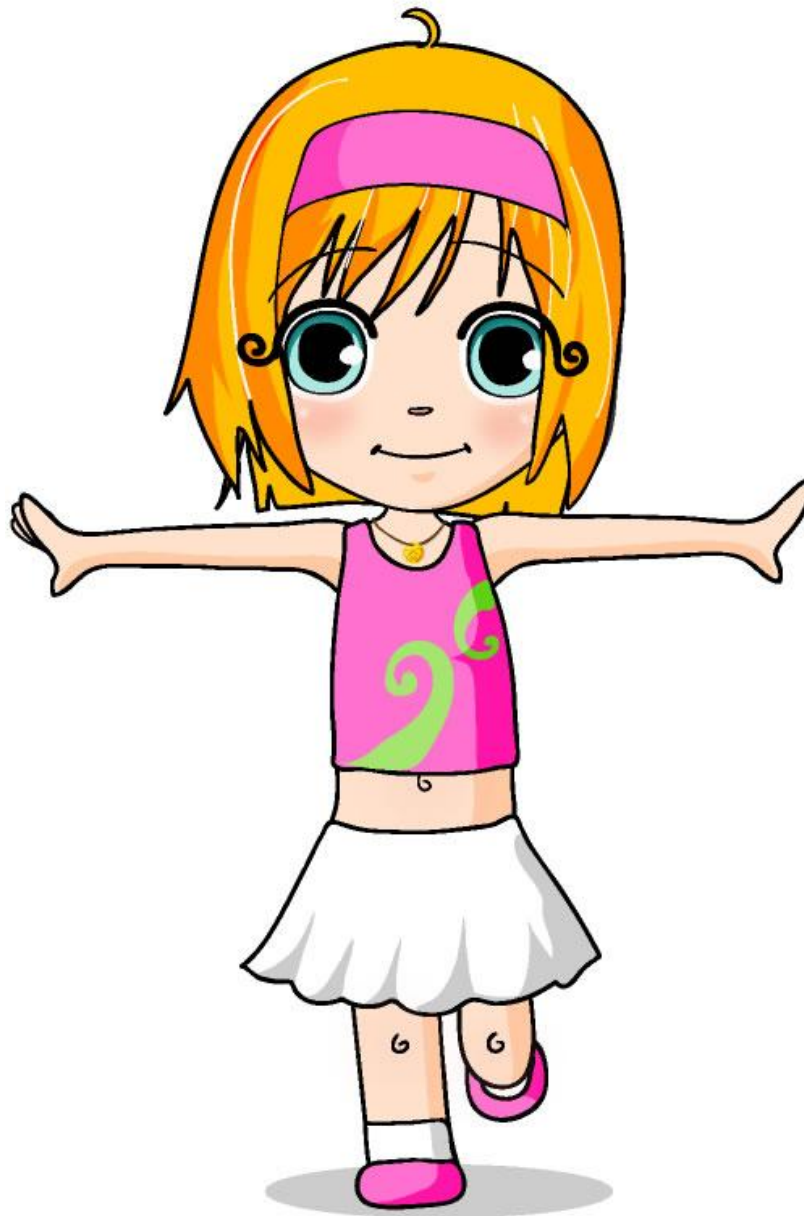
CONOZCO Y MENCIONO LAS PARTES DE MI CUERPO.



ANEXO 30

LATERALIDAD.

MOVIENDO MANO IZQUIERDA- MANO DERECHA.



ANEXO 31

“EJERCITANDO Y MOVIENDO NUESTROS PIES”



ANEXO 32

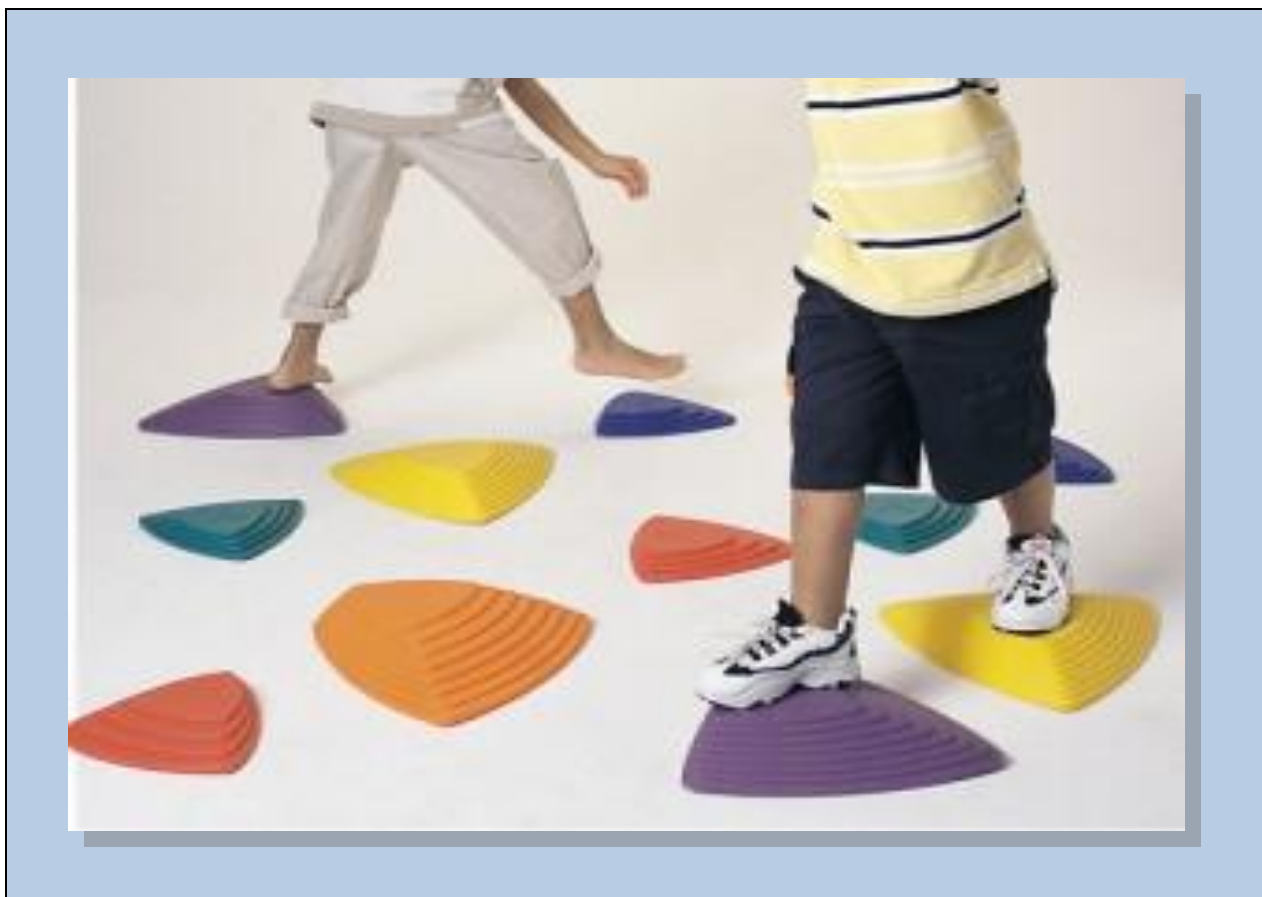
“IMITACIÓN DE ACCIONES REPRESENTADAS EN FOTOS”



ANEXO 33

EQUILIBRIO.

“PISAR PAPELES”.



ANEXO 34

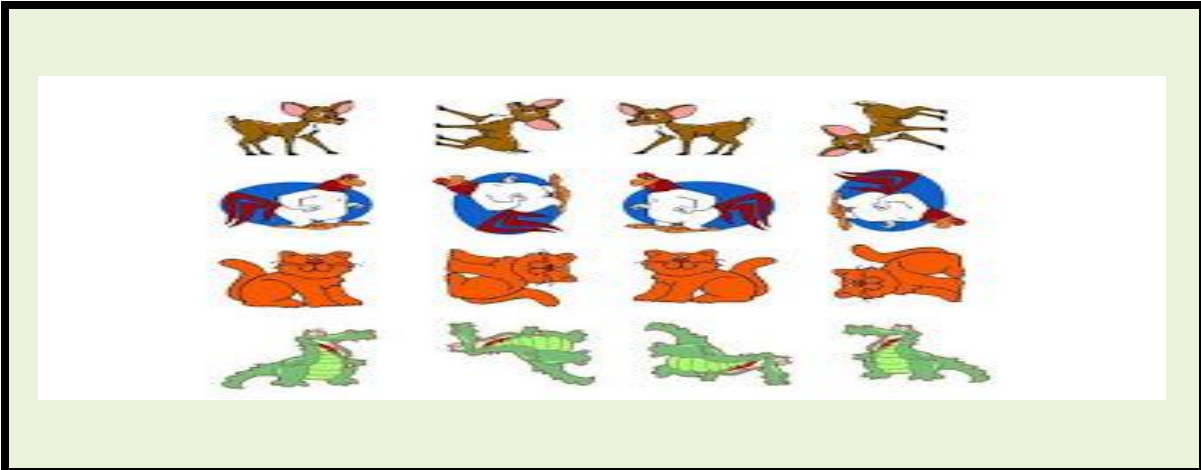
“COMO LAS RANITAS VAMOS A SALTAR”



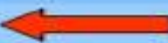







ANEXO 35

ESPACIO.

ORIENTACIÓN ESPACIAL.



ORIENTACION ESPACIAL				
				
				
				
				

ANEXO 36

TIEMPO Y RITMO.

CANCIÓN INFANTIL: "HAY QUE SALUDAR".

¡HAY QUE SALUDAR!

Hay que saludar, hay que
saludar,
Porque el que saluda, amigos
tendrá,

Hay que sonreír, hay que
sonreír,
Porque el que sonríe, vivirá
feliz,

Con las palmas (tres veces)
Con los pies (tres veces)
Con la risa ja, ja, ja
Con la colita chas, chas, chas.

Hay que saludar, hay que
saludar,
Porque el que saluda, amigos
tendrá,
Hay que sonreír, hay que
sonreír,
Porque el que sonríe, vivirá
feliz,

Con las palmas (tres veces)
Con los pies (tres veces)
Con la risa ja, ja, ja Con la colita
Chas, chas, chas.



ANEXO 37

MOTRICIDAD GRUESA.

MOVIMIENTOS LOCOMOTORES.



ANEXO 38

COORDINACIÓN OJO- MANO



ANEXO 39

PROCESO DE MODELADO.

COORDINACIÓN OCULAR.



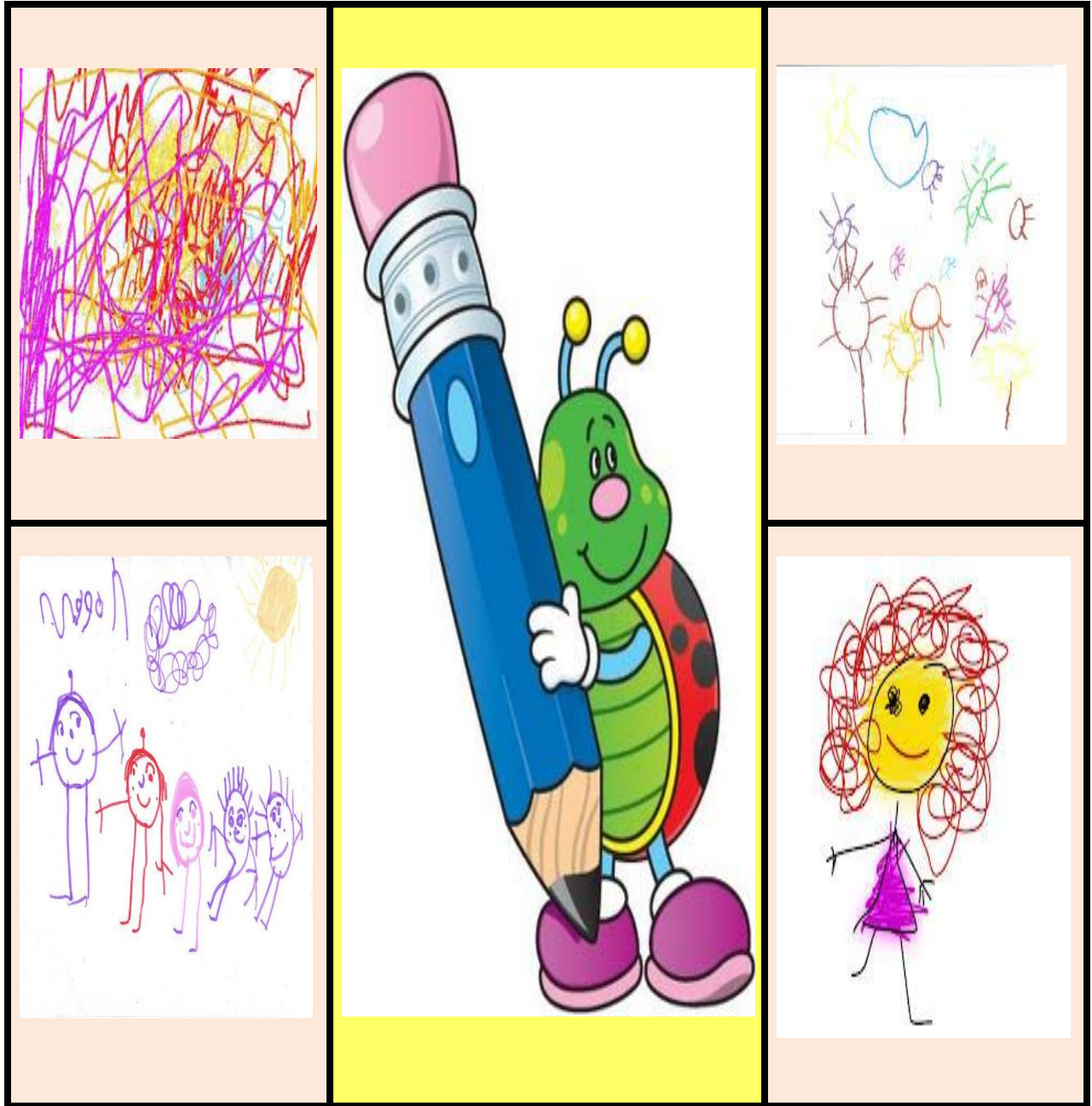
ANEXO 40.

PROCESO DE RECORTADO



ANEXO 41

PROCESO DE DIBUJO.



ANEXO 42

PROCESO DE COLOREO

