



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
PSICOLOGÍA REDISEÑADA



INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

TEMA:

**“MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN NIÑOS
CON AUTISMO DEL CANTÓN MONTALVO DE LA PROVINCIA DE
LOS RÍOS”**

AUTOR:

BALSECA ZÚÑIGA ALEX JOSUÉ

TUTOR:

DRA. SÁNCHEZ CABEZAS PATRICIA DEL PILAR

BABAHOYO – 2023

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VI
1. CAPÍTULO I. DEL PROBLEMA	1
1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Contexto Internacional	1
1.1.2. Contexto Nacional	2
1.1.3. Contexto local.....	3
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	4
1.3.1. Objetivo general:	4
1.4. JUSTIFICACIÓN	4
1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	5
CAPÍTULO II	6
2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. ANTECEDENTES	6
2.2. BASES TEÓRICAS.....	8
CAPÍTULO III	20
3. METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	20
3.2. Cuadro Operacional de Variables.....	21
3.3. Aspectos Éticos	23
3.4. Población y muestra de investigación.....	23
3.4.1. Población	23
3.4.2. Muestra	23

3.5.	Técnicas e Instrumentos de medición	23
3.5.1.	Observación	24
3.5.2.	Test Psicométricos	24
3.5.3.	Entrevistas estructuradas	24
3.5.4.	Instrumentos	24
3.5.5.	Inventario de Riviére	24
3.5.6.	Entrevista Estructurada.....	25
3.5.7.	Filtro para la Detección del Trastorno Autista.....	26
3.5.8.	Procesamiento de los Datos	26
3.5.9.	Entrevista Estructurada aplicada a los padres y madres	28
CAPÍTULO IV		31
4.2	DISCUSIÓN.....	34
4.3	CRONOGRAMA	37
CAPÍTULO V		39
5.1	CONCLUSIONES	39
5.2	RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA.....		40
ANEXOS.....		43

INDICE DE TABLAS

Tabla # 1	Síndrome genético relacionado con el TEA	17
Tabla # 2	Cuadro operacional de variables	21
Tabla # 3	Inventario de Riviére	26
Tabla # 4	Filtro para la detección del trastorno autista.....	27
Tabla # 5	Cronograma	37

DEDICATORIA

Dedico la elaboración de esta tesis durante todo su proceso hasta su culminación, a mi familia en primer lugar quienes me han brindado su apoyo incondicional y han sido un gran soporte moral para mí. Mi madre Marlene Zúñiga, mi padre Raúl Balseca, mis hermanos Yamilet y Jormani, mi abuelita Gloria Camacho y también mi abuelito que en paz descansa Arcesio Zúñiga, gracias ellos por sus consejos, su apoyo y el amor brindado.

Una mención especial para mi enamorada Narcisa Cajilema, quien me ha acompañado y se ha convertido en un gran pilar de mi vida, gratitud infinita para ti mi amor por ser tan maravillosa mujer y compañera durante los buenos y malos momentos compartidos.

Por supuesto, debo destacar que el objetivo del presente trabajo de integración curricular se lo dedico a aquellos niños/as y familiares quienes han formado parte del gran trabajo realizado en la Institución Educativa Leopoldo Zumba, en conjunto con sus docentes y colaboradores. Esperando les sea de gran utilidad y se proyecte a la ayuda social e integración universal de la educación ante las necesidades educativas especiales.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis docentes durante toda mi carrera académica, de manera especial destacar a la master Nathaly Mendoza quien ha sido nuestra coordinadora del proceso de titulación, ha demostrado mucha capacidad, paciencia, empatía y cariño hacia nosotros los estudiantes de Psicología octavo semestre período mayo- septiembre 2023. Una mención especial a mi tutora de tesis la PhD. Patricia Pilar Sánchez, bajo su guía hemos elaborado este trabajo investigativo, por medio de su conocimiento, liderazgo, empatía, autoridad y experiencia en el área educativa. Esperando que la materialización de esta obra sirva para la comunidad educativa y se fomente a una integración curricular local e incluso nacional hacia las necesidades educativas de los niños/as con autismo.

A mis compañeros con quienes he compartido grandes experiencias a su lado, gracias por todo lo bueno y lo malo durante la larga, pero aparentemente corta convivencia que hemos tenido como buenos compañeros por su entrega, solidaridad, alegría y amistad.

RESUMEN

La presente investigación se orienta a proponer un modelo de intervención psicoeducativo para niños con autismo en la Unidad Educativa Leopoldo Zumba del Cantón Montalvo, provincia de los Ríos. Por ende, es importante describir conceptos elementales sobre lo que es el autismo, su incidencia, técnicas de evaluación e investigación como las entrevistas estructuradas, test psicométricos e inventarios empleados para el presente proyecto investigativo, por medio de una metodología Mixta con técnicas bibliográficas, analíticas, descriptivas, inductivo- deductivo y psicométrico, para orientar la investigación de forma organizada, objetiva y científica, siendo la presente investigación un diseño no experimental, se propondrá una vez analizados y razonados los resultados, la sugerencia de un modelo psicoeducativo adaptado a las necesidades específicas de la condición de los niños/as evaluados que promoverá la orientación, desarrollo y aprendizaje de los niños con TEA.

Palabras Claves: Investigación, Autismo, Montalvo, análisis, descripción, evaluación, propuesta, modelo psicoeducativo, orientación, desarrollo y aprendizaje.

1. CAPÍTULO I. DEL PROBLEMA

1.1. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Contexto Internacional

(García, 2021), mencionó que en los últimos años ha aumentado el número de niños con trastorno del espectro autista (TEA) que requieren terapia de integración sensorial especializada para mejorar el procesamiento sensorial y crear respuestas adaptativas para organizar su comportamiento; similar a los niños que presentan dificultades de aprendizaje e integración sensorial, cuando se trabaja con niños problemáticos, un enfoque eficaz puede ser la colaboración del terapeuta y el equipo educativo, además del papel de los padres en la coordinación del programa de salud y educación del niño. Juntos, profesionales de la salud, educadores y padres ayudarán a los niños con autismo a integrarse gradualmente en el aula

La Asamblea Mundial de la Salud abogan por la adopción de medidas a nivel global para abordar las deficiencias significativas en la detección temprana, atención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales y alteraciones del desarrollo neurológico, incluyendo el autismo. Estas iniciativas hacen un llamado a los países para que se ocupen de las necesidades sociales, económicas, educativas e inclusivas de las personas que padecen trastornos mentales y neurológicos, así como de sus familias. Además, se enfatiza la importancia de mejorar la vigilancia y la investigación pertinente en esta área (2023).

En las aulas de todo el mundo, el síndrome de Asperger, o trastorno del espectro autista (TEA) de nivel 1, es bastante común y genera bastante preocupación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), aproximadamente 1 de cada 160 niños padece TEA. Esto significa que muchos profesores a menudo no están seguros de cómo manejar situaciones relacionadas con el TEA. Es evidente que el TEA tiene una presencia significativa en la realidad educativa y pone de relieve una importante necesidad de directrices en diversos ámbitos de la vida del estudiante, incluidos los aspectos familiares, sociales, escolares y personales. Para obtener una comprensión integral del tema, se han realizado numerosos estudios.

El objetivo es acercarse a todos los estudiantes globalmente y resaltar las ventajas de sus cualidades únicas. (Mateos, 2021) han establecido que la diversidad es la norma y un activo.

De ahí que el foco de este estudio de orientación profesional se encuentre dentro de la especialización en inclusividad que ofrece.

1.1.2. Contexto Nacional

El abordaje de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se basa en un enfoque integral, multisistémico e interprofesional, centrado en la persona afectada, su familia y la comunidad. En la actualidad, en Ecuador, los niños y adolescentes que presentan TEA reciben una atención parcial, principalmente en el ámbito educativo, pero sin un enfoque diagnóstico y terapéutico específico. En el país, no existe ninguna regulación o instrumento normativo que oriente y facilite la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los niños y adolescentes con TEA, ni tampoco proporciona información útil dirigida a los cuidadores de personas con estos diagnósticos (MSP, 2019)

Paola Zambrano, presidenta de la Asociación de Autismo del Ecuador, ha destacado que Ecuador cuenta con alrededor de 10 organizaciones primarias a nivel nacional, las cuales se están uniendo para constituir la Federación Ecuatoriana del Espectro del Autismo. Esta ambiciosa iniciativa está dedicada a mejorar el bienestar no solo de aquellos en el espectro del autismo sino también de sus familias, y a mejorar las políticas públicas de atención.

La señora Zambrano continuó detallando los diversos objetivos de la Federación, que incluyen abogar por políticas públicas, asegurar una atención oportuna y adecuada, y luchar por la integración educativa y laboral de las personas que viven con autismo. Estos objetivos también implican reforzar los esfuerzos en curso de otras organizaciones. Este anuncio se realizó con motivo del Día Mundial de Concientización sobre el Autismo.

"Esencial" es la palabra que describe la necesidad de promover la formación de los profesionales de la salud, el empoderamiento de los padres, el diagnóstico temprano y la atención oportuna a la hora de abordar la condición que afecta a 1 de cada 100 niños en el Ecuador y el mundo. Aunque se considera en sus inicios, la condición ya no es "invisible", ya que muchas personas la han experimentado y son conscientes de ella como un problema de salud.

"No hay un conteo concreto de cuántas personas en Ecuador tienen este síndrome", afirmó. A pesar de esto, si el país igualara las tasas de incidencia mundiales (que resultan ser 1 de cada 100) "terminaríamos con muchos niños e individuos menores de 5 años portadores del síndrome". profesionales de la salud", según Alvarado. A menudo se producen retrasos en el diagnóstico y la creencia errónea de que las personas con autismo son violentas. Por lo tanto, es esencial que los padres, las comunidades y los profesionales de la salud estén suficientemente educados y equipados. "Esta es la única manera en que podemos garantizar que las personas con autismo se integren a la sociedad". (Alvarado, 2019)

1.1.3. Contexto local

La publicación La Hora de Montalvo detalla que la pronta detección e intervención suelen producir resultados positivos en la mayoría de los pacientes. Un inicio oportuno de la terapia se correlaciona con un pronóstico más prometedor. Sin embargo, ciertos factores pueden provocar una degeneración de las capacidades después de un período de crecimiento estable, provocando una tendencia negativa. Estas variables se caracterizan por un declive irreversible e inmanejable.

Gracias a los esfuerzos del señor Franklin Nazir Montes Zavala y diversas fundaciones, existe un creciente movimiento para crear políticas públicas que protejan los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista y otras condiciones similares, según un artículo de La Hora, este problema es particularmente frecuente en Montalvo, donde muchos hogares incluyen personas con esta patología, está a la vanguardia de esta lucha por los derechos de las personas con discapacidad y trabaja incansablemente para generar un impacto positivo en la comunidad.

La Unidad educativa Leopoldo Zumba es una institución de educación especializada, cuyo objetivo es garantizar la inclusión educativa en los estudiantes que presentan necesidades educativas especiales, durante las prácticas pre- profesionales que realizaron estudiantes de la universidad técnica de Babahoyo se identificó que la institución educativa, la cual consta con alrededor de 30 estudiantes, 5 han sido diagnosticados y catalogados dentro del trastorno del desarrollo Espectro Autista (TEA), a esto se evidenció que este grupo de estudiantes presentaban una considerable dificultad para el desarrollo de habilidades cognitivas-comunicativas lo que consecuentemente dificultaba ampliamente su aprendizaje, las

metodologías educativas empleadas tanto por parte de los docentes, como de los padres no mostraban un verdadero impacto positivo en su desarrollo, lo que ocasionaría una latente necesidad educativa tanto para esos estudiantes como para la institución

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera contribuye la intervención psicoeducativa al desarrollo de los niños con autismo en la Escuela Leopoldo Zumba del Cantón Montalvo?

1.3. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general:

Proponer un modelo de intervención psicoeducativo para niños con autismo en la Unidad Educativa Leopoldo Zumba

Objetivos específicos:

- Investigar Teóricamente sobre el autismo y los modelos de intervención psicoeducativos empleados en ello.
- Evaluar las características específicas psico- sociales de los niños con Espectro Autista
- Sugerir un modelo psicoeducativo adaptado a las necesidades educativas específicas de los estudiantes con Autismo en la institución

1.4. JUSTIFICACIÓN

El autismo es un trastorno complejo que afecta el neurodesarrollo y el funcionamiento social, comunicativo y conductual de las personas. La presente investigación sobre el autismo con línea Psicoeducativa nos permite profundizar en su comprensión, explorar sus causas, manifestaciones y características individuales, y adquirir conocimientos más precisos sobre cómo afecta a las personas en diferentes áreas de sus vidas.

La presente investigación es importante pues resulta que para promover la inclusión social y la igualdad de oportunidades para las personas con TEA. Al comprender mejor sus

necesidades, desafíos y fortalezas, podemos desarrollar políticas y programas que fomenten la plena participación de las personas autistas en la sociedad, en áreas como la educación, el empleo, el acceso a servicios de salud y la vida comunitaria en general.

La investigación es innovadora porque nos permite analizar y dimensionar la condición de los niños con autismo como variable dependiente y los modelos psicoeducativos, siendo un diseño no experimental no se manipularan las variables solo se investigará en el entorno común de las mismas, la metodología tiene dimensiones de la investigación en áreas sociales, comunicacionales, lenguaje, anticipación y flexibilidad, simbolización, áreas que permiten ahondar profundamente en los diversos aspectos esenciales del aprendizaje.

La presente investigación sobre el autismo es esencial para aumentar nuestra comprensión, mejorar los enfoques y tratamientos, promover la inclusión social, reducir el estigma y guiar las políticas y asignación de recursos, solo a través de una investigación rigurosa y continua podemos avanzar hacia una sociedad más inclusiva y apoyar plenamente a las personas autistas y sus familias.

Un innovador estudio de investigación que explora una población poco estudiada en Montalvo beneficiará a los niños con autismo que asisten a la Unidad Educativa Leopoldo Zumba. La importancia de esta investigación se extiende más allá del aula, ya que servirá como un aporte a la sociedad en su conjunto. Una vez finalizado, nuevos esquemas de análisis estarán disponibles para futuros estudios en esta área.

1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

El modelo de intervención psicoeducativo sugerido si contribuye a mejorar el desarrollo Psicosocial de los niños con autismo en la Unidad Educativa Leopoldo Zumba.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Durante el último siglo, la evolución de las concepciones relacionadas con el autismo ha atravesado diferentes etapas que reflejan las conversaciones en torno a la categorización de los trastornos considerados autísticos y su organización en los diversos sistemas que se han empleado a lo largo del tiempo.

El Abordaje Clínico y Psicopatológico del Autismo

La palabra "autismo" es mencionada por vez inicial en la obra titulada *Dementia praecox oder Gruppender Schizophrenien*, escrita por Eugen Bleuler (1857–1939) para el Tratado de Psiquiatría editado por Gustav Aschaffenburg (1866–1944) y publicada en Viena en el año 1911.

Bleuler reemplaza la concepción de *Dementia praecox*, una enfermedad que Emil Kraepelin (1856–1926) había definido como una progresión hacia un estado terminal de empobrecimiento intelectual (*Verblödung*), con un conjunto de psicosis esquizofrénicas que compartían varios mecanismos psicopatológicos. Estos mecanismos eran comunes, independientemente de la forma clínica en la que se presentaran, y el más distintivo de ellos era la *Spaltung* (escisión), que le dio nombre al grupo. Además, presentaba síntomas fundamentales de manera particular en el autismo. Este término, acuñado por Bleuler, proviene del griego "autos", que significa "uno mismo", en contraposición a "otro" (1991). Él describe el autismo como la retracción de la actividad mental del individuo hacia su propio interior, llevando a la formación de un mundo aislado que está apartado de la realidad externa y que resulta en una dificultad extrema o incluso la incapacidad para comunicarse con los demás.

Surgen grandes aportaciones de figuras como Léo Kanner (1894–1981) y Hans Asperger (1906–1980).

Kanner describió, a partir del análisis de once casos observados en niños pequeños, un cuadro clínico caracterizado por la **extrema precocidad** de su aparición puesto que se manifiesta desde el primer año de vida; una sintomatología marcada por la **inmovilidad del**

comportamiento, la soledad y un retraso importante o una ausencia de la adquisición del **lenguaje verbal** (1943).

Asperger preconizó una actitud protectora frente a estas personas que manifestaban en ocasiones dotes sorprendentes en diversos terrenos **intelectuales**, lo que mostraba que no se trataba de simples "retrasados mentales" (1944).

(Díaz, 2019) expresó que: "Existe una lesión particular y completamente distintiva que se refiere a la conexión entre la vida interior y el mundo exterior. La vida interior adquiere una preponderancia patológica (autismo)... El autismo es comparable a lo que Freud identifica como autoerotismo"

Durante el período entre las dos guerras mundiales, en la mayoría de los países, la psiquiatría se basaba en una nosografía fundamentada en la descripción de la psicopatología. Dentro de esta corriente, el concepto de autismo encontraba su posición únicamente dentro del grupo de psicosis esquizofrénicas en adultos, siguiendo el enfoque inicial de Bleuler. No existía un sistema internacional de clasificación sólido, lo que resultaba en notables discrepancias entre las diversas escuelas nacionales, especialmente en lo que respecta a esta psicosis. Esto dificultaba en gran medida la realización de estudios epidemiológicos comparativos válidos entre distintos países (OMS, 1989).

LA PREPARACIÓN DE LA CIE-10

En Ginebra y en varios centros colaboradores, se han llevado a cabo reuniones preliminares organizadas por la OMS para revisar la categoría de los Trastornos invasivos del comportamiento. Se ha documentado un resumen de estas discusiones que tuvieron lugar durante una reunión en el CCOMS de Lille, Francia. En dicha reunión, se presentaron datos relacionados con enfermedades genéticas vinculadas a comportamientos autísticos, que podrían tener implicaciones futuras para su clasificación. Sin embargo, a pesar de haber identificado al menos ocho anomalías genéticas asociadas al autismo, con una frecuencia estimada que oscila entre uno y dos y medio por ciento, se observa que estas anomalías están asociadas con una variedad considerable de comportamientos autísticos y abarcan un espectro amplio de discapacidad intelectual, que puede variar en intensidad (Garrabé, 2012).

Hasta el momento, estas anomalías genéticas no parecen ofrecer orientación para realizar cambios en la clasificación de estos tipos de autismo atípico. Además, se destaca que se han realizado investigaciones en el campo de los trastornos del espectro autista mediante

tecnologías modernas de imagen cerebral. Aunque los resultados han revelado alteraciones anatómicas y funcionales en regiones del "cerebro social" (como la corteza órbito-frontal, el surco temporal superior, el giro fusiforme y la amígdala), así como desórdenes en la conectividad anatómica y funcional entre estas áreas, estos hallazgos son cruciales para la investigación, pero, por el momento, no pueden utilizarse para la clasificación de los trastornos autísticos en niños y adolescentes. En su lugar, la clasificación sigue dependiendo de una minuciosa observación clínica y psicopatológica de los pacientes bajo atención (Bargiacchi, 2011).

El Uso De La Tecnología Y Sus Aportes A La Formación Integral De Estudiantes Con Trastorno Del Espectro Autista Y Estudiantes Con Discapacidad Intelectual

Las conversaciones acerca de la incorporación de la tecnología como herramienta complementaria en el proceso educativo, con el propósito de cultivar aptitudes académicas, han venido abarcando un amplio rango de oportunidades que demandan una perspectiva nueva al contemplar la educación holística del estudiante. Específicamente en el ámbito de la Educación Especial, la tecnología puede ser aprovechada para reexaminar y transformar las prácticas pedagógicas, con el objetivo de optimizar el aprendizaje, superando la noción de que todos los estudiantes son uniformes y considerando en cambio su individualidad como sujetos con variadas experiencias y requisitos (Takinaga, 2023).

No se puede pasar por alto el papel esencial del educador y la planificación como cimientos para que la utilización de la tecnología en la vida diaria se convierta en una estrategia didáctica y pedagógica efectiva en el contexto escolar.

2.2. BASES TEÓRICAS

Enfoque de intervención en niños con Autismo

Los trastornos del espectro autista comprenden una serie de cambios en el desarrollo neurológico que impactan en diversas capacidades cerebrales superiores de la persona, incluyendo la inteligencia, habilidades lingüísticas y la interacción social en su conjunto (Mulas, 2010). Aunque actualmente no existe un tratamiento definitivo para el autismo, existen

múltiples enfoques no farmacológicos que pueden influir positivamente en el pronóstico generalmente desafiante vinculado a estos trastornos.

Las personas con autismo comienzan a experimentar dificultades en una etapa temprana del desarrollo, cuando empiezan a desarrollarse habilidades cerebrales superiores como la comprensión de otros como individuos con mentes propias (teoría de la mente), la comunicación y el lenguaje, la comprensión de símbolos y la flexibilidad cognitiva (Mulas, 2010). En el enfoque de niños con trastorno del espectro autista (TEA), no solo es crucial seleccionar una intervención apropiada, sino también brindar información, apoyo emocional y guía a las familias, mantener una comunicación estrecha con los servicios de atención temprana y educativos, y ofrecer asesoramiento sobre las opciones de escolarización para aprovechar al máximo los recursos disponibles para las familias.

La atención temprana se define como un conjunto de intervenciones dirigidas a niños de 0 a 6 años, sus familias y su entorno, con el propósito de abordar de manera temprana las necesidades temporales o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que están en riesgo de desarrollarlos.

Concepto De Intervención

El planteamiento de Saéz (2020) tiene gran relevancia para nuestro análisis y propuesta. Destacamos especialmente su indagación sobre la idea de intervención. Saéz sostiene que el término "intervención" plantea numerosas cuestiones e incertidumbres que siguen sin resolverse. Sin embargo, reconoce que la investigación ha mejorado constantemente nuestra comprensión de este concepto, lo que ha llevado a una mayor precisión y claridad.

El discurso epistemológico presentado en este estudio nos proporciona una mejor comprensión de la intervención, uno de los elementos más cruciales de las ciencias sociales. Nuestra creencia es que el creciente predominio del paradigma positivista en este campo ha llevado a la prevalencia del concepto de intervención, reforzando así el modelo tecnológico. Según Saéz, los programas de intervención se diseñan bajo la apariencia de objetividad científica, impulsados por la necesidad de control, mensurabilidad y experimentación, lo que en última instancia conduce a su aplicación a grupos objetivo que carecen de relevancia contextual.

CLASIFICACIÓN DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN

Existen una diversidad de Modelos de Intervención, pero principalmente la investigación referirá dos principales: Las **Intervenciones Biomédicas** y las **Intervenciones Psicoeducativas**.

INTERVENCIONES BIOMÉDICAS

Se han llevado a cabo varios esfuerzos para abordar los síntomas centrales del autismo mediante el uso de medicamentos o cambios en la alimentación, con la esperanza de encontrar una forma de 'curar' el autismo (Mulas, 2010). Hasta ahora, ninguno de estos tratamientos ha mostrado eficacia respaldada científicamente.

MEDICACIÓN

No hay un tratamiento médico específico para los síntomas fundamentales del autismo, pero existen medicamentos que se utilizan para abordar los síntomas y las afecciones frecuentemente relacionadas en niños con trastorno del espectro autista (TEA), como la epilepsia, los problemas de comportamiento o los trastornos del sueño.

Los siguientes medicamentos mencionados forman parte de una investigación realizada por el Centro John Eisenberg para la Ciencia de las Comunicaciones y Decisiones Clínicas en 2014:

- **Antipsicóticos:**
 - Risperidona (nombre comercial: Risperdal[®])
 - Aripiprazol (nombre comercial: Abilify[®])
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina**, o SRI, por su sigla en inglés (antidepresivos).
 - Ejemplos: Prozac[®], Sarafem[®], Celexa[®] y Cipramil[®]
- **Estimulantes y otros medicamentos para la hiperactividad.**
 - Ejemplos: Ritalin[®], Adderall[®] y Tenex[®]
- **Secretina.** Este medicamento se usa para tratar problemas digestivos, pero algunos investigadores pensaron que podría ayudar también a los niños con síntomas de TEA (Eisenberg, 2014).
- **Quelación.** Este tratamiento utiliza sustancias para retirar del organismo metales pesados que algunos investigadores piensan que causan autismo (Eisenberg, 2014).

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

Antes de la intervención, se lleva a cabo un proceso de intervención psicoeducativa que implica educar y proporcionar información tanto al niño con un trastorno del desarrollo como a su familia acerca de las características particulares de su condición, cómo manejarla para reducir sus impactos y cómo tomar medidas para mejorar la calidad de vida (UNIR, 2021).

Para ello se utilizan diferentes técnicas y estructuras de las cuales se pueden destacar por su tipología, las cuales principalmente son Conductuales, Evolutivas, Terapéuticas y Combinadas:

CONDUCTUALES

Su enfoque se fundamenta en instruir a los niños en conductas y destrezas mediante el empleo de técnicas especializadas y planificadas:

Programa Lovaas

El Programa Lovaas, también conocido como Terapia de Aprendizaje Temprano Intensivo (IET, por sus siglas en inglés), es un enfoque terapéutico desarrollado por el psicólogo Ivar Lovaas en la década de 1980. Se utiliza principalmente en el tratamiento de niños con trastorno del espectro autista (TEA). Este programa se basa en los principios del Análisis de Conducta Aplicada (ABA) y se centra en la enseñanza intensiva y estructurada de habilidades sociales, comunicativas y de comportamiento (Mulas, 2010).

Análisis Aplicado de la Conducta (ABA) contemporáneo

El ABA contemporáneo se basa en una comprensión más profunda de los principios de ABA y una aplicación más flexible y centrada en el individuo. Se esfuerza por promover el desarrollo global y el bienestar de las personas con TEA, centrándose no solo en la modificación del comportamiento, sino también en la mejora de la calidad de vida y el funcionamiento en la comunidad. A través de la aplicación de Refuerzos positivos y la eliminación de aquellas que no son deseables al eliminar las consecuencias positivas, se busca implementar un proceso conocido como "extinción" (Mulas, 2010).

EVOLUTIVAS

Facilitan el establecimiento de vínculos afectivos constructivos con otras personas para el niño. Su enfoque se orienta hacia la enseñanza de destrezas relacionadas con la interacción social y la comunicación, en entornos organizados, además de fomentar el desarrollo de

habilidades prácticas para la vida cotidiana, incluyendo habilidades funcionales y motrices (Mulas, 2010).

Relationship Development Intervention (RDI): Intervención para el Desarrollo de Relaciones

Según Salvadó- Salavadó acerca de la Intervención para el Desarrollo de Relaciones:

La intervención para el desarrollo de relaciones (RDI: Relationship Development Intervention) es otra metodología para aplicar en niños con TEA. Esta técnica crea actividades semiestructuradas que se centran en el lenguaje declarativo, la flexibilidad cognitiva, la previsión y la retrospectión, la coordinación social y las aptitudes para la referencia. (2012, p. 67)

TERAPÉUTICAS

Su enfoque se dirige hacia la abordar problemas particulares, típicamente concentrándose en la mejora de habilidades sociales y comunicativas (Terapia del Lenguaje) o en el desarrollo de destrezas sensoriomotoras (terapia ocupacional) (Mulas, 2010).

Intervenciones centradas en la Comunicación

Incluyen el uso de ayudas visuales, instrucción con pistas visuales, lenguaje de señas, el sistema de comunicación mediante intercambio de imágenes (PECS), historias sociales (social stories), dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC) y entrenamiento en comunicación funcional (FCT).

Intervenciones Sensoriomotoras

Se incluye el entrenamiento en integración auditiva (AIT) y la integración sensorial.

COMBINADAS

Existen intervenciones que combinan elementos de métodos conductuales, evolutivos y terapéuticos por lo que generalmente resultan más eficaces:

Modelo TEACCH

El Modelo TEACCH, que significa "Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados" por sus siglas en inglés (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children), es un enfoque de intervención y educación diseñado específicamente para niños y adultos con trastorno del espectro autista (TEA) y otros trastornos del desarrollo. Fue desarrollado por el Dr. Eric Schopler y su equipo

en la Universidad de Carolina del Norte en la década de 1970 y se ha convertido en un modelo reconocido a nivel internacional para trabajar con individuos en el espectro del autismo.

Se basa en comprender la mentalidad singular que las personas con trastorno del espectro autista (TEA) poseen, la cual influye en su manera de pensar, aprender y percibir el mundo. Se considera que estas particularidades cognitivas pueden dar cuenta de los síntomas y los desafíos conductuales que enfrentan. Las actividades asociadas a este enfoque abarcan diversas áreas, como la evaluación, la capacitación de los padres, el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, la instrucción del lenguaje y la asistencia en la búsqueda de empleo, entre otras (Mulas, 2010).

Historia natural del Trastorno

En relación a las causas del autismo, existe un consenso generalizado de que su origen es multidimensional, involucrando tanto factores genéticos como ambientales. Varios autores han contribuido desde diferentes disciplinas y perspectivas, proporcionando datos sobre posibles causas, aunque los hallazgos no han sido generalizables y no se ha logrado establecer una etiología definida. En este sentido, desde la perspectiva de la determinación social de la salud, se reconoce que pueden existir diversas dimensiones que influyen en los Trastornos del Espectro Autista (TEA), y estas se manifiestan de manera variada en el fenotipo y genotipo. Varios investigadores exploran alteraciones genéticas como posibles causas de los trastornos del espectro autista en niños y adolescentes, centrándose en aspectos como la detección, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento, así como las posibles perturbaciones a nivel cerebral durante etapas tempranas, ya sea durante el embarazo o después del nacimiento (MSP, 2017).

Características generales de los TEA

La mayoría de las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) experimentan una pérdida progresiva de habilidades, y las descripciones clásicas de síntomas presentes desde el nacimiento o estancamiento del desarrollo no reflejan completamente la realidad clínica. Sin embargo, se reconoce que la regresión es una dimensión continua afectada en los TEA, caracterizada por la gravedad y el momento en que ocurre la pérdida de habilidades.

En la primera infancia, se observan características problemáticas en relación a las interacciones con sus pares, como la falta de uso de la mirada y la dificultad para establecer

contacto visual con las personas. Además, su actividad funcional con objetos y juego tiende a ser rutinaria y repetitiva, con escasa presencia de actividades simbólicas y una fuerte insistencia en las mismas rutinas. Estos niños muestran resistencia ante los cambios en su entorno y, con frecuencia, pueden experimentar problemas emocionales como respuesta a dichos cambios. Si no reciben una intervención oportuna, pueden experimentar un deterioro en diversas áreas del desarrollo. En algunas ocasiones, pueden presentarse manifestaciones clínicas que sugieren trastornos del desarrollo en general, tales como problemas de sueño, hiperactividad, agresividad, ansiedad o depresión en niños mayores o adolescentes, cambios de humor, psicosis, entre otros (OPS, 2008).

a) Ejemplos en el área social

No mantienen un contacto visual prolongado con las personas y su mirada es breve. Prefieren la soledad a la compañía en la mayoría de las ocasiones. Evitan el contacto físico y solo permiten que unas pocas personas los toquen. Al interactuar con otros niños, tienden a ignorarlos y no participan en juegos. Se sienten incómodos cuando hay extraños en su hogar y reaccionan con violencia y rabietas inexplicables durante eventos familiares. Cambian abruptamente de la calma a la ira o la felicidad sin un estímulo externo evidente. Tienen dificultades para seguir las reglas de juegos simples y en general, no se ajustan a las normas en la escuela, en casa o en lugares públicos (Vázquez, 2015).

b) Ejemplos en el área comunicativa-lingüística:

Experimentan un retraso severo en el desarrollo del lenguaje en comparación con niños de su misma edad y situación. En algunos casos, incluso pueden carecer por completo de habilidades lingüísticas. Si su capacidad de habla es más o menos adecuada, tienden a repetir literalmente las palabras de otras personas, como un eco (por ejemplo, si se les pregunta "¿quieres agua?", responderán con "¿quieres agua?"). No utilizan gestos o señalamientos para expresar sus necesidades y rara vez logran comprender las señales corporales de los demás. Por ejemplo, podrían no levantar los brazos cuando alguien se inclina hacia ellos para cargarlos o no responder al gesto de despedida. No muestran objetos a los demás para compartir intereses, y en lugar de utilizar señales motrices, recurren al llanto o berrinches para expresar deseos. Les resulta difícil iniciar y mantener conversaciones coherentes y de larga duración (Vázquez, 2015).

c) Ejemplos en el área de flexibilidad de intereses, conductas y pensamientos:

Realizan movimientos repetitivos como aletear, balancearse, caminar de puntillas, caminar sin rumbo mientras retuercen los dedos de las manos y girar constantemente. Presentan una alta selectividad en su alimentación, mostrando preferencia exclusiva por ciertos alimentos como galletas, cereal, pan o leche, y en algunos casos, pueden ser estrictamente carnívoros o vegetarianos. Son sensibles a ciertos estímulos auditivos, táctiles o visuales, manifestando molestia al taparse los oídos ante ciertos sonidos, quitarse la ropa o reaccionar negativamente a ciertas prendas. También evitan mirar cuando hay movimientos intensos o ciertos rostros y colores. Experimentan alteraciones emocionales si se alteran sus horarios regulares para comer, dormir o realizar actividades. Se sienten incómodos en entornos o con personas nuevas, y muestran un interés limitado en actividades que pueden carecer de propósito. Pueden resistirse cuando se les impide continuar con comportamientos repetitivos y pueden perseverar en ciertos temas al hablar, incluso si no son apropiados para la situación. Algunos pueden autolesionarse o herir a otros si se les impide llevar a cabo sus rutinas o comportamientos estereotipados favoritos, lo que puede incluir golpearse repetidamente en áreas como las orejas, la cabeza o el tronco (Vázquez, 2015).

Estos son sólo algunos ejemplos dentro de un sin fin de indicadores posibles y no es necesario que presenten cada indicador para brindar un diagnóstico sobre autismo, además los indicadores de autismo tienden a variar con la edad y la gravedad de cada persona. Es fundamental destacar que en el momento actual no existe ningún análisis neurológico, bioquímico o genético capaz de diagnosticar de manera definitiva la presencia de autismo por sí solo. El diagnóstico sigue siendo principalmente "clínico", basado en la realización de entrevistas, observaciones y pruebas de desarrollo. Por lo tanto, es necesario ser prudente al sugerir cualquier tipo de estudio médico, ya que esto podría resultar en un gasto significativo e innecesario para los padres.

Para llevar a cabo el **diagnóstico** de los **Trastornos del Espectro Autista (TEA)**, es esencial que los profesionales utilicen tres tipos de herramientas: **(1) entrevistas estructuradas, (2) registros detallados de observación en entornos cotidianos como el hogar y la escuela, y (3) la realización de pruebas de desarrollo.** En ningún caso se debe hacer un juicio basado en un único instrumento y mucho menos comunicar a los padres diagnósticos prematuros o supuestos, ya que esto solo crea confusión e incertidumbre en las

familias, y puede dificultar la planificación de intervenciones médicas y educativas futuras (Vázquez, 2015).

Alteraciones Genéticas y Autismo

Aunque el diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se establece mediante la identificación de sus manifestaciones conductuales, es esencial que los especialistas comprendan que este trastorno del desarrollo puede estar relacionado con diversos síndromes genéticos. Esto significa que la presencia del Trastorno del Espectro Autista puede variar en su asociación con distintos síndromes resultantes de alteraciones en los cromosomas o genes. En estos casos, los niños pueden recibir un diagnóstico doble, ya que la existencia de autismo no descarta la posibilidad de otras alteraciones orgánicas que hasta hace poco tiempo eran desconocidas. (Kennedy, 2005).

Actualmente se sabe, por ejemplo, que un porcentaje específico de personas que presentan síndromes como Down, Ángelman, Cornelia de Lange, Moebius, Headd, Noonan, Smith-Magenis, Williams, "X" Frágil, Prader-Willi, entre muchos otros, también pueden manifestar características de autismo. Esta comprensión es crucial, ya que puede llevar a un equivoco pensar que, si un individuo ha sido diagnosticado con un cierto síndrome, automáticamente se excluye la posibilidad de la coexistencia del autismo. Esto podría llevar a la falsa noción de que los diagnósticos clínicos y médicos son excluyentes en lugar de complementarios (Kennedy, 2005).

Por ende, algunos educadores podrían suponer erróneamente que estudiantes con síndromes como Down o Ángelman solo presentarán Discapacidad Intelectual, ignorando la posible presencia de autismo. Incluso, padres y docentes podrían resistirse a aceptar opiniones de otros profesionales que identifican indicios de TEA en los niños, debido a la creencia incorrecta de que los síndromes genéticos están desconectados de estos otros trastornos.

En la tabla # 1 a continuación se enumera una lista de síndromes que pueden estar vinculados al autismo, junto con los rangos de incidencia porcentual:

Tabla # 1 Síndrome genético relacionado con el TEA

SINDROMES GENETICOS RELACIONADOS CON LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	
Síndrome	Rango Porcentual de Sujetos que Presentan el Síndrome + Autismo
Síndrome Prader-Willi	10 - 15 %
Síndrome de Ángelman	42 - 50 %
Síndrome de "X" Frágil	33 - 49 %
Síndrome Cornelia de Lange	6 - 11 %
Síndrome de Down	5 - 9 %
Síndrome de Cohen	45 - 50 %
Complejo Esclerosis Tuberosa	55 - 61 %

(Artigas, Gabau, Guitart - 2005)

Fuente: Centro de Discapacidad Intelectual

Generalidades y Alternativas De Intervención.

El origen de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) es totalmente biológico, pero de naturaleza multifactorial. Investigaciones científicas recientes han validado la presencia de factores genéticos, metabólicos, toxicológicos y neurológicos en su desarrollo. Por lo tanto, no es necesario insistir en la búsqueda de una "causa única del autismo", ya que, al igual que en otras discapacidades, distintos orígenes pueden resultar en el mismo efecto (Vázquez, 2015).

Así como la hipoacusia en un niño puede originarse por múltiples razones como traumas, medicamentos o factores hereditarios, un menor con autismo también puede experimentar esta alteración del desarrollo debido a diversas causas aisladas o a una combinación de estas.

GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

La Gravedad se basa en el nivel de la alteración social - comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

NIVEL 1: Requiere apoyo

Comunicación Social

En ausencia de apoyo, se hacen notorias las dificultades en la comunicación social. Presenta problemas para iniciar interacciones sociales y muestra ejemplos evidentes de respuestas inusuales o ineficaces a los intentos sociales de otros. Puede parecer que su motivación para participar en interacciones sociales está reducida. Por ejemplo, una persona que es capaz de emplear frases completas al hablar y de involucrarse en la comunicación, pero que en ocasiones tiene dificultades en mantener el flujo de ida y vuelta en las conversaciones, y cuyos esfuerzos por establecer amistades son poco convencionales y en su mayoría no tienen éxito (Vázquez, 2015).

Intereses Restringidos y Conducta Repetitiva

La falta de adaptabilidad en el comportamiento resulta en una interferencia importante en el desempeño en uno o varios entornos. Las dificultades en la estructuración y planificación limitan la capacidad de ser independiente (Vázquez, 2015).

NIVEL 2: Requiere un apoyo sustancial

Comunicación Social

Presentan notables carencias en las habilidades de comunicación social tanto verbal como no verbal. Las dificultades en el ámbito social son evidentes incluso con asistencia. Inician un número limitado de interacciones sociales y su respuesta a los esfuerzos de relación por parte de otros es anormal o limitada. Por ejemplo, una persona que emplea oraciones simples al hablar, cuya capacidad de interactuar se circunscribe a intereses limitados y que muestra comportamientos inusuales en el aspecto no verbal (Vázquez, 2015).

Intereses Restringidos y Conducta Repetitiva

La rigidez en el comportamiento, las complicaciones al enfrentar cambios o cualquier otro patrón de conducta restringida o repetitiva, se presentan con la suficiente frecuencia como para ser claramente perceptibles para alguien sin capacitación especializada y afectan el rendimiento en diversos entornos. Experimentan un considerable malestar o dificultad al cambiar el enfoque de interés o la forma de actuar (Vázquez, 2015).

NIVEL 3: Requiere un apoyo muy sustancial

Comunicación Social

Presentan carencias profundas en las capacidades de comunicación social tanto verbal como no verbal, las cuales generan trastornos significativos en el desempeño. Inician muy escasas interacciones y reaccionan de manera mínima ante los esfuerzos de relación de los demás. Por ejemplo, una persona con una cantidad muy limitada de palabras comprensibles que raras veces inicia interacciones sociales. Cuando lo hace, emplea enfoques inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y solo responde a acercamientos sociales directos (Vázquez, 2015).

Intereses Restringidos y Conducta Repetitiva

La falta de Flexibilidad en el comportamiento, la extrema dificultad para enfrentar cambios y cualquier otro patrón de conducta restringida o repetitiva tienen un impacto significativo en el rendimiento en todos los ámbitos. Experimentan un amplio malestar o dificultad al modificar el enfoque de interés o la forma de actuar (Vázquez, 2015).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en el presente trabajo de investigación sobre el autismo es de tipo mixta, que, al ser de naturaleza cualitativa y cuantitativa, permite analizar la condición del autismo, como el objetivo principal de estudio, partiendo de la primera fase que consiste en la investigación bibliográfica que faculta la información técnica y científica sobre la temática.

La segunda fase empleando estrategias de investigación evaluativas como lo son el inventario de Riviére, entrevistas estructuradas y el test psicométrico, para la detección del trastorno autista, para posteriormente realizar un procesamiento analítico y descriptivo de los datos obtenidos, esto empleando los métodos analítico, descriptivo, inductivo- deductivo y haciendo uso de instrumentos psicométricos.

En la tercera fase, una vez realizado el análisis y discusión de los resultados obtenidos, se procede a la propuesta del Modelo Psicoeducativo adaptado a esas necesidades de los estudiantes evaluados con autismo, acorde a los diferentes grados de su condición, siendo un diseño no experimental no se manipulará el objeto de estudio solo se focalizará en el entorno común del mismo, sea este el hogar o la escuela.

Las dimensiones objetivas que examinarán los instrumentos de investigación son diversas, entre las principales: áreas sociales, comunicacionales, lenguaje, anticipación y flexibilidad, simbolización. Áreas que permiten ahondar profundamente en los diversos aspectos esenciales del aprendizaje y el desarrollo.

3.1. Tipo y diseño de investigación

El autismo, el enfoque, será abordado mediante metodología Mixta, es no experimental, lo que nos permite examinarlo, analizarlo y describirlo cuantitativa y cualitativamente. El estudio no supondrá manipulación ya que nuestro objetivo es explorar su entorno natural, ya sea en casa o en el colegio.

Se empleará el método bibliográfico que consiste en la revisión de información teórica y científica que cimentaría las bases del proyecto investigativo, también se empleará el método analítico, descriptivo e inductivo deductivo, pues ello permite el desarrollo de la fase de evaluación de forma organizada y científica, en relación a los datos obtenidos, para posteriormente dar paso a la tercera fase que consiste en la propuesta estratégica de un modelo psicoeducativo adaptado a las necesidades de los estudiantes con TEA, aquello una vez realizada la debida descripción, análisis y razonamiento en base a la problemática, creando una alternativa de adaptación curricular, permitiendo la inclusión y participación del entorno educativo de los estudiantes con TEA, como propuesta de intervención.

3.2. Cuadro Operacional de Variables

Tabla # 2 Cuadro operacional de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítem/Instrumento
Variable independiente Modelo Psicoeducativo	La intervención psicoeducativa es un proceso de acompañamiento del menor mediante técnicas y estrategias enfocadas a resolver un problema (Educa, 2023).	Intervenciones biomédicas Intervenciones psicoeducativas Intervenciones conductuales Intervenciones evolutivas	Síntomas asociados Aptitudes Comunicacionales-sociales Conductas Características del desarrollo	Manual de modelos psicoeducativos Matriz Correlacional Ficha Observacional

		Intervenciones basadas en terapias		
Variable Dependiente Condición de los niños autistas	El Trastorno se agrupa en un conjunto de afecciones diversas relacionadas con el desarrollo del cerebro.	Conductuales Psicosociales Comunicativas Desarrollo evolutivo	Comportamiento Aprendizaje Aptitudes cognitivas y sociales Proceso del desarrollo cronológico	Test o inventario de Riviére Autismo Filtro para la detección de autismo Entrevistas estructuradas

3.3. Aspectos Éticos

Según los principios éticos de la investigación científica sea la presente de naturaleza mixta, es decir cualitativa y cuantitativa, se establece que el correspondiente trabajo investigativo presenta valor social y científico al abordar la temática sobre el trastorno del espectro autista, el cual es una preocupación de salud y bienestar social muy presente en la actualidad, la misma está sujeta a la validez científica que le proporciona las fases de investigación bibliográfica con referencias teóricas que cimentan las bases del proceso investigativo de forma veraz, la selección arbitraria de los sujetos de investigación está orientada hacia las características principales de la temática, durante su proceso se ha estimado los riesgos y beneficios potenciales durante el proceso a quienes han conformado parte de las 3 fases que lo componen.

3.4. Población y muestra de investigación

3.4.1. Población

35 estudiantes con NEE están cursando sus estudios en la Unidad Educativa Leopoldo Zumba, del cantón Montalvo, provincia de los Ríos, durante el período lectivo 2023-2024.

3.4.2. Muestra

El Muestreo realizado en la presente investigación es de manera intencional o por juicio 5 estudiantes han sido seleccionados de forma no probabilística, es decir, por conveniencia al reunir las condiciones específicas evaluadas relacionada al tema de investigación, estudiantes con Trastorno del espectro Autista (Ortega, 2023).

3.5. Técnicas e Instrumentos de medición

La técnica de investigación científica es un procedimiento organizado, activo y controlado de manera objetiva que permite el desarrollo de la metodología mixta organizando, describiendo y analizando las ideas, sus procesos y soluciones.

3.5.1. Observación

En el presente trabajo se utilizó el instrumento de observación directa, debido que se trabajó con los niños de forma directa para poder obtener los resultados deseados.

3.5.2. Test Psicométricos

Los Test psicométricos son evaluaciones que, de manera estandarizada e imparcial, cuantifican aspectos psicológicos específicos en individuos. Su principal uso radica en la evaluación de características de la personalidad, habilidades, cualidades o la forma en que actúan frente a circunstancias particulares.

3.5.3. Entrevistas estructuradas

Una entrevista estructurada es un tipo de entrevista en la que el entrevistador sigue un conjunto predefinido de preguntas y un formato establecido. En este enfoque, las preguntas se diseñan de antemano y se hacen de la misma manera a todos los candidatos o participantes. Esto permite una comparación más objetiva entre las respuestas de diferentes individuos y facilita la recopilación de datos consistentes y comparables.

3.5.4. Instrumentos

Existen diferentes instrumentos para recopilar información que se utilizan según el propósito, el diseño adecuado de estos instrumentos es esencial para llegar a conclusiones fiables y válidas.

3.5.5. Inventario de Riviére

Es un instrumento que permite medir las características de los niños con TEA en sus diferentes dimensiones psico- sociales, como también el grado de Autismo presente en ellos.

El propósito del inventario I.D.E.A. es analizar doce dimensiones distintivas que definen a individuos que están en el espectro autista o que sufren trastornos graves del desarrollo. En cada una de estas dimensiones, se describen cuatro niveles típicos que reflejan las características de estas personas.

El inventario I.D.E.A. puede desempeñar tres funciones clave:

- Al principio del proceso de diagnóstico, permite evaluar la intensidad de los rasgos autistas manifestados por la persona (es decir, su grado de ubicación en el espectro autista a lo largo de las distintas dimensiones).
- Facilita la creación de estrategias terapéuticas para abordar las diversas dimensiones, basadas en las puntuaciones obtenidas en cada una de ellas (conforme se indica en estos documentos).
- Proporciona una manera de poner a prueba los cambios a largo y medio plazo originados por el tratamiento, ofreciendo así una evaluación de su efectividad y el potencial de transformación en individuos con trastornos del espectro autista.

Las doce dimensiones de la escala pueden ordenarse en cuatro grandes escalas:

- Escala de Trastorno del desarrollo social.
- Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje.
- Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad.
- Escala de Trastorno de la simbolización.

3.5.6. Entrevista Estructurada

La entrevista es hacia los padres acerca del autismo, el propósito es responder una serie de preguntas con respuestas objetivas, que permiten compartir su experiencia y apreciación de su hijo/a para que demuestren con qué frecuencia demuestra cada comportamiento indicado, la entrevista está focalizada en 3 áreas principales: Relaciones Sociales; Comunicación y Comprensión del Lenguaje; Reacciones Sensoriales.

3.5.7. Filtro para la Detección del Trastorno Autista

El test tiene como propósito de ser un filtro para detectar si la persona evaluada puede ser considerada o no con el trastorno autista. De preferencia el mismo debe ser realizado por los padres de familia, y en su defecto por el psicólogo, maestro o familiar más cercano.

Consta con una serie de 37 preguntas, en las que se recopila las actitudes o comportamientos que presenta en la actualidad o en algún punto cronológico de su vida.

3.5.8. Procesamiento de los Datos

Tabla # 3 Inventario de Riviére

	Dimensión social	D. Comunicación y el lenguaje	D. Anticipación/ flexibilidad	Dimensión de la simbolización	TOTAL
N.1	18	20	19	19	76
N.2	16	17	21	20	74
N.3	14	18	16	13	61
N.4	10	12	13	10	45
N.5	7	8	8	6	29

Fuente: Inventario de Riviére

Elaborado por: Josué Balseca

La anterior tabla registra las puntuaciones obtenidas por los niños/as diagnosticados con autismo, la puntuación total posible de los resultados es 96, siendo dividido por cada dimensión en formatos de 3 áreas cada una, con un total de 12 áreas divididas entre 4 dimensiones, cada área es puntuada desde el 0 hasta el 8, dando un resultado posible por cada dimensión de 24 puntos.

De los 5 niños/as evaluados se obtuvieron en el respectivo orden una puntuación total de: 76, 74, 61, 45, 29. Lo que determina que los 5 evaluados se encuentran comprendidos entre el Trastorno del Espectro Autista.

Tabla # 4 Filtro para la detección del trastorno autista

	Lo presenta actualmente	Lo presentó alguna vez	TOTAL
N.1	19	10	29
N.2	23	4	27
N.3	14	6	20
N.4	10	8	18
N.5	6	7	13

Fuente: Filtro para la Detección del Trastorno Autista

Elaborado por: Josué Balseca

La tabla anterior refiere a los datos obtenidos del test realizado hacia los tutores o padres/madres de los niños/as con autismo, el test consta de 37 preguntas, con un valor de un punto cada una, y estas se atribuyen a la frecuencia de las conductas que tengan los niños/as actualmente o en algún punto de su vida. Los resultados obtenidos son 29, 27, 20, 18, 13. Según el test realizado quienes obtengan una puntuación mayor a 15 pueden estar comprendidos dentro del Trastorno del Espectro Autista, se puede visualizar que los datos corresponden, a los evaluados en relación al instrumento anterior lo que indica una curva de gravedad similar entre ambas pruebas. Se debe añadir que un evaluado no registró el puntaje mínimo para comprender dentro del Espectro Autista sin embargo cabe la posibilidad que se trate de un caso de Asperger en relación a la prueba anterior.

3.5.9. Entrevista Estructurada aplicada a los padres y madres

La descripción de la entrevista se realizará por los apartados principales de la misma, las cuales son las dimensiones Psicosociales, cuyo objetivo es precisar la condición de las estas, para evaluar su entorno y gravedad del trastorno, el instrumento se aplicó en 3 áreas principales: **Relaciones Sociales; Comunicación y Comprensión del Lenguaje; Reacciones Sensoriales.**

Relaciones Sociales

N1: La madre del niño acredita, que N1 tiene serias dificultades en el ámbito de relaciones sociales, se debe principalmente a su desapego por entablar relaciones, la falta de comunicación, y de búsqueda de afecto, lo que lo orilla a estar ampliamente desvinculado del medio social.

N2: Los padres de la niña mencionan, que la dificultad que tiene para entablar relaciones es seria principalmente por su falta de habilidades comunicativas, escaso interés en los demás y poca atención focalizada de las actividades grupales.

N3: La madre del niño describe que su hijo si presenta dificultades para entablar relaciones, sin embargo, no son incapacitantes, pues el si demuestra cierto interés hacia los demás y las actividades grupales, no obstante, todo esto lo hace sin ningún objetivo de por medio, y sin dimensionar su experiencia de la situación compartida, ni los lazos involucrados.

N4: El niño según el criterio paterno y materno, es bastante tranquilo, tendiendo hacia la introversión, lo que resulta en un natural desinterés por estar involucrado en las relaciones sociales, sin embargo, menciona que le gusta la interacción con los más cercanos que frecuenta dentro o fuera del aula, principalmente familiar o similar a esta.

N5: El niño demuestra bastante introversión y su comportamiento es cohibido lo que le impide demostrar abiertamente sus intereses o emociones, al tener una comunicación cronológicamente adecuada puede comunicarse con relativa facilidad, para la interacción con sus pares, manifiesta buenas relaciones entre sus docentes y familiares.

Comunicación y Comprensión del Lenguaje

N1: El niño presenta grandes complicaciones en esta área, tendiendo a ser incapacitantes al menos de forma verbal utilizando un lenguaje apropiado, limitándose a comunicarse por medio de gestos, sean faciales o corporales, como también de ruidos inentendibles por un intento de expresar sus emociones, está presente el comportamiento estereotipado ante muchas situaciones. Se le dificulta de amplio modo la comprensión del lenguaje, limitado al entendimiento de escasas órdenes directas a las que instintivamente identifica, como el comer, ir a la escuela, bañarse, dormir o despertarse, también dar la mano.

N2: Al igual que el apartado de relaciones sociales, la niña presenta serias dificultades al no haber desarrollado adecuadamente su lenguaje verbal, recurre a gestos faciales o corporales, para expresarse, aunque tiene dominio en ciertas expresiones esenciales por las terapias del lenguaje que le han facilitado profesionales. Puede comprender con cierta habilidad el lenguaje directo y los gestos, muestra mayor fluidez en el entendimiento con su tutora y padres de familia.

N3: El niño presenta muchas dificultades para comunicarse, cronológicamente su habilidad comunicativa como su edad no están en similitud, se expresa pobremente a peticiones o solicitudes pequeñas con gestos o ruidos estereotipos que reflejan actos de agrado o desagrado, su expresión no está limitada y tiende a hacerlo con mayor soltura con su familia o amigos más cercanos. No comprende el lenguaje de manera fluida únicamente identifica gestos, y ciertas órdenes verbales directas acompañadas de una guía externa que condicione su obediencia.

N4: Es un niño introvertido por lo que, aunque naturalmente se le dificulte expresarse, no está relacionado a una incapacidad o dificultad, latente del trastorno, debido a que su expresión verbal y no verbal está presente con mayor soltura en su zona de confort con sus pares más cercanos o familiares. Comprende el lenguaje de adecuada manera cronológica, entiende los comentarios cortos, órdenes, gestos y expresiones de los demás, lo que lo condiciona a reaccionar emocionalmente si la situación le resulta de agrado o no.

N5: El niño es descrito como muy introvertido por sus padres lo que resulta, en un grado expresivo bastante limitado, es importante destacar que es algo natural en él, y con el paso del

tiempo y el contacto con sus semejantes ha demostrado mayor soltura en sus expresiones y acercamientos. Tiene buena comprensión del lenguaje, aunque su expresión de este sea limitada, receptivamente entiende de sobremanera lo que se le indica, su reacción emocional a las circunstancias, se ve limitada a una postura cohibida.

Reacciones Sensoriales

N1: El niño muestra amplia reacción sensorial al entorno mostrando mucha sensibilidad auditiva con los ruidos fuertes o repentinos, como los vehículos, parlantes, música o gritos, demuestra una sensibilidad alta y desagrado al ser tocado, como también al tener sucias las manos, le gusta tocar mucho las cosas y explora su entorno de esa manera, suele también olfatear y poner objetos que más le llaman la atención en su boca.

N2: La niña tiene una amplia sensibilidad auditiva esto refiere que sea afectada frecuentemente por los ruidos presentes en el entorno y aún más si existe una novedad en ellos. Le gusta tocar las cosas de forma aleatoria, sostenida y repetitiva esto atrae su atención generando cierto agrado e incluso desagrado también depende contextualmente, presenta cierta tendencia a realizar actividades sin verlas fijamente.

N3: Le caracteriza principalmente el tacto, olfato y gusto en gran medida, es su herramienta para comprender su entorno, no se ve muy afectado por ruidos o sonidos repentinos, aunque regularmente llaman su atención, le atraen mucho los objetos luminosos o brillantes y presenta cierto retraso al responder a eventos dolorosos.

N4: Presenta un considerable retraso al responder a eventos dolorosos, pero si responde a situaciones que emocionalmente le afectan como la llegada de su madre a la escuela, utiliza el tacto y el gusto como medio experimental del entorno. Presenta cierto interés por tocar determinadas superficies, como duras, rasposas, con texturas frágiles o muy moldeable.

N5: Presenta sensibilidad al ser tocado, como también a los ruidos fuertes como los gritos, se atrae en gran magnitud por los objetos que giran, así como también tiene una considerable motivación a fijarse en los detalles de los objetos que manipula o tiene a su alrededor.

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

Se ha obtenido por medio de los instrumentos empleados, que los niños/as están dentro de la evaluación del trastorno del espectro autista, algunos con mayor gravedad que otros, lo que representa también una mayor dificultad para el desempeño de diversas dimensiones esenciales del ser humano, reconociendo en primera instancia que la gravedad del autismo por parte de la presente investigación se mide en 3 niveles principales: Clasificados entre Requiere Apoyo; Requiere Apoyo Sustancial y Requiere Apoyo Muy Sustancial.

Se puede clasificar entonces que de los niños evaluados:

N1 correspondiente a sus datos registrados en las pruebas del inventario de Riviére, obtuvo puntuaciones altas en las cuatro principales áreas: **Dimensión Social 18, Comunicación y Lenguaje 20, Anticipación/ Flexibilidad 19 y Simbolización 19**. Asociado a estos resultados se tiene la **Entrevista Estructurada** donde se describió que N1 en las áreas de Relaciones sociales, Comunicación y Comprensión del Lenguaje y las Reacciones Sensoriales tiene amplias dificultades resumiendo su nula relación social con el entorno a excepción de sus tutores o familiares, falta total de comunicación autónoma, y escaso entendimiento del Lenguaje. Añadiendo a ello el **Test Filtro para la Detección de Autismo** obtuvo un puntaje de 29. Recopilando los datos de N1 se tiene que es el puntaje mayor de todas las pruebas lo que lo cataloga en **Autismo Nivel 3: Requiere Apoyo muy Sustancial**.

N2 obtuvo resultados muy similares a N1, en el inventario de Riviére obtuvo puntuaciones altas en las cuatro principales áreas: **Dimensión Social 16, Comunicación y Lenguaje 17, Anticipación/ Flexibilidad 21 y Simbolización 20**. En la **Entrevista Estructurada** se describió sus dificultades en las áreas de Relaciones Sociales, donde muestra poco interés por entablar lazos en su entorno y únicamente los tiene con sus tutores o familiares, cabe mencionar que una estrategia que han utilizado sus tutores es incitar a una estudiante a que tenga un acercamiento amistoso permitiéndole mejorar su contacto social.

Su comunicación es escasa y se limita a gestos expresiones verbales cortas y comportamientos estereotipos que representan su estado emocional, comprende el lenguaje sencillo que se le ha brindado por medio de las órdenes o actividades básicas que impulsan la autonomía. En el área de Reacciones Sensoriales se describe sus dificultades auditivas por su gran sensibilidad a los ruidos fuertes y repentinos o novedosos, presenta cierta fijación por tocar

y manipular los objetos que llaman su atención de manera repetitiva incluso sin objetivo específico en ello, también suele realizar actividades sin tener una mirada fija en ellas. En el **Test Filtro para la Detección de Autismo** obtuvo una puntuación de 27 siendo alto su resultado. Con los datos obtenidos y analizados se entiende que N2 se encuentra en la categoría de **Autismo Nivel 3: Requiere Apoyo muy Sustancial**.

N3 registró un puntaje en el Inventario de Riviére de: **Dimensión Social** 14, **Comunicación y Lenguaje** 18, **Anticipación/ Flexibilidad** 16 y **Simbolización** 13. En la **Entrevista Estructurada** se determinó que presenta dificultades en las Relaciones Sociales pero que no son incapacitantes porque si le gusta el contacto social con sus semejantes u otros, sin embargo, no está focalizado hacia ningún objetivo, ni la intención de fortalecer lazos. En Comunicación y Lenguaje muestra mayor dificultad porque no ha podido desarrollar cronológicamente su habilidad de comunicación verbal, a ello participa en mayor medida la no verbal para expresar solicitudes o sentimientos.

Su comprensión del lenguaje está limitada y tiende a tener una atención mayor en sus tutores o familiares, comprendiendo ciertas órdenes simples o actividades rutinarias. En el área de Reacciones Sensoriales se le caracteriza la exploración del entorno por medio del olfato, tacto y gusto, manipulando constantemente objetos de su atención por estas vías, sin discernir lo correcto de las mismas hasta recibir un llamado de atención. Auditivamente es estable porque los ruidos no parecen afectarle en gran medida, pero demuestra un gran interés por los objetos brillantes o de mucha luz. En el **Test Filtro para la Detección de Autismo** obtuvo una puntuación de 20. Con los datos obtenidos y analizados se entiende que N3 se encuentra en la categoría de **Autismo Nivel 2: Requiere Apoyo Sustancial**.

N4 registró un puntaje en el Inventario de Riviére de: **Dimensión Social** 10, **Comunicación y Lenguaje** 12, **Anticipación/ Flexibilidad** 13 y **Simbolización** 10. En la **Entrevista Estructurada** se determinó que no presenta dificultades considerables en las Relaciones Sociales, esto principalmente se debe a que sus padres describen que su hijo naturalmente es introvertido, esto se respalda en que, si le gusta el contacto social con sus semejantes u otros, pero es bastante selectivo por medio del contacto y el tiempo. En Comunicación y Lenguaje muestra tener un adecuado desarrollo cronológico, como también habilidad para la comunicación verbal y no verbal, a ello participa en mayor medida la no verbal para expresar solicitudes o sentimientos.

Su comprensión del lenguaje es adecuada, aunque le caracteriza tener una atención mayor en sus tutores, familiares o personas cercanas a él comprende órdenes simples, actividades rutinarias, gestos, comentarios, e identifica las expresiones de los demás. En el área de Reacciones Sensoriales presenta un considerable retraso al responder a eventos dolorosos, pero si responde a situaciones que emocionalmente le afectan como la llegada de su madre a la escuela, una discusión o una sorpresa. Utiliza el tacto y el gusto como medio experimental del entorno. Presenta cierto interés por tocar determinadas superficies, como duras, rasposas, con texturas frágiles o muy moldeable. En el **Test Filtro para la Detección de Autismo** obtuvo una puntuación de 18. Con los datos obtenidos y analizados se entiende que N4 se encuentra en la categoría de **Autismo Nivel 2: Requiere Apoyo Sustancial**.

N5 correspondiente a sus datos registrados en las pruebas del inventario de Riviére, obtuvo puntuaciones bajas en las cuatro principales áreas: **Dimensión Social 7, Comunicación y Lenguaje 8, Anticipación/ Flexibilidad 8 y Simbolización 6**. Asociado a estos resultados se tiene la **Entrevista Estructurada** donde se describió que N5 en las áreas de Relaciones sociales, tiene pocas dificultades resumiendo que su relación social con el entorno en el que comprenden tutores, familiares, compañeros o amigos, es estable y adecuada, sin embargo, dada su naturalidad introvertida tiende a no buscar o fortalecer lazos con sus semejantes, únicamente con quienes comparten mayor contacto rutinario con él, docentes o familiares. En el área de Comunicación y Comprensión del Lenguaje tiene un favorable desarrollo su comunicación es buena tanto verbal como no verbal, sin embargo, el grado de su expresión es baja por su personalidad introvertida, hace mayor uso de su capacidad en entornos y cercanía de personas en las que se siente con mayor comodidad.

Comprende con relativa facilidad las cosas que se le indican, sean órdenes, tareas, expresiones o comentarios. En el área de Reacciones Sensoriales Presenta sensibilidad al ser tocado, como también a los ruidos fuertes como los gritos, se atrae en gran magnitud por los objetos que giran, así como también tiene una considerable motivación a fijarse en los detalles de los objetos que manipula o tiene a su alrededor. A esto se añade el Test Filtro para la Detección de Autismo en el cual obtuvo un puntaje de 13. Recopilando los datos de N5 se tiene que es el puntaje menor de todas las pruebas lo que lo cataloga en **Autismo Nivel 1: Requiere Apoyo**.

4.2 DISCUSIÓN

En base a la información y datos obtenidos de la investigación, se obtiene el argumento principal de que de los resultados de la evaluación indican que estos niños/as tienen diferentes niveles de gravedad en el autismo, desde el nivel 1 que requiere un apoyo mínimo hasta el nivel 3 que requiere un apoyo muy sustancial. Estos hallazgos servirán como base para diseñar intervenciones y programas personalizados que aborden las necesidades individuales de cada niño/a en las áreas educativas, sociales y cotidianas.

Las áreas de Dimensión Social, Comunicación y Lenguaje, Anticipación/Flexibilidad y Simbolización son las que principalmente deberán atenderse por medio de Modelos de Intervención Psicoeducativa. También cabe destacar que la investigación debe estar respaldada por el Modelo Biomédico, Psicoeducativo y Terapéutico con la intervención de especialistas de la salud, como lo es un Neurólogo, Psiquiatra, Pediatra, Nutricionista, Psicólogo, Neuropsicólogo, Terapeuta Ocupacional y Terapeutas del Lenguaje.

PROPUESTA DEL MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO

Analizando los resultados obtenidos de los diferentes instrumentos de investigación del presente proyecto se propone el diseño de un Modelo de Intervención Psicoeducativa adaptado a las necesidades educativas específicas que presentan los estudiantes con TEA evaluados.

El Enfoque a emplearse se propone por 3 tipos de intervenciones Multidisciplinarias:

BIOMÉDICO

Que debe estar respaldado por profesionales de la salud como Médicos especialistas en el área de Neurología, Psiquiatría, Neuropsicología, Pediatría y Nutrición. El objetivo es valorar, diagnosticar y tratar adecuadamente ciertas sintomatologías físicas y psicológicas que acompañan el Trastorno del Espectro Autista en sus 3 niveles a lo largo del desarrollo de vida. Para ello existen propuestas como medicamentos avalados por la comunidad científica que tratan áreas conductuales, psicológicos y nutricionales (Eisenberg, 2014). Esta intervención se promueve como una herramienta complementaria a la intervención conductual, Terapéutica y Psicoeducativa, permitiendo desarrollar la autonomía y espontaneidad.

TERAPÉUTICO

Su enfoque se dirigirá para abordar problemas específicos, concentrándose en la mejora de habilidades sociales y comunicativas (Terapia del Lenguaje) o en el desarrollo de destrezas sensoriomotoras (terapia ocupacional) (Mulas, 2010).

Intervenciones centradas en la Comunicación y el Lenguaje

Se incluirá el uso de Herramientas de ayuda visual como lo son: Instrucción con Pistas Visuales, Lenguaje de Señas, el Sistema de Comunicación Mediante Intercambio de Imágenes (PECS), historias sociales (social stories), dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC) y entrenamiento en comunicación funcional (FCT).

Estas herramientas en el enfoque terapéutico tendrán por objetivo orientar, instruir y desarrollar eficazmente a los niños/as con autismo en la Dimensión de Comunicación y el Lenguaje.

Intervenciones Sensoriomotoras

Se incluye el entrenamiento en integración auditiva (AIT) y la integración sensorial. Este enfoque tiene como principal objetivo el desarrollo de la Anticipación/ Flexibilidad y la Simbolización, por medio de actividades que fomenten el desarrollo sensoriomotor de los niños/as, consecuentemente beneficia el comportamiento estereotipo, inadaptado o inflexible que presentan los niños/as con autismo debido a las sesiones de múltiples actividades que focalizan externalizar la atención, suprimir, cambiar y retomar.

PSICOEDUCATIVA

Para describir la función de este enfoque de intervención previamente debe ser fragmentado en 3 partes esenciales que lo componen:

Conductual

Su enfoque se fundamenta en instruir a los niños en conductas y destrezas mediante el empleo de técnicas especializadas y planificadas. Para ello se implementará el Método de Intervención Conductual ampliamente avalado por la comunidad científica.

Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo

Se basa en una comprensión más profunda de los principios de ABA y una aplicación más flexible y centrada en el individuo. Se esfuerza por promover el desarrollo global y el bienestar de las personas con TEA, centrándose no solo en la modificación del comportamiento, sino también en la mejora de la calidad de vida y el funcionamiento en la comunidad, A través de la aplicación de Refuerzos positivos y la eliminación de aquellas que no son deseables al

eliminar las consecuencias positivas, se busca implementar un proceso conocido como "extinción" (Mulas, 2010). El objetivo principalmente descrito es el de promover conductas positivas a modo de aproximación sucesiva y adaptación, por medio de refuerzos positivos, así como también el condicionar las conductas negativas hasta llevarlas a su desaparición. Lo que consecuentemente permite el desarrollo en las 4 grandes dimensiones: Relaciones Sociales, Comunicación y el Lenguaje, Anticipación/ Flexibilidad y Simbolización. Debido a que funcionará como herramienta complementaria de la intervención terapéutica y biomédica.

Evolutivo

Facilitan el establecimiento de vínculos afectivos constructivos con otras personas para el niño. Su enfoque se orienta hacia la enseñanza de destrezas relacionadas con la interacción social y la comunicación, en entornos organizados, además de fomentar el desarrollo de habilidades prácticas para la vida cotidiana, incluyendo habilidades funcionales y motrices (Mulas, 2010).

Relationship Development Intervention (RDI): Intervención para el Desarrollo de Relaciones

Según Salvadó- Salavadó acerca de la Intervención para el Desarrollo de Relaciones:

La intervención para el desarrollo de relaciones (RDI: Relationship Development Intervention) es otra metodología para aplicar en niños con TEA. Esta técnica crea actividades semiestructuradas que se centran en el lenguaje declarativo, la flexibilidad cognitiva, la previsión y la retrospectión, la coordinación social y las aptitudes para la referencia. (2012, p. 67)

El propósito principal de este enfoque de intervención es la efectividad de la metodología en las diferentes actividades planteadas, que orientan al familiar, docente o terapeuta a crear fuertes lazos que promuevan la comunicación fluida, la flexibilidad y espontaneidad de los niños/as con TEA, por medio de entornos organizados a promover el uso de sus capacidades cognitivas, llegando a potenciarlas.

Combinado

Existen intervenciones que combinan elementos de métodos conductuales, evolutivos y terapéuticos por lo que generalmente resultan más eficaces:

Modelo TEACCH

El Modelo TEACCH, que significa "Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas de Comunicación Relacionados" es un enfoque de intervención y educación

diseñado específicamente para niños y adultos con trastorno del espectro autista (TEA) y otros trastornos del desarrollo.

Se basa en comprender la mentalidad singular que las personas con trastorno del espectro autista (TEA) poseen, la cual influye en su manera de pensar, aprender y percibir el mundo. Se considera que estas particularidades cognitivas pueden dar cuenta de los síntomas y los desafíos conductuales que enfrentan. Las actividades asociadas a este enfoque abarcan diversas áreas, como la evaluación, la capacitación de los padres, el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, la instrucción del lenguaje y la asistencia en la búsqueda de empleo, entre otras (Mulas, 2010).

4.3 CRONOGRAMA

Tabla # 5 Cronograma

N.-	ACTIVIDADES	Mayo	Junio	Julio	Agosto
1	Planteamiento del Problema	x			
2	Marco Teórico	x	x		
3	Metodología de la Investigación		x		
4	Primera Revisión (Perfil de Trabajo)			x	
5	Levantamiento de Observaciones			x	
6	Aprobación de Proyecto de Tesis			x	
7	Trabajo de Campo				x
8	Procesamiento estadístico				x
9	Análisis de Datos				x
10	Revisto del Informe final				
11	Aprobación de la Tesis				
12	Sustentación				

4.3 PRESUPUESTO

La Ejecución del presente proyecto ha conestado de 3 fases principales vinculadas a sus objetivos, la fase de investigación, evaluación y la propuesta del Modelo Psicoeducativo. Sin embargo, la elaboración del trabajo investigativo se orienta a modo de propuesta de intervención con la materialización del trabajo curricular y la aplicación en la comunidad educativa donde se focalizó la investigación, por ende, el margen de inversión que se ha realizado hasta las 3 fases principales ha sido de 350 dólares americanos, entre lo que confiere al uso de internet, dispositivos electrónicos, impresiones, viáticos por traslado y posteriores correcciones necesarias durante el proceso.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

- Realizada la parte investigativa se concluye que la realidad nacional y local en torno al TEA es aún desconocida, y poco tratada en las diferentes instituciones de salud, sociales y de educación, lo que refleja una necesidad latente en nuestro medio.
- La fase evaluativa determinó que los estudiantes evaluados, tienen en su mayoría un grado 2 y grado 3 de autismo lo que representa NEE complejas de abarcar para la comunidad educativa estandarizada y no debidamente preparada sobre el TEA.
- El Modelo Psicoeducativo propuesto es producto de una metodología multidisciplinaria que permite que dichos enfoques variados atiendan las necesidades principales que presentan los niños/as con autismo desarrollando sus capacidades y cualidades.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se realicen posteriores estudios para dimensionar a mayor profundidad el Trastorno del Espectro Autista (TEA).
- Realizar campañas de educación y sensibilización con para evitar la tardía detección, atención y tratamiento de las personas con TEA, incluyendo su sobreprotección y negligencia implicada.
- El presente proyecto investigativo tenga una propuesta de intervención a futuro por parte de profesionales altamente capacitados en las diferentes áreas sugeridas, en la institución, como en otras siendo parte de una campaña de inclusión educativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Arellano Torres, A., & De Goñi Sánchez, A. (2020). El Método Teacch en Educación Infantil. España: Universidad de Navarra, Facultad de Educación y Psicología.
- Asociación Americana de Psiquiatría (AAP). (2016). DSM-5. Obtenido de https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/.../Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Ávila, E. (2019). Inclusión escolar de educandos con discapacidad: tarea de toda la escuela. *Education end context*, 1(2), 113-129.
- Bleuler E. *Dementia praecox oder der gruppe der schizophrenien*. Leipzig y Wien: Franz Deuticke; 1991.
- Delgado, N. (2018). “Estados latinoamericanos y diversidad: desafíos de la inclusión educativa en el caso de estudiantes con discapacidad”. (Tesis de Maestría) FLACSO. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/13930/2/TFLACSO2018NDF.pdf>
- Díaz, E., & Andrade, I. (2019). El Trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito, Ecuador. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 17(1), 163-181.
- Garrabé de Lara, Jean. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261. Recuperado en 30 de agosto de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&tlng=es.
- González, M. (2002). Ética y formación universitaria / Ética e formação universitária. *Revista Iberoamericana de Educación*. <https://rieoei.org/historico/documentos/rie29a04.htm>
- Kennedy Shriver, E. (2005). N I C H Del autismo y los genes - NICHD - Eunice Kennedy Shriver ... El autismo y los genes. https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/publications/pubs/documents/autismo_genes_2005_espanol.pdf
- López, A., & Ramos, G. (2021). Acerca de los métodos teóricos y empíricos de investigación: significación para la investigación educativa. *Conrado*, 17(S3), 22-31. Obtenido de <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/download/2133/2079/>
- López-Bonilla, J. M., López-Bonilla, L. M., Serra, F., & Ribeiro. (2015). Relación entre actitudes hacia la actividad física y el deporte y rendimiento académico de los estudiantes universitarios españoles y portugueses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 275-284.

- Minkowski E. La schizophrénie. (1927) Nouvelle Edition: París : Desclée de Brouwer; 1953
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2017). Trastornos del espectro autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento. https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2019/02/GPC_trastornos_del_espectro_autista_2017-1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud 10ª rev. Ginebra,1989; voll: XXV.
- Pichot P. Un siècle de psychiatrie. F. Hoffman–La Roche & Cia., S.A. Basilea. Editions Roger Dacosta. París: Roche; 1983.
- Ortega, C. (2023, June 16). Muestreo no probabilístico: Definición, Tipos y ejemplos. QuestionPro. <https://www.questionpro.com/blog/es/muestreo-no-probabilistico/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 10.a ed.. Whashington: OPS; 2008
- Stone, W.L., & Hogan, K.L. (1993). A structured parent interview for identifying young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23, 639-652.
- Stone, W.L., Coonrod, E.E., Pozdol, S.L., & Turner, L.M. (2003). The Parent Interview for Autism Clinical Version (PIA-CV): A measure of behavioral change for young children with autism. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 7, 9-30
- Takinaga, Sofia Seixas, & Manrique, Ana Lúcia. (2023). O Uso da Tecnologia e suas Contribuições para a Formação Integral do Aluno com Transtorno do Espectro Autista e do Aluno com Deficiência Intelectual nas Aulas de Matemática. *Sisyphus - Journal of Education*, 10(3), 33-46. Epub 16 de novembro de 2022. <https://doi.org/10.25749/sis.27503>
- Valdez-Maguiña, Giannina, & Cartolin-Príncipe, Rocio. (2019). Desafíos de la inclusión escolar del niño con autismo. *Revista Medica Herediana*, 30(1), 60-61. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3477>
- Vázquez, M. A. (2015). LA ATENCIÓN EDUCATIVA DE LOS ALUMNOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. Instituto de Educación de Aguascalientes.
- World Health Organization. (2023). Autismo. World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Mulas, Fernando & Ros-Cervera, Gonzalo & Milla, Melina & Etchepareborda, Maximo & Abad, Luis & Meneses, M. (2010). Models of intervention in children with autism. Revista de neurologia. 50 Suppl 3. S77-84.

Eisenberg, J. (2014). Tratamientos para los niños con trastorno del espectro autista. Effective Health Care Program. <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/autism-update/espanol>

Psicoeducación, ¿En qué consiste y cuáles son Sus Ventajas? UNIR. (2021, December 15). <https://www.unir.net/educacion/revista/psicoeducacion/#:~:text=La%20intervenci%C3%B3n%20psicoeducativa%20es%20un,mejorar%20su%20calidad%20de%20vida>.

Salvadó-Salvadó B, Palau-Baduell M, Clofent-Torrentó M, MonteroCamacho M, Hernández-Latorre MA. Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 1): S63-71

ANEXOS

Inventario del Espectro Autista: Un Mapa Heterogéneo

TRASTORNO	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4
Rel. Social				
Ref. Conjunta				
Intersubjetivo				
Comunicación				
L. Expresivo				
L. Receptivo				
Anticipación				
Flexibilidad				
Sentido				
Ficción				
Imitación				
Suspensión				

Cuadro 3.2. Ejemplo de un "mapa" o "perfil" heterogéneo del Espectro Autista.

DETERMINACIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA

DIMENSIÓN	ALTERACIONES	NIVELES DE AFECTACIÓN			
		1	2	3	4
1. SOCIAL	1. De la relación social 2. De la referencia conjunta 3. Intersubjetivo y mentalista				
2. COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	4. De las funciones comunicativas 5. Del lenguaje expresivo 6. Del lenguaje receptivo				
3. ANTICIPACIÓN FLEXIBILIDAD	7. De la anticipación 8. De la flexibilidad 9. Del sentido de la vida				
4. SIMBOLIZACIÓN	10. De la ficción 11. De la imitación 12. De la suspensión				

INSTRUMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO

Diagnóstico

TEA

1. OBSERVACIONES:

- IITA (Inventario de Indicadores Tempranos de Autismo)
- Inventario de 40 indicadores de Autismo

2. ENTREVISTAS:

- ADI-R
- ADOS
- CHAT
- CARS
- IDEA

3. PRUEBAS:

- FOSPAC-R

Dimensiones	Escala	Puntuación
Dimensión social		1+2+3
1.-Trastorno de la relación social		
2.-Trastorno de la referencia conjunta		
3.-Trastorno intersubjetivo y mentalista		
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas		
5.-Trastorno del lenguaje expresivo		
6.-Trastorno del lenguaje receptivo		
Dimensión de la anticipación/flexibilidad		7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación		
8.-Trastorno de la flexibilidad		
9.-Trastorno del sentido de la actividad		
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10.-Trastorno de la ficción		
11.-Trastorno de la imitación		
12.-Trastorno de la suspensión		
Puntuación total en el espectro autista		

Dimensión Social

1. Trastorno de las Relaciones sociales.

1.1 Aislamiento completo. No apego a personas específicas. No relación con adultos o iguales.	8
	7
1.2 Incapacidad de relación. Vínculo con adultos. No relación con iguales.	6
	5
1.3 Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	4
	3
1.4 Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
	1
1.5.-No hay trastorno cualitativo de la relación	0

2. Trastorno de las Capacidades de referencia conjunta.

2.1 Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
	7
2.2 Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta	6
	5
2.3 Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
	3
2.4 Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	2
	1
2.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta	0

3. Trastorno de las Capacidades intersubjetivas y mentalistas

3.1 Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. Intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas.	8
	7
3.2 Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6
	5
3.3 Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de T.M.	4
	3
3.4 Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	2
	1
3.5.-No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas	0

Dimensión de la Comunicación y el Lenguaje

4. Trastorno de las Funciones comunicativas.

4.1 Ausencia de comunicación (relación intencionada, intencional y significativa), y de conductas instrumentales con personas.	8
	7
4.2 Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i. e. Para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
	5

4.3 Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	4
	3
4.4 Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc., con escasas "cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
	1
4.5.-No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas	0

5. Trastorno del Lenguaje expresivo.

5.1 Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
	7
5.2 Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6
	5
5.3 Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
	3
5.4 Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
	1
4.6.-No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo	0

6. Trastorno del Lenguaje receptivo.

6.1 "Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8
	7
6.2 Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que los enunciados se asimilen a un código.	6
	5
6.3 Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	4
	3
6.4 Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2
	1
6.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión	0

Dimensión de la Anticipación/Flexibilidad

7. Trastorno de la Anticipación.

7.1 Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (p.e.: películas de vídeo). Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipatorias.	8
	7
7.2 Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, oposición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
	5
7.3 Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej. "curso" vs "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
	3
7.4 Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	
	1
7.5.-No hay trastorno cualitativo de las capacidades de anticipación	0

8. Trastorno de la Flexibilidad

8.1 Predominan las estereotipias motoras simples.	8
	7
8.2 Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	6
	5
8.3 Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
	3
8.4 Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y flexibles. Rígido perfeccionismo.	2
	1
8.5.-No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad	0

9. Trastorno del sentido de la actividad.

9.1 Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
	7
9.2 Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior	6
	5
9.3 Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	4
	3
9.4 Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
	1
9.5 No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad	0

Dimensión de la Simbolización

10. Trastorno de la Ficción y la imaginación.

10.1 Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
	7
10.2 Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	6
	5
10.3 Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4
	3
10.4 Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles	2
	1
10.5 No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación	0

11. Trastorno de la Imitación

11.1 Ausencia completa de conductas de imitación	8
	7
11.2 Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	6
	5
11.3 Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
	3

11.4 Imitación establecida. Ausencia de modelos internos.	2
	1
11.5 No hay trastorno de las capacidades de imitación	0

12. Suspensión (capacidad de crear significantes).

12.1 No se suspenden pre - acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
	7
12.2 No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos enactivos. No hay juego funcional	6
	5
12.3 No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juegos de ficción.	4
	3
12.4 No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones	2
	1
12.5 No hay trastorno cualitativo de las capacidades de suspensión	0

Entrevista con los Padres acerca del Autismo – Versión Clínica en Español

Traducción de © 2002 Stone, Coonrod, Pozdol & Turner
Traducción por: Emily DeCarlo, Devyani Gupta, y Lisa Ibañez

Nombre: _____ Fecha: _____ Relación al Niño/a: _____

Para cada pregunta abajo, por favor circula el número que corresponde a la frecuencia con que su hijo/a demuestra cada comportamiento actualmente.

1 2 3 4 5
Casi Nunca De vez en Cuando A Veces A Menudo Casi Siempre

Relaciones Sociales

- 1 2 3 4 5 1) ¿A su hijo/a le gusta interactuar con adultos conocidos?
1 2 3 4 5 2) ¿Su hijo/a mira a usted mientras usted juega con él/ella?
1 2 3 4 5 3) ¿Su hijo/a mira a usted cuando usted está hablando con él/ella?
1 2 3 4 5 4) ¿Su hijo/a viene a usted para consuelo cuando él/ella está enfermo/a o lastimado/a?
1 2 3 4 5 5) ¿Su hijo/a no le hace caso a personas que intentan a interactuar con él/ella?
1 2 3 4 5 6) ¿Su hijo/a “mira a través” de las personas como si no estuvieran allí?
1 2 3 4 5 7) ¿A su hijo/a le gusta ser acariciado/a?
1 2 3 4 5 8) ¿Su hijo/a abraza a usted cuando usted abraza a él/ella?
1 2 3 4 5 9) ¿Su hijo/a se pone rígido/a o estirado/a cuando usted está abrazándole?

1 2 3 4 5 10) ¿Él/ella se pone flojo/a cuando usted abraza a él/ella?
1 2 3 4 5 11) ¿Su hijo/a viene a usted para un beso o abrazo de su propio/a cuenta, sin que usted le pida?
1 2 3 4 5 12) ¿A él/ella le gusta ser besado?
1 2 3 4 5 13) ¿Su hijo/a parece disfrutar del cariño sólo con sus propios/as condiciones?
 ¿Ejemplos?
1 2 3 4 5 14) ¿Su hijo/a sonríe a usted cuando usted sonríe a él/ella?
1 2 3 4 5 15) ¿Parece su hijo/a ser difícil de alcanzar, o estar en su propio/a mundo?
1 2 3 4 5 16) ¿Su hijo/a activamente evita mirar a las personas durante interacciones?
1 2 3 4 5 17) ¿Su hijo/a mira a las personas más cuando están lejos que cuando están interactuando con él/ella?

Entrevista con los Padres acerca del Autismo – Versión Clínica en Español

Traducción de © 2002 Stone, Coonrod, Pozdol & Turner

Para cada pregunta abajo, por favor circula el número que corresponde a la frecuencia con que su hijo/a demuestra cada comportamiento actualmente.

1 2 3 4 5
Casi Nunca De vez en Cuando A Veces A Menudo Casi Siempre

Comunicación

La Comunicación No Verbal

Además de hablar, hay muchas maneras que niños se comunican sus necesidades y deseos, como haciendo ruidos, o señalando con el dedo, o haciendo gestos.

- 1 2 3 4 5 36) ¿Con qué frecuencia su hijo/a comunica con usted por otras maneras que hablar?
1 2 3 4 5 37) ¿Puede entender lo que su hijo/a está tratando de comunicar?
1 2 3 4 5 38) ¿Pueden otras personas entender a su hijo/a?
1 2 3 4 5 39) ¿Su hijo/a se vuelve frustrado/a cuando trata de comunicarse?

Las siguientes preguntas se tratan de las razones por lo cual su hijo/a se comunica. ¿Con qué frecuencia su hijo/a comunica para:

- 1 2 3 4 5 40) Indicar que él/ella quiere algo, como comida o un juguete?
1 2 3 4 5 41) Pedir que usted haga algo para él/ella? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 42) Indicar que él/ella no quiere algo? ¿Cómo indica eso?
1 2 3 4 5 43) Llamar su atención? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 44) Lucirse? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 45) Hacer preguntas sobre un objeto o evento? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 46) Pedir su permiso para hacer algo? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 47) Conseguir que juegues con él/ella? ¿Ejemplo?
1 2 3 4 5 48) Conseguir que mires a algo que a él/ella le interesa? ¿Ejemplo?

Comprensión del Lenguaje

- 1 2 3 4 5 49) ¿Su hijo/a responde cuando usted le llamas por su nombre?
1 2 3 4 5 50) ¿Su hijo/a entiende lo que usted le dice? ¿Cómo lo sabe?
1 2 3 4 5 51) Cuando usted señala algo con el dedo, ¿su hijo/a mira en la dirección que usted indicó?
1 2 3 4 5 52) ¿Su hijo/a puede seguir direcciones sencillas como “Ponte el abrigo”?
1 2 3 4 5 53) ¿Su hijo/a puede seguir direcciones más largas que contienen más que una idea, como “Ponte el abrigo y tráeme los zapatos”?
1 2 3 4 5 54) ¿Su hijo/a le escucha cuando usted lea cuentos cortos?
1 2 3 4 5 55) ¿Parece que su hijo/a tiene interés en las conversaciones de los demás?

Entrevista con los Padres acerca del Autismo – Versión Clínica en Español

Traducción de © 2002 Stone, Coonrod, Pozdol & Turner

Para cada pregunta abajo, por favor circula el número que corresponde a la frecuencia con que su hijo/a demuestra cada comportamiento actualmente.

1	2	3	4	5
Casi Nunca	De vez en Cuando	A Veces	A Menudo	Casi Siempre

- 1 2 3 4 5 74) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en mirar los detalles pequeños o partes de los objetos? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 75) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en observar el movimiento de las manos o los dedos?
- 1 2 3 4 5 76) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en observar los objetos que giran? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 77) ¿Es su hijo/a demasiado interesado/a en mirar las luces u objetos brillantes? Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 78) ¿Su hijo/a mira las cosas por la esquina de los ojos? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 79) ¿Su hijo/a hace cosas sin mirar lo que está haciendo? ¿Ejemplos?

Conductas Motoras

- 1 2 3 4 5 80) ¿Su hijo/a se gira o se da vueltas durante largos períodos de tiempo?
- 1 2 3 4 5 81) ¿Su hijo/a mueve las manos o los dedos de una manera rara o repetitiva (por ejemplo, agitándolos o torciéndolos)? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 82) ¿Su hijo/a camina de una manera rara (por ejemplo, caminar en puntas de pie)? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 83) ¿Su hijo/a se lastima a propósito, como golpeándose la cabeza, mordiéndose la mano, o golpeando cualquier parte de su cuerpo? ¿Ejemplos?

Necesidad de Uniformidad

- 1 2 3 4 5 84) ¿Su hijo/a insista en ciertas rutinas o rituales, como insistir en llevar un abrigo particular cuando se vaya afuera? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 85) ¿Su hijo/a se siente molesto/a si hay cambios en sus rutinas diarias – por ejemplo, si el padre le pone en la cama en vez de la madre? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 86) ¿Su hijo/a se siente molesto/a si hay cambios en la casa – como si los muebles están mudados? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 87) ¿Su hijo/a tiene ciertos objetos favoritos o juguetes que insiste llevar con si mismo/a? ¿Qué son?
- 1 2 3 4 5 88) ¿Su hijo/a se siente molesto/a cuando las cosas no se vean bien – por ejemplo, si la alfombrilla tiene una mancha o los libros en una estantería están inclinados? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 89) ¿Su hijo/a se vuelve agitado/a o se siente molesto/a al conocer gente, lugares, o actividades nuevas? ¿Ejemplos?
- 1 2 3 4 5 90) ¿Su hijo/a insista en ponerse solamente cierta ropa o un cierto tipo de ropa? ¿Ejemplos?

FILTRO PARA LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO AUTISTA

Nombre	
Edad	
Fecha de Aplicación	

© Corzo/Díaz-1995

No.	<u>DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA</u>	Lo presenta actualmente	Lo presentó alguna vez
1	Parece interesarse más por los objetos que por las personas.		
2	Se interesa sólo por una parte de los objetos, juguetes y/o personas (ej. Sólo por las ruedas de los carritos o por el pelo de las personas o por las aspas del ventilador).		
3	Presta atención a sonidos que él mismo produce.		
4	Generalmente parece no atender cuando se le habla (actúa como si fuera sordo).		
5	Se entretiene con palitos, hilos, piedritas, hojas, etc. en vez de hacerlo con juguetes.		
6	Prefiere estar solo a interactuar o jugar con otros niños.		
7	Busca que las cosas que forman su entorno (casa, habitación, etc.) permanezcan sin cambio.		
8	Se balancea, da vueltas sobre sí mismo, corre de un lado a otro o sube y baja escaleras durante largos períodos de tiempo.		
9	Presenta berrinches inexplicables, sin causa aparente.		
10	Tiene la costumbre de mover, sacudir o aletear las manos.		
11	Rehúye la mirada cuando se le quiere mirar a los ojos.		
12	Le molestan algunos ruidos (llega a taparse los oídos).		
13	Se interesa por ruidos como el de la aspiradora, lavadora, etc.		
14	Da la impresión de que resiste el dolor más que otros niños (se golpea y no llora).		
15	Se golpea la cabeza contra la pared, suelo, muebles o con la mano.		
16	Suele entretenerse repitiendo una misma actividad (ej. Alinea cosas y/o levanta torres y las tira, etc.).		
17	Reacciona con berrinches ante situaciones o personas nuevas, o cuando se interrumpen sus rutinas.		
18	Cuando el niño quiere algo que no puede obtener por sí mismo, le lleva a usted tomándolo de la mano hacia el objeto que desea (pero sin mirarle ni hablarle).		
19	Algunas cosas que aprende las repite solamente en ciertos lugares y/o con determinadas personas.		
20	Gira objetos, mostrando gran habilidad.		
21	Es selectivo en los alimentos, por su consistencia (suaves, ásperos, crujientes, etc.) o por su sabor (dulces, salados o ácidos, etc.).		
22	Constantemente huele lo que encuentra.		
23	Reacciona de forma extraña al contacto de ciertas texturas (suaves, ásperas, etc.).		
24	A veces sorprende con habilidades inesperadas.		
25	Su conducta resulta difícil de predecir o entender.		
26	Entiende lo que se le dice de una forma muy literal; no entiende las bromas, los juegos de palabras y no realiza procesos lógicos.		
27	Pronunció algunas palabras que de pronto dejó de decir las sin motivo aparente		
28	Nunca ha hablado		
29	En ocasiones dice alguna palabra suelta		
30	Repite preguntas o frases que ha oído (personas, televisión, radio, etc.), inclusive con una voz similar a la que escuchó.		
31	Utiliza mal los pronombres personales (ej. Dice <i>tu</i> en vez de <i>yo</i> , <i>quieres</i> en vez de <i>quiero</i>).		
32	No reconoce las situaciones de peligro, pareciera que no le tiene miedo a nada.		
33	Para poder realizar sus actividades diarias (comer, dormir, etc.) debe llevar a cabo rutinas y rituales que no pueden ser alterados.		
34	En ocasiones ríe de forma incontrolada y sin causa aparente.		
35	A veces camina de puntas.		
36	Presenta alteraciones del sueño (no duerme, duerme poco y/o le cuesta conciliar el sueño).		
37	No crea juegos imaginativos.		