

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN**  
**PSICOPEDAGOGÍA**

TRABAJO FIN DE MÁSTER:  
ESCUELA DE PADRES CON HIJOS CON  
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.



---

**Universidad de Valladolid**

Autora: **M<sup>a</sup> Isabel Nieto Sánchez**

Tutora del TFM: Elena Martín Diz

Fecha de entrega: 9 de julio de 2019

## RESUMEN

En el presente Trabajo Fin de Máster se ha recopilado, a través de fuentes bibliográficas, información acerca de los conceptos de interés que vamos a trabajar como es el Trastorno del Espectro Autista y la formación pertinente acerca de concepto TEA para el contexto familiar, en especial, los padres.

Los padres, tras un diagnóstico sobre sus hijos, presentan sentimientos como la rabia, frustración e incluso culpabilidad. Se sienten perdidos acerca de este nuevo punto de partida en sus vidas, desconocen las pautas necesarias para tratar con ellos y, es precisamente este último punto el cual comienza mi Trabajo Final de Máster ofreciendo una escuela de padres con hijos con TEA.

Esta intervención psicopedagógica ofrece: formación a los padres acerca del Trastorno del Espectro Autista y sus características; una aplicación práctica para que puedan llevarlo a cabo en el contexto familiar y, por último, ofrecer un apoyo a las familias para mejorar el día a día tanto de los niños como el de los padres. Todo esto supervisado por psicopedagogos que les faciliten las herramientas necesarias para gestionar las distintas situaciones que afrontan unos padres con niños con Trastorno del Espectro Autista.

**Palabras clave:** Asperger, metodología, familia, intervención psicopedagógica y autismo.

## SUMMARY

In the present master's dissertation, I have compiled through bibliographic sources, the information about some concepts that are interesting such as autism spectrum disorder and additional education about this content for the family context.

Parents, after the diagnostic about your children, there are different kinds of emotions like anger, frustration and also guilt. They can feel lose and this can produce difficulties about the relationship between them. It is a new beginning in their lives, and they do not know any type of resources that can improve their lives. That is the reason why I can do it this hypothesis about the school of parents with children with autism spectrum disorder.

Moreover, these interventions offer, additional training for some kind of methodologies that you can apply in domestic context because it is essential that these have full support and coordination between all contexts. All supervised by educational psychologists that provide them with the necessary resources to manage the different situations faced by parents with a child with ASD.

**Keywords:** Asperger, methodology, family, psychological intervention and autism.

Tabla de contenido

**RESUMEN** ..... 2

**SUMMARY** ..... 2

**1. INTRODUCCIÓN** ..... 5

**2. JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN** ..... 7

**MARCO TEÓRICO** ..... 8

**3. MARCO LEGAL** ..... 8

**4. MARCO CONCEPTUAL** ..... 12

**4.1. Tipos de autismo y características** ..... 16

**4.2. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales** ..... 18

**4.3. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**..... 24

**4.4. Dificultades para un diagnóstico del síndrome de Asperger**..... 25

**5. Intervención familiar** ..... 26

**5.1. Medidas para intervención temprana** ..... 26

**5.2. Fases del proceso de detección para un posible diagnóstico** ..... 27

**5.3. Instrumentos para la detección y evaluación de un diagnóstico** ..... 30

**5.4. Sentimientos de los padres tras un diagnóstico de TEA.** ..... 32

**5.5. Formas de apoyo a las familias: el papel del psicopedagogo.**..... 33

**6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**..... 35

**6.1. Introducción** ..... 35

**6.2. Contextos y destinatarios** ..... 37

**6.3. Objetivos** ..... 38

**OBJETIVO GENERAL:** ..... 38

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** ..... 38

**7. Metodologías aplicables para trabajar las familias con hijos con TEA.** ..... 39

**7.1. Modelo DIR**..... 39

**7.2. Floor Time**..... 43

**7.3. TEACCH** ..... 45

**7.4. Análisis Conductual Aplicado (ABA)**..... 47

**7.5. The Rutgers Autism Program-The Douglas Centre Program.** ..... 47

**7.6. Positive Behavior Support (PBS): El Apoyo Conductual Positivo**..... 48

**7.7. Relationship Development Intervention (RDI): Intervención del Desarrollo de Relaciones.** 48

<u>7.8.</u> PECS Picture Exchange Communication Systems .....	49
<u>7.9.</u> Social Stories (SS): Las Historias Sociales .....	50
<u>8.</u> <i>Actividades</i> .....	50
<u>8.1.</u> temporalización .....	60
<u>8.2.</u> Recursos .....	63
<u>9.</u> <i>Evaluación</i> .....	64
<u>10.</u> <i>Conclusión</i> .....	68
<u>11.</u> <i>Agradecimientos</i> .....	70
<u>12.</u> <i>Anexos</i> .....	70
<u>12.1.</u> Tabla tipo de TEA .....	70
<u>12.2.</u> Folleto de las jornadas para padres .....	71
<u>12.3.</u> Listado de horario visual .....	72
<u>12.4.</u> Terapia de la tortuga.....	73
<u>12.5.</u> Economía de fichas para modificación de la conducta. ....	74
<u>12.6.</u> Tarro de las emociones: ejemplo de diálogo.....	74
<u>12.7.</u> Actividad nos vamos de reformas: ejemplo.....	75
<u>12.8.</u> Agenda visual: ejemplo. ....	76
<u>12.9.</u> Ejemplo de pregunta y respuestas de la actividad “toma de decisiones” . ....	76
<u>12.10.</u> Actividad: nos preparamos .....	77
<u>12.11.</u> Tablero de la actividad juego de mesa.....	78
<u>13.</u> <i>Bibliografía</i> .....	81
<u>14.</u> <i>Normativa</i> .....	87

## 1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Máster (TFM) de Psicopedagogía pretende mostrar una información de importancia acerca del Trastorno de Espectro Autista, que es un concepto de actualidad en el ámbito de la educación y, por otro lado, ofrecer al lector un proyecto de intervención dirigido a padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista, en especial Asperger o alto funcionamiento. Además, se ofrecerá la formación y recursos necesarios como respuesta a las necesidades de las familias con hijos con autismo.

**El Trastorno del Espectro Autista** es una discapacidad que afecta al neurodesarrollo, la cual ha incrementado su influencia dentro de la población por diferentes causas, entre ellas se observa una mejora en el proceso de atención temprana y la ampliación en los criterios de diagnóstico. (Fortea, Escandell y Castro, 2013). Este acontecimiento ha provocado un aumento en el número de niños con Trastorno del Espectro Autista, pero a nivel formativo y de recursos meteorológicos sigue habiendo dificultades, especialmente en el contexto familiar. Es por todo esto el motivo y realización de este trabajo.

Bustos (2007) señala la repercusión de la **familia como el grupo más influyente** en el desarrollo del sujeto, y por ello, se propone la concordancia entre los criterios educativos y desde la familia, como recurso principal del proceso de enseñanza.

Previamente a la profundización del tema, hay que resaltar que el Trastorno del Espectro Autista es un conjunto de **las dificultades relacionadas con el neurodesarrollo**, donde se dan aspectos más frecuentes en el ámbito cognitivo y del comportamiento de la persona, y que produce importantes limitaciones en la autonomía del sujeto. Entre las principales características de dificultad hablamos de la interacción social, las estereotipias de conductas entre otras que se vinculan a otros ámbitos. (Cabanyes y García, 2004).

Sin embargo, es **necesario considerar el TEA de forma distinta a cada persona**, desde casos muy leves, hasta sujetos realmente afectados en diferentes áreas del desarrollo. (López, Rivas y Taboada, 2009)

Es importante resaltar que una **evaluación precoz** es un punto de partida altamente beneficioso por la atención temprana y la posibilidad que ofrece una previsión del proceso, lo que deriva en un avance considerable y, por lo tanto, mejor resultado. (Cabanyes y García, 2004).

El crecimiento continuo para la detección temprana forma también parte del gran esfuerzo que tiene que hacer la **sociedad**, y de forma más concreta de los profesionales, ya sea docencia, psicopedagogía o medicina entre otras disciplinas que puedan tener relación en la intervención de estos trastornos para mejorar su calidad de vida. (Echeita y Sandoval, 2002).

De lo expuesto con anterioridad, se presenta la siguiente propuesta de intervención diseñada para padres con hijos con Asperger ajustándonos a las necesidades de los padres, tanto a nivel formativo como a nivel emocional. A continuación, en el presente trabajo se presentarán el **objetivo general y los objetivos específicos** acerca de este trabajo. Seguidamente, expondré el marco teórico para recabar la información pertinente y el desarrollo de la propuesta de intervención finalizando con una reflexión personal acerca de este trabajo.

**El objetivo general** de este trabajo consiste en diseñar una propuesta de intervención psicopedagógica de intervención que facilite una formación y apoyo en una escuela para padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista en edades comprendidas entre los 5 y 12 años.

**Los objetivos específicos** para el desarrollo de dicha propuesta son:

- Profundizar en el conocimiento del Trastorno del Espectro Autista y conocer sus necesidades.
- Seleccionar estrategias que sean demostrables y eficaces para una formación práctica de calidad.
- Ofrecer un apoyo y formación para los padres adaptados a las características de sus hijos.

Tras la realización de esta intervención, se observará como la formación y apoyo ofrecido en la escuela de padres ha favorecido a una mejora en el contexto familiar de cada una de las familias a las que se ha dirigido esta propuesta mediante el empleo de distintas metodologías y estrategias aplicables.

## 2. JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN

Como se ha mencionado con anterioridad, es necesario resaltar uno de los objetivos específicos. El objetivo es conocer en profundizar el conocimiento del Trastorno del Espectro Autista y conocer sus necesidades educativas.

El **Trastorno del Espectro Autista** es uno de los trastornos que han tenido numerosas investigaciones donde se han podido realizar numerosos avances, pero a la vez es muy limitado ya que sigue presentando alteraciones en tres áreas básicas como son: la interacción social y las habilidades sociales que se deben de adquirir; la comunicación verbal y no verbal y la flexibilidad en el interés y comportamiento. (Rivière, 1997 a y b; Wing, 1988; Wing & Gould, 1979) citado en Pozo Cabanillas, (2010).

Uno de los objetivos de este presente trabajo es el de **ofrecer formación y apoyo a los padres**. “Se debe formar a padres y a otros miembros de la familia a observar los distintos comportamientos que presenta un niño con TEA...la familia es el ámbito más próximo y natural del niño”. (Polaino, Doménech & Cuxart, 1997, p. 54.).

Entre otros aspectos, es muy conveniente que los padres conozcan el uso que deben hacer de sus propias conductas con el niño y de esa manera poder trabajar los logros y fracasos de su proceso de aprendizaje.

La especial importancia al **modelo familiar** se debe a que “los padres deben ser colaboradores activos que asumen su derecho y la responsabilidad de modelar y dirigir, hasta donde sea posible, la modificación del comportamiento de sus hijos con Trastornos del Espectro Autista”. (Polaino et al., 1997, p. 50.).

Existen familias que a pesar de las dificultades en su día a día saben llevar a cabo una buena adaptación psicológica. Sin embargo, otras familias desconocen como volver a encauzar su vida y favorecer al proceso de mejora y apoyo hacia su hijo con TEA.

Es importante resaltar que en otros trabajos de índole de investigación no se ha tenido en cuenta **la complejidad del sistema familiar**. No existen demasiados estudios que han

examinado de forma global la adaptación de los padres de personas con Trastorno del Espectro Autista. (Bristol, Gallagher & Schopler, 1988, p. 447).

Es por ello, tras todas las constataciones, el motivo principal por el que se ha decidido comenzar a realizar este **Trabajo Fin de Máster acerca de los padres con niños con TEA**. Ámbito que en muchas ocasiones ha sido olvidado o no se le ha dado la prioridad necesaria. En ambos aspectos el **psicopedagogo** juega un papel especial para la intervención familiar, ya que entre las funciones de un psicopedagogo está el asesorar la convivencia familiar para favorecer uno de los contextos de enorme importancia en el mundo de un niño con TEA.

## MARCO TEÓRICO

### 3. MARCO LEGAL

Es un hecho que hace más de medio siglo era impensable que los sujetos con algún tipo de discapacidad fueran vistos como sujetos con los mismos derechos que el resto de la población. Entre todos estos derechos, nos vamos a centrar en que se le negaba el **derecho a una educación** independientemente de la edad que tuvieran. Fue en la década de los 70 cuando se sustituyó por un espíritu más integrador e inclusivo.

Vamos a hacer un repaso de las leyes que realizaron algunos hechos claves para el derecho de la educación.

Tras la **Ley General de Educación (LGE)** 14/1970 del 6 de agosto gracias a la cual la Educación Especial se añade dentro del sistema educativo ordinario donde se crean por primera vez las aulas de Educación Especial en los centros educativos, aunque muchos hechos relatan que los comienzos fueron para poder mandar a cualquier niño que fuera complicado de mantener en el aula, pero evidentemente fue un avance en la historia de la educación especial y la inclusión.

Aunque indudablemente el **informe Warnock** publicado en Gran Bretaña en 1981 fue considerado el auténtico impulsor de una educación integradora. Gracias a este suceso empieza a entenderse la educación especial como un conjunto de medidas educativas y recursos



materiales y humanos que deben ofrecerse a todos los alumnos para alcanzar los objetivos académicos, es decir, entramos en el proceso de **integración educativa**.

En el ámbito legal, podemos observar como la **LOE, Ley Orgánica de Educación 2/2006** del 3 de mayo, recoge en sus principios la necesidad de una educación de calidad para todo el alumnado con el objetivo de promover la igualdad. Con el objetivo presente en el artículo 2 de que el alumno desarrolle sus capacidades y la personalidad para el ejercicio activo de la ciudadanía.

La LOE, anteriormente mencionada, hace hincapié a una escuela por y para todos. En el artículo 3 lo explica de la siguiente manera:

Las enseñanzas a las que se refiere el apartado 2 (educación infantil, primaria, secundaria obligatoria, bachillerato, formación profesional, de idiomas, artística, deportiva, de personas adultas y universitaria) se adaptarán al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo. Dicha adaptación garantizará el acceso, la permanencia y la progresión de este alumnado en el sistema educativo. (Ley Orgánica de Educación LOE, 2006, pp. 17158-17207).

Respecto al ámbito de la diversidad y la inclusión, **el DECRETO 26/2016 de 21 de julio**, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León. En este decreto se concreta los aspectos y las medidas de actuación ante un plan para la atención a la diversidad. En el artículo 22 explica el concepto:

Se entiende por atención a la diversidad el conjunto de actuaciones y medidas educativas que garantizan la mejor respuesta educativas a las necesidades y diferencias de todos y cada uno de los alumnos en un entorno inclusivo, ofreciendo oportunidades reales de aprendizaje en contextos educativos ordinarios. (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE. 2016, p. 34196).

Así como el artículo 23 que menciona como uno de los principios de actuación: “la igualdad de oportunidades en el acceso, la permanencia y la promoción en la etapa”. (Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa, LOMCE. 2016, p. 34197).

Por otro lado, tenemos el **II Plan de Atención a la Diversidad en la Educación de Castilla y León 2017/2022** aprobado en ACUERDO 29/2017, del 15 de junio. La aprobación tiene como finalidad establecer unas nuevas líneas estratégicas, que están formadas por unos objetivos, para poder conseguir los retos propuestos por diversos agentes pertenecientes al ámbito educativo que proclaman los principios de inclusión y normalización. Tal y como dice la Línea Estratégica 1: Promoción de la cultura inclusiva tiene los siguientes objetivos específicos acorde al presente trabajo:

“Sensibilizar a la comunidad educativa la importancia de la educación inclusiva y fomentar la formación de todos los profesionales de la educación en metodología inclusivas”. (II Plan de Atención a la Diversidad de la Educación de Castilla y León 2017/2022, p. 23110).

Por último, para mayor comprensión, la **Instrucción de 24 de agosto de 2017** de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa por la que se establece el procedimiento de recogida y tratamiento de los datos relativos al alumnado al alumnado con necesidad específica de apoyo educativo escolarizado en centros docentes de Castilla y León.

En esta instrucción exponen los diferentes grupos que se componen dependiendo de las necesidades de cada chico. Aunque el Trastorno del Espectro Autista se encuentra dentro del grupo de ACNEE, me gustaría resaltar las diferencias existentes entre un **Alumnado con Necesidades Educativas Especiales** y un **Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa**.

En el anexo de esta Instrucción, definen al Alumnado con Necesidad Específica de Apoyo Educativo:

Es el alumnado que requiere durante un período de su escolarización, o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y/o actuaciones educativas específicas, y que está valorado así en el correspondiente Informe de Evaluación Psicopedagógica (y Dictamen de Escolarización, en su caso) o de Compensación Educativa.

Por otro lado, el Alumnado con Necesidades de Compensación Educativa son aquellos que se encuentran en una situación de desventaja por especiales condiciones geográficas, sociales y culturales, por Incorporación Tardía al Sistema Educativo Español o por condiciones

personales. (Instrucción de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa. 2017, pp. 2-5).

Respecto a los derechos que tienen las personas con Trastorno del Espectro Autista y sus familias, podemos encontrar los siguientes:

**La declaración Universal de los Derechos Humanos**, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. En ella se establece por primera vez los derechos humanos que protegen a toda persona independientemente del lugar en el que se encuentre. Uno de los artículos que mejor explica este concepto mencionado sería el artículo 2: “Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta declaración sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión o cualquier otra índole”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, p.2).

Para la infancia, se puede centrar en **la Convención sobre los Derechos de la Infancia del 20 de noviembre de 1949**. Para destacar el artículo 23, ya que formula por primera vez “el derecho que cualquier niño con discapacidad a la atención a las necesidades de niño deberá disfrutar de una vida plena y decente que faciliten su participación en la comunidad dentro de las posibilidades”. Asimismo, reconoce su derecho a recibir de entidades especiales para un acceso efectivo a la educación, servicios sanitarios, etc. (Convención sobre los Derechos de la Infancia, 1949, p.4).

Otro de los derechos tenemos la **Declaración sobre los Derechos de las Personas que padecen Autismo 152/87**. En ella se afirma los derechos a servicios como el derecho a la vivienda y asistencia para participar en la medida de lo posible en las decisiones que afecten a su futuro. (Declaración de los Derechos de las Personas que padecen Autismo, 1996, Anexo II).

**La Observación General n°9** (2006) menciona especial a los derechos de los niños con discapacidad donde se extiende la necesidad de prestarles atención especial e incluirles explícitamente dentro de las medidas generales para su aplicación. (Observación General n°9, 2007, pp. 2-19).

Dentro de la explicación de la Asamblea de las Naciones Unidas, tenemos dos resoluciones:

Por un lado, tenemos la **Resolución 62/139 del 18 de diciembre de 2007** sobre el día Mundial de la Concienciación del Autismo y señala la importancia vital de la investigación y una intervención para el desarrollo de la persona. (Resolución 62/139, 2007, p.1).

Por otro lado, **la resolución 67/82 del 12 de diciembre de 2012**. En ella, la Asamblea General reconoce los derechos humanos de todas las personas con TEA, asegurando la igualdad de oportunidades para su máximo desarrollo. En ella se afirma que el autismo es una discapacidad que afecta al neurodesarrollo y se caracteriza por problemas como la interacción social, la comunicación y los comportamientos repetitivos. Preocupadas profundamente por el enfrentamiento para acceder a problemas a largo plazo como la salud y la educación. (Resolución 67/82, 2012, p.2).

#### 4. MARCO CONCEPTUAL

Para mayor justificación, se va a realizar un repaso de los **antecedentes más importantes** en la historia del autismo y aquellos acontecimientos que fueron de interés para el proceso de realización de este trabajo.

Los conocimientos actuales que tenemos acerca de lo que actualmente conocemos como Trastornos del Espectro Autista (TEA) son gracias a las publicaciones de Leo Kanner y Hans Asperger.

Sin embargo, los primeros relatos se derivan al siglo XVI. Uno de los relatos más conocidos es el de **Johannes Mathesius (1504-1565)**, cronista del monje alemán Martin Lutero, narró una historia de un niño de 12 años con un autismo severo. De acuerdo con la descripción de J. Mathesius, Lutero pensaba que ese niño era un trozo de carne sin alma, que estaba poseído por un diablo. La única solución que valoraron fue que debería morir asfixiado (Artigas y Paula, 2012).

La aparición del vocablo autismo fue utilizada en medicina en el año 1911. Este concepto fue introducido por **Eugen Bleuler**. Bleuler era un psiquiatra que estaba muy interesado por el mundo de la esquizofrenia. Lugar donde empleó este concepto para hablar de

aquellos pacientes esquizofrénicos que se encontraban muy aislados de la realidad externa, es decir, aislados del mundo que les rodean y centrados en sí mismos.

Tal importancia tuvo el inicio de este vocablo en aquella época que comenzaron a darle diferentes interpretaciones como *esquizofrenia precoz o cuadros regresivos de la infancia*. La palabra “*autismo*” tal y como conocemos el significado actual, apareció por primera vez cuando **Leo Kanner (1943)**, un psiquiatra infantil de la Universidad John Hopkins de Baltimore (Maryland, EE. UU.), escribió un estudio que describe unos casos de once niños en su unidad de psiquiatría infantil. Esos niños eran distintos al resto que se encontraban en la unidad y se les había diagnosticado con “*esquizofrenia infantil*”. (Artigas y Paula, 2012)

Las **características** que definían a estos chicos eran: poco interés en las relaciones con los demás, un lenguaje peculiar, gran interés por las rutinas y, además, mostraban conductas repetitivas y estereotipias. Al cabo de unos años, siguió investigando los diversos casos, pero con la denominación de “autismo infantil precoz”. (Mesibov & Howley, 2010).

Con la finalidad de aclarar el significado a este nuevo concepto, Kanner resalta **tres áreas** en las que aquellos niños tenían dificultades aparentes: un aislamiento social, es decir, no establecía relación con el resto de las personas; comunicación atípica e insistencia por rutinas. Esas áreas siguen siendo actualmente un criterio básico para el diagnóstico del autismo.

El mayor descubrimiento de Kanner (1943), que hasta día de hoy nos ha ayudado a entender el término de autismo es definirlo como un **trastorno del neurodesarrollo** y dice en la siguiente cita realizada por Kanner (como se citó en Mesibov & Howley, 2010).

Por tanto, debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal, biológicamente proporcionado, con las personas; al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas. Si esta hipótesis es correcta, un estudio más profundo de nuestros niños puede ayudar a proporcionar unos criterios más concretos relativos a las todavía difusas relaciones sobre los componentes constitucionales de la respuesta emocional. Por el momento parece que tenemos ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto físico.

Kanner detectó una pauta de comportamiento diferente a lo que el conocía o estaba habituado a ver. Fue investigando diversos casos de niños y niñas que presentaban características similares. Esto le llevó a publicar un trabajo que describía once casos, trabajo que denominó “*Autistic Disturbances of Affective Contact*” (Alteraciones acústicas del contacto afectivo). Este término, que incorporó Bleuler, lo había copiado ya que describía uno de los síntomas de la esquizofrenia. Kanner los definía como **niños con rechazo al contacto afectivo** que normalmente adquirimos de forma innata. Es ese mismo término lo que le hicieron saltar las alarmas de que tal vez era un trastorno distinto al de la esquizofrenia. (Cererols, 2011).

Otro autor de indudable relevancia en el concepto del autismo fue **Hans Asperger**. Pediatra vienés que en 1944 comenzó a publicar ciertas observaciones acerca del autismo y que era muy parecidas a las de Kanner. Asperger comenzó sus investigaciones aproximadamente al mismo tiempo que Kanner, quien vivió en los E.E. U.U. y escribía en inglés, sin embargo, Asperger escribió en alemán y al publicarse en la mitad de la Segunda Guerra Mundial y por eso no fue tan leído entre los profesionales. Asperger también realizó indudables estudios con niños a los que el denominaba como “**pequeños profesores**” ya que insistía en la capacidad que tenían para hablar de los temas más importantes o relevantes para ellos de forma tan detallada. (Mesibov & Howley, 2010)

Dentro de las observaciones de Asperger, las características más relevantes que el autor destacaba como **patrones característicos** eran: falta de empatía, pocas habilidades sociales para establecer relaciones de amistad o similar, lenguaje repetitivo, ingenuidad, dificultad o torpeza motora y pobre comunicación verbal.

Además, Asperger señalaba extrañas pautas expresivas y comunicativas de los TEA, las anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje (su peculiar melodía o falta de ella, su empleo muy restringido como instrumento de comunicación), la limitación, compulsividad y carácter obsesivo de los pensamientos y acciones, la tendencia de los TEA a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ajenos a las condiciones del medio. (Rivière, 1997).

Es cierto que ni Kanner ni Asperger conocían nada de ambos, **sus investigaciones tenían similitudes**. Tras sus investigaciones publicó “*Psicopatía Acústica en la Infancia*” publicada en 1944. Y es que es en ese momento cuando se comienza a desvincularse del concepto de esquizofrenia. Esto es debido a que ambos pierden el contacto con el mundo

exterior, pero la persona con esquizofrenia parte de un estado normal mental normal y va aumentando su aislamiento, en cambio, los niños que investigó nacen ya con ese aislamiento. (Cererols, 2011).

Aunque los trabajos de Kanner y Asperger describen a una familia parecida en los síntomas que etiquetan al autismo, encontramos ciertas diferencias. Kanner, expone dificultades en el lenguaje y los niños estudiados por Asperger, si hablan de manera adecuada e incluso original, aunque no suelen utilizarla para comunicarse. Al contrario que los estudiados por Kanner que rechazan a los demás, los de Asperger desean cierto contacto social, pero no tienen habilidad para conseguirlo (Hippler & Klicpera, 2003).

El síndrome de Asperger adquirió personalidad propia como trastorno diferenciado un año después justo después de su fallecimiento, cuando **Lorna Wing** publicó en 1980 un ensayo titulado “*Asperger syndrome: a clinical account*” (Síndrome de Asperger: un informe clínico), basado en un estudio con 34 niños. Wing pretendía incluir el autismo de Kanner con el Síndrome de Asperger ya que eran dos grupos con condiciones en común. (Wing, 1981).

Es importante resaltar que, aunque nos encontramos con esta “**triada de dificultades**” (Wing & Gould, 1979) que han caracterizado siempre al autismo y nos han ayudado a su identificación e incluso un posible diagnóstico, es cierto que hay ciertas peculiaridades dentro de esas áreas que pueden resaltar en una persona y no por eso tener todo el trastorno que el autismo engloba.

Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), se establece este término como una categoría en la que englobar a todas las personas con dificultades en estas áreas, independientemente del nivel que sea. Posteriormente, el Trastorno Generalizados del Desarrollo (TGD) fueron sustituido por el término que conocemos actualmente como Trastornos del Espectro Autista (TEA). (Pozo, 2010).

**Según Rivière** (1997) existen unos descubrimientos muy importantes sobre el autismo y se definen enfoques nuevos para su explicación. Dentro de la segunda época del ámbito de estudio entre 1963-1983 existen un conjunto de factores que contribuyen a mejorar la imagen del autismo. Se ha ido abandonando la **hipótesis de los padres culpables**, a medida que se mostraba su falta de justificación empírica y se encontraban los primeros indicios de la

asociación del autismo con trastornos neurobiológicos. Este concepto está vinculado con modelos explicativos del autismo que se basaban en una hipótesis de que existía cierta alteración cognitiva (más que afectiva) que explicaba las dificultades en las distintas áreas.

Sin embargo, los nuevos modelos del autismo se basaron en diversas investigaciones que llegaron a convertir la **educación como tratamiento principal para el autismo**. En este aspecto influyeron varios aspectos: Por un lado, los procedimientos de modificación de conducta y, por otro lado, la creación de centros educativos dedicados para el autismo que eran promovidos por Asociaciones de padres y familiares autistas. Ambos muy importantes para la historia del autismo. (Torrens, 2005).

Se encontró de forma clara la posibilidad de controlar, mediante procedimientos operantes, las conductas autistas abrieron el camino para la creación **de programas eficaces** para mejorar aquellas áreas de dificultad como, por ejemplo, desarrollar el lenguaje o eliminar conductas alteradas. Todos ellos eran programas de *aprendizaje*, y por tanto daban un papel central a la educación (Koegel y Koegel, 1995).

El desarrollo de programas de aprendizaje para los niños autistas coincidió históricamente con un proceso social de gran repercusión. **La gran repercusión fue las primeras asociaciones de familias** afectadas por un sentimiento de culpabilización. En 1962, se fundó la primera asociación de padres del mundo. La *National Society for Autistic Children* Del Reino Unido, y en las dos décadas siguientes las asociaciones proliferaron en distintos países. (Rivière, 1997).

Las consecuencias de estos factores fueron muy importantes. En primer lugar, las asociaciones de padres, como grupo de presión social, contribuyeron a sensibilizar a la sociedad y las administraciones públicas sobre los derechos de las personas con Trastorno del Espectro Autista. Por otro lado, se crearon centros escolares dedicados de forma específica a estos niños.

#### 4.1 Tipos de autismo y características

Dentro del término autismo, existen algunas peculiaridades que nos ayudan a clasificar algunos tipos dentro del Trastorno del Espectro Autista. En los [anexos](#) podéis ver una tabla



donde se resumen cada uno de los tipos de TEA. A continuación, se va a desarrollar los tipos y sus características correspondientes (Junta, 2006):

- **Autismo o Síndrome de Kanner:** es la visión clásica del concepto del autismo. Se inicia antes de los tres años y destaca en diferentes aspectos. En el ámbito de la interacción social, muestran incapacidad para relacionarse con los demás y una alteración en la comunicación no verbal. En la alteración de la comunicación verbal, existe un retraso en el lenguaje oral, lenguaje repetitivo y una dificultad para mantener una conversación.
- **Trastorno Desintegrativo Infantil:** aparentemente realiza un desarrollo madurativo normal, pero este trastorno se inicia a partir de los dos años. A partir de ese momento comienza a perder las habilidades adquiridas. Dentro de las habilidades que se van a ir perdiendo antes de los 10 años, encontramos: lenguaje expresivo, habilidades sociales, control del esfínter, el juego, habilidades motoras, problemas de interacción social y conductas estereotipadas.
- **Síndrome de Rett:** se da solo en niñas y aparece después de un desarrollo normal, entre los 6 meses o un año. El problema de este síndrome comienza con una creciente pérdida de interés por el juego y por la interacción social. También, presenta una pérdida de habilidades motrices, de habla y cognitivas. De entre ellas, la más común es una pérdida de funcionalidad en el uso de las manos. Y, también presentan una discapacidad intelectual severa.
- **Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado:** también es llamado Autismo Atípico haciendo referencia a un grupo de personas que comparten muchas de las características, pero no cumplen los criterios del autismo clásico. Puede ser porque no cumplen un número de características para un diagnóstico o peculiaridades del área social. Es decir, pueden tener dificultades para la comunicación o presentar conductas restringidas, pero no pueden darse ambas.

En este trabajo se a profundizar más acerca del Síndrome de Asperger:

**Síndrome de Asperger:** es más complicado de detectar que el anterior, pero suele detectarse entre los 5-6 años. Muestra un comportamiento muy curioso por aprender temas que les interesa, no presentan ningún retraso cognoscitivo ni tampoco del lenguaje. Pero, al igual que en el autismo, presenta una alteración para relacionarse con otras personas de manera espontánea y, también, en la comunicación verbal y no verbal. Además, presenta movimientos motores estereotipados y muestra una predicción hacia las rutinas, ya que se bloquean ante lo nuevo o aspectos desconocidos que no saben controlar.

El Síndrome de Asperger es un trastorno que afecta a la relación social y perturba tanto a la disposición como a la capacidad del individuo para integrarse en el momento de las relaciones interpersonales. Podemos señalar que la afectación básica incluiría (Rivière, 1997):

- **Alteración de la interacción social:** dificultad para formar amistades verdaderas, fracaso en el uso y comprensión de las pautas no verbales de la comunicación y ausencia de la reciprocidad social y emocional.
- **Rigidez mental y de conducta:** actitud rígida ante los cambios, rituales de naturaleza elaborada y poco funcionales, intereses inusuales y movimientos repetitivos y estereotipados.
- **Lenguaje y comunicación:** no comprenden el significado de muchos aspectos relacionados con su entorno, escasez en la anticiparse a hechos o vivencias, no entiende gestos ni expresiones faciales y sus expresiones faciales suelen ser atípicas, buen desarrollo verbal, dificultad para la afectividad y las emociones.

#### 4.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

En la actualidad, disponemos de dos sistemas de clasificación diagnóstica. El **Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales**, realizado por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (American Psychiatric Association, 2013). Nos encontramos en la quinta edición actualmente publicada y, donde los tipos de trastornos clasificados han tenido un cambio significativo de importancia que posteriormente se desarrollará; otro de los sistemas es la **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)** desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de estos manuales de diagnóstico es emplear unos criterios

similares en los que independientemente del que se empleen las personas no puedan recibir diagnósticos distintos.

Como ya he dicho con anterioridad, la nueva edición del DSM ha sufrido ciertas **modificaciones** respecto a la edición anterior llamada DSM-IV. Entre esos cambios significativos se encuentra el Trastorno del Espectro Autista (TEA) que ahora ha pasado a englobarse dentro de una categoría más amplia: Trastornos del Neurodesarrollo.

**Los trastornos del neurodesarrollo** son definidos como trastornos que tienen su origen en el desarrollo y producen limitaciones en ciertas áreas que veremos posteriormente y, por supuesto, afectan al contexto social, académico, familiar, etc que rodea al niño. El DSM-V va a consolidar conceptualmente el autismo, sustituyendo su denominación actual de Trastornos Generalizados del Desarrollo por la de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Este cambio de denominación va más allá. En la anterior edición, se incluye al Síndrome de Rett, pero se conoce en la actualidad lo suficiente de este trastorno para ser considerado una enfermedad genética específica por lo que la semejanza con el autismo parte de una coincidencia en distintos síntomas. (Artigas y Paula, 2012).

Por otro lado, **no se han encontrado datos que se permita distinguir** de forma cualitativa el trastorno Autista o Kanner, Síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil o el Trastorno General del Desarrollo No Especificado.

A pesar de las semejanzas que tienen en algunos aspectos, **suelen ser trastornos muy diferenciados**, en especial el Síndrome de Asperger. Este punto ha sido un gran debate durante mucho tiempo y aún sigue siéndolo. La respuesta a esto quizás se sustenta en el hecho de que las diferencias que existen en estos subtipos dentro del Trastorno del Espectro Autista no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, el lenguaje y el lenguaje entre otras (Fernández, 2008).

La nueva edición, el DSM-V, agrupará los criterios de la relación social y de la comunicación en un solo criterio definido como un **déficit persistente en la interacción y la comunicación social**. Dentro de él podremos encontrar problemas para la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para mantener relaciones adecuadas al desarrollo evolutivo del sujeto.

El tercer criterio en la anterior edición (patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados), quedará igual formulado, pero con la diferencia que se le añadirá dentro de este criterio la **hipo o hipersensibilidad a los estímulos sensoriales** del entorno. (Artigas y Paula, 2012).

A continuación, podéis ver una tabla sobre la diferencia respecto al término que encontramos entre la antigua y la nueva edición del DSM.

Tabla 1

*Diferencias entre el DSM-IV y DSM-V*

DSM-IV	DSM-V
<b>TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO</b>	<b>TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO</b>
Trastorno autista o de Kanner	
Trastorno de Rett	
Trastorno desintegrativo infantil	
Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	Trastorno del Espectro del Autismo
Trastorno de Asperger	

Nota: a pesar de ser subtipos bastante diferenciados, en la nueva edición, todos siguen incluidos dentro del Trastorno del Espectro Autista. Fuentes de información: (American Psychiatric Association, 2013); (Fernández, 2008).

Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), se van a evaluar dependiendo de **tres niveles de gravedad** que indicarán el nivel en el que se encuentra el alumno y la ayuda que necesita. El primer nivel es aquel que presenta menos dificultad, aunque precise de ayuda, pero en menor grado existente. El segundo nivel, es una ayuda notable; el tercer nivel necesita en todo momento un apoyo muy notable ante las dificultades que tienen en las distintas áreas de escala de evaluación. En la siguiente tabla expongo un ejemplo de los distintos niveles de apoyo evaluando solamente el criterio de la comunicación social:

Tabla 2

*Ejemplo del criterio de la comunicación social dependiendo del nivel según el DSM-5.*

CRITERIO	NIVEL 1: NECESITA APOYO	NIVEL 2: NECESITA UN APOYO NOTABLE	NIVEL 3: NECESITA UN APOYO MUY NOTABLE
<b>Comunicación social</b>	Dificultad para iniciar una conversación: respuestas atípicas o intentos de interacción social fracasadas.	Déficits en la comunicación verbal y no verbal. Discapacidad aparente inclusive con apoyos. Oraciones sencillas y las interacciones son de intereses muy específicos y limitados. Comunicación no verbal diferente. Además, puede presentar anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o falta de expresión facial o corporal	Déficit severo en las interacciones sociales, tanto comunicación verbal como no verbal. Casi nunca realiza una conversación. Ausencia de interés por otras personas.

Nota: en el ejemplo se puede ver que tipos de comunicación social podría tener cualquier sujeto con Autismo dependiendo del nivel de apoyo que necesite. Fuente de información: (American Psychiatric Association, 2013).

Estos niveles de gravedad tienen como base dos áreas: el área de comunicación social y el área de comportamientos restringidos y repetitivos, de las cinco más relevantes dentro de los criterios. Las áreas principales son (Junta, 2006):

- **Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos que rodean al niño.**
  - Deficiencias en la reciprocidad socioemocional, por ejemplo, in fracaso en una conversación pasando por una disminución del

interés o emociones hasta un fracaso desde el iniciar la conversación.

- Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales que son utilizadas en la interacción social y varían desde anomalías en el contacto visual y lenguaje corporal o deficiencias en la comprensión y el uso de gestos, hasta llegar a una falta de expresión facial.
- Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones dependiendo de los diversos contextos sociales hasta podemos encontrar dificultades para compartir juegos imaginativos o hacer amigos. Es nivel máximo en este aspecto sería una ausencia de interés por otras personas.
- **Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en el resto de los puntos. (monotonía, intereses restringidos y hipo o hiperactividad a los estímulos sensoriales del entorno).**
  - Movimientos, de habla estereotipados y también de uso de objetos.
  - Persistencia en la realización de las rutinas, inflexibilidad en ellas.
  - Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad en ese foco de interés.
  - Hiper o hiposensibilidad ante los estímulos sensoriales de su entorno.
- **Síntomas presentes en la primera infancia.**
- **Los síntomas que causan un deterioro significativo en el ámbito social, académico u otras.**

- **Los síntomas no son debidos a un desorden del desarrollo o una discapacidad intelectual.**

En el caso del sistema de Asperger es un trastorno de la relación social y como tal afecta a la disposición y la capacidad del individuo para integrarse en el mundo de las relaciones interpersonales para adaptarse a las demandas de la sociedad. Según el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) el síndrome de Asperger debe cumplir los siguientes criterios:

- **Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**
  - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos regulares de la interacción social.
  - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel del desarrollo del sujeto.
  - Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas.
  - Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- **Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos, y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:**
  - Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
  - Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

- Manierismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o los dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por partes de objetos.
- **El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.**
- **No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. e. a los dos años utiliza palabras sencillas, a los tres años utiliza frases comunicativas).**
- **No hay retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni de desarrollo de habilidades de autoayuda, comportamiento adaptativo y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.**
- **No cumple con los criterios de otro Trastorno Generalizado del Desarrollo ni de esquizofrenia.**

#### 4.3 Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Otro de los manuales que empleamos para la evaluación de un diagnóstico es el **CIE, la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud**. El objetivo de estos manuales de diagnóstico es emplear unos criterios similares en lo que independientemente del que se empleen las personas no puedan recibir diagnósticos distintos.

En el caso del síndrome de Asperger, es un trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propio del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado de intereses. Difiere del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen tener dificultades a nivel motriz. (Caballero, 2008).



## **Pautas para el diagnóstico**

Combinación de un retraso en el lenguaje o cognoscitivo y la presencia de déficits cualitativos en la interacción social y manifestaciones repetitivas y estereotipadas, de intereses y de la actividad en general. Pueden existir problemas de comunicación similares a las del autismo, pero un retraso significativo del lenguaje descartaría el diagnóstico.

### 4.4 Dificultades para un diagnóstico del síndrome de Asperger.

Según Gillberg y Ehlers, (1998) identifica áreas principales donde existía una controversia sobre la diferencia de diagnóstico en el Síndrome de Asperger:

- **Destrezas motoras:** experimentan dificultades en la coordinación y control de las destrezas motoras finas.
- **Nivel cognoscitivo:** el síndrome de Asperger es un autismo sin incapacidad de un aprendizaje extra. Es posible que se den circunstancias inusuales donde pueda presentarse circunstancias inusuales donde una persona puede presentar problemas de aprendizaje. Sin embargo, no es posible que estos sujetos tengan un Coeficiente Intelectual por debajo de 65-70.
- **Lenguaje:** esta área provoca controversia. Ambos manuales de diagnósticos, tanto el CIE y DSM-V, establecen que para diagnosticar el Síndrome de Asperger el desarrollo de esta área debe ser normal. Puede ser que tengan un retraso del lenguaje significativo. Aunque, existen peculiaridades del habla y del lenguaje son una de las características principales de este tipo de trastorno.
- **Diagnóstico diferencial:** el Síndrome de Asperger va a ocurrir con trastornos afectivos, ansiosos, psicóticos y obsesivos. Por este motivo es importante delimitar las características de estos diagnósticos ayudará a que el niño reciba un tratamiento permitiendo que su pronóstico sea lo más positivo y precoz posible.

Otra de las peculiaridades es la **edad del diagnóstico**. Es más difícil de detectar en el Síndrome de Asperger que el resto de los subtipos dentro del Trastorno del Espectro Autista debido a que no se puede diagnosticar el Síndrome de Asperger hasta los comienzos de la escuela, entre los 5 y 6 años. Esto es porque en algunas áreas, en especial los déficits en las destrezas sociales, no puede ser aparentes hasta que el niño lleve un periodo de tiempo determinado en un ambiente social.

## 5. Intervención familiar

### 5.1 Medidas para intervención temprana

Existe un interés por la identificación temprana en los TEA ya que, **realizando una intervención temprana**, adaptada a cada sujeto y entorno, puede conducir a un pronóstico más positivo en la mayoría de los casos.

Existen dos contextos que son importantes para la posible detección de un posible caso de Trastorno del Espectro Autista. En primer lugar, **los padres pueden ser los primeros en detectar** ciertos patrones o características de sus hijos que los alertan de que está sucediendo algo inusual.

Es primordial resaltar **la importancia a tener un diagnóstico precoz**, ya que favorece mucho el progreso de mejora del sujeto. Sin embargo, el caso del Síndrome de Asperger es más complicado de detectar debido a que se detecta a partir de los 5 o 6 años ya que es un momento en el que el niño lleva un periodo de tiempo prolongado en un ámbito social. A excepción de este tipo de trastorno, la media de evaluación se encuentra entre los 2 y 4 años. (Fernández, Fuentes y Rueda, 1991).

Por otro lado, tenemos otro contexto que es de importancia para la posible detección de un niño con Trastorno del Espectro Autista. Este contexto es la **escuela**. Los maestros están con el niño en un periodo prolongado al cabo del día lo que implica que son personas que pueden despertar un sentimiento de alerta si alguno de los niños que trabaja con ellos, en especial aquellos niños que pueden tener un síndrome de Asperger, ya que es más complicado de identificarse a simple vista. (Caballero, 2008).

A continuación, se van a exponer ciertos **antecedentes** que pueden ser de utilidad para detectar un posible caso de Trastorno del Espectro Autista. La escala Haizea-Llevant, validada en España, alerta de la presencia del autismo y las principales características que pueden anunciar un caso de TEA. Además, hay algunos aspectos que hay que tener en cuenta antes, por ejemplo, si existe algún **antecedente familiar** directo con diagnóstico de TEA, o si desconocemos sus antecedentes por que sea adoptado y no sepamos tampoco la exposición prenatal que ha sufrido. (Fernández et al., 1991).

Las señales de alerta para una evaluación y poder realizar un diagnóstico son según Filipek et. al (1999):

- A los 12 meses no hace gestos.
- No dice palabras comunes y sencillas a los 18 meses.
- No realiza frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses.
- No habilidad social
- Pérdida del lenguaje.

*The New York Department of Health* (Departamento de Sanidad de Nueva York) informa también acerca de signos de alarma para niños de 0 a 3 años:

- No reconoce los sentimientos en los demás mediante expresiones faciales.
- Alteración en la comunicación no verbal.
- Falta de la utilización social mediante la mirada.
- Falta de interés en el juego social.
- Estereotipias en las extremidades superiores, manos y dedos.
- Hipo o hipersensibilidad ante estímulos sonoros.

## 5.2 Fases del proceso de detección para un posible diagnóstico

Existen sospechas que exponen a los padres, debido a la edad tan temprana del sujeto y responden a un posible caos de trastorno (Filipek et al., 1999):

- **Comunicación:**

- No responde a su nombre.
- No puede decir lo que quiere.
- Lenguaje retrasado.
- No señala ni dice adiós con la mano.
- Usar pocas palabras.
- Dificultad para actuar como respuesta a nuestras indicaciones verbales.

- **Aspecto social:**

- No sonríe socialmente.
- Prefiere jugar solo.
- Está en su propio mundo.
- Pobre contacto ocular.
- No tiene interés en relacionarse con ninguno de sus compañeros de clase.
- Prefiere realizar trabajos de forma individual.
- Tiene interés por hablar solo de los temas que les produce un interés ciertamente extremo y peculiar. Suelen llegar a obsesionarse con un tema y ser los mejorar recabando cada detalle acerca del mismo.
- No saben reírse ante una broma o una expresión ya que no las comprenden.
- Dificultad para la interacción social no verbal.

- **Aspecto conductual:**

- Anda de puntillas.
- Poner los objetos en fila.
- Patrones de movimientos inusuales.
- Hipersensible en texturas y sonidos.
- No saben cómo actuar ante situaciones desconocidas.
- Suele realizar movimientos repetitivos en las extremidades superiores.
- Ante una situación de crisis suelen autolesionarse (morderse la mano o clavarse las uñas en los brazos).

En esta fase se debe realizar un **proceso de seguimiento** en las consultas médicas mediante reiteradas visitas. Es importante realizar una entrevista donde se resuma el historial del sujeto y su proceso, independientemente de si realiza algún avance o no, observar los puntos fuertes y débiles y evaluar su funcionamiento para un posible diagnóstico. Es importante valorar al niño en las diversas áreas y contextos que le rodean. Gracias a una intervención psicopedagógica podremos tener un índice de la capacidad intelectual, de las habilidades pragmáticas de la comunicación, etc. (Fernández, 2008).

La siguiente fase es un contexto que, como ya he mencionado con anterioridad, nos va a ayudar a adquirir una gran parte de información. **Este contexto es la escuela**. Los niños pasan varias horas a la semana en el colegio, por ello es un sitio clave para detectar ciertos aspectos que nos ayuden a establecer un diagnóstico precoz.

Si cualquier tutor o maestro tiene alguna preocupación acerca de un caso, es recomendable llevar a cabo un **registro diario** de aquellas situaciones que van sucediendo a lo largo de los días para poder tener reflejado las características más alarmantes en el sujeto. Seguidamente se debe comunicar a los orientadores de Equipo de Orientación Educativa. Ellos podrán realizar los siguientes pasos hasta conseguir el diagnóstico.

Los orientadores podrán solicitar la intervención de aquellas personas que se rodean con el niño en este ámbito u otros (maestros, tutores, padres, etc). Es muy común comentar la situación al maestro especializado en **Pedagogía Terapéutica (PT) y Audición y Lenguaje (AL)** para tener una segunda opinión ya que son personas especializadas en si ellos consideran un posible caso de TEA. Esta segunda opinión no quiere decir que sean las personas que nos den el diagnóstico final para ese sujeto, pero si nos pueden aportar información necesaria para su detección. (Orenes, 2016).

Al igual será fundamental, en el caso de que se observen indicios en la escuela, **debe de ser comunicado a los padres** y realizar una entrevista para recabar más información y ver si esas conductas que suceden en el aula también suceden en el ámbito familiar y en qué medida.

Para recabar toda esta información, se puede usar algún cuestionario para la detección de Trastornos del Espectro Autista que facilitan las asociaciones o la propia Consejería de Educación de la comunidad autónoma. Sin embargo, este cuestionario es orientativo, no es un

cuestionario final que determine un diagnóstico. Para ello es necesario usar otros instrumentos para medir el tipo de trastorno que padece el niño, por ejemplo, un **screening**. No es un diagnóstico irrefutable, pero es un cuestionario con el que podemos ver si las sospechas son ciertas o erróneas. Los instrumentos de escala solo pueden ser realizado por una persona especializada. Un ejemplo sería la **Escala Australiana de Gillberg** para los niños comprendidos en las edades de Educación Primaria. (Fernández, 2008).

Si las pruebas nos indican que estas sospechas son fundamentadas, el siguiente paso sería **comunicárselo a las familias**. Es absolutamente necesario comentarles a los padres o tutores legales la situación actual de su hijo, pero debe de decirse de una forma delicada y dejar claro que no hay un diagnóstico concreto ya que puede crear la confusión. El papel en nuestro caso es de ayudar a las familias en el proceso e indicarle los pasos que pueden llevar a cabo. (Rivière, 1997).

Posteriormente se debe de realizar un **diagnóstico clínico profesional**. Este diagnóstico puede realizarse mediante el sistema sanitario público quien derivará el caso a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil que le corresponda. Otra manera es acudir a gabinetes privados o asociaciones de TEA que puedan realizar un diagnóstico concreto. Al finalizar este proceso será necesario determinar las necesidades concretas y adecuadas para el sujeto y comenzar con la intervención educativa. (Junta, 2006).

### 5.3 Instrumentos para la detección y evaluación de un diagnóstico

A continuación, se exponen distintos tipos de escalas para la detección. En primer lugar, tres instrumentos, los *screening tests*, utilizados para detectar alumnos que puedan presentar el Síndrome de Asperger. Estos cuestionarios pueden ser utilizados por profesionales no especializados en el diagnóstico de trastornos del desarrollo. De esta manera se podrán detectar lo antes posible y pasar a una exploración más completa (Fernández, 2008) Los screening son:

- **ASDI:** es una entrevista para el diagnóstico del Síndrome de Asperger. *Asperger Syndrome Diagnostic Interview*. Es un cuestionario de 20 preguntas dirigido a recabar información de niños de más de seis años, se basa en los criterios de Gillberg. En los [anexos](#) se puede ver un ejemplo. (Gillberg y Colls, 2001, citado en Fernández, 2006).

- **ASSQ Cuestionario de exploración del espectro del autismo del alto funcionamiento, *The High-functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire*.** Es un cuestionario de exploración compuesto por 27 preguntas dirigido a recoger información para padres o profesores para niños entre 6 y 16 años. Este cuestionario está diseñado para detectar individuos con una capacidad intelectual alta y un Trastorno del Espectro Autista, pero no para distinguir un Síndrome de Asperger. Aunque se obtenga una puntuación superior a 19 o 22, no implica la existencia de un trastorno autista. Y si es superior, es remitido a un diagnóstico especializado. (Ehlers, Gillberg y Wing, 1999).
- **ASAS. La Escala Australiana para el Síndrome de Asperger:** Diseñado para identificar las habilidades sociales y emocionales, la comunicación, las habilidades cognitivas y motoras entre otras características que pueden ser indicadas dentro del Asperger en sus primeros años escolares. Es un cuestionario de 24 preguntas que se puntúa de 0 a 6 y, además, un cuestionario adicional de 10 preguntas para el nivel conductual. (Attwood, 2002).
- **CAST. El Test Infantil del Síndrome de Asperger (*The Childhood Asperger Syndrome Test*).** Diseñado para evaluar las áreas de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conductas repetitivas. Es un cuestionario de 37 preguntas. Se basa en los criterios del DSM-V, CIE-10 Y ASSD. En los [anexos](#) se puede ver un ejemplo. (Scott, Baron-cohen, Bolton, Brayne, 2002, citado en Fernández, 2008).

Para la evaluación de un **diagnóstico**, destaca CARS. La Escala de Evaluación del autismo. (*Childhood Autism Rating Scale*). Es una entrevista estructurada que sirve como instrumento de observación dirigida a padres de niños mayores de 24 meses. Consta de 15 ítems y se evalúan dependiendo de la edad del niño. Se distingue entre autismo ligero, moderado y severo. Es ampliamente reconocida como instrumento fiable para el diagnóstico del autismo. (Schopler, Mesibov & Kunce, 1998).

Si entendemos autismo como un concepto continuo de diferentes dimensiones, sin centrarnos en un tipo o categoría única se debe tener en cuenta el **Inventario del Espectro Autista (I. D. E. A)**. Pretende establecer en profundidad los rasgos autistas que presenta el individuo. Es muy útil para formular estrategias de las distintas dimensiones en función de la

puntuación alcanzada. Para cada dimensión establece cuatro niveles y, en especial, el nivel cuarto es característico de los trastornos menos severos y define a las personas que tienen Síndrome de Asperger. (Rivière, 1997).

#### 5.4 Sentimientos de los padres tras un diagnóstico de TEA.

En este apartado se va a mencionar los **sentimientos de los padres** con relación al proceso que pasan antes y después del diagnóstico. No es una situación sencilla para los padres saber que su hijo o hija tiene algún tipo de trastorno que le va a dificultar ciertos ámbitos de la vida en los que va a necesitar un apoyo. Por eso, es importante dejar recibir ayuda por parte de expertos o de personas que puedan encontrarse en la misma situación.

La mayoría de los padres ante la noticia de que su hijo o hija tiene un Trastorno del Espectro Autista reacciona de manera confusa, teniendo rabia y ansiedad por la situación nueva que aparece en sus vidas. Algunos de los estados de ánimo son:

- Estado de shock.
- No creerse la situación que están viviendo.
- Rabia.
- Culpabilidad.
- Deseo de poner solución inmediata a este proceso.

Desde el punto de vista del **equilibrio familiar**, el autismo es un trastorno devastador. Las razones son fáciles de entender si nos detenemos en los procesos de alteración que padece la situación familiar. Unos padres tienen un hijo, aparentemente normal y cuyo desarrollo parece desarrollarse también de forma normal, pero de forma calumniosa y rápida aparece a acumularse en efectos más graves en el desarrollo. De esa manera van apareciendo unas conductas de soledad hacia el niño. (Rivière, 1997).

Al principio, **los padres se sienten muy responsables** de la situación de su hijo. Una hipótesis a la que se le añade la frustración y la ansiedad que se produce en ellas. Entran en un proceso de crisis hasta que llegan a la fase de encontrar ayuda profesional y claridad al raro enigma que viven. Ya no solo por la soledad que vive el niño centrado en su mundo, sino por la sensación de los padres de no conocer los sentimientos de su hijo.



Según diversos modelos, como el que explica Rivière (1997), ese proceso de crisis puede derivar a **un proceso psicológico complicado**, que pasa por diversas fases hasta llegar a la asimilación. Las fases que se definen son la inmovilización, minimización, depresión, aceptación de la realidad que están viviendo, comprobación, búsqueda de un por qué y la interiorización del motivo de esta crisis.

Todos los padres que tengan un hijo con autismo, independientemente del tipo que sea, pasarán por estas fases. Sin embargo, es cierto que pueden pasar por **ritmos desiguales en el núcleo familiar**. Las investigaciones han demostrado que las familias padecen una depresión reactiva y un aumento del estrés. Esta situación puede aumentar, desde pequeños problemas familiares, hasta convertirse en problemas serios en la relación de pareja (Moes, 1995).

#### 5.5. Formas de apoyo a las familias: el papel del psicopedagogo.

Ante esos momentos, se debe de tener en cuenta los siguientes aspectos para mantener la calma y cambiar los sentimientos anteriores porque, además de no favorecer a los propios padres, tampoco beneficiaría al sujeto que se encuentra en esa situación. (Álvarez, 2007).

**Se debe hablar de lo que sucede.** Independientemente de quien sea la persona de tu entorno o un profesional, el sentirse escuchado ayuda a estar más seguro de que los demás entienden y comprenden por qué actuáis de determinada manera. Es necesario encontrar ese **apoyo social** en las personas que nos rodean (abuelos, padres en la misma situación, apoyo psicológico, etc).

Aunque es una de las partes más complicadas, se debe tener una **actitud positiva** para poder poner solución ante los obstáculos que se van encontrando y tener confianza en que con esta actitud ya han dado un paso para ayudar a su hijo o hija. Sin embargo, esto no quiere decir que tengamos que pensar en soluciones irreales, sino que os ayudará a tener más fuerza para reaccionar ante un problema o dificultad que se encuentre y no sentirse inútil o bloqueado.

Otro paso para la evolución de un niño con TEA es que los padres conozcan los **servicios y recursos disponibles que tienen a su alcance** para incorporarlos en el ámbito doméstico o para saber las posibilidades que tiene su hijo y poder barajar cual se adaptan mejor

a él. Por ejemplo, emplear carteles con apoyo visual en casa para que el niño sepa que pasos debe de hacer hasta llegar al objetivo final deseado.

Por último, **ponerse en manos de profesionales y especialistas** para que nos ayuden y nos asesoren cómo se debe trabajar con él en el aula, como tratar con tu hijo una situación de crisis e intentar calmarlo, que tipología educativa es la más adecuada ante su necesidad (escuela ordinaria, combinada o especial) y todos aquellos aspectos que provoquen incertidumbre entre los padres y donde muchas veces no saben como actuar.

**La ayuda profesional es necesaria.** En primer lugar, es necesario proporcionarles un apoyo terapéutico e intervenir en el núcleo familiar de forma global y conjunta. En segundo lugar, es importante capacitar a los padres, dándoles la información pertinente acerca del trastorno que padece su hijo. Esa información debe ser realista en todo momento y demostrable, pero siempre desde un enfoque positivista a la vez que real (Rivière, 1997).

También, es muy útil **contar con ellos como co-terapeutas** y hacerles intervenir en los procesos que vayan adquiriendo sus hijos y, de esa manera, ayudarles a recuperar esa sensación de que vuelven a tener conexión y relación con su hijo. Este proceso es muy positivo e implica poder obtener grandes avances a nivel terapéutico.

En el caso de tener **otros hijos**, es necesario integrarlos en la manera de lo posible dentro de las terapias, ya que suelen tener sentimientos de celos, desamparo o sentirse abandonados por sus propios padres. Como psicopedagogos es necesario abordar todo el núcleo familiar que pueda influir tanto positiva como negativamente en el proceso de mejora del niño con TEA. (Rivière, 1997).

En los últimos años se han desarrollado **grandes programas para atender a las familias con autismo** incluyendo ciertos sistemas de atención terapéutica, apoyos sociales, formación para los padres, relaciones con otros contextos como el escolar, etc. Estos programas son más complicados de satisfacer que las propias necesidades del niño con autismo. (Babio y Galán, 1989).

## 6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 6.1 Introducción

Se va a iniciar este apartado comenzando por la **explicación del concepto de Intervención Psicopedagógica** para después desarrollar una propuesta ante una escuela para padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista, especialmente el Síndrome de Asperger.

El proceso de **intervención psicopedagógica** se puede considerar como un proceso integral que propone un conjunto de actuaciones para dar una respuesta a determinados problemas o prevenir la aparición de otros, mediante la colaboración con otros profesionales (pedagogos, psicólogos, etc) e instituciones implicadas (Henaó, Ramírez y Ramírez, 2006).

El **Trastorno del Espectro Autista** es un conjunto de las dificultades relacionadas con el neurodesarrollo, donde se dan aspectos más frecuentes en el ámbito cognitivo y del comportamiento de la persona, y que produce importantes limitaciones en la autonomía del sujeto. Entre las principales características de dificultad hablamos de la interacción social, las estereotipias de conductas entre otras que se vinculan a otros ámbitos (Cabanyes y García, 2004).

Los **padres** de un niño con autismo tienen que hacer frente a una serie de dificultades, tanto en el campo emocional como en el práctico. La presencia en la familia de un niño con alguna discapacidad se convierte en el factor potencial que puede perturbar el núcleo familiar. “Una vez diagnosticado, los padres han de pasar por un cambio de actitud que implica un largo proceso, con un nivel elevado de estrés que requiera un asesoramiento profesional cualificado” (Pizarro, 2001).

**El Síndrome de Asperger** (también llamado el trastorno de Asperger) es un tipo relativamente nuevo de trastorno del desarrollo; este término ha sido utilizado de modo más generalizado durante los últimos quince años. Aunque un pediatra vienés, Hans Asperger, fue el primero en los años 40 en describir con gran exactitud a un grupo de niños con estos rasgos clínicos, el Síndrome de Asperger (AS) fue "oficialmente" reconocido por vez primera en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en su cuarta edición en 1994 (DSM-4).

Son varios autores como (Riviére, 1997, Cuxart 1997 y Wing 1998) quienes mencionan las **reacciones más frecuentes en las parejas ante la llegada de un niño con autismo**, y argumentan que la discapacidad, dentro del contexto familiar, puede fortalecer o debilitar la relación de pareja. Además, se deben tener en cuenta otros factores como el nivel cultural y económico, la estabilidad emocional, si existen más hijos dentro del núcleo familiar y el nivel de gravedad del trastorno.

Ante estas dificultades en el propio núcleo y que pueden provocar diferencias en el proceso de mejoras de los niños con Síndrome de Asperger es el motivo principal de investigación de mi Trabajo Fin de Máster (TFM). Mi propuesta de intervención es **una escuela para padres con hijos con Asperger**. El objetivo principal de esta propuesta de intervención psicopedagógica es facilitar la formación y apoyo a los padres en una escuela para ellos, que tengan hijos con TEA en edades comprendidas entre los 5 y 12 años.

Algunos autores como (Polaino et al., 1997; Babio y Galán, 1989) mencionan que **atender a las familias para mejorar la calidad de vida de la persona con TEA**, obtendremos una serie de beneficios sobre el tratamiento de la persona con Asperger. Se considera necesario que la complejidad de este trastorno hace que la participación con la familia se indispensable para que se den avances en el tratamiento del niño.

Cunningham (1988) entienden la familia como un sistema en el que conciben distintas **consecuencias para cada miembro de la familia**. En el caso de la madre, suele ser el miembro que más peso lleva a diario y tiene elevadas posibilidades de sufrir muchas tensiones, tanto físicas como emocionales. Puede sentir un aislamiento por falta de entendimiento en los demás y las exigencias que provoca en el nivel de gravedad del TEA genera altos niveles de estrés. En el caso de la figura del padre no está tan contemplada como la anterior. Suele ser menos consciente de las necesidades causadas por Asperger. Sin embargo, su visión suele ser menos optimista y necesita mayor tiempo de adaptación. Es muy probable que las relaciones entre ellos se vean muy afectadas, incluido sí existe algún miembro más de la familia.

Por otro lado, Riviére (1997) expone la **necesidad de los padres a un apoyo terapéutico**, y en ocasiones, intervenir sobre el sistema familiar. También comenta la necesidad de capacitar a los padres, dándoles una información realista, pero a la vez positiva sobre el trastorno. Además, que participen de forma directa en el proceso de sus hijos.

Tras una revisión de las distintas investigaciones que han realizado los autores mencionados, creo firmemente que una escuela para padres puede convertirse en un lugar dónde los padres sean protagonistas de sus sentimientos y ayudarles a pasar los distintos procesos que conlleva tratar con niños con autismo día a día. De esa forma, van a sentirse atendidos y comprendidos mediante un apoyo profesional. Además, van a ser útiles para sus hijos y, por lo tanto, mejorar las relaciones de convivencia en todo el núcleo familiar.

## 6.2 Contextos y destinatarios

Este proyecto está dirigido por **psicopedagogos** y se destina para que **los padres de niños con TEA** trabajen en conjunto para obtener una finalidad que es adquirir unas estrategias aplicables al ámbito familiar y de esa manera, poder paliar los problemas que pueden presentar sus hijos.

Esta propuesta de intervención está diseñada para llevarse a cabo en aquellos ámbitos educativos de enseñanza no formal. Algunos de los ejemplos en los que se pueden desarrollar son:

- Organizaciones No Gubernamentales (ONG).
- Cualquier Institución Pública.
- Asociaciones que trabajen con niños con Trastorno del Espectro Autista y necesiten un programa de intervención con familiares que tengan hijos con TEA.

Respecto a los destinatarios de esta intervención psicopedagógica son, como ya he dicho con anterioridad, para **padres o tutores legales** que tengan un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista.

Con estas jornadas se les permitirá poner en práctica las **estrategias y técnicas** que han adquirido al principio de este programa con los talleres de formación **teórico-prácticos**. Lo más llamativo de esta escuela de padres es la capacidad de poner en práctica todo lo aprendido con los propios niños y niñas que están diagnosticados con TEA. De esta manera, también trabajamos aquellos problemas de convivencia e **interacción** que puedan existir en el núcleo familiar

### 6.3 Objetivos

#### OBJETIVO GENERAL:

Enseñar a los padres o tutores legales las estrategias necesarias para poder abordar los obstáculos que puede ocasionar trabajar o comprender los sentimientos de una persona con Trastorno del Espectro Autista.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

En este apartado se van a indicar los objetivos específicos que se quieren conseguir con cada uno de los sujetos que forman parte de esta intervención.

Tabla 3  
*Objetivos que se llevan a cabo dentro de la intervención*

DESTINATARIOS	OBJETIVOS
<b>Padres</b>	Conocer qué señales nos alarman de que su hijo puede tener una crisis y cómo se debe actuar.
	Aprender qué estrategias facilitan la convivencia en el hogar.
	Enseñar a sus hijos los pasos necesarios para que realice tareas tanto fuera como dentro del hogar adaptándose a las posibilidades de cada niño.
	Sentir apoyo y comprensión de otras personas independientemente de si son padres o profesionales de estas jornadas.
	Detectar los pensamientos dicotómicos que se emplean a lo largo del día y poder transformarlas en positivos.
	Aprender a cómo se debe realizar un refuerzo positivo acorde a las características.
	Trabajar las habilidades sociales en el ámbito doméstico.

Enseñar como se debe actuar para establecer relaciones con las distintas personas que forman el núcleo familiar.
Pautar estrategias para que el niño lleve a cabo las tareas evitando un posible bloqueo ante situaciones desconocidas.
Ayudar a que su hijo sea capaz de reconocer los sentimientos en los demás mediante el empleo de distintos modelos o estrategias.
Conocer las características relacionadas con el Síndrome de Asperger.

Fuente: elaboración propia de los objetivos acorde al desarrollo de la intervención.

## 7. Metodologías aplicables para trabajar las familias con hijos con TEA.

A continuación, en este apartado se va a explicar los distintos tipos de metodologías psicoeducativas que pueden ayudar a favorecer el contexto familiar y mejorar el progreso de cada uno de los niños con Trastorno del Espectro Autista. Estos son algunas de las metodologías aplicables que más repercusión han tenido:

### 7.1 Modelo DIR

**Sanley Greenspan** (2006) desarrolló este modelo para promover el desarrollo óptimo infantil. Con este modelo es sencillo mejorar el desarrollo infantil y la habilidad de conectar el afecto con una conducta que mediante la comunicación exprese sus emociones.

El nivel del desarrollo del niño está influenciado por las distintas dificultades individuales, los patrones familiares en torno al niño y el tipo de interacción que el niño establece con sus padres o modelos significativos. Este modelo representa tres modelos claves que se van a explicar de forma resumida (Beinbauer, 2006):

- **Desarrollo Socioemocional:**

Este modelo tiene el objetivo de entender el nivel emocional del sujeto en el momento en el que interactúa con otras personas, especialmente los padres o cualquier familiar cercano. El autor y creador de este modelo ha desarrollado las diferentes capacidades que permitirán al niño su capacidad para interactuar (Greenspan & Wieder, 2006):

- Regulación y atención: capacidad del niño/a de **permanecer atento a la interacción**, frente a los múltiples estímulos que se encuentren a su alrededor. esta etapa es fundamental y puede ser determinante por las distintas afectaciones que pueda poseer.
- Vinculación: capacidad para establecer una **relación afectiva**. Una vez que ha logrado establecer una atención conjunta con el núcleo familiar. De este modo, se comienza a establecer una fuerte relación de afecto con el niño y sus padres o tutores legales. La vinculación es esencial para el progreso del niño, sin embargo, dependerá de las diferencias individuales del niño y sus relaciones con el modelo adulto.
- Comunicación Intencional de Ida y Vuelta: hablamos de la capacidad para comunicarnos con un objetivo. Después del proceso de vinculación, pasa a **comunicarse de forma voluntaria** con los padres o personas de su alrededor. En el caso de un niño con TEA, es uno de los elementos de mayor dificultad, pero si se dan este paso comienza a ser los primeros **círculos de comunicación de manera intencionada**.

Este apartado puede verse intencionado por diversos motivos, por ejemplo, cualquier tipo de gesto que incida al inicio de una conversación y demuestre el tipo de interés que tiene ese niño para iniciar ese proceso comunicativo. También, la **extensión de los padres**, es decir, como sean capaces de alargar la conversación acorde al interés que ha demostrado el chico; por último, también es importante resaltar la respuesta que estos van a recibir de él. En el caso de los niños con Asperger suele ser un gesto o una evasión intencionada.



- Comunicación gestual compleja: capacidad para **comunicar algunas necesidades** por parte del niño y de esa manera ser capaz de pedir ayuda para solucionar problemas. En este proceso de comunicación, el niño aprenderá a diferenciar los tipos de gestos o expresiones de sus padres o tutores legales y así podrá ir abriendo y cerrando círculos de comunicación en torno a una misma temática o problema.
- Pensamiento emocional: esta es **la capacidad que tiene el niño de comunicar sus necesidades e ideas**. Una vez que el niño ha desarrollado varias ideas que son expresadas a través del lenguaje y comienza a conseguir ciertos enlaces entre distintas ideas y emociones. Todo esto constituye a la base inicial de un pensamiento emocional.
- **Diferencias Individuales**:

Según Beinbauer, (2006), este elemento ayuda a entender las distintas diferencias de cada sujeto que va a influir en cierto modo en la forma de interactuar y así cómo entender los puntos fuertes y débiles que existen para afectar a su proceso de aprendizaje.

En este apartado es necesario llevar **un registro de la información**. Algunos niños con el Síndrome de Asperger padecen cierta hipersensibilidad sensorial. Esto dificulta en cierta manera la capacidad que tienen para registrar cierta información. Es por eso, por lo que nos pasamos a buscar alternativas o medios alternativos que les ayuden a esa adquisición de información, aunque deba ser de forma modulada

Por otro lado, se hace hincapié en el **procesamiento de la información**. Una vez que el sujeto ha registrado esa información por los distintos canales sensoriales, procesará su información, de manera afectiva y cognitiva. Es importante destacar que este proceso puede aparecer en el momento inminente del registro de la información aportada. (Benites, 2006).

Por último, la **respuesta a esa información recibida**. Es la respuesta que formule el sujeto dependiendo de que los dos pasos y elementos anteriores se hayan producido con éxito. Estas habilidades estarán determinadas por las áreas de motricidad gruesa, fina, la coordinación

motora, tono muscular y su capacidad expresiva del lenguaje. Como en los anteriores apartados, es fundamental tener en cuenta las fortalezas y debilidades para que el tercer paso se realice con éxito.

- **Diferencias Relaciones:**

Este elemento busca **describir y poder entender de forma específica la relación que representan los distintos adultos** (padre, madre, abuelos, maestros, etc) que interactúan a diario con un niño con TEA. Por otro lado, es recomendable observar las diferencias que pueden encontrarse en la interacción respecto a otros padres o familiares. Por ejemplo, el niño dependiendo de con quién interactúa puede tender a: (Greenspan & Wieder, 1997).

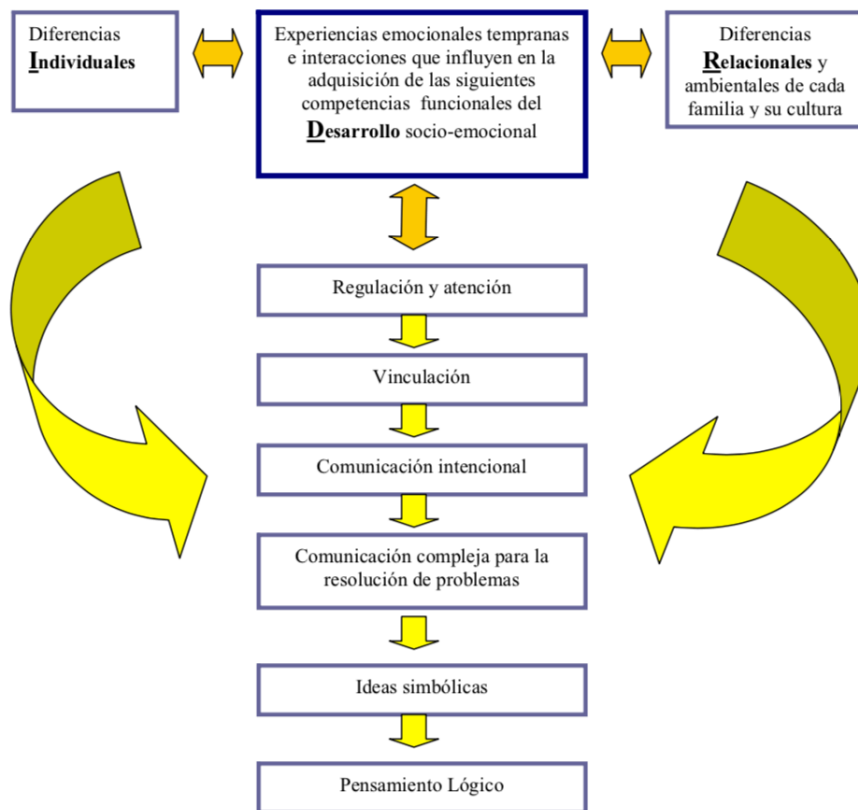
- Tiende a deprimirse.
- Tiende a sobre involucrarse.
- Tiende a la sobreprotección como respuesta a patrones ansiosos.
- Tiende a desvincularse.
- Tiende a adoptar reacciones agresivas.

Hay que tener en cuenta que **existen ciertos miembros de la familia que presentan alguna dificultad a nivel mental**, por ejemplo, una depresión y puede perjudicar el abordaje terapéutico correspondiente ya que de lo contrario tendrán un impacto negativo en la rehabilitación de cualquier niño con Trastorno del Espectro Autista.

Greenspan (2006) comenta que estos **niños suelen adoptar estilos de interacción sobre un perfil individual descrito previamente**. Este autor ha descrito los siguientes estilos de interacción por parte del niño/a:

- Cauteloso y temeroso.
- Oposicionista y desafiante.
- Aislado y difícil de contactar.
- Ensimismado.
- Impulsivo y desorganizado.

Figura 1  
Esquema acerca del modelo DIR



Fuente: Breinbauer, C. (2006). Fortalecimiento el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al modelo DIR y la terapia Floor time o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*.

## 7.2 Floor Time

Este modelo de intervención se basa en el modelo DIR es conocida en inglés como *Floor Time* o bajo el término *Juego Circular*. Autores como Greenspan y Wieder (1997); Greenspan y Wieder (2008) explican como esta estrategia **emplea los principios básicos del juego y establecer algún vínculo de comunicación**. “Es una forma sistemática de jugar con un niño para ayudarlo a subir por las etapas de desarrollo”.

Esta estrategia tiene el objetivo principal de **apoyar a los padres a establecer interacciones lúdicas con los niños**, promover oportunidades para fortalecer aspectos como la vinculación, la expresión de los deseos o emociones mediante la comunicación, que pueden ir

siendo más complejas conforme los individuos van subiendo de dificultad. Esta técnica es muy positiva para trabajarla en el ámbito del hogar (Beinbauer, 2006):

En primer lugar, hay que *definir el lugar y horario*. Es conveniente definir momentos del día en que los padres puedan trabajar unos 20-30 minutos aproximadamente sin ninguna interrupción. Es importante que ese **tiempo sea solo atendiendo al niño** ya que un efecto contrario puede producir que no se siente valorado por el núcleo familiar o por la persona con la que intenta comenzar ese proceso comunicativo. Es primordial también asegurarse de que es **un buen momento para el niño**, es decir, que no esté cansado, que tenga ganas de realizar la dinámica, etc. Otro punto para tener en cuenta es que se deben anticipar los problemas para tenerlo todo absolutamente controlado. (Angiola, 2004).

En segundo lugar, hay que *seguir con el interés del sujeto*. Debemos observar que intereses tiene el niño dependiendo del momento en el que se encuentran. Hay que preguntarle a qué quiere jugar, ya que además de ver el interés, también podremos tener en cuenta que es una **forma de iniciar el proceso de comunicación**. Si se juega partiendo de los intereses del niño, podemos ver que se va a sentir seguro y su capacidad para interactuar.

Todo lo anterior, conduce al siguiente paso que es *construir sobre el interés del niño*. Se va a introducir **gradualmente nuevos desafíos** para esta etapa y avanzar hacia el siguiente paso que ya está consolidada. Puede ayudar a expandir la etapa en la que el niño muestra desenvolverse.

El siguiente paso sería partir de las *ideas más generales y simples hacia las más complejas*. El juego es un método que involucra tanto al padre o madre como al niño y en el que ambos deben de estar calmados y disfrutando de esa vinculación que existe entre ellos. Lograrán que el **niño sea capaz de expresar sus emociones** o ideas de forma lógica. (Angiola, 2004).

Por último, *mostrar la creatividad*. Aunque en algún tipo de discapacidad es muy útil, en el caso del Síndrome de Asperger puede resultar el efecto contrario. Emplear **bromas, dobles sentidos o ironía**, puede dificultar el proceso de comunicación ya que los niños no suelen entender los dobles sentidos.

Lo más positivo de todo esto es que si la experiencia es placentera, el niño la querrá repetir en otras ocasiones lo que facilitará el proceso de comunicación pasando a intervenciones comunicativas más complejas.

### 7.3 TEACCH

Aunque esta metodología, según varios autores como Mesibov & Howley (2010) es empleada en su totalidad para el ámbito educativo, tiene ciertas estrategias que se pueden adoptar para el ámbito doméstico. Antes de eso, se va a explicar brevemente el origen de esta metodología.

**TEACCH** (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*) que significa en español tratamiento y educación para niños con autismo y otras dificultades comunicativas. Teacch es un programa estatal de Carolina del Norte (EE. UU.) para **ayudar a las personas con Trastorno del Espectro Autista y a sus familias**, independientemente de la edad y del nivel de funcionalidad que posea.

Este programa fue financiado en 1966 por el Gobierno Federal de Estados Unidos. En ese momento, aún se tenía un concepto diferente del significado que le hemos incorporado actualmente a este término. Además, es importante destacar que en ese momento se especulaba sin datos científicos que esa alteración que sufrían los niños era causa de la herencia genética de los padres. Se describían a padres con conductas frías y con actitud de rechazo o distantes ante el contacto emocional (Mesibov & Howley, 2010).

Fue **Eric Schopler**, cofundador y primer director de TEACCH, quien desmintió que los padres fueran los principales causantes y afirmando que los padres son un pilar fundamental para el niño y puede ser unos educadores efectivos para sus hijos. Además, que se trataba de un trastorno del desarrollo que implicaba diferencias neurológicas. Gracias al éxito obtenido este método ha sido implantado en todo el estado (Mesibov & Howley, 2010).

**Schopler fue uno de los pioneros** en reconocer que el autismo es un trastorno del desarrollo que implica diferencias neurológicas con diferencia a la que forman los niños con un desarrollo típico donde procesan el entorno. La enseñanza estructurada está diseñada para abordar las diferencias neurológicas que se den en el autismo.

Entre las principales prioridades del programa se encuentra las siguientes (Schopler & Mesibov, 2013):

- Permitir que las personas con TEA se desenvuelvan de forma positiva y autónoma, dentro de sus capacidades, en las diferentes áreas que acontecen a la persona.
- Mejorar las variaciones en las funciones intelectuales, mediante métodos de enseñanza y estrategias acordes al plan individualizado de cada persona.
- Ofrecer servicios de calidad, no sólo a las personas con TEA, sino a las familias también y así como a los profesionales o personas del entorno que están con el sujeto en diferentes momentos.
- Reducir el estrés que conlleva el vivir con una persona con TEA.
- Aumentar la motivación y las habilidades de aprendizaje.
- Superar los problemas de adaptación de las personas con TEA en los diferentes contextos, en especial, el contexto escolar.

TEACCH interviene desde la atención temprana hasta programas universitarios indicados para padres o profesionales donde se puede debatir que acontecimientos o hechos han sido relevantes y han tenido una evolución en los últimos tiempos. Es importante resaltar que el programa realiza **una colaboración** con los organismos principales como la *Autism Society of North Carolina* (Asociación de Autismo de Carolina del Norte).

Finalmente, gracias a todo el éxito logrado en los últimos 30 años, de actitudes de colaboración, seguimiento, o el apoyo a las familias, han desarrollado un sistema dentro del programa llamado **Enseñanza Estructurada** que perfecciona el conjunto de servicios que quieren ofrecer para las personas con Trastornos del Espectro Autismo y sus familias.

#### 7.4 Análisis Conductual Aplicado (ABA)

También llamado en inglés “*Applied Behaviour Analysis*” (ABA). Es un modelo de intervención que se creó en la década de los 60 por autores como **Ivar Lovaas o Todd Risley** entre otros. El objetivo de este método es realizar estrategias para mejorar la comunicación, las habilidades sociales y emocionales en los diferentes contextos aplicables. En especial, se da mucha importancia a trabajar con sus iguales en contextos típicos (Güemes, Arribas & Posada de la Paz, 2009).

Entre algunas de sus características para estos modelos encontramos:

- Es preferible realizar una intervención temprana.
- La implicación de lo padres como co-terapeutas y de esa manera facilitar el mantenimiento de las nuevas habilidades.
- Es un programa individualizado. Que se desarrollar a partir de las dificultades conductuales del sujeto, lo que permite enseñar nuevas habilidades paso a paso.
- Empleo del refuerzo positivo para la modificación de las conductas.

Uno de los programas más conocidos dentro de este es el **método Lovaas**. El programa se basa en un proceso de autoayuda, de forma gradual y trata además aquellas habilidades en el lenguaje receptivo, en el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal. Se basa en enseñar las habilidades mediante la imitación, estableciéndose como herramienta prioritaria de trabajo. En el momento en el que el sujeto domine las habilidades básicas, implica comenzar a enseñar la enseñanza de un lenguaje expresivo y realizar el juego interactivo (Lovaas, 1987).

#### 7.5 The Rutgers Autism Program-The Douglas Centre Program.

**Es un programa intensivo de intervención conductual (EIBI)** que se basa en trabajarlo en el ámbito doméstico o del hogar. Se fundamenta en una intervención gradual donde mientras ayuda al sujeto a integrarse en el ámbito escolar, va eliminando esa dificultad en casa. Es empleado en muchas ocasiones para realizar un seguimiento de los dos contextos de mayor importancia para el niño, la escuela y el hogar.

Este programa resulta ser efectivo en el entrenamiento para padres ya que tiene efectos que mejoran la **comprensión del lenguaje o la comunicación**. Además, el hecho de que el entrenamiento sea realizado con padres como co-terapeutas ayuda favorablemente al proceso de comunicación en los niños. Sin embargo, no es efectivo para todos los niños con autismo y los mayores avances de este proceso serán desarrollados en el primer año de entrenamiento de este modelo (Güemes et al., 2009).

#### 7.6 Positive Behavior Support (PBS): El Apoyo Conductual Positivo.

Modelo empleado para trabajar las **conductas más problemáticas o disruptivas** en niños con autismo. Este programa le ayuda a adquirir conductas socialmente aceptables y eliminar las conductas negativas que pueda haber tenido con anterioridad.

El modelo emplea un **sistema de recompensas** para las conductas apropiadas al igual que tiene consecuencias si emplea cualquier conducta problemática. También es una intervención individualizada que se basa en la información recabada para la prevención de contextos problemáticos e intercambiarlos por las conductas deseadas. Se debe hacer hincapié en las conductas que se den en el contexto dónde se ha observado que se encuentra el problema. (Carr, 2013, pp. 2-3).

Es una aproximación que trata de mejorar el clima social y de apoyo conductual necesario para que se alcance un éxito a nivel conductual en los diferentes contextos que rodean al niño.

#### 7.7 Relationship Development Intervention (RDI): Intervención del Desarrollo de Relaciones

Es un programa global cuyo objetivo es remediar los déficits relacionados con la capacidad que tiene el sujeto para compartir experiencias con otras personas, independientemente si son sus iguales o adultos. “Está basado en modelos cognitivos y de desarrollo en poner énfasis en el hecho de enseñar al niño a valorar y adaptar sus acciones a los otros, ya que participan en procesos interactivos, en lugar de instruir en habilidades específicas” (Güemes et al., 2009).



El papel de los padres es importante en este modelo ya que realizan una evaluación sobre el desarrollo de las relaciones, pretendiendo evaluar aquellas limitaciones que tiene el sujeto en los procesos interactivos para poder instruir en habilidades específicas.

**El RDI** enseña a los padres ejercicios simples para establecer un sistema de feedback **promocionando la empatía emocional con el niño**. Los padres aprenden a emplear reforzadores sociales y técnicas de regulación conductual y de esa manera, incrementar el sentimiento de autoeficacia del niño, y el deseo de compartir las responsabilidades en las interacciones recíprocas (Hess, Morrier, Heflin & Ivey, 2008).

Los padres aprenden a ralentizar la comunicación para dar al niño tiempo a procesar la información y considerar la posible respuesta. Pueden añadir una complejidad innecesaria ya que modifican los elementos comunicativos de forma involuntaria o distraer al niño del objetivo o motivo de la interacción.

#### 7.8 PECS Picture Exchange Communication Systems

Es un tipo de intervención que surgió en la década de los 90 y es empleada actualmente en numerosos métodos, especialmente en el ámbito educativo, aunque con posibilidad de llevar a cabo en el ámbito familiar.

Es un programa que se emplea **para interactuar con otros mediante el intercambio de dibujos, símbolos, fotografías u objetos reales de los ítems deseados**. Mediante este proceso se pueden identificar los objetos que pueden servir de estímulo para que el niño realice distintas acciones (Güemes et al., 2009).

Al ser un programa muy estructurado **emplea principios de modificación de conducta** mediante estímulos, respuestas y reforzadores para alcanzar una respuesta de comunicación. A pesar de su sencillez es empleado por múltiples programas como ABA, explicado con anterioridad.

## 7.9 Social Stories (SS): Las Historias Sociales

Este **programa es empleado para niños autistas con Síndrome de Asperger**, aunque se puede emplear en niños con mayores dificultades en el lenguaje. La finalidad de esta terapia es mejorar **la comprensión de las habilidades sociales**. Se tratan de historias cortas, escritas en primera persona y que faciliten la comprensión por parte de estos niños para facilitar la comprensión de las situaciones sociales.

Estas historias deben ser adaptadas a la capacidad del niño y de acuerdo con sus dificultades conductuales o su falta de comprensión social. Dentro de estas historias, se deben de realizar mediante las distintas tipologías que se crean más favorecedoras para el niño. Las frases pueden ser descriptivas, aquellas que describen el lugar o la situación sin ninguna implicación emocional. Con perspectiva, aquellas que describen el estado de una persona, por ejemplo, un sentimiento o una emoción, y se hablan de ellas haciendo referencia a terceras personas; las directivas que identifican una respuesta que es dirigida a una situación y dirigimos esa atención a esa persona; afirmativas, aquellas que enfatizan un aspecto relevante, y actúan para reafirmar al niño; las de control, que se emplean para identificar las estrategias personales a emplear para recordar y preguntar información personal; y, por último, las cooperativas que identifican lo que harían otros para ayudar a alguien (Güemes et al., 2009, pp. 17-20).

## 8. Actividades

Las jornadas que se van a ejecutar están indicadas para realizar una formación teórico-práctica a los destinatarios. Dichas dinámicas han sido creadas para trabajar los objetivos presentes en los anteriores apartados y ayudar a los padres con ciertas pautas que pueden tener en cuenta para llevar a la práctica en el contexto del hogar, con todos los miembros del núcleo familiar, incluido el niño con Síndrome de Asperger.

Antes de la realización de las jornadas, tendrán unas **entrevistas individuales** para conocer los contextos que rodean al niño y las dudas de índole privada que nos quieran comentar los padres y no se sientan cómodos exponiendo en público. También es una forma de conocerlos y que nos conozcan estableciendo así un vínculo de confianza. Realizaremos una ficha con cada uno de los datos personales que nos quieran aportar y recabaremos toda la información de relevancia para llevar a cabo las dinámicas.

Al comienzo de estas jornadas, se les ofrecerá unas **charlas formativas** acerca de los mitos del autismo, de los sentimientos que pueden sentir estos niños y qué estrategias son útiles para usar con niños con Trastorno del Espectro Autista. También se les ofrecerá en estas dinámicas actividades para que ellos mismos trabajen sus propios sentimientos y sepan como adaptarse a las distintas situaciones que se van a encontrar.

Las actividades, un total de nueve, van a ayudar **a trabajar los sentimientos de los padres**, conocer las distintas **estrategias o recursos** que pueden llevar a cabo en el hogar y de esa manera, intentar mejorar y ayudar al desarrollo social y cognitivo del niño con Síndrome de Asperger y de sus familias ya que la convivencia y el núcleo de modelos adultos de confianza en estos niños es esencial para avanzar progresivamente.

Las actividades por desarrollar son las siguientes:

- **El tarro de las interrogaciones:** los padres presentan muchos sentimientos encontrados: miedo, culpa, tristeza y rabia son los más conocidos. Además, tienen muchas dudas acerca del nuevo comienzo que les llega. En esos momentos es necesario del apoyo familiar y ponerse en manos de profesionales que les puedan asesorar cuando solo encuentran dudas y miedo entre sus pensamientos.

Para trabajar este apartado, se va a realizar previamente una **formación teórica** acerca de las características del Trastorno del Espectro Autista y desmentir algunos conocimientos previos erróneos que puedan tener por desconocimiento o por leer información poco fundamentada.

Tras la formación teórica, vamos a realizar una dinámica llamada **“tarro de las emociones”** que puede ayudar a aclarar sus sentimientos y dudas. Las personas encargadas de esta actividad van a poner a los padres en círculo y en el centro van a situar un tarro vacío. Los padres tienen, en un tiempo determinado, **escribir las preguntas o sentimientos que tengan** y meterlos en el tarro. Cuando haya finalizado el tiempo, se sacarán los papeles y comenzaran a decirlas en voz alta. Como es anónimo ayudará a que tengan mayor iniciativa y participación en la dinámica.

El objetivo con esta actividad es **aclarar posibles dudas** que tengan y realizar un **apoyo entre los padres** que se encuentran en situaciones parecidas ya que hablarlo con alguien que ha pasado o esta pasando por lo mismo que tú, hace que se sientan comprendidos y que no se sientan solos ante esta situación nueva y desconocida. Sobretudo, porque es una forma de ayudarse entre ellos y establecer nuevos vínculos de confianza.

- **¡Nos vamos de reformas!:** a continuación, se va a exponer otra actividad teórico-práctica. Al comienzo le explicaremos la importancia del orden también en casa. En especial se debe comenzar por la **propia habitación**, dónde deben existir recursos adaptados al niño y que es probable que en el ámbito educativo también lo emplee. Por ejemplo, emplear el mobiliario de la metodología TEACCH, basado en enseñanza estructurada.

Metodología que se le hará una pequeña introducción acorde a lo que van a trabajar en esta práctica, ya que se explicará con mayor profundidad posteriormente. La actividad consiste que, por grupos de dos o tres personas, van a tener diferentes imágenes relacionadas con una habitación y deben **redistribuirla acorde a las características de un niño con TEA** incluyendo el apoyo visual indicado. Es importante resaltar que cada grupo va a tener una habitación diferente. Al finalizar, deberán realizar una exposición justificando los motivos de esa distribución y qué beneficios tendría. En los [anexos](#) se encuentra un ejemplo de esta dinámica.

La finalidad de esta actividad también consiste en crear un ambiente ordenado dentro de su habitación, ya que los niños con Asperger **no son capaces de ubicarse dentro de un desorden**. Por ello es necesario tener todos los objetos de su habitación ordenados y a su alcance, para que incite al juego y al estar en su habitación. También es importante dividir su **habitación por zonas** y así el niño va a saber que acción puede realizar en cada una de ellas.

Por ejemplo, se puede habilitar una zona para el juego y otra para en aquellos momentos en los que no se sienta bien y necesite un lugar para el dónde relajarse. Dentro de este lugar es recomendable enseñarle alguna **terapia de relajación** que le ayuda a volver a un estado tranquilo y relajado como puede ser la terapia de la tortuga o la economía de fichas. Estrategias que favorecen la modificación de conducta en el niño. En los [anexos](#) se puede ver ambos ejemplos.

- **Viendo el lado positivo de las cosas:** muchos padres suelen tener cierta tendencia a **expresar los sentimientos del día a día** con un hijo con TEA de una manera muy negativa, esos pensamientos tan negativos son denominados “**pensamientos dicotómicos**”. El objetivo de esta actividad es eliminar esos pensamientos negativos y transformarlos en positivos.

La actividad consiste en dos partes. Por un lado, van a **encontrar frases con distintos tipos de pensamientos**, algunos positivos y otros negativos y diferenciarlos entre ellos. Por otro lado, deben de realizar, durante tres días, un registro de los pensamientos que han pasado por sus cabezas. El día de la actividad las van a pasar a distintos papeles y van a meter los de color naranja, los positivos, en una urna y los de color azul, los negativos, en otra.

Van a comprobar por ellos mismos la cantidad de mensajes negativos realizan y cuáles de ellos son escuchados por sus hijos lo cual puede ser un efecto negativo para ellos. Los niños tienen que observar a **sus padres como modelos** a los que imitar y en esto es muy importante que los pensamientos sean positivos y favorezca a mejorar el progreso del niño.

Tras observar todos los pensamientos negativos que han tenido, se dirán en voz alta y deberán ser **cambiados por otros positivos**. Como ya son capaces de identificarlos, cada vez que su mente realice alguno, sentirán que no han dicho lo adecuado y tendrán la tendencia a modificarlo hasta que lleguen un punto en el que lo hagan de forma mecánica e inconsciente.

- **¡Todo bajo control!:** en el ámbito educativo es fundamental trabajar con el alumno la **planificación**. Es una forma de que los niños con TEA sepan todo lo que tienen que hacer al finalizar una tarea sin sentirse perdidos y de esa manera evitamos que puedan agobiarse por pensar que pueden tener después alguna tarea nueva que es desconocida para ellos. Sin embargo, también es esencial para el ámbito doméstico.

Los niños con Síndrome de Asperger están **acostumbrados a las rutinas** y se sienten a gusto sabiendo qué tienen que hacer en cada momento. Para ello, podemos emplear las actividades que nos faciliten ese proceso de control y organización del tiempo.

Esta actividad se divide en dos partes: por un lado, **una formación** que se les da a los padres explicando las estrategias que se deben emplear para la creación de una organización visual y exponer la información para el niño con Trastorno del Espectro Autista. Por otro lado, tenemos la **aplicación práctica**.

Esta última parte consiste en que cada persona, de manera individual, creen tras lo aprendido una **agenda visual** para un niño con TEA empleando el recurso PECS, programa que se emplea para interactuar con otros mediante el intercambio de dibujos, símbolos, fotografías u objetos reales de los ítems deseados.

La forma en la que lo realice y los materiales que emplee deben **ser innovadores y creativos**, pero debe de cumplir la función principal: organizar y planificar a un niño con TEA mediante el apoyo visual. Pueden realizar una agenda u horario visual o cualquier otro recurso que piensen que hará destacar el suyo respecto al resto. En esta dinámica debe justificarse los recursos empleados que favorecerán al niño con Asperger.

Tras la realización de esta dinámica, todos los participantes deben de **evaluar y proponer propuestas de mejora al compañero** pensando en el funcionamiento y utilidad para un niño de esas características. Es una forma de poner en práctica lo aprendido y comprobar si aún tienen conocimientos que no han adquirido en estas jornadas y es posible modificar. En los [anexos](#) se encuentran algunos ejemplos.

- **Toma de decisiones:** en este apartado vamos a trabajar las diferentes situaciones que pueden vivir nuestros protagonistas de estas jornadas con niños que tienen Trastorno del Espectro Autista.

En el suelo se observará diferentes carteles que se han formado en grupos de tres. El más grande pertenece a una pregunta o situación hipotética e imaginaria y los más pequeños son las opciones de respuesta que tenga. Depende de la opción elegida, les tocará unas preguntas u otras. Todas las preguntas están encadenadas, de modo que **una mala decisión puede conllevar una consecuencia aún peor**. Esto quiere decir que si respondes a una situación con una respuesta poco adecuada, la siguiente pregunta será la situación hipotética de lo

que podría pasar yendo por ese camino. Es importante que todos los grupos apunten en un bloc de notas las respuestas que has elegido.

La actividad consiste en que por grupos vayan **respondiendo a las preguntas bajo su criterio y luego, las comentemos en voz alta** exponiendo por qué elegiría ciertas respuestas como mejor opción. El objetivo de esta actividad es que tanto padres como profesionales distingan y reflexionen acerca de las diferentes consecuencias que pueden tener en un niño con TEA.

- **¡Nos preparamos!** en este caso vamos a preparar a los niños con TEA a que sean más autónomos y capaces, pero antes debemos formar a los padres para que sepan trabajar el proceso en el que el **niño adquiere por primera vez una tarea hasta que lo interioriza completamente.**

En este proceso, los padres van a hacer un recurso que deberían enseñarle previamente al niño con TEA y le ayudará para introducir una situación nueva. **Este recurso puede ser cualquier situación que queramos trabajar que esté relacionado con la vida cotidiana de esa persona.** Por ejemplo, coger el bus, ir al colegio o hacer la compra. Todas estas situaciones que parecen simples y que los niños adquieren con mucha facilidad conforme van creciendo, no es el caso de un niño con Síndrome de Asperger. Se ponen muy nerviosos ante las situaciones desconocidas y esta actividad ayudará a que los padres puedan prepararlas cuando llegue el momento.

La actividad consiste en que creen un recurso que recree todos los pasos que debe de seguir el niño mediante unos materiales que damos a la disposición de cada grupo y que posteriormente explicarán como podrían integrarlo con los niños. Los padres deben de simular una situación relacionado con el hogar o aspectos cotidianos. Es cierto que antes de la realización se les ofrece una serie de **pautas** que deben de tener en cuenta. Las pautas serían las siguientes:

- Evitar el empleo de la escritura.
- Usar una simulación lo más exacta posible a la realidad.
- Tener en cuenta todos los pasos por insignificantes que sean.
- Qué con ese recurso el alumno pueda realizar los pasos igual que en la realidad.

Luego los padres podrán enseñarles a sus hijos este recurso empleando **autoinstrucciones** como estrategia. En [los anexos](#) se puede observar un ejemplo de este recurso. Después, son los padres quienes, dependiendo de la evolución con su hijo en el desarrollo de esta actividad, pueden incluso poder acompañarlos a realizar esta tarea en la vida real.

○ **Juego de mesa:** los niños con TEA presentan muchas dificultades para tratar las **habilidades sociales**. En considerables ocasiones se sienten diferentes al resto porque no suelen captar las ironías o los dobles sentidos. El objetivo de esta actividad es comenzar a pautar como se podrían hacer amigos. Por ello, esta actividad se va a dividir en dos partes diferenciadas. Cada grupo va a tener distintos roles e incluso algunos de ellos harán de sus hijos para ponerse en las distintas situaciones hipotéticas y entrenar para aplicarlo posteriormente en el hogar.

En primer lugar, vamos a hacer grupos de cuatro personas y cada grupo debe incluir a un niño. En segundo lugar, debemos de explicar el juego que van a realizar. Es un juego de mesa **donde deben de ir respondiendo a diversas preguntas dependiendo de la casilla en la que correspondan.**

El tablero contiene cinco categorías que han sido asignadas acorde a los gustos y preferencias que predominan algunos de los hijos de estos padres. Las categorías son:

- Cocinar
- Animales
- Juguetes o videojuegos
- Fotografía
- Música

La función de estas tareas no es una competición para averiguar quién sabe más de quién, sino un medio para que **hagan preguntas acerca de los gustos de la otra persona.**



Para practicar la actividad **primero van a realizarla con su propio grupo**, es decir, con sus padres o tutores legales y sus hermanos hasta que el propio niño incida a que participen más personas que pertenecen a la familia. De este modo, el niño se va a sentir muy relajado y va a querer continuar realizando la actividad en otras ocasiones.

- **Role-playing:** en esta actividad vamos a dividir a los padres en distintos grupos. Cada participante va a tener un rol y unas características acordes a una situación hipotética que se plantea. Las situaciones y los personajes de cada grupo son totalmente distintas.

Cada grupo tendrá un tiempo estimado y comentarán aquellas dudas que se puedan tener acerca de cómo actuar con su grupo, pero no podrán prepararse ningún guion predeterminado, todo va a ir guiado mediante la improvisación.

El objetivo es que **partiendo de la idea inicial que se les dan puedan guiar o llevar la situación hipotética a la solución más positiva**. Al finalizar cada simulación, cada uno comentará como se ha sentido en ese rol, si hay algún aspecto que se sienten identificado y el resto podrá dar alguna opinión acerca del desarrollo de las actividades de los distintos grupos.

- **Nos comunicamos:** uno de los grandes problemas de una persona con Síndrome de Asperger es **la capacidad para ponerse en el lugar del otro, saber identificar los sentimientos que muestra una persona**. Por ello, mediante el modelo de *social Stories*, los padres van a crear diversas historias con el objetivo de intentar crear una situación comunicativa y que los niños puedan progresar en la comunicación.

Para esta actividad los padres van a tener que crear diversas historias acordes a los que quieren transmitir, si quiere ser descriptiva, quiere exponer el sentimiento de otras personas, etc.

Para los niños con Trastorno del Espectro Autista es importante tener un **apoyo visual** ya que incentiva su atención y une lo que ve a la idea central que se quiere transmitir. Por ello, los padres deben de hacer una historia acompañada de un apoyo visual acerca del objetivo que les haya tocado o de la emoción que deban transmitirles a sus hijos.

Después será **expuesta para el resto de los padres** y se harán posibles propuestas de mejora si es necesario. En esta actividad que es sencilla, los padres deben de ser originales y concretos en lo que escriben. Si es cierto que las personas con Síndrome de Asperger presentan buena comunicación, sin embargo, no entienden las bromas o los dobles sentidos. Por ello, **deben de evitar la ironía y las oraciones sencillas**, ya que lo que queremos es que el niño reconozca los sentimientos no una comprensión lectora de la historia.

A continuación, se puede observar las actividades y la relación con los objetivos específicos que hemos trabajado y una temporalización aproximada de las actividades.

Tabla 4  
*Actividades, temporalización y objetivos*

Actividad	Temporalización	Objetivos
<b>“Tarro de las emociones”</b>	20-30 minutos de explicación	Sentir apoyo y comprensión por otras personas pertenecientes a estas jornadas.
	1 hora y 30 minutos actividad	Conocer las características relacionadas con el Síndrome de Asperger.
<b>“Nos vamos de reformas”</b>	10 minutos de explicación	Aprender qué estrategias facilitan la convivencia en el hogar.
	1 hora y 45 minutos actividad	
	1 hora exposición grupal	
<b>“Todo bajo control”</b>	30 minutos teoría	Aprender qué estrategias facilitan la convivencia en el hogar.
	1 hora y 30 minutos desarrollo de la actividad	
	1 hora exposición grupal	
<b>“Ver el lado positivo de las cosas”</b>	45 minutos división de pensamientos	Detectar pensamientos dicotómicos que se emplean a lo largo del día y poder transformarlos en positivos.
	1 hora y 45 minutos actividad	Aprender qué estrategias facilitan la convivencia en el hogar.

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

<b>“Toma de decisiones”</b>	35-40 minutos de teoría	Conocer qué señales nos alarman de que su hijo puede tener una crisis y cómo se debe actuar.
	Actividad 50 minutos	Aprender a cómo se debe realizar un refuerzo positivo acorde a las características.
<b>“Nos preparamos”</b>	30 minutos de explicación	Enseñar a los hijos los pasos necesarios para que realice tareas, tanto fuera como dentro del hogar, adaptándose a las posibilidades de cada sujeto.
	1 hora y 30 minutos realización	
	1 hora y 30 minutos exposición compañeros	
		Aprender qué estrategias facilitan la convivencia en el hogar.
		Pautar estrategias para que el niño lleve a cabo las tareas evitando un posible bloqueo ante situaciones desconocidas.
<b>“Role-playing”</b>	40 minutos teoría	Trabajar las habilidades sociales en el ámbito educativo.
	2 horas desarrollo	Aprender a cómo se debe realizar un refuerzo positivo acorde a las características.

		Enseñar como se debe actuar para establecer relaciones con las distintas personas que forman el núcleo familiar.
<b>“juego de mesa”</b>	25 minutos para la realización del material	Trabajar las habilidades sociales en el ámbito educativo.
	30-40 minutos desarrollo de la actividad	
	10 minutos reflexión final	
		Enseñar como se debe actuar para establecer relaciones con las distintas personas que forman el núcleo familiar.
<b>“Nos comunicamos”</b>	1 hora de explicación del modelo SS.	Ayudar a que su hijo sea capaz de reconocer los sentimientos en los demás mediante el empleo de distintos modelos o estrategias.
	45 minutos para la realización de la primera parte de la actividad	
	1 hora y media para el desarrollo	Enseñar como se debe actuar para establecer relaciones con las distintas personas que forman el núcleo familiar.

Fuente: elaboración propia donde se relaciona cada actividad con los objetivos correspondientes y con una temporalización aproximada.

### 8.1 temporalización

La temporalización está programada teniendo en cuenta los horarios de cada uno de los participantes en la medida de lo posible y ajustando el tiempo a las actividades y dinámicas que se van a realizar.

Las **jornadas en la escuela para padres, se van a realizar los martes y jueves** de cada semana por la tarde, excepto la primera y la última semana. En la primera semana se realizarán **entrevistas** con cada uno de los participantes para recabar algunas ideas que nos serán de utilidad para las jornadas y para la evaluación inicial; en la última semana, el miércoles 31, se hará **la evaluación final** de las jornadas tras la realización de todas las actividades. Cada día se incluye un periodo de descanso de 30 minutos. Las jornadas estarían propuestas para el mes de julio de 2019 tal y como está expuesto en el siguiente calendario de programación:

Tabla 5  
*Calendario de las jornadas*

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<b>1</b> <b><u>Semana de entrevistas</u></b>	<b>2</b> Semana de entrevistas	<b>3</b> Semana de entrevistas	<b>4</b> Semana de entrevistas	<b>5</b> Semana de entrevistas	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>8</b>	<b>9</b> <b>Presentación de las jornadas</b> <b>16:00-17:00</b>	<b>10</b>	<b>11</b> <b>16:00-18:00</b> <b>Tarro de las emociones</b> <u>Descanso:</u> 18:00-18:30 <b>18:30-19:30</b> <b>Nos vamos de reformas</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>
<b>15</b>	<b>16</b> <b>15:30-17:30</b> <b>Nos vamos de reformas</b> <u>Descanso:</u> <u>17:30-18:00</u>	<b>17</b>	<b>18</b> <b>16:00-18:30</b> <b>Ver el lado positivo de las cosas</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

	<b>18:00-20:00</b> <b>Todo bajo control</b>					
22	<b>23</b> <b>15:00-16:30</b> <b>Toma de decisiones</b> <u>Descanso:</u> 16:30-17:00 <b>17:00-19:00</b> <b>Nos preparamos</b>	24	<b>25</b> <b>16:00-17:30</b> <b>Nos preparamos</b> <u>Descanso:</u> 17:30-18:00 <b>Role-playing</b> <b>18:00-20:30</b>	26	27	28
29	<b>30</b> <b>15:30-16:30</b> <b>juego de mesa</b> <u>Descanso:</u> 16:30-17:00 <b>17:00-19:00</b> <b>Nos comunicamos</b> <u>Descanso:</u> 19:00-19:30 <b>19:30-20:30</b> <b>Nos comunicamos</b>	<b>31</b> <b>Evaluación de las jornadas</b>				

Fuente: elaboración propia.

## 8.2 Recursos

Los recursos descritos en este apartado son aquellos que se van a emplear en algún momento de las actividades que se han explicado con anterioridad. Los recursos son:

- **Recursos materiales:** folios de colores de distintos tamaños, material escolar (lápices, bolígrafos, rotuladores, goma, regla, etc), tarro de tamaño grande, ordenadores portátiles, impresoras, cartulinas, pegamento, tijeras, pizarra, proyector, témperas, pinceles, carteles de preguntas, imágenes de habitaciones, velcro, silicona, pistola de silicona, tablero de juego de mesa, tarjeta de preguntas y dados.
- **Recursos espaciales:** aula del centro o asociación que ha solicitado este programa.
- **Recursos humanos:** personas que participan en las jornadas (niños, padres y profesionales) y las personas que realizan estas jornadas. Estas personas se dividirán en: un/a pedagogo, un/a psicopedagogo, un/a psicólogo y un/a docente especializada en las metodologías socioeducativas para la segunda parte de la jornada.

A continuación, se expresarán las funciones que van a desarrollar cada uno de ellos para este programa:

- *Pedagogo:* completar las escalas de evaluación diseñadas para evaluar el programa de intervención. Podrá realizar esta función ya que el pedagogo/a va a estar **presente en cada una de las sesiones** que se desarrollan con la finalidad de apoyar en los contenidos y dinámicas al profesional encargado de cada una de ellas. De esta manera, **se podrá recopilar la información para determinar en la evaluación** quienes están adquiriendo los contenidos enseñados en cada sesión. Además, deberá trabajar juntamente con el psicopedagogo para el diseño, planificación y evaluación del programa.
- *Psicopedagogo/a:* realizar **una observación directa** de cada uno de los participantes. Esta la realizará en cada una de las sesiones del programa. Aunque su labor más importante será realizar labores de **coordinación, diseño, planificación, aplicación, evaluación y revisión** del presente

programa de intervención con la colaboración del resto de personas que intervienen en el programa.

- Psicólogo: desarrollar aquellas actividades pertenecientes al primer módulo, cuando trabajamos **el apoyo a los padres**, y en el **seguimiento** para comprobar los avances obtenidos y poder trabajar de nuevo aquellas dudas o incertidumbres que puedan surgir entre los familiares y sea necesario una mayor profundización.
- Docente especializado/a en las metodologías socioeducativas: desarrollar las **dinámicas correspondientes** en las que deba explicar las estrategias o modelos que les pueden ser de utilidad para su posterior aplicación práctica.

## 9. Evaluación

El proceso de evaluación es fundamental para llevar a cabo cualquier programa de intervención. Es por eso por lo que en esta escuela para padres vamos a realizar varios tipos de evaluaciones para **paliar las necesidades** de cada uno de los participantes y **controlar las labores de coordinación y seguimiento**.

Al comienzo de este programa, vamos a realizar unas entrevistas. En ellas debemos de realizar una **ficha personal** de cada uno de los padres que van a acudir a las jornadas y de las características e inquietudes que tienen acerca de la situación de sus hijos. Esto va a ser de utilidad para recabar todos los datos de importancia que acontecen al entorno del niño y conocer cuáles son las necesidades de realizar este programa.

Además, es una oportunidad para conocer, mediante una **evaluación inicial**, que conocimientos tienen acerca del Trastorno del Espectro Autista y que tipo de metodología emplean. En los [anexos](#) podremos encontrar un ejemplo de una ficha personal.

En este ejemplo tenemos algunas preguntas que se les haría a los padres y otras a los profesionales. Aquí tenemos una demostración de evaluación inicial:



Tabla 6

*Ejemplo de evaluación inicial*

<b><u>EVALUACIÓN INICIAL</u></b>	
<b>PREGUNTAS</b>	<b>RESPUESTAS</b>
<b>¿Cómo te sientes cuando el niño está inquieto?</b>	
<b>¿Tiene un lugar para él?</b>	
<b>¿Tiene un tema de interés?</b>	
<b>¿Sientes que no comprendes al niño?</b>	
<b>¿Sueles realizar actividades para facilitar el conocimiento al niño?</b>	
<b>¿Intentas adaptar la situación al niño o el niño a la situación?</b>	
<b>¿Ayudas a que el niño se relacione con otras personas? ¿de qué manera?</b>	

Fuente: elaboración propia.

El **pedagogo** va a ser el observador y apoyo durante todas las jornadas de intervención. En el proceso de cada módulo va a realizar una observación directa y mediante una rúbrica va a poder **evaluar de forma individual si los conocimientos han sido adquiridos** con éxito o no. Además, al acabar cada módulo, es decir, cada semana, los **participantes realizarán una evaluación** acerca de lo aprendido en cada parte. Es importante que al finalizar cada módulo se reúnan el pedagogo y el psicopedagogo para analizar los datos obtenidos en la evaluación.

La **evaluación individual** del primer módulo sería la siguiente:

Tabla 7

*Evaluación individual de cada módulo realizada por el pedagogo*

<b>NOMBRE:</b>			
<b>Pregunta</b>	<b>No adquirido</b>	<b>A veces</b>	<b>Adquirido</b>
Realiza un apoyo visual acorde a mejorar el proceso de transmisión de información.			
Pauta las estrategias para que el niño lleve a cabo las tareas evitando un posible bloqueo o rechazo a la actividad.			
Trabaja las habilidades sociales en el ámbito doméstico en las dinámicas realizadas.			

Fuente: elaboración propia. Nota: ejemplo de la realización de una evaluación individual tras finalizar la segunda semana de jornadas.

La **evaluación final de cada dinámica** sería la siguiente:

Tabla 8

*Evaluación final de cada dinámica realizada por los padres*

Preguntas	Respuestas
¿Qué conocimientos has adquirido en este módulo?	
¿Qué aspectos que has conocido en este módulo te va a servir de utilidad en un futuro?	
¿Hay algo que pienses que necesitas mejorar o conocer de forma más específica?	

Fuente: elaboración propia.

Al finalizar el programa al completo, se realizará una **evaluación final** que será de manera oral. Luego podrán hacer reflexión y dejarla por escrito como en este ejemplo:

Tabla 9

*Evaluación final de las jornadas realizadas por los padres*

Pregunta	Adquirido	A veces	No adquirido
Sé distribuir y adaptar el contexto al niño			
Puedo realizar recursos materiales que ayuden a trabajar con el niño actividades que faciliten su día a día			

<b>Conozco las señales que alarman que al niño está sufriendo o puede sufrir una crisis</b>			
<b>Propuesta de mejora para las próximas jornadas</b>			

Fuente: elaboración propia.

Para finalizar, en un periodo de dos meses, tras finalizar el programa, se realizará una nueva entrevista a cada uno de los miembros que participaron en este programa. Es una manera de realizar un **seguimiento** y prever si es necesario añadir algún plan más individualizado.

En primer lugar, haremos **entrevistas individuales** para conocer si ha habido progreso por parte del niño con Síndrome de Asperger y si la convivencia es más favorable que la anterior. En el caso de que no exista una coordinación en el núcleo familia o que haya dificultad en otro contexto que influye de manera negativa en este, se podrá trabajar o dar ciertas pautas para mejorar la situación. Esta labor sería realizada por el psicopedagogo.

En segundo lugar, **se volverán a reunir todos los familiares** para comentar sus progresos y realizar cualquier pregunta una vez que se ha avanzado el proceso. En esta parte es fundamental la participación del psicólogo para tratar algunas situaciones que padezcan las personas más allegadas al niño.

## 10. Conclusión

Tras la realización de este Trabajo Fin de Máster, es el momento idóneo para establecer conclusiones y reflexionar acerca de lo expresado en estas páginas.

En primer lugar, se debe destacar la **amplitud de este tipo de trastorno**, desde sujetos que son más fáciles para un posible diagnóstico, hasta casos muy severos que llegan a afectar de forma completa a todos los contextos que le rodean; además, el proceso de intervención

psicopedagógica en estos sujetos es muy variado, teniendo a adaptarse a cada persona de forma individualizada y resultando imposible una aplicación general para todos (Rapin, 2002).

En segundo lugar, la **familia** es un grupo que va elaborando sus pautas de interacción para consolidar los roles y las funciones que realizan cada uno de los miembros de la estructura o del núcleo familiar.

La mayoría de las investigaciones realizadas sobre la familia en nuestro medio, recalcan la **importancia que tienen como factor psicosocial** o de riesgo en la aparición de problemas interpersonales, emocionales, sociales, educativos y del desarrollo de los niños (Benites, 2006).

Por todo ello, es importante destacar el **papel del psicopedagogo**. Es necesario proporcionar a los padres un apoyo terapéutico y en ocasiones intervenir en el núcleo familiar. También es importante capacitar a los padres, dándoles información sobre el Trastorno del Espectro Autista, de forma veraz y positiva. Por último, contar con los padres como co-terapeutas para que intervengan en el proceso de enseñanza-aprendizaje de sus hijos (Rivière, 1997).

Centrándonos en **la intervención propuesta** sobre la que se ha diseñado, dónde su éxito dependerá de una consecución de objetivos, donde el proceso de enseñanza- aprendizaje se debe adaptar a las características y necesidades de los destinatarios, que planifiquen dinámicas, formación, modelos y estrategias. Teniendo en cuenta su situación inicial y a partir de hoy trabajar desde las labores de coordinación, seguimiento y evaluación; aportándoles la formación adecuadas acordes a las características de sus hijos en cada momento para controlar el progreso de forma externa y dónde se espera que se favorezca el contexto de cada uno de los posibles participantes de esta intervención.

Todos estos serían los principales indicadores de que la propuesta de intervención ha sido **adecuada y eficaz** si se llevara a cabo tal y como plantea este Trabajo Fin de Máster. Los objetivos serían alcanzados ya que cada uno de ellos tiene en cuenta el desarrollo de la intervención y habiendo planificado previamente y comprobados al finalizar el diseño de esta.

Para finalizar, a pesar de los grandes avances conseguidos para el Trastorno del Espectro Autista desde sus comienzos en el siglo XVI, aún tienen muchos desafíos por delante. Lo cual se requiere mayor profundización para desarrollar hacia nuevas técnicas o metodologías donde se permita una mayor integración de estas personas en la sociedad.

## 11. Agradecimientos

El desarrollo de este trabajo ha sido realizado **gracias a todas las personas que me han apoyado** para no rendirme y conseguirlo para mi aprendizaje como psicopedagoga.

En primer lugar, gracias a **mi tutora del Trabajo Fin de Máster**, Elena Martín Diz, por escuchar mis propuestas y asesorarme en todo el momento de elaboración de este trabajo.

En segundo lugar, **a la Universidad de Valladolid**, por darme las herramientas necesarias para poder realizar este trabajo y sentirme con la confianza suficiente de que he adquirido los conocimientos necesarios para llevarla a cabo.

Y, por último, dar las gracias a mi primo, alguien que padece Trastorno del Espectro Autista y es el culpable de que quiere cada día conocer y aprender más para ayudar a niños como él.

## 12. Anexos

### 12.1 Tabla tipo de TEA

Tabla 10  
*Características de los distintos tipos de TEA*

Autismo o Kanner	Asperger	Trastorno desintegrativo infantil	Síndrome de Rett	Trastorno General del Desarrollo No Especificado
Antes de los 3 años	Más complicado de detectar que	A partir de los 2 años comienza a perder las	Solo en chicas	Comparten características, pero no cumplen

	el anterior (5-6 años)	habilidades adquiridas		criterios del autismo clásico
Incapacidad de Habilidades Sociales	Tema de interés	Pérdida del lenguaje expresivo	Periodo de detección entre 6 meses-1 año	Puede tener dificultades en la comunicación o en el área social, pero nunca ambas.
Alteración en la comunicación no verbal	No retraso cognoscitivo ni tampoco del lenguaje	Pérdida de las habilidades sociales	Pérdida del interés por el juego y la interacción social	
Retraso en el lenguaje oral	Dificultad para mantener una conversación	Pérdida en el control del esfínter	Pérdida de las habilidades motrices, cognitivas y del habla	
Lenguaje repetitivo		Pérdida de las habilidades motoras	Pérdida del uso de las manos	
Diferencia para mantener una conversación		Conductas estereotipadas	Discapacidad intelectual severa	

Fuente: elaboración propia. Nota: creación de esta tabla para visualizar de forma sintetizada las distintas características acordes a los distintos tipos de TEA.

## 12.2 folleto de las jornadas para padres

Figura 2  
*Folleto publicitario para dar a conocer las jornadas*

Durante el mes de julio se van a realizar unas Jornadas para ayudar y asesorar a padres acerca del Trastorno del Espectro Autista

Además, en este programa se enseñará cómo incluir los distintos modelos y estrategias aplicables para facilitar la convivencia en el contexto familiar.

ESCUELA PARA PADRES CON HIJOS CON TEA



PROGRAMA PSICOPEDAGÓGICO PARA PADRES CON HIJOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

En este programa tenemos en cuenta la importancia del contexto familiar.

Ven y conócenos

Comienza el 1/07/2019

acaba en 30/07/2019

Fuente: elaboración propia.

### 12.3 Listado de horario visual

Figura 3  
*Horario visual para el hogar*

HORARIO DE FIN DE SEMANA

## ¿QUÉ DEBO HACER?

<p>9:30 -10:00</p> <p>Despertarse y mirar el horario</p> 	<p>10:00-10:30</p> <p>Desayunar con tu hermana</p> 	<p>10:30-11:00</p> <p>Ducharse</p> 
<p>11:00-11:30</p> <p>Tareas en el escritorio</p> 	<p>11:30-12:00</p> <p>tareas al cajón</p> 	<p>12:00-12:30</p> <p>Rincón de lectura</p> 
<p>12:30-13:30</p> <p>Ir a parque con tú hermana y mamá</p> 	<p>13:30-14:15</p> <p>juego de mesa con papá y hermana</p> 	<p>13:30-14:00</p> <p>Recoger</p> 
<p>14:00-14:45</p> <p>hacer la comida con mamá</p> 	<p>15:30</p> <p>Ver una película todos juntos</p> 	<p>¡Tú puedes!</p>

Fuente: elaboración propia dónde se puede apreciar un ejemplo de horario visual.



12.4 Terapia de la tortuga

Figura 4

*Ejemplo de técnica de la tortuga para la relajación y modificación de conducta.*

## LA TORTUGA

La postura de la Tortuga ayuda a mantener la calma, da una sensación de seguridad al niño y ayuda a darnos cuenta de que somos responsables de nuestras emociones

- 

1 Me siento y pongo mis pies juntos uno contra el otro.
- 

2 Pongo mis brazos delante y los hago pasar por debajo de las piernas.
- 

3 Giro las palmas de la mano hacia arriba, abajo la cabeza hacia el pecho y... ¡Tortuga me he hecho!
- 










4 Estoy en mi casa, ahora no me muevo, me quedo así y estoy protegido en mi casa-caparazón.

Fuente: <https://hazmehablar.wordpress.com/2015/01/23/la-tortuga/>

12.5 Economía de fichas para modificación de la conducta.

Tabla 11

Fichas para la modificación de la conducta

CONDUCTA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
Recoger su plato después de comer y antes de jugar							
Poner la mesa con papá todas las noches antes de cenar							
Ayudar a mamá a hacer tú comida							

Fuente: elaboración propia.

12.6 Tarro de las emociones: ejemplo de diálogo

“(saca un papel dentro del tarro y en él aparece la siguiente pregunta)

- psicólogo: ¿Cómo intento dialogar con mi hijo cuando le ha dado una crisis y se intenta autolesionar o empieza a gritar? Sentimiento de frustración.

- padre 1: en esos casos yo intento mantener la calma, pero me es muy difícil porque nadie me ha enseñado calmarle y me duele ver a su hijo sufrir.

-madre 1: mi sentimiento en esos momentos es de miedo. Miedo a que se haya mucho daño y tenga que llevarlo al hospital.

-Psicólogo: en estos casos es muy normal los sentimientos de miedo, rabia, frustración, etc. Todos habéis tenido algún caso en el que no sabéis que le está pasando a vuestro hijo y comienza a autolesionarse o a gritar o llorar. Lo primero que debéis de hacer es mantener la calma, es común tener situaciones con ellos de este tipo, pero si estáis tranquilos en la medida de lo posible, seréis capaces de ayudar a vuestro hijo en esta situación. El segundo paso es quitar la manera en la que se autolesiona, uno de lo más comunes es morderse la mano cerrada o clavarse las uñas. Debemos de cogerles las manos y decirle que ya esta, que no pasa nada. Dar siempre palabras de ánimo y en un tono tranquilo y calmado. Intentad que os mire a los

ojos directamente. Intentar sentarlo y esperar al lado suya empleando una de las técnicas que os vamos a explicar en las próximas jornadas. “

12.7 Actividad nos vamos de reformas: ejemplo.

Figura 5

Ejemplo de distribución de una habitación para un niño con Síndrome de Asperger

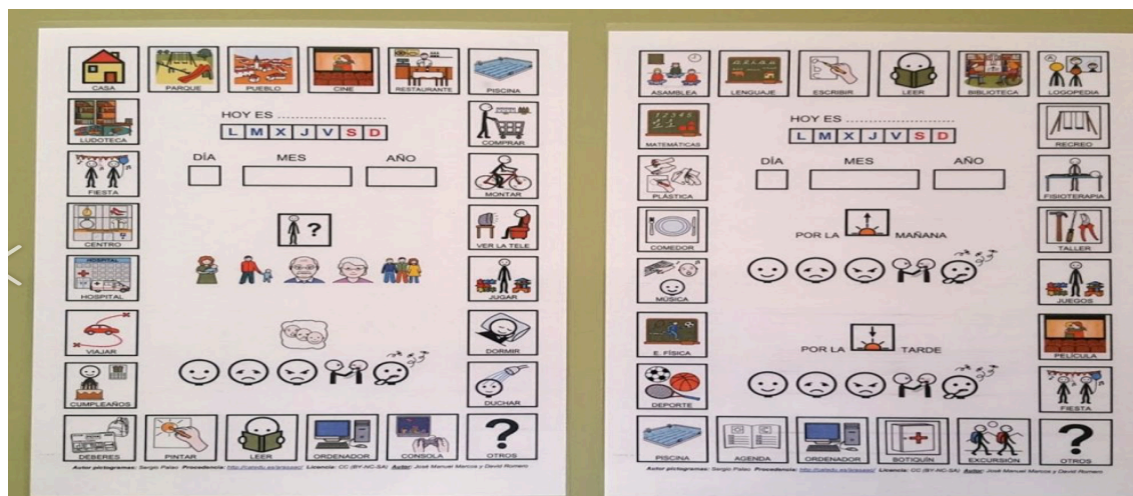


Fuente: elaboración propia.

12.8 Agenda visual: ejemplo.

Figura 6

Ejemplos de agendas visuales para trabajar en el hogar y en la organización de las rutinas



Fuente: <https://aulaabierta.arasaac.org/materiales-cao-agendas-visuales>

12.9 Ejemplo de pregunta y respuestas de la actividad “toma de decisiones”.

Figura 7

Ejemplo de tipos de preguntas que se pueden encontrar en esta actividad

**¿Es recomendable dejar que el niño con Síndrome de Asperger realice una tarea sin haberle enseñado previamente cada uno de los pasos?**

Sí de esa manera crearemos un momento para que el niño sea capaz de poner a prueba su autonomía siempre y cuando observemos el proceso de realización.

No, el niño con Asperger necesita recibir la información mediante pictogramas y si es una tarea muy compleja, se puede emplear objetos de transición para que conozca el resultado final y evitar el estrés.

Fuente: elaboración propia

12.10 Actividad: nos preparamos

Figura 8

Recurso para trabajar como hacer la compra



Fuente: <http://www.teayudamosjugando.com/nos-compras-supermercado-scotchi-2/>

12.11 Tablero de la actividad juego de mesa

Figura 9

Tablero de mesa para el juego que potencia las habilidades comunicativas



Fuente: elaboración propia

Figura 10

Entrevista para el diagnóstico del Síndrome de Asperger A.S.D.I

Puntuaciones: 0 = no es aplicable; 1 = es aplicable en algún grado, o mucho.

Área 1: Alteraciones severas en la interacción social recíproca (egocentrismo extremo)		
1. ¿Tiene dificultades para relacionarse con personas de su edad? Si es así, ¿en qué forma?	0	1
2. ¿Muestra un interés escaso, o parece carecer de interés, por hacer amigos o relacionarse con personas de su edad? Si es así, especifíquelo.	0	1
3. ¿Tiene problemas para apreciar las claves sociales? Por ejemplo, ¿falla a la hora de notar cambios en las conversaciones o interacciones sociales, o no se da cuenta de esos cambios cuando está interactuando con otras personas? Si es así, por favor, descríbalos:	0	1
4. ¿Muestra conductas social o emocionalmente inapropiadas? Si es así, ¿de qué forma/s?	0	1

(Dos o más puntuaciones de 1 = criterio cumplido)

Área 2: Patrón/es de intereses restringidos y absorbentes.		
5. ¿Tiene alguna afición o algún interés específico que ocupe la mayoría de su tiempo, o que restrinja drámente su dedicación a otras actividades? Si es así, por favor, coméntelo.	0	1
6. ¿Hay algo de repetitivo en sus patrones de interés o intereses específicos? Si lo hay, por favor, especifíquelo.	0	1
7. Las cosas que le interesan, ¿están más basadas en la memoria mecánica que en un auténtico significado?	0	1

(Una o más puntuaciones de 1 = criterio cumplido)

<b>Área 3: Imposición de rutinas, rituales e intereses.</b>		
8. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a él/ella mismo/a? Si es así, ¿de qué modo?	0	1
9. ¿Intenta introducir o crear rutinas, rituales o preferencias de un modo que acaba por crearle problemas a los demás? Si es así, por favor, descríbalos.	0	1

(Una o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)

<b>Área 4: Peculiaridades del habla y el lenguaje.</b>		
10. Su desarrollo del lenguaje, ¿fue retrasado? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
11. Su lenguaje ¿es "superficialmente perfecto", al margen de que tenga o no problemas de comprensión, u otros problemas lingüísticos? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
12. Su lenguaje, ¿es formal, pedante, o "exageradamente adulto"? Si es así, por favor, descríbalos.	0	1
13. ¿Hay alguna característica en su voz (tono, volumen, timbre, entonación, forma de acentuar las palabras, "prosodia", etc.) que Ud. encuentre peculiar o inusual? Si es así, ¿de qué forma?	0	1
14. ¿Tiene problemas de comprensión (incluyendo interpretaciones erróneas de significados literales o implicados)? Si es así, ¿qué tipo de problemas?	0	1

(Tres o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)

<b>Área 5: Problemas de comunicación no verbal</b>		
15. ¿Gesticula poco? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
16. Su lenguaje corporal ¿es torpe, desgarbado, desmañado, extraño o inusual? Si es así, coméntelo por favor.	0	1
17. Sus expresiones faciales, ¿son limitadas o poco variadas? Si es así, descríbalas por favor.	0	1
18. Su expresión general (incluida su expresión facial) ¿resulta a veces inadecuada? Si es así, descríbalas por favor,	0	1
19. ¿Su mirada es fija, extraña, peculiar, anormal o rara? Si es así, descríbalas, por favor.	0	1

(Una o más puntuaciones de 1= criterio cumplido)

<b>Área 5: Problemas de comunicación no verbal</b>		
20. ¿Se ha observado si tiene un rendimiento bajo en las exploraciones neuroevolutivas, bien en el pasado o en la presente exploración? Si es así, coméntelo por favor.	0	1

(Puntuación de 1= criterio cumplido)

Fuente: <http://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2013/10/Sindrome-de-Asperger-en-la-practica-educativa.pdf#page=7>

Figura 11  
Test Infantil del Síndrome de Asperger

**EL TEST INFANTIL DEL SÍNDROME DE ASPERGER (CAST)**  
(Reproducido de El Síndrome de Asperger, de P. Martín)

Nombre del niño:.....Edad:.....Sexo: masculino/femenino:.....  
 Orden de nacimiento:..... Parto de mellizos o parto único:.....  
 Nombre de los padres:.....  
 Profesión de los padres:.....  
 Edad de los padres en el momento de abandonar su educación a tiempo completo:.....  
 Dirección:.....  
 Teléfono:.....Colegio:.....

Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que a continuación se presentan y haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada. Todas las respuestas son confidenciales.

1. ¿Le resulta fácil participar en los juegos con los otros niños?	Sí No
2. ¿Se acerca de una forma espontánea a usted para conversar?	Sí No
3. ¿Comenzó el niño a hablar antes de cumplir los dos años?	Sí No
4. ¿Le gustan los deportes?	Sí No
5. ¿Da el niño importancia al hecho de llevarse bien con otros niños de la misma edad y parecer como ellos?	Sí No
6. ¿Se da cuenta de detalles inusuales que otros niños no observan?	Sí No
7. ¿Tiende a entender las cosas que se le dicen literalmente?	Sí No

8. A la edad de tres años, ¿pasaba mucho tiempo jugando imaginativamente juegos de ficción? Por ejemplo, imaginando que era un superhéroe, u organizando una merienda para sus muñecos de peluche.	Sí No
9. ¿Le gusta hacer las cosas de manera repetida y de la misma forma todo el tiempo?	Sí No
10. ¿Le resulta fácil interactuar con otros niños?	Sí No
11. ¿Es capaz de mantener una conversación recíproca?	Sí No
12. ¿Lee de una forma apropiada para su edad?	Sí No
13. ¿Tiene los mismos intereses, en general, que los otros niños de su misma edad?	Sí No
14. ¿Tiene algún interés que le mantenga ocupado durante tanto tiempo que el niño no hace otra cosa?	Sí No
15. ¿Tiene amigos y no sólo "conocidos"?	Sí No
16. ¿Le trae a menudo cosas en las que está interesado con la intención de mostrárselas?	Sí No
17. ¿Le gusta bromear?	Sí No
18. ¿Tiene alguna dificultad para entender las reglas del comportamiento educado?	Sí No
19. ¿Parece tener una memoria excepcional para los detalles?	Sí No
20. ¿Es la voz del niño peculiar? (demasiado adulta, aplanada y muy monótona)	Sí No
21. ¿Es la gente importante para él?	Sí No
22. ¿Puede vestirse él sólo?	Sí No
23. ¿Muestra una buena capacidad para esperar turnos en la conversación?	Sí No
24. ¿Juega el niño de forma imaginativa con otros niños y participa en juegos sociales de roles?	Sí No
25. ¿Hace a menudo comentarios que son impertinentes, indiscretos o inapropiados socialmente?	Sí No
26. ¿Puede contar hasta cincuenta sin saltarse números?	Sí No
27. ¿Mantiene un contacto visual normal?	Sí No
28. ¿Muestra algún movimiento repetitivo e inusual?	Sí No
29. ¿Es su conducta social muy unilateral y siempre acorde a sus propias reglas y condiciones?	Sí No
30. ¿Utiliza algunas veces los pronombres "tú" y "él/ella" en lugar de "yo"?	Sí No
31. ¿Prefiere las actividades imaginativas como los juegos de ficción y los cuentos en lugar de números o listas de información?	Sí No
32. En una conversación, ¿confunde algunas veces al interlocutor por no haber explicado el asunto del que está hablando?	Sí No
33. ¿Puede montar en bicicleta (aunque sea con ruedas estabilizadoras)?	Sí No
34. ¿Intenta imponer sus rutinas sobre sí mismo o sobre los demás de tal forma que causa problemas?	Sí No
35. ¿Le importa al niño la opinión que el resto del grupo tenga de él?	Sí No
36. ¿Dirige a menudo la conversación hacia sus temas de interés en lugar de continuar con lo que la otra persona desea hablar?	Sí No
37. ¿Utiliza frases inusuales o extrañas?	Sí No
<b>Sección de necesidades especiales</b>	
Por favor, completar cuando sea apropiado	
38. ¿Han expresado sus profesores o profesionales clínicos alguna preocupación acerca de su desarrollo?	Sí No
39. ¿Se le ha diagnosticado alguna vez de alguna de las siguientes condiciones?:	
Retraso del lenguaje	Sí No
Hiperactividad/trastorno hiperactivo	Sí No
Problemas de oído o visión	Sí No
Condiciones del espectro autista, incluido síndrome de Asperger	Sí No
Una discapacidad física	Sí No
Otros (especifique, por favor)	Sí No

<sup>1</sup> Versión original publicada en la revista *Autism*, 2001, Vol. 5 (1), pp. 57-66.

<sup>2</sup> Versión española de Mercedes Belinchón Carmona, para el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Valladolid.

Fuente: <http://www.guiadisc.com/wp-content/uploads/2013/10/Sindrome-de-Asperger-en-la-practica-educativa.pdf#page=7>



### 13. Bibliografía

- Álvarez, R. (2007). *Los programas para pensadores visuales: el programa TEACCH*. Federación Andaluza de padres con hijos con Trastorno del Espectro Autista. Autismo Andalucía.
- [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SV7\\_Eli61AkJ:colaboraeducacion30.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/documents/233046/822466/Resumen\\_TEACCH.pdf/16cce689-8f87-49fb-86ac-2600802a1fcb%3Fdownload%3Dtrue+%&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=safari](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:SV7_Eli61AkJ:colaboraeducacion30.juntadeandalucia.es/educacion/colabora/documents/233046/822466/Resumen_TEACCH.pdf/16cce689-8f87-49fb-86ac-2600802a1fcb%3Fdownload%3Dtrue+%&cd=6&hl=es&ct=clnk&gl=es&client=safari)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Angiola, N. I. (2004). *Floor time en la terapia de comunicación y lenguaje*. In XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Attwood, T. (2002). *El síndrome de Asperger*. ED.: Paidós, Barcelona.
- Babio, M., & Galán, M. (1989). La familia en el tratamiento del niño autista. *MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. Intervención Educativa en Autismo Infantil. Tema, 1*. Madrid: MEC.
- Benites, L. (2006). Familia y asertividad en adolescentes que asisten a centros comunales. *Avances en Psicología*, 14(1), 47-72.
- Bristol, M. M., Gallagher, J. J., & Schopler, E. (1988). Mothers and fathers of young developmentally disabled and nondisabled boys: Adaptation and spousal support. *Developmental Psychology*, 24(3), 441.

- Breinbauer, C. (2006). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. *Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes*, 11(1).
- Bustos, E. (2007). La familia y la escuela. *Revista de innovación y experiencias educativas*, (22).
- Caballero, R. (2008). *Síndrome de Asperger*. En los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica. Volumen II. El Síndrome de Asperger, una aproximación desde la práctica. (pp. 6-14). Sevilla. *sejería d*, 6.
- Cabanyes-Truffino, J., & García-Villamisar, D. (2004). Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*, 39(1), 81-90.
- Carr, E. G. (2013). El apoyo conductual positivo: filosofía, métodos y resultados.
- Cererols, R. (2011). ¿Qué es el Asperger? *Descubrir el Asperger*. Valencia: *Psylicom Ediciones*.
- Cunningham, C. D. H. (1988): Trabajar con los padres. *Marcos de colaboración*. Madrid: *Siglo XXI de España Editores SA*.
- Cuxart, F. (1997). La familia del niño con Autismo y el apoyo Terapéutico de las familias En el tratamiento del autismo. *Imserso*.
- Echeita Sarrionandía, G., & Sandoval Mena, M. (2002). Educación inclusiva o educación sin exclusiones. *Revista de educación*, 327, 31-48.  
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=z-wwBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=echeita+y+sandoval+2002+educación+inclusiva+o+educación+sin+exclusiones+&ots=3\\_SW4ir28u&sig=qXs6wvtzr4-qtWaqxMVoSDVNL-U#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=z-wwBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA31&dq=echeita+y+sandoval+2002+educación+inclusiva+o+educación+sin+exclusiones+&ots=3_SW4ir28u&sig=qXs6wvtzr4-qtWaqxMVoSDVNL-U#v=onepage&q&f=false)

- Ehlers, S., Gillberg, C., & Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(2), 129-141.
- Fernández, I., Fuente, J., & Rueda, J. (1991). Escala Haizea-Llevant. *Vitoria: Departamento de Publicaciones del Gobierno Vasco*.
- Fernández, M. E. L. E. (2008). *Detección, diagnóstico y evaluación de los alumnos con síndrome de Asperger*. En los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica. Volumen II. El Síndrome de Asperger, una aproximación desde la práctica (pp.18-34). Sevilla. *sejería d*, 14.
- Filipek, P. A., Accardo, P. J., Baranek, G. T., Cook, E. H., Dawson, G., Gordon, B., ... & Minshew, N. J. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 29(6), 439-484.
- Fortea, M. S., Escandell, M. O., & Castro, J. J. (2013, December). Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. In *Anales de Pediatría* 79(6), (pp. 352-359).
- Gillberg, C., & Ehlers, S. (1998). High-functioning people with autism and Asperger syndrome. In *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* (pp. 79-106). Springer, Boston, MA.
- Greenspan, S. I. & Wieder, S. (1997). *The Child with Special Needs*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Greenspan, S., & Wieder, S. (2006). *Infant and early childhood—mental health—a comprehensive developmental approach to assessment and intervention* (pp. 69-75).
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2008). The interdisciplinary council on developmental and learning disorders diagnostic manual for infants and young Children—An overview. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(2), 76.

- Güemes Careaga, I., Martín-Arribas, C., & Posada de la Paz, M. (2009). Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro autista.
- Henaó, L. G., Ramírez, N. L., & Ramírez, P. C. (2006). Qué es la intervención psicopedagógica: definición, principios y componentes. 6 (2), (pp. 147-315). *Medellin, Colombia*.
- Hess, K. L., Morrier, M. J., Heflin, L. J., & Ivey, M. L. (2008). Autism treatment survey: Services received by children with autism spectrum disorders in public school classrooms. *Journal of autism and developmental disorders*, 38(5), (pp. 961-971).
- Hippler, K., & Klicpera, C. (2003). A retrospective analysis of the clinical case records of 'autistic psychopaths' diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children's Hospital, Vienna. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 358(1430), (pp. 291-301).
- Junta, D. A. (2006). Los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica. Vol II. El Síndrome de Asperger, una aproximación desde la práctica. *Consejería de Educación, Sevilla*.
- Koegel, R. L., & Koegel, L. K. E. (1995). *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*. Paul H Brookes Publishing.
- López Gómez, S., Rivas Torres, R. M., & Taboada Ares, E. M. (2009). Reviews on Autism. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3.

- Mesibov, G. B., & Howley, M. (2010). *El acceso al currículo por alumnos con trastornos del espectro del autismo: uso del Programa TEACCH para favorecer la inclusión*. Ávila: Autismo Ávila.
- Moes, D. (1995). Parent education and parenting stress. *Teaching children with autism: Strategies for initiating positive interactions and improving learning opportunities*, (pp.79-93).
- Orenes-Baño, A. (2016). *Propuesta de Intervención Psicopedagógica para un alumno con Trastorno del Espectro Autista*. Universidad Internacional de la Rioja (UNIR).
- Organización Mundial de la Salud: *CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades*. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid. 1993.
- Pizarro, H. C. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista Electrónica" Actualidades Investigativas en Educación"*, 1(2), 0. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/8462>
- Pozo Cabanillas, M. D. P. (2010). *Adaptación psicológica en madres y padres de personas con trastornos del espectro autista: un estudio multidimensional*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.
- Polaino, A., Doménech, E., & Cuxart, F. (1997). El impacto del niño autista en la familia. *Instituto de Ciencias para la familia*. Universidad de Navarra, España: Ediciones Rialp.
- Rapin, I. (2002). *The autistic-spectrum disorders*. *The New England Journal of Medicine*, 347, (pp.302-303).
- Rivière, A. (1997). El Tratamiento del autismo como trastorno del desarrollo: Principios Generales. En Rivière, A; Martos, J. *El tratamiento del autismo*.

Rivière, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista I: Relaciones sociales y comunicación. II: Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid: MTA S-IMSERSO, (pp. 61-105).

Rivière, A. (1997). *Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo*. Obtenido de Universidad Autónoma de Madrid: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2006/TrastDsll/Lecturas/Autismo/RivDsll/oNorAut1.Html](https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/agonzale/Asun/2006/TrastDsll/Lecturas/Autismo/RivDsll/oNorAut1.Html).

Torrens, E. R. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) en el diseño de los servicios. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (12), (pp.121-130).

Schopler, E., Mesibov, G. B., & Kunce, L. J. (Eds.). (1998). *Asperger syndrome or high-functioning autism?*. Springer Science & Business Media.

Schopler, E., & Mesibov, G. B. (Eds.). (2013). *Learning and cognition in autism*. Springer Science & Business Media.

Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of autism and developmental disorders*, 9(1), (pp.11-29).

Wing, L. (1981). *Asperger's syndrome: a clinical account*. *Psychological medicine*, 11(1), 115-129.

Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In *Diagnosis and assessment in autism* (pp. 91-110). Springer, Boston, MA.

## 14. Normativa

Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, (p.2).

Declaración 152/87, 9 de mayo de 1996, sobre los Derechos de las Personas con Autismo.

Ley General 14/1970, de 6 de agosto, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 187, (pp. 12525-12546).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 106(4), (pp.17158-17207).

Ley Orgánica 8/2013, 9 de diciembre, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 295, (pp. 97858- 97921).

DECRETO 26/2016, de 21 de julio, por el que se establece el currículo y se regula la implantación, evaluación y desarrollo de la Educación Primaria en la Comunidad de Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, 142, (pp. (34196-35197).

INSTRUCCIÓN de 24 de agosto de 2017, de la Dirección General de Innovación y Equidad Educativa. *Consejería de Educación de Castilla y León*. (pp.2-5).

RESOLUCIÓN 44/25, 20 de noviembre de 1989, en Convención de los Derechos del Niño. Asamblea General, (pp. 9-12).

RESOLUCIÓN 62/139, 18 de diciembre de 2007. Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, nº 27351.

RESOLUCIÓN 67/82, de 12 de diciembre de 2012. Atención a las necesidades socioeconómicas de las personas, familias y las sociedades afectadas por los trastornos del espectro autístico, los trastornos del desarrollo y las discapacidades conexas. *Asamblea General de las Naciones Unidas*. nº 27531.

ACUERDO 29/2017, de 15 de junio. II Plan de Atención a la Diversidad 2017-2022. *Junta de Castilla y León*. 115, (p 23110).

Observación General, 27 de febrero de 2007, sobre los Derechos de los Niños con Discapacidad. *Convención sobre los Derechos del niño*. 9, (pp. 2-19).