



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOPEDAGOGÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER:

**FAMILIAS Y TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TRAS LA OBTENCIÓN
DEL DIAGNÓSTICO**

Tutora del TFM: Raquel Martínez Sinovas

Autora: Lucía Pérez González

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	2
2.1 Trastorno del espectro autista, definición, origen y teorías explicativas	2
2.1.1 Características de los niños/as con TEA	5
2.1.2 Identificación y diagnóstico	8
2.1.3 Criterios de diagnóstico	13
2.1.4 Prevalencia y Comorbilidad	17
2.1.5 Intervención y pautas	19
2.2 Familias con niños que presentan TEA	22
2.2.1 Impacto familiar	23
2.2.2 Intervención familiar	25
2.2.3 Papel del psicopedagogo	27
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	29
3.1 Objetivos	29
3.2 Contexto	29
3.3 Destinatarios	29
3.4 Procedimiento	30
3.5 Temporalización	30
3.6 Metodología	31
3.7 Desarrollo de la intervención	31
3.8 Recursos	44
3.9 Evaluación	44
4. ANÁLISIS DEL ALCANCE DE TRABAJO, OPORTUNIDADES, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53

RESUMEN

El presente Trabajo Fin de Máster recoge la realización de una propuesta de programa de intervención dirigida a la orientación de las familias con hijos que presentan Trastorno del Espectro Autista. Tras recibir el diagnóstico de sus hijos, los padres pueden llegar a experimentar emociones intensas como la frustración, la impotencia o sentimientos de culpa, todo esto les conduce a una desorientación ante un nuevo cambio de vida y no saben con certeza como afrontar la situación ni que pautas seguir para relacionarse adecuadamente con sus hijos. Es precisamente a partir de esta necesidad que surge mi Trabajo de Fin de Máster, centrado en la creación de un grupo de padres.

Tiene como objetivo diseñar una intervención psicopedagógica dirigida a las familias con hijos que presentan TEA, con el fin de orientarlas y ofrecer estrategias para la mejora de su calidad de vida.

La metodología propuesta adopta un enfoque activo de los participantes, situándolos como ejes centrales del proceso de intervención. Se sugiere un posible procedimiento que impulsa la reflexión y ofrece una perspectiva distinta, basada en la creación de espacios de encuentro donde los individuos puedan compartir experiencias y emociones con quienes atraviesas experiencias similares.

Para evaluar el impacto de la intervención se utilizan una serie de instrumentos, como la escala de Ansiedad y Depresión (GADS), para valorar el nivel de malestar, un conjunto de preguntas abiertas que permiten el reconocimiento de experiencias personales e inquietudes y escalas de evaluación que permiten conocer datos sobre el grado de satisfacción obtenido en las sesiones.

Se espera que, de llevarse a cabo, esta propuesta fomente la reflexión, el intercambio de experiencias, el fortalecimiento de la salud mental y la mejora de la calidad de vida en entornos de enriquecimiento colectivo.

PALABRAS CLAVE

Trastorno del Espectro Autista, programa de intervención, familia, intervención psicopedagógica.

ABSTRACT

This Master's Thesis presents a proposed intervention program aimed at guiding families with children with Autism Spectrum Disorder. After receiving their child's diagnosis, parents may experience intense emotions such as frustration, helplessness, or guilt. All of this leads them to become disoriented in the face of this new life change, and they are unsure how to deal with the situation or what guidelines to follow to relate appropriately to their children. It is precisely from this need that my Master's Thesis arose, focusing on the creation of a parents' group.

Its objective is to design a psychopedagogical intervention aimed at families with children with ASD, in order to guide them and offer strategies to improve their quality of life.

The proposed methodology adopts an active approach to participants, placing them at the center of the intervention process. A possible procedure is suggested that encourages reflection and offers a different perspective, based on the creation of meeting spaces where individuals can share experiences and emotions with those going through similar experiences.

To assess the impact of the intervention, a series of instruments are used, such as the Anxiety and Depression Scale (GADS), which assesses the level of distress; a set of open-ended questions that allow for the recognition of personal experiences and concerns; and evaluation scales that provide data on the level of satisfaction obtained during the sessions.

It is hoped that, if implemented, this proposal will foster reflection, the exchange of experiences, the strengthening of mental health, and the improvement of quality of life in environments of collective enrichment.

KEY WORDS

Autism spectrum disorder, intervention programmes, family, psychopedagogic intervention.

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué harías si de manera repentina, todo lo que imaginaste sobre la crianza de tu hijo cambiaría por completo? ¿De qué manera afrontarías la situación si te dijeran que tu hijo es diferente al resto y necesita una forma distinta en su desarrollo y comprensión?

Esta es la realidad a la que se enfrentan muchas familias cuando reciben el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista en sus hijos. Mientras realizaba las prácticas del grado en un colegio, recuerdo a una madre que entre lamentos me decía: “Nadie me informó sobre que iba a pasar después del diagnóstico, ni de qué manera podía evolucionar la situación. Me sentía sola y desorientada como si de manera repentina tuviera que convertirme en una experta sobre algo que desconocía”. Su vivencia al igual que la de tantas familias, exige una necesidad inmediata: Crear espacios de apoyo a las familias, donde se reconozcan sus emociones e ideas, se respeten los procesos y sus tiempos, a la vez que se les ofrezcan apoyos y herramientas para afrontar esta nueva etapa con esperanza y seguridad.

El presente trabajo fin de máster se fundamenta en el reconocimiento de la familia como agente principal en la intervención psicoeducativa. Teniendo como objetivo principal diseñar una intervención psicoeducativa, dirigida a ofrecer apoyo a las familias que tienen hijos con Trastorno del Espectro Autista. (TEA). Esta elección tiene la necesidad urgente de generar respuestas eficaces antes los desafíos que enfrentan las familias especialmente en los momentos posteriores al diagnóstico y durante el proceso de adaptación a las necesidades que implican el cuidado y acompañamiento de un niño o niña con este trastorno.

Diversas investigaciones han demostrado que el diagnóstico de una condición del desarrollo, como el autismo, puede tener un impacto significativo en la dinámica familiar, afectando no solo a los padres, sino también a los hermanos y otros miembros del entorno cercano. Entre las principales consecuencias se encuentran el aumento del estrés, la sensación de aislamiento, la incertidumbre, además del deterioro de la calidad de vida familiar si no se cuenta con los apoyos adecuados. Estos efectos pueden empeorar en ausencia de redes de contención emocional, recursos accesibles o información clara, lo que convierte a la familia en vulnerable que requiere atención específica. (Jordan, 2012).

En este contexto, el papel del psicopedagogo adquiere especial relevancia, ya que tiene la capacidad de intervenir en el ámbito emocional y relacional. Su rol va más allá del

trabajo directo del niño con TEA, incorporando el seguimiento, la orientación, el acompañamiento y el asesoramiento familiar. Esto influye facilitar procesos de adaptación, fomentar la participación de los miembros de la familia, promover estrategias positivas para el afrontamiento y fortalecer así la autoestima y las competencias parentales en un ambiente de respeto y colaboración.

A través de este trabajo, se propone la creación de espacios donde padres, madres, hermanos y otros familiares puedan expresar sus vivencias, intercambiar experiencias, y construir redes de apoyo mutuo. Estas actividades favorecen el bienestar emocional, además promueven una comprensión más profunda de la condición del niño con TEA, fomentando actitudes empáticas, proactivas y resilientes. No se trata únicamente de proporcionar información, sino de generar procesos vivenciales que favorezcan el núcleo familiar y contribuyan a mejorar su calidad de vida.

Finalmente, la propuesta da respuesta a la necesidad de adoptar una mirada inclusiva en la intervención, considerando a la familia como un pilar fundamental en el desarrollo de los niños con autismo. Atender sus necesidades, reconocer sus fortalezas y aportar herramientas concretas para su implicación en el proceso educativo y terapéutico es una estrategia clave para lograr una intervención realmente significativa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastorno del espectro autista, definición, origen y teorías explicativas

En este apartado se abordará el Trastorno del Espectro Autista, un trastorno del neurodesarrollo que ha evolucionado a lo largo de los últimos años. Se presentarán sus características principales, posibles orígenes y teorías explicativas que han intentado dar respuesta a las características y manifestaciones propias de este trastorno.

El DSM-5 (2013) describe los trastornos del espectro autista como trastornos del neurodesarrollo de prevalencia creciente que provoca alteraciones persistentes en las áreas principales de desarrollo, como por ejemplo la comunicación oral, la interacción social, patrones restrictivos y repetitivos en los intereses y comportamientos.

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) fue descrito por primera vez por Leo Kanner en el año 1943. Se clasifica como un trastorno del desarrollo neurológico que se caracteriza principalmente por la afectación de las habilidades socioemocionales, la persistente disminución de la interacción social y los patrones de comportamiento repetitivos y

restrictivos, esto se desarrolla durante las primeras etapas de crecimiento (Reynoso, Rangel y Melgar, 2017).

Hans Asperger publicó un artículo en el año 1944, con el título “La psicopatía autista en la niñez” (Asperger, 1944). En esta línea y siguiendo lo descrito posteriormente por Kanner, se identifican una serie de características comunes en el comportamiento de algunos niños, las cuales suelen hacerse evidentes alrededor de los tres años. Entre estas manifestaciones se encuentran dificultades en el uso pragmático del lenguaje, problemas con la coordinación motriz, alteraciones en la interacción social y en la comunicación no verbal, así como la presencia de conductas e intereses repetitivos u obsesivos. Además, existen algunos casos en los que se observa el desarrollo de estructuras cognitivas complejas y un pensamiento original.

Tanto el estudio de Asperger como el de Kanner se centraron en identificar las características observables de los niños, sin embargo, presentan algunas particularidades y enfoques diferentes.

Por un lado, Asperger (1944), adoptó desde el inicio una perspectiva orientada a la intervención, consideraba que la condición observada en sus pacientes se relacionaba principalmente con un desarrollo atípico de la personalidad, en cambio, el estudio de Kanner se centró en una descripción detallada de las alteraciones presentes en el comportamiento infantil. En contraste con Asperger, planteaba la hipótesis de que la alteración estaba presente prácticamente desde el nacimiento (Martínez, 2015).

La comprensión del autismo ha ido variando a lo largo del tiempo, Martínez (2015) propone la existencia de los siguientes cuatro periodos:

- En un primer momento (1943-1963) con los estudios iniciales de Kanner y Asperger, se formularon varias hipótesis, considerando el autismo como un trastorno de origen emocional, atribuido a una escasa vinculación afectiva entre madre e hijo.

- En el segundo periodo (1963-1983) el enfoque comenzó a cambiar gracias al desarrollo de investigaciones científicas que permitieron dejar atrás estas teorías en las que se culpaba a la madre. Este avance dio lugar a la creación de programas específicos de intervención, centros especializados y asociaciones de familias.

-El tercer periodo (1983-2000) supuso un cambio conceptual clave, al definirse el autismo como un trastorno del desarrollo e incluirse en los sistemas internacionales de clasificación diagnóstica como el DSM-III y la CIE-9.

-En el periodo más reciente (2000-actualidad) las investigaciones se han centrado en los fundamentos neurobiológicos del trastorno, en la identificación temprana de signos evolutivos y en el establecimiento de consensos para la intervención psicoeducativa. Este progreso ha sido posible gracias a estudios prospectivos que hacen seguimientos a bebés con riesgos, como tener un hermano mayor diagnosticado TEA. Y estudios retrospectivos basados en grabaciones familiares caseras. Actualmente, a pesar de los avances, las dificultades en la interacción social, el lenguaje y la presencia de conductas repetitivas siguen siendo los rasgos centrales en el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista (Martínez, 2015).

En 1994 con la publicación del DSM-IV, se definió el TEA como una alteración cualitativa en la interacción social recíproca, la comunicación, el lenguaje y el juego simbólico, así como muestra una serie de pautas restringidas y repetitivas de conductas e intereses, ofrece una serie de criterios de diagnóstico que se consideran como áreas de alteración en las cuales se agrupan diversos síntomas que se pueden manifestar en personas con autismo, estos síntomas no son específicos del autismo puesto que se pueden observar en otros trastornos del desarrollo como el síndrome de Rett, el trastorno desintegrativo de la infancia, el síndrome de Asperger y los trastornos generales de desarrollo no específicos. (DSM-IV, Asociación Americana de Psiquiatría; APA, 1994). El manual indica que las personas con autismo deben manifestar alteraciones en al menos seis sintomáticas antes de los 3 años.

El DSM-5 introduce un término general de Trastorno del Espectro Autista (TEA), suprimiendo las subdivisiones que se planteaban anteriormente y adoptando una perspectiva bidimensional del autismo. Esta nueva clasificación presenta tres niveles de gravedad. Si antes se utilizaba el término “autismo”, en la actualidad se emplea, “Trastorno del Espectro Autista”, ya que su impacto varía en cada persona y en distintos niveles.

Ortíz (2015) señala que el autismo es el trastorno más habitual dentro del espectro, aunque también se pueden evaluar otras condiciones como el síndrome de Asperger. En este

sentido resulta fundamental realizar un diagnóstico temprano ya que una intervención oportuna es clave para obtener buenos resultados.

Es fundamental comprender que las estrategias de intervención y actuación no son siempre iguales, por lo que es necesario adaptarlas a cada caso individual. La manifestación de los síntomas varía en función de la edad, las capacidades individuales de cada niño, las intervenciones y los apoyos recibidos. Asimismo, estos síntomas se hacen evidentes desde la infancia y afectan a la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), 2014).

Con el fin de visibilizar este trastorno y aumentar la conciencia en la sociedad sobre el impacto que tiene, las asociaciones de autismo impulsaron una iniciativa, celebrada el día 2 de abril, mundialmente reconocida como el Día del Autismo.

La celebración de 2024 tuvo como objetivo, proporcionar una visión completamente global sobre la situación, desde la perspectiva de las propias personas autistas. Como ha ocurrido en anteriores ocasiones, el evento contó con personas expertas en el autismo procedentes de diferentes profesiones y realidades sociales, representando seis regiones: África, Asia y el Pacífico, Europa, América Latina y el Caribe, Norteamérica y Oceanía.

El evento es organizado por el Departamento de Comunicación Global de la ONU, en colaboración con el Instituto de Neurodiversidad, una organización fundada y dirigida por personas neurodivergentes para apoyar a personas neurodivergentes y sus aliados.

2.1.1 Características de los niños/as con TEA

El trastorno del espectro autista recoge una serie de condiciones relacionadas con alteraciones del desarrollo neurológico. Se trata de un conjunto de trastornos que afectan principalmente a la comunicación, el lenguaje, las interacciones sociales además suelen presentar patrones de comportamiento repetitivos, intereses definidos y limitados. Aunque el trastorno está presente desde el nacimiento los síntomas comienzan a manifestarse durante la primera infancia, sin embargo, esto puede variar según las particularidades de la persona y su entorno. Estos síntomas persisten a lo largo de toda la vida (Martínez & Rodríguez, 2019).

En 1975, Lorna Wing, junto con Gould planteó una nueva forma de entender el diagnóstico del autismo, rompiendo con las clasificaciones anteriores que se habían mantenido desde la descripción de Kanner en 1943. En su estudio introdujeron una triada de dificultades que servirían como base para lo que Wing denominó el espectro del Autismo.

Estas características se agrupan de la siguiente manera:

- Comunicación: dificultades en la comunicación verbal y no verbal. Los sistemas prelingüísticos no aparecen de la misma forma que en el desarrollo típico. De este modo al no reconocer al otro individuo como agente intencional se ve afectada la aparición de funciones comunicativas tempranas.
- Relaciones sociales: dificultades en la reciprocidad social. No existe la adquisición de las habilidades sociales imprescindibles para el establecimiento de vínculos.
- Intereses: patrones repetitivos en las actividades elegidas y en los temas de interés: No representan una dificultad, ya que se asocian a una gran memoria y concentración muy desarrolladas en temas específicos. Sin embargo, el problema principal se centra en el vínculo con los social, si la comunicación no se ajusta a sus intereses perderá la atención para interactuar con el resto, Reaño (2014).

Además, los individuos con Trastorno del Espectro Autista se caracterizan por volverse excesivamente dependientes de las rutinas, muestran una alta sensibilidad a los cambios en su entorno o suelen enfocarse intensamente en elementos inapropiados (Melgarejo-Carvajal et al.,2016).

Álvarez López et al. (2014) explican que el autismo es un trastorno complejo que puede tener múltiples causas, aunque no se ha determinado una única explicación clara. En algunos niños se han encontrado ciertas alteraciones genéticas y cerebrales, pero solo en un pequeño porcentaje. Las imágenes cerebrales muestran diferencias en áreas como el cerebro, la amígdala o el hipotálamo. Como aún no se comprende su origen surgen muchas teorías. Sin embargo, lo más importante es detectar el autismo lo más pronto posible para intervenir adecuadamente. Un tratamiento temprano puede ayudar al niño a tener un mejor desarrollo y llevar una vida más autónoma.

Como se ha manifestado anteriormente el Trastorno del Espectro Autista se muestra de manera muy diversa en cada persona, por lo que se clasifica en distintos niveles de gravedad en función del grado de apoyo, presentes en el siguiente manual:

El manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5, APA, 2013) llevó a cabo una reorganización de los trastornos del espectro autista. En lugar de mantener las categorías diagnósticas individuales utilizadas anteriormente como el síndrome de Asperger, el autismo infantil o el trastorno desintegrativo de la infancia, se optó por unificar estos diagnósticos bajo el nombre de “Trastorno del Espectro Autista”. Esta nueva concepción permite describir de manera más amplia y flexible las manifestaciones clínicas. El DSM-5 propuso una evaluación basada en los niveles de apoyo que cada persona necesita, en función de la gravedad de los síntomas. Esta gravedad se determina teniendo en cuenta el grado de ayuda necesario en cada uno de los dominios psicopatológicos. Según el DSM-5 (APA, 2013), se establecen tres niveles distintos, como se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1

Clasificación de los niveles de gravedad del trastorno del espectro autista.

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Deficiencias significativas en las habilidades de comunicación sociales, tanto verbales como no verbales, causan alteraciones graves y limitadas en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que no suele iniciar una interacción y responde a aproximaciones sociales muy claras.	La inflexibilidad en el comportamiento, la gran dificultad de adaptación a los cambios y otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente en el funcionamiento general. Experimenta ansiedad intensa y dificultades para cambiar el enfoque.
Grado 2	Deficiencias notables en las aptitudes sociales, verbal y no verbal acompañadas de problemas sociales	La rigidez en el comportamiento, la dificultad para adaptarse a los cambios y otros comportamientos

“Necesita ayuda notable”	evidentes. Limitada iniciación de interacciones sociales y respuestas reducidas o anormales a los intentos de interacción de otras personas. Por ejemplo: Una persona que utiliza frases simples que se centran en intereses específicos.	restringidos/ repetitivos son fácilmente evidentes para el observador. Experimenta ansiedad y dificultad para cambiar el enfoque de la acción.
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda in situ. Las deficiencias comunicativas ocasionan problemas significativos. Dificultad para iniciar interacciones sociales y manifestaciones claras de respuestas atípicas o insatisfactorias a los intentos de interacción de otras personas. Puede parecer una falta de interés. Por ejemplo, una persona capacitada para utilizar frases complejas pero sus conversaciones resultan deficientes y sus intentos de hacer amistades generalmente carecen de éxito	Presenta inflexibilidad en el comportamiento, causa una interferencia considerable en el funcionamiento de varios entornos. Experimenta dificultad para cambiar entre actividades y problemas de organización y planificación suponiendo obstáculos para su autonomía.

Nota. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, (p. 52), por American Psychiatric Association, 2014, Editorial Medica Panamericana.

2.1.2 Identificación y diagnóstico

Durante los primeros años de vida, se produce una etapa crucial en el desarrollo infantil en la que se configuran las habilidades perceptivas, cognitivas, motoras, sociales y lingüísticas. Estas competencias permitirán al niño realizar interacciones equilibradas con su entorno social (Meza, 2017). Este periodo conocido como primera infancia, es esencial en la construcción de la estructura cerebral, resultado de la combinación entre la genética heredada y las influencias del entorno que rodean al niño. Por lo tanto, con el fin de identificar el desarrollo del niño desde la más temprana edad, se hace necesaria una atención temprana dirigida al conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil, entre los 0-6 años, así como a sus familias y a su entorno, con el propósito de abordar lo más pronto posible las necesidades temporales o permanentes que presenta el niño con

TEA o que está en riesgo de padecer este trastorno. Este enfoque multidisciplinar implica la planificación y el seguimiento por parte de un equipo de especialistas con el objetivo de satisfacer las necesidades del niño.

Una de las principales metas de la atención temprana es favorecer la adaptación del menor en su entorno cercano, ofreciendo apoyo a la familia para fortalecer su conocimiento y estrategias de ayuda al niño. Además, implica llevar a cabo diversas acciones y propuestas en entornos colaborando con profesionales de la educación y salud. Esta intervención es crucial debido a su influencia en el neurodesarrollo durante las primeras etapas de aprendizaje, así como por su contribución a la detección precoz de alteraciones del desarrollo durante los primeros años (Meza,2017).

Tradicionalmente las familias asumieron la responsabilidad de identificar los primeros signos y la búsqueda de respuestas. Esto se debe en parte, a que otras alteraciones neurológicas eran más conocidas y recibían más recursos y atención (Alcantud, Marín, 2013, s.n.p).

El interés por detectar el autismo de manera precoz ha aumentado en los últimos tiempos, tanto en el ámbito científico como el asistencial. Desde los años 90, investigaciones como las de Baron-Cohen, Allen y Gillberg (1992), han avanzado en la comprensión de cómo se manifiesta el trastorno desde edades temprana. Este progreso, junto con una mayor conciencia social y la mejora en los tratamientos y la atención temprana han permitido superar antiguos prejuicios. Actualmente se reconoce que el autismo es relativamente común, pudiendo ser diagnosticado con cierta fiabilidad a partir de los 2 años, y que su evolución depende en gran medida de la intervención temprana (Alcantud, Marín, 2013, s.n.p).

La atención temprana resulta fundamental para prevenir el empeoramiento del trastorno, reducir la aparición de síntomas secundarios y mitigar manifestaciones como los intereses restringidos, las dificultades sociales severas o la rigidez ante cambios.

Si la intervención se inicia pronto habrá menos riesgo de que el niño pierda sus habilidades comunicativas y su efectividad será mucho mayor. De lo contrario, existe riesgo de que el niño pierda habilidades ya adquiridas. Además, estas mejoras no solo benefician al niño, sino que también disminuyen la carga emocional, social y económica para las familias, mejorando su calidad de vida a largo plazo (Jacobson y Mulick, 2000).

En España, el ministerio de Sanidad y política social recomienda la detección precoz del autismo mediante el RD/1030/2006 (BOE del 16 de septiembre) y en el marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21, 2007) considerando la detección precoz de los trastornos del espectro autista un aspecto importante a tener en cuenta en el seguimiento del niño, proporcionando medios y recursos. La gerencia Regional de salud de castilla y león recomienda la detección precoz de los TEA, proporcionando recursos documentales específicos en su guía de detección actualizada en 2025.

El aumento en la prevalencia de los trastornos del espectro autista es un hecho ampliamente reconocido, aunque las causas de este incremento siguen sin estar del todo claras. Hoy en día, la comunidad científica continúa preguntándose por qué, a pesar de los avances aún no es posible realizar un diagnóstico completamente fiable antes de los 3 años.

Una de las principales explicaciones es la diversidad de factores que pueden originar los TEA, así como la notable variabilidad con la que se manifiestan los primeros síntomas. Esta heterogeneidad se refleja en aspectos como la edad en que aparecen los signos, el desarrollo del lenguaje, el nivel cognitivo y la presencia de dificultades en la comunicación, las relaciones sociales y el comportamiento (Ozonoff et al., 2008).

Para abordar esta dificultad, se ha planteado la necesidad de tratar el autismo temprano desde una perspectiva evolutiva. Esta visión parte del supuesto de que las alteraciones iniciales en el desarrollo social, comunicativo y conductual podrían deberse a la interacción entre múltiples vulnerabilidades genéticas y diversos factores prenatales, postnatales y del entorno (Yirmiya y Charman, 2010).

El diagnóstico diferencial del autismo varía en función de si se trata de un caso primario o secundario. El término autismo primario hace referencia a cuando aparece sin una causa médica o genética conocida. El autismo secundario aparece como consecuencia de otra condición médica, genética o neurológica.

Aunque los casos de autismo secundario son menos frecuentes, afectando entre un 16% y un 30%, frente al 70%-84% del autismo primario, su detección presenta mayores complicaciones. Este tipo de autismo se relaciona con trastornos de tipo cromosómico, metabólico, fisiológico o infeccioso, lo que dificultará su identificación precoz.

En muchos casos el trastorno específico suele aparecer antes de los 2 años, con síntomas más evidentes que pueden ocultar los indicadores que caracterizan al autismo. Como consecuencia, puede verse afectado el diagnóstico fiable de trastorno específico del autismo, puesto que no siempre se puede determinar si existe un vínculo causal entre ambos trastornos o si, por el contrario, los síntomas son atribuidos al trastorno primario (Folch-Schulz & Iglesias Dorado, 2018).

Es conveniente destacar que los casos de autismo secundario suelen ir acompañados de un grado grave de discapacidad intelectual, lo que dificulta la detección del autismo.

Entre los equipos y servicios especializados para el diagnóstico y la evaluación de los trastornos del espectro autista, se encuentran: Los equipos y servicios de la red de atención primaria de salud, los equipos de orientación educativa y psicopedagógica dependientes de la consejería de educación y los servicios privados acreditados por profesionales de la salud mental adscritos a contextos psicoeducativos como asociaciones de padres.

Las primeras sospechas de los padres suelen ser transmitidas a profesionales del ámbito sanitario. Sin embargo, el proceso de diagnóstico y evaluación depende de la severidad de los síntomas y se tendrán en cuenta tres contextos, el ámbito educativo, de la medicina y psicología.

Contar con la labor de equipos profesionales vinculados a las asociaciones de familias de personas con autismo, que disponen de recursos es fundamental para llevar cabo el diagnóstico definitivo y una evaluación completa.

Para la valoración de un diagnóstico clínico-psiquiátrico se siguen los siguientes pasos: Entrevista clínica semiestructurada con los padres con el objetivo de conocer antecedentes personales y familiares, hábitos y habilidades. Una evaluación neuro pediátrica con el fin de identificar las patologías de origen neurológico, sindrómico o físico. Por otro lado, para dar respuesta a la evaluación psicológica dimensional se seguirán los siguientes pasos: observación en situaciones de juego, observación en el contexto escolar natural y familiar y una valoración y análisis de filmaciones del niño (Folch-Schulz & Iglesias Dorado, 2018).

Actualmente para precisar el diagnóstico inicial se utilizan una serie de pruebas diagnósticas estándar, ajustadas a los criterios con el DSM-5 y el CIE-11. Entre las diferentes pruebas que se pueden encontrar, destacan:

Instrumentos que posibilitan la evaluación de la historia personal del niño basándose en la información proporcionada por los familiares.

- “*Autism Diagnostic Interview Revised*” (ADI-R) de Lord, Rutter y Le Couteur (1994)
- “*Diagnostic Interview for social and Communication Disorder*” (DISCO) de Wing et al (2002).

Para la clasificación de los comportamientos establecidos en el autismo se emplean las siguientes pruebas, caracterizadas por su fácil aplicación, ya que pueden ser realizadas por los familiares:

- La escala “*Childhood Autism Scale*” (CARS) de Schopler et al (1980). Esta escala de observación evalúa el grado de desviación de la conducta autista de la conducta típica.
- La escala “*Checklist for Autism in Toddlers*” (CHAT) y su versión modificada M-CHAT, de Robins et al (2001).
- La escala “*Autism Behavior Checklist*” (ABC), de Krug, Arick y Almond (1980), que permite realizar un diagnóstico de alteraciones a partir de los 3 años, así como la intensidad con la que se presenta el autismo, además es de aplicación rápida por parte de los padres.

Para comprobar la gravedad de los síntomas del autismo basándose en el DSM-IV (Folch-Schuz & Iglesias Dorado, 2018). Se realiza a través de la escala “*Gilliam Autism Rating Scale*” (GARS) de Gilliam (1995).

Según Martínez y Rodríguez (2019), el diagnóstico del Trastorno del espectro Autista suele basarse en una evaluación clínica integral que combina la observación directa del comportamiento, entrevistas a los familiares y el uso de instrumentos estandarizados. Entre las herramientas más utilizadas se encuentran la escala de observación para el diagnóstico del autismo (ADOS) y el cuestionario de comportamiento repetitivo (RBQ). Además, es posible completar el diagnóstico mediante pruebas genéticas que pueden detectar mutaciones relacionadas con el TEA. Identificar el trastorno en edades tempranas resulta fundamental ya que permite iniciar una intervención precoz que puede mejorar significativamente la calidad de vida de quienes lo presentan.

Según Lord (2019) en el diagnóstico de este trastorno se pueden emplearse varios métodos como:

- Evaluación auditiva del habla y el lenguaje para descartar otras condiciones patológicas.
- Cuestionarios aplicados a las familias, docentes y neurólogos que hayan observado al niño en diversas situaciones.
- Los profesionales sanitarios podrán realizar el diagnóstico del niño basándose en la observación y los cuestionarios previos, con el fin de determinar si cumple con los criterios establecidos para el diagnóstico.

2.1.3 Criterios de diagnóstico

Una vez abordadas las características del TEA, la clasificación por niveles de gravedad, los procesos de identificación y las principales escalas de diagnóstico, resulta fundamental profundizar en los criterios diagnósticos, los cuales serán desarrollados en este apartado.

Como se ha visto anteriormente, con los avances de los últimos años, se ha logrado un notable progreso en la identificación temprana de señales de TEA, impulsado por análisis retrospectivos de cuestionarios dirigidos a las familias, revisiones de grabaciones en video y más recientemente por los aportes de estudios prospectivos de cribado, entre los que destacan aquellos centrados en el seguimiento de poblaciones con alto riesgo, como los hermanos menores de niños con diagnóstico TEA (Filipek et al 2000).

Diversos estudios basados en cuestionarios retrospectivos cumplimentados por familias han aportado información relevante sobre el comportamiento temprano de los niños con TEA antes de recibir el diagnóstico. En estos estudios los padres han señalado signos tempranos como la escasa frecuencia de contacto visual, la ausencia de respuesta al ser llamados por su nombre, dificultades en la atención conjunta y una reducida interacción social. Estos indicadores permiten concluir que las alteraciones en la conducta social constituyen una de las señales más consistentes y tempranas para diferenciar a los niños que presentan TEA de aquellos con un desarrollo típico o con retraso en el desarrollo. No obstante, en los casos de retraso evolutivo, estas diferencias suelen manifestarse de forma más evidente en etapas posteriores. (Werner y Dawson, 2005).

En la misma línea, estudios basados en grabaciones de videos caseros, como los realizados por Maestro et al. (2002-2005) han identificado una serie de patrones conductuales que refuerzan estas observaciones. Entre los comportamientos más representativos que diferencian a los niños con este trastorno se encuentran, la tendencia

a ignorar a otras personas, la preferencia por la actividad y el juego en solitario, la falta de contacto visual, la escasez de expresiones sociales adecuadas, la ausencia de comunicación verbal, la falta de sonrisa social y el uso limitado de gestos comunicativos.

En relación con los indicadores biológicos, especificados en la tabla 2, se espera que la identificación de biomarcadores previos a la aparición de los síntomas conductuales del autismo contribuya significativamente a su detección temprana. La evidencia científica actual indica que, incluso antes de que se manifiesten los signos comportamentales característicos, generalmente hacia el final del primer año del niño, ya existen diferencias en el funcionamiento cerebral que permiten distinguir a los niños con alto riesgo de desarrollar autismo de aquellos con bajo riesgo (Elsabbagh y Jhonson, 2010).

Tabla 2

Biomarcadores que se proponen actualmente para el autismo.

Biomarcador	Método de análisis
Hiperserotonemia	Plasma sanguíneo
Disfunción mitocondrial/inmunológica	Estudio de linfocitos
Alteración del tamaño de regiones cerebrales	Imagen de resonancia magnética (MRI), imagen de tensor de difusión (DTI)
Macrocefalia	Trayectoria de perímetro cefálico
Disfunción/Hipo-conectividad cerebral	Resonancia magnética funcional, EEG, potenciales evocados.
Movimiento de los ojos	Medidas de seguimiento visual, movimientos sacádicos.

Tomada de *Trastornos del espectro autista: Detección, diagnóstico e intervención temprana* (p.70), por Alcantud Marín, 2012, Pirámide.

Como exponen (Alonso Peña y Alonso Esquisábel, 2014, p. 104) destacan una serie de indicadores que pueden observarse en niños de entre 12-24 meses que presentan riesgo de desarrollar autismo puede que SI realicen:

- Hablen o balbuceen con un tono de voz muy extraño.
- Muestren una sensibilidad anómala a alguna entrada sensorial (texturas, sonidos, luces)
- No suelten algún objeto, aunque lleven mucho tiempo con él.
- Jueguen con sus juguetes de una forma extraña.
- Realicen movimientos extraños con las manos y el cuerpo.
- Se enfaden en exceso o sean difíciles de calmar.
- No muestren entusiasmo por explorar cosas nuevas o parezcan poco activos.

Para diagnosticar autismo se deben tener en cuenta una serie de signos de alarma de TEA (Asociación Española de pediatría. 2011, p.5).

- No responde a su nombre para los 12 meses de edad
- No muestra objetos interesantes (punto en un avión en vuelo) para los 14 meses de edad
- No juega a “pretender” (fingir que “alimenta” de verdad a un muñeco) para los 18 meses de edad
- Evita el contacto visual y quiere estar solo
- Tiene dificultad para entender los sentimientos de otras personas o para hablar de sus propios sentimientos
- Tiene un retraso en la adquisición del habla y las competencias lingüísticas
- Repite palabras o frases una y otra vez (ecolalia)
- Da respuestas no relacionadas con las preguntas
- Se altera ante los cambios menores.
- Tiene intereses obsesivos
- Aletea las manos, mueve el cuerpo o da vueltas en círculos.
- Tiene reacciones inusuales a cosas sonoras, olfativas y gustativas.

La clasificación internacional de enfermedades (CIE-11, 2019), ha contribuido a la definición de trastorno del espectro autista, incluyéndolo dentro de los trastornos del comportamiento y del neurodesarrollo. Estos se caracterizan por la presencia de los de síntomas durante el periodo del desarrollo en la infancia, aunque en algunos casos pueden no ser evidentes hasta que las demandas sociales del entorno superan las capacidades de la persona. Los síntomas afectan áreas como el funcionamiento motor, intelectual, y

social. Estas manifestaciones tienden a ser estables a lo largo del tiempo y pueden observarse en distintos contextos, aunque pueden variar según el entorno educativo. A diferencia de otros manuales, la CIE-11 no establece un número fijo de criterios diagnósticos permitiendo que se utilice la evaluación clínica.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA 2013) recoge los criterios diagnósticos del trastorno del espectro autista, que se señalan a continuación.

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

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

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p.ej. estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej. Gran angustia hacia cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento

- rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p.ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro únicamente significativo en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden, para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

2.1.4 Prevalencia y Comorbilidad

En las últimas décadas, se ha observado un notable aumento en los casos de Trastorno del Espectro Autista (TEA), lo que ha llevado a descartar la idea de que se trata de un trastorno poco común.

Las estimaciones indican que la prevalencia del TEA pasó de 0,8 por cada 1000 niños en 1995 a 11 por cada 1000 niños en 2007. En la actualidad, Estados Unidos presenta una de las tasas más altas de diagnóstico, con aproximadamente 1 de cada 36 niños diagnosticados. Otros países con altas tasas de prevalencia incluyen Suecia y Reino Unido. (Martínez y Rodríguez, 2019).

La variabilidad de los datos entre regiones podría estar influenciada por factores como los criterios utilizados para el diagnóstico y la disponibilidad de servicios médicos (Martínez y Rodríguez, 2019).

Según Zúñiga, Balmaña y Salgado (2017), la prevalencia del TEA es mayor en el sexo masculino, con una tasa de 23,6 por cada 1000 niños, frente a una tasa de 5,3 por cada 1000 en niñas, en la población de 8 años en Estados Unidos. En relación con esto, Riviére (como se citó en Alcantud Marín, 2013) destaca que, aunque el TEA afecta con menor frecuencia a las mujeres, en ellas suele manifestarse con un mayor grado de alteración.

Es habitual que las personas en el espectro autista presenten otras condiciones asociadas. La coexistencia de uno o más trastornos con el autismo, más que la excepción, es lo común y algunos estudios apuntan a cifras de hasta el 70% (Lai, Lombardo y Baron-Cohen, 2014) o más del 95% (American Psychiatric Association, 2020).

La condición más frecuente asociada al autismo es la discapacidad intelectual, actualmente denominada trastorno del desarrollo intelectual (TDI), según el DSM-5. (APA, 2013). Hace unos años se estimaba que aproximadamente el 70% de personas con autismo presentaban también discapacidad intelectual. Sin embargo, investigaciones más recientes han ajustado una cifra más baja, situándola entorno al 50%. (Horna, Castiñeiras, 2021, p. 38).

Otra de las condiciones del neurodesarrollo más habituales que acompañan al autismo es el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Según Rico-Moreno y Tárraga-Mínguez (2016), los estudios se dividen entre aquellos que analizan la existencia de TDAH en niños con TEA y los que estudian la presencia de TEA en niños con TDAH. Los resultados revelan una amplia variabilidad, con tasas de comorbilidad que oscilan entre el 4,65% y el 78%. Además, las personas con TEA pueden presentar diversos factores médicos asociados.

La Asociación Española de Pediatría (2011) señala que uno de los más frecuentes es la epilepsia, que afecta entre el 11% y el 39% de los casos, especialmente en aquellos con discapacidad intelectual grave, alteraciones motoras o antecedentes familiares. Existen dos momentos críticos en los que puede aparecer: antes de los 5 años y durante la adolescencia.

También son comunes los trastornos del sueño, que pueden afectar hasta al 80% de las personas con TEA. Estos problemas se relacionan, en muchos casos, con alteraciones en la secreción de melatonina, e incluyen dificultades para conciliar el sueño y despertares frecuentes. A nivel digestivo, se presentan con frecuencia trastornos funcionales como estreñimiento, vómitos, dolor abdominal y afecciones como la gastritis.

Horna Castiñeiras (2021) afirma que las personas con trastorno del espectro autista que presentan condiciones coexistentes requieren que estas sean consideradas en su atención médica, psicológica y educativa. Identificar estas condiciones permite comprender mejor sus comportamientos y necesidades, facilitando intervenciones más eficaces y adaptadas a su bienestar físico, mental y emocional.

A partir de los datos presentados anteriormente, se puede destacar que, en los últimos años, ha aumentado significativamente la prevalencia del TEA a nivel mundial, especialmente en países como Estados Unidos. Este incremento puede deberse a la optimización de los criterios diagnósticos y acceso a recursos. Este trastorno es más frecuente en hombres que en mujeres, aunque en las mujeres tiende a mostrarse con mayor nivel de gravedad.

Por otro lado, la comorbilidad es común con personas con TEA, puesto que existen estudios que indican que entre el 70% y el 95% presentan otro trastorno asociado. Entre las condiciones se encuentran el trastorno del desarrollo intelectual, TDAH, epilepsia, los trastornos del sueño y problemas digestivos. (Horna Castiñeiras, 2021).

2.1.5 Intervención y pautas

En la actualidad existe un consenso generalizado de la comunidad científica y educativa que señalan a la intervención psicoeducativa como la más adecuada y eficaz para favorecer el desarrollo integral de las personas con trastorno del espectro autista. Aunque es posible identificar varias formas de intervención, como las farmacológicas, inmunológicas, biológicas, metabólicas, sensoriales o incluso psicoanalíticas. La intervención psicoeducativa destaca por su enfoque global centrada en las necesidades específicas de la persona (Martínez, 2015).

Como dice Alonso Peña, (2004), p 161 “De los pocos puntos donde existe un consenso general en el tratamiento del autismo es que una intervención educativa es clave para el desarrollo personal y el bienestar de los niños afectados por esta discapacidad”.

¿Qué se entiende por intervención psicoeducativa?

La intervención psicoeducativa se entiende como un enfoque que integra diversos métodos y estrategias de aprendizaje, centrado en el acto de enseñar como eje principal. Aunque no existe una única definición, el rasgo que la define es el carácter educativo del tratamiento, guiado por las preguntas sobre qué y cómo enseñar.

¿Qué programas de intervención para el tratamiento del trastorno del espectro autista existen?

Las intervenciones educativas en el ámbito del autismo han sido diseñadas con diversos propósitos, como a través de los siguientes programas: los programas comprensivos, que buscan estimular de forma integral varias áreas como el lenguaje, la comunicación, el juego, la interacción social, la imitación.

Los programas comprensivos suelen desarrollarse siguiendo dos enfoques: el modelo ecológico y el modelo evolutivo. El modelo ecológico se centra en enseñar habilidades funcionales que favorecen la autonomía de la persona en contextos cotidianos como la higiene personal, mientras que el modelo evolutivo pone el foco en estimular el desarrollo cognitivo, promoviendo la adquisición de competencias a través de vías compensatorias que se ajusten a las características del entorno. (Martínez, 2015).

Por otro lado, los programas específicos que se centran en el desarrollo específico, centrándose en una de las áreas. En ambos casos se aplican técnicas de enseñanza que describen el modelo de intervención, optimizando recursos, facilitando el aprendizaje y han demostrado ser eficaces. Entre estas técnicas destacan el encadenamiento hacia atrás o hacia delante, estas técnicas enseñan habilidades que requieren una secuencia de pasos, se enseña el primer paso de la secuencia y una vez realizado se aplica reforzamiento, de esta manera se completa la sucesión de pasos (Martínez, 2015).

El estudio realizado por Folch-Schulz y Iglesias Dorado (2018) en el que señalan que la mayoría de los niños con autismo sintomático reciben atención de estimulación temprana desde el nacimiento, al detectarse alteraciones físicas o motrices que requieren intervenciones sensorio motrices orientadas a la rehabilitación cognitiva y la prevención de trastornos del neurodesarrollo, no obstante, en muchos casos no se identifica el trastorno hasta pasados los 3 años de edad, cuando los retrasos en la maduración y el lenguaje evidencian sus dificultades en la interacción social y se revisan los objetivos de la

atención temprana. En esta etapa se prioriza el fomento de las conductas, comunicativas y socioafectivas, incorporando sistemas alternativos de comunicación y habla, el desarrollo de habilidades de imitación, e interacción, el desarrollo de la flexibilidad cognitiva y el control de conductas disruptivas.

Existen dos tipos de programas para la intervención temprana:

-Programas que ajustan el contexto al desarrollo de los niños con TEA:

Estos programas están orientados principalmente a diseñar espacios de aprendizaje más estructurados y comprensibles para el niño, al mismo tiempo que potencian las destrezas necesarias para su integración social, resultando especialmente útiles en aquellos niños con niveles cognitivos más bajos.

- 1) El programa TEACCH, pionero en mostrar la eficacia de preparar al niño con autismo en el uso de apoyo visuales como pictogramas o carteles, para comunicarse de forma espontánea y reforzar las habilidades socioemocionales, se caracteriza por ser un sistema versátil y por su adaptabilidad a las particularidades de cada persona.
- 2) El Modelo Denver: Es un método de intervención desarrollado en el año 2000 por Sally Rogers y Geraldine Dawson, integra técnicas de enseñanza intensiva basadas en el análisis aplicado a la conducta con enfoques de desarrollo fundamentados en la calidad de la acción.
- 3) El Programa Walden, que destaca la importancia de que el niño reconozca la importancia del lenguaje como herramienta de comunicación y que aprenda mediante interacciones espontáneas y lúdicas.
- 4) El Programa del Scottish Centre, que se centra en fomentar las habilidades básicas cognitivas y sociales que favorecen la autonomía del niño con autismo. (Folch-Schulz y Iglesias Dorado, 2018).

-Programas que promueven la adaptación de los niños con TEA al medio:

Estos programas requieren que la persona con autismo se ajuste a las demandas de su entorno, buscan fortalecer sus áreas de dificultad para promover su autonomía y su integración en la vida cotidiana. La mayoría se basan en el análisis aplicado a la conducta (ABA), con procesos de evaluación y modificación de conductas e incorpora el entrenamiento de habilidades discretas (DTT), que ofrece sesiones de aprendizaje

estructuradas con inicio y fin, más indicado en algunos casos para adultos. Por su parte el entrenamiento en el entorno natural (NET), aplica estrategias dentro de contexto reales y lúdicos para aumentar la motivación del niño. Algunos programas son:

- 1) El programa EIBI: En cambio a la mayoría de los programas centrados en el análisis de la conducta, este método considera prioritario eliminar conductas problemáticas, planteando un entrenamiento intensivo en el contexto familiar y escolar, exigiendo un elevado coste de tiempo, emocional y económico para los padres.
- 2) El programa PECS: Propone estimular la interacción comunicativa para que el niño interiorice el propósito social del lenguaje, aprovechando apoyos visuales como herramienta clave para cumplir este objetivo.
- 3) El programa LEAP, este programa apuesta por la colaboración de las familias, promoviendo que los niños con autismo participen en actividades escolares lo más integrados posible, recibiendo únicamente el apoyo esencial y reservando el entrenamiento de destrezas sociales y juego para el ámbito extraescolar. (Folch-Schulz y Iglesias Dorado, 2018).

En definitiva, estos programas orientados a facilitar la inclusión, el bienestar emocional y la participación de los menores en el entorno social, escolar y familiar permiten que cada niño avance a su propio ritmo, respetando las necesidades individuales.

2.2 Familias con niños que presentan TEA

La Real Academia Española (2012) describe a la familia en una de sus definiciones como “grupo de personas vinculadas por relaciones de matrimonio, parentesco, convivencia o afinidad”, sin embargo, esta definición es limitada porque no tiene en cuenta las funciones que desempeñan o las emociones presentes en estos grupos.

“Los profesionales son las personas que mejor conocen los TEA, pero los familiares son quienes mejor conocen a la persona”. (Diez-cuervo y Cols, 2005, p 301). De este modo al trabajar de forma colaborativa, aprovechamos al máximo el potencial que ofrece la evaluación y logramos un mayor beneficio para las familias.

Horna Castiñeiras (2021) señala que es fundamental considerar el momento en que una familia se encuentra en el proceso de aceptación del diagnóstico de su hijo con trastorno

del espectro autista. El impacto emocional y las necesidades de apoyo pueden variar significativamente según el tiempo transcurrido desde la recepción del diagnóstico y la edad del niño.

Cuando el diagnóstico es reciente, las familias pueden experimentar una serie de emociones similares a las etapas del duelo, incluyendo shock, negación y culpa. Este proceso emocional es una respuesta natural al enfrentarse a la pérdida de las expectativas previamente formadas sobre el desarrollo de su hijo. (Horna Castiñeiras, 2021).

Además, la edad del niño en el momento del diagnóstico influye en la experiencia familiar. Recibir la noticia cuando el niño tiene 2 años puede ser especialmente desafiante ya que se desvanecen muchas expectativas de su futuro. En cambio, si el diagnóstico se realiza cuando el niño tiene 16 años, la familia puede haber tenido más tiempo para adaptarse y comprender las necesidades específicas de su hijo.

Es comprensible que algunas familias, al enfrentar el diagnóstico en uno de sus hijos, puedan sentirse abrumados y como resultado obtén por omitir u ocultar cierta información al interactuar con profesionales. Este comportamiento puede deberse a experiencias previas negativas, miedos o simplemente a la necesidad de tiempo para procesar la situación. Es fundamental respetar el ritmo de cada familia y reconocer su derecho a decidir qué información compartir y con quién (Horna Castiñeiras, 2021).

La evaluación representará para las familias un proceso especialmente delicado, lleno de emociones diversas. Por un lado, sienten la necesidad de obtener respuestas claras sobre lo que le ocurre a su hijo y por otro, conservan la esperanza de que el diagnóstico no sea grave o que al menos, se trate de algo transitorio y fácilmente solucionable. Comprender este estado emocional es esencial para aprovechar al máximo el proceso evaluativo. Es necesario conocer cómo viven los padres el proceso de diagnóstico, qué percepción tienen de las dificultades de su hijo y cuáles son sus expectativas, esto permitirá estructurar de forma adecuada la entrevista, guiar la intervención profesional y sobre todo, comunicar los resultados, y las orientaciones de la manera más empática y eficaz posible (Bailey, 2008).

2.2.1 Impacto familiar

Según Villota, Carrión, García y Aguilar (2018), el nacimiento de un hijo con diagnóstico de TEA genera en la familia un nivel de estrés crónico y un impacto emocional

significativamente mayor en comparación con familias cuyos hijos tienen otros trastornos.

Los padres atraviesan un proceso de duelo, lidiando con la desilusión por las expectativas iniciales. Este proceso puede transformarse en sentimientos de culpa y reproches mientras buscan entender el origen del trastorno. (Villota, Carrión, García y Aguilar, 2018).

Según Miaja & Moral de la Rubia (2013) citado en (Villota, Carrión, García y Aguilar, 2018) Existen una serie de etapas que atraviesan las familias tras recibir el diagnóstico de un hijo con TEA. La etapa principal del duelo es la negación, utilizada como un mecanismo de defensa para mitigar el impacto de la pérdida de la ilusión ante la noticia.

En la segunda etapa, aparece la ira, caracterizada por emociones de rechazo y enojo. La tercera etapa es la negociación, que representa una pre-aceptación de lo sucedido, y facilita el entendimiento de la pérdida mediante pensamientos de superación, finalmente llega la etapa de aceptación, se trata de una etapa decisiva, en la cual la persona puede quedar estancado en el duelo o iniciar la superación.

Es común, dentro de una pareja de progenitores o tutores, que cada individuo transite el proceso de aceptación de diagnóstico de su hijo con trastorno del espectro autista a su propio ritmo. Esta diferencia en las etapas de asimilación puede dar lugar a enfoques diferentes para afrontar la situación, lo que, en ocasiones puede generar desacuerdos o tensiones en la relación (Horna, Castiñeiras, 2021).

Además, el impacto emocional del diagnóstico puede manifestarse de manera diferente en cada progenitor. Algunos estudios señalan que los padres pueden experimentar sentimientos de amenaza hacia su masculinidad, mientras que las madres pueden sentir cuestionada su capacidad reproductiva. Ambos pueden enfrentarse a emociones como la culpa o la búsqueda de explicaciones sobre las causas del diagnóstico, lo que puede llevar a generar tensiones adicionales en la relación de pareja (Alcíbar et al. 2014, citado en Villota, Carrión, García y Aguilar. 2018).

La familia es considerada socialmente como un sistema que aporta cuidado, protección, afecto y ayuda económica buscando el bienestar de todos los miembros.

La madre y el padre desempeñan roles diferentes en el hogar, tradicionalmente el hombre es el sustento económico y a veces puede descuidar la relación emocional con los hijos

mientras que la mujer es la principal encargada de aportar afecto y cariño, es así, que la madre crea un vínculo afectivo muy cercano y de interacción dinámica con el hijo con TEA, dedicando todo su tiempo al cuidado y la atención (Alcíbar, 2014).

Cualquier familia suele enfrentarse a múltiples situaciones simultaneas que van más allá del propio diagnóstico. Entre estos desafíos se incluyen las necesidades de otros hijos enfermedades graves, desempleo, pérdidas familiares, dificultades económicas, problemas de pareja o la responsabilidad de cuidar a otro familiar. Estas circunstancias pueden limitar su capacidad para dedicar todo el tiempo, la energía o los recursos que desearían al apoyo de su hijo con trastorno del espectro autista. Esta sobrecarga puede generar sentimiento de culpa por no poder proporcionar toda la ayuda que sus hijos necesitan, por no poder costear recursos que les beneficiarían o por perder el ánimo., sumándose la constante preocupación por el futuro (Horna Castiñeiras, 2021).

2.2.2 Intervención familiar

“La intervención centrada en la familia es un modelo de intervención para que las familias cuiden a sus hijos de manera que se produzcan resultados óptimos para el niño, los padres y la familia” (Dunst, 2002).

Todas las intervenciones deben partir del reconocimiento de la familia como el principal agente en el proceso de apoyo a su hijo. En este sentido, es esencial establecer relaciones basadas en el respeto y la dignidad, diseñar programas personalizados que sean flexibles y sensibles a las particularidades de cada núcleo familiar, garantizar una comunicación fluida y colaborativa tanto con la familia como con los profesionales implicados, consensuar las decisiones relativas a la intervención permitiendo a las familias participar activamente en la toma de decisiones y asegurar el acceso a los recurso más adecuados según las necesidades detectadas (Dunst, 2002).

Los programas de entrenamiento para padres basados en los principios de análisis de la conducta (ABA) surgieron inicialmente con el objetivo de reducir conductas disruptivas. Con el tiempo aparecieron nuevos programas para favorecer el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y de lenguaje (Rojas-Torres et al 2020).

Como señala Rojas-Torres et al (2020) el resultado de 8 estudios mostró una eficacia media en la eficacia de la intervención. Por otro lado, un estudio de Osterling et al, (2002) evaluó la formación con padres en dos grupos, uno con intervención habitual centrada en

el desarrollo del lenguaje y otro grupo sin intervención, como resultado no se encontraron diferencias significativas (Rojas-Torres et al 2020).

El modelo de intervención (RDI) Intervención del desarrollo de relaciones, se trata de un programa diseñado para intervenir sobre las dificultades que presentan algunas personas a la hora de compartir experiencias con los demás. Su enfoque se centra en modelos de desarrollo y teorías cognitivas, poniendo especial atención en enseñar al niño a reconocer y ajustar la conducta en los demás como parte de una interacción social, en lugar de centrarse en el aprendizaje de habilidades aisladas. Proporciona a los padres habilidades sencillas que les permiten crear un intercambio afectivo con el niño con el objetivo de fomentar la conexión emocional (Güermes et al, 2009).

Rojas-Torres et al. (2020) analizaron los efectos de distintos programas de intervención aplicados al entorno familiar, incluido el método TEACCH y se concluyó que en su mayoría los resultados fueron favorables. Estos beneficios además de dar óptimos resultados en la conducta de los niños con TEA también fueron notables en el fortalecimiento de las habilidades familiares, reduciendo los niveles de estrés y aumentando la eficacia de la intervención.

El PECS (Picture Exchange Communication Systems) es un sistema de comunicación que surgió en los años 90, descrito por Frost y Bondy (1996) este programa permite la capacitación en la comunicación e interacción de los niños con los otros mediante el intercambio de símbolos, dibujos, fotografías u objetos reales. A través de este programa se reconocen objetos que ejercen como estímulos para que el niño realice determinadas acciones, además de aprender a responder preguntas utilizando un sistema de comunicación de imágenes (Güermes et al, 2009).

Se trata de un programa altamente estructurado que utiliza principios de modificación de conducta, empleando estímulos, respuestas y reforzadores con el fin de desarrollar la comunicación funcional.

El PECS representa un sistema que aplica los principios de Análisis aplicado a la conducta (ABA) para fomentar la comunicación empleando recursos visuales.

El PECS consta de 6 fases, mediante las cuales el niño va reconociendo conceptos, adquiriendo comprensión y comunicación mientras va pasando por todas las fases (Pyramid Educational Consultants 2019).

-Fase 1: Los individuos aprenden a intercambiar imágenes individuales por artículos o actividades que realmente les gustan.

-Fase 2: Aun utilizando imágenes individuales, las personas aprenden a generalizar esta nueva habilidad al usarla en diferentes lugares con diferentes personas y a través de distancias. También se les enseña a ser comunicadores más persistentes.

-Fase 3: Las personas aprenden a elegir entre dos o más imágenes para pedir sus cosas favoritas. Estas se colocan en un libro de comunicación-una carpeta anillada con titas autoadhesivas de bucle de gancho, donde las imágenes se almacenan y se toman fácilmente para la comunicación.

-Fase 4: Los individuos aprenden a construir oraciones simples en una tira-frase desmontable usando una imagen de “quiero” seguida de una imagen del elemento que se solicita.

-Fase 5: Los usuarios aprenden a usar PECS para responder preguntas como "¿Qué quieres?"

-Fase 6: A los individuos se les enseña a comentar en respuesta a preguntas como "¿Qué ves?", "¿Qué oyes?" Y "¿Qué es?" Aprenden a componer oraciones comenzando con "Veo", "Escucho ", " Siento ", " Es un ".

2.2.3 Papel del psicopedagogo

El psicopedagogo es un profesional que atiende al ser humano, con o sin dificultades del desarrollo (Miret, Fuster Peris, García y Saldaña, 2010).

Miret, Fuster, Peris, García y Saldaña (2010) afirman que el psicopedagogo puede desempeñar su actividad tanto en el ámbito de la salud como en el educativo con el propósito de favorecer el desarrollo personal del individuo y del contexto en el que se encuentra. El psicopedagogo desempeña una serie de funciones, entre las que se encuentran, las siguientes:

-Coordinación de las actividades de orientación en los centros.

-Orientación psicopedagógica en los procesos de aprendizaje y en la adaptación a las diferentes etapas educativas.

-Detección de las condiciones personales y sociales que faciliten o dificulten el desarrollo del niño.

- Evaluación y valoración socio-pedagógica.
- Asesoramiento a las familias y participación en el desarrollo de programas de formación para padres.
- Intervención, definida por Bisquerra como la dimensión práctica de la orientación, teniendo en cuenta los siguientes modelos de intervención:
- El modelo clínico, se centra en la atención individualizada a través de la entrevista personal.
- El modelo de programas que supone anticiparse a los programas teniendo como finalidad la prevención de estos y el desarrollo integral de la persona.
- El modelo de consulta, en el que se asesora a mediadores (familia, profesorado) para que sean ellos los que lleven a cabo programas de intervención (Miret et al., 2010).

Respecto al proceso de evaluación, antes de comenzar, es recomendable ofrecer a la familia una explicación clara sobre cómo se va a desarrollar, ya que esto les permitirá saber qué esperar y cuál será su papel durante el proceso. Un buen punto de partida es iniciar la entrevista explorando con los padres atendiendo las razones que los han llevado a buscar nuestra ayuda, así como sus preocupaciones e inquietudes. Escucharlos con atención, paciencia y sin interrupciones no solo les hará sentirse más cómodos, sino que también les transmitirá nuestro interés por su situación. Además, a lo largo de toda la evaluación es esencial mantenernos atentos a su estado emocional, prestando atención tanto a lo que expresan verbalmente como a aquello que no dicen (Bailey, 2008).

Un aspecto clave para favorecer esta relación es prestar especial atención al inicio de la evaluación. Dedicar unos primeros momentos a compartir un espacio tranquilo con los padres y su hijo, conversando sin prisas y en un ambiente relajado, ayuda a que se sientan cómodos y acogidos creando así las condiciones necesarias para una comunicación sincera y abierta.

Es fundamental ofrecer apoyo a las familias con TEA, desde una postura de comprensión y respeto, evitando emitir juicios de valor sobre sus prácticas familiares. Cada familia enfrenta unas circunstancias únicas y aunque podamos intentar empatizar, no podemos experimentar exactamente su realidad ni comprender totalmente sus desafíos. Juzgar puede deteriorar la confianza y crear barreras en la relación entre las familias y los profesionales, dificultando una colaboración efectiva (Horna Castiñeiras, 2021).

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1 Objetivos

El objetivo principal es diseñar una intervención psicopedagógica para familias en las que uno de sus miembros haya recibido diagnóstico de TEA, con la intención de orientar y aportar a las familias estrategias y recursos con el fin de mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos

- Fomentar un sentido de pertenencia dentro del grupo de participantes, con el fin de facilitar el logro de los objetivos propuestos en las sesiones.
- Ofrecer herramientas, pautas y espacios de descanso que contribuyan a afrontar con mayor bienestar la vida cotidiana.
- Formar a las familias sobre las diferentes metodologías y materiales.
- Generar un ambiente relajado que potencie el disfrute y el aspecto lúdico de la implicación activa en las diversas actividades.
- Promover el desarrollo de habilidades sociales en el ambiente familiar de un niño con Trastorno del espectro autista.
- Potenciar la autoestima de los miembros de la familia a través de su participación, favoreciendo al mismo tiempo un mayor autoconocimiento.

3.2 Contexto

Esta propuesta de intervención está diseñada para desarrollarse en un contexto educativo de carácter no formal. Está dirigida a una asociación que trabaja en el área del Trastorno del Espectro Autista y que busque dar apoyo a las familias que hayan recibido un diagnóstico reciente de este trastorno.

3.3 Destinatarios

La intervención está dirigida por psicopedagogos y va destinada a los familiares o tutores legales de niños y niñas con un diagnóstico reciente de Trastorno del espectro autista, especialmente en la etapa de educación infantil. Está pensada para quienes atraviesan un periodo caracterizado por respuestas emocionales negativas, como el estrés, angustia o desesperación.

Cada familia podrá participar con un máximo de tres integrantes y se prevé trabajar con máximo de seis familias. Este programa está especialmente orientado a aquellas que han recibido recientemente el diagnóstico, encontrándose en un momento inicial, caracterizado por la confusión, las dudas y la incertidumbre. Durante esta etapa, las familias necesitan principalmente información, comprensión, formación y apoyo emocional. Con el fin de facilitar su participación en las sesiones, se pondrá a disposición un servicio de cuidado infantil, para que los hijos puedan ser atendidos mientras los familiares realizan las sesiones.

Los requisitos que deben cumplir las personas candidatas para poder formar parte de la intervención son los siguientes:

- Haber recibido recientemente un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista.
- Familias que estén atravesando dificultades emocionales a raíz del diagnóstico de su hijo.
- Contar con disponibilidad de tiempo para asistir a las sesiones grupales.
- Tener interés y motivación para implicarse en la dinámica de grupo.
- Apertura para trabajar en equipo y compartir experiencias con otras familias.
- Compromiso para asistir regularmente a las sesiones.

asisten a la intervención.

3.4 Procedimiento

El proceso de incorporación de miembros al grupo comenzará en la propia asociación donde se llevará a cabo la intervención. Esta entidad será la encargada de evaluar individualmente cada caso que pueda ser apto para participar en el programa. Una vez seleccionadas las personas que cumplen con los criterios establecidos, se llevará a cabo una evaluación inicial con la familia, en la que se valorará su inclusión en el grupo.

3.5 Temporalización

Las sesiones del programa se llevarán a cabo con una periodicidad semanal, realizándose un día a la semana. El programa cuenta con un total de 9 sesiones, entre las que se encuentran una de evaluación inicial y una de evaluación final.

La elección del día y el horario se consensuará entre todos los miembros participantes de las familias, con el fin de facilitar la asistencia y adaptarse a sus necesidades. La única

excepción será la sesión de evaluación inicial que se realizará de forma individual con cada familia, acordando la fecha de manera personalizada.

La duración de las sesiones será flexible, adaptándose tanto a las actividades previstas como a las necesidades concretas de las familias en cada momento. No obstante, se establece una duración estimada para cada sesión de entre una hora y dos horas.

Más adelante en el apartado dedicado al desarrollo de la intervención, se detallarán las distintas fases a tener en cuenta para garantizar una adecuada planificación.

3.6 Metodología

Para el desarrollo de la intervención se ha optado por una metodología de carácter teórico-práctico. Generalmente las sesiones comenzarán con una exposición teórica, en las que se fomentará el diálogo y la reflexión grupal. A continuación, se llevará a cabo la realización de las actividades prácticas que permiten aplicar los contenidos explicados anteriormente.

La distribución del grupo se hará de una forma flexible que permita la interacción de los participantes, además se tendrá en cuenta el tipo de actividades.

3.7 Desarrollo de la intervención

Con el objetivo de acompañar y fortalecer a las familias con hijos que presentan Trastorno del Espectro Autista, se ha diseñado un programa de intervención estructurado en tres fases. A continuación, se detalla cada una de las fases que componen la intervención, desde la valoración inicial hasta la evaluación de los resultados, pasando por la realización de las sesiones grupales.

Fase 1. Entrevistas iniciales y valoración individualizada: En esta primera fase se llevará a cabo el proceso de evaluación inicial de carácter individual con cada familia participante. A través de entrevistas personales se recopilará información relevante sobre la dinámica familiar. Se aplicará una serie de pruebas e instrumentos de valoración que permitan obtener una visión más completa de la situación. Este espacio también servirá para que las familias expresen sus inquietudes, expectativas y necesidades respecto a la intervención, permitiendo así un diseño más ajustado y sensible a su realidad concreta.

Fase 2. Ejecución del programa de intervención: en esta fase se desarrollarán un total de 8 sesiones, incluida la evaluación inicial, en las que se llevará a cabo diversas actividades, ejercicios prácticos, dinámicas grupales y talleres, generando así un entorno de

colaboración y apoyo mutuo entre las familias, favoreciendo al intercambio de experiencias, la adquisición de estrategias útiles y el fortalecimiento de vínculos afectivos. Al finalizar cada sesión se realizará una pequeña encuesta para valorar la satisfacción de las familias.

Fase 3. Evaluación final: En esta última fase se llevará a cabo una evaluación de los resultados obtenidos tras la implementación del programa. Para ello, se aplicarán cuestionarios e instrumentos de valoración que permitirán comprobar los datos recogidos en la evaluación inicial con los obtenidos al finalizar la intervención. Este proceso tiene como finalidad analizar el impacto del programa sobre la calidad de vida familiar, así como valorar los avances percibidos. La información recopilada servirá también para detectar posibles áreas de mejora en futuras intervenciones.

En la tabla 3 se presenta una breve descripción de las sesiones que conformarán el programa de intervención.

Tabla 3

Resumen de las sesiones del programa de intervención

Sesión	Modalidad	Actividades	Objetivos
de intervención			
Sesión 1. Evaluación inicial	Intervención individual	-Aplicación de cuestionarios -Realización de la entrevista a la familia. -Escala GADS	-Recoger información acerca de la trayectoria personal de sus hijos y de la historia familiar. -Realizar las escalas.
Sesión 2. Presentación grupal	Intervención grupal	Actividad 1: Presentación en parejas. Actividad 2: “¿Cuáles son nuestras expectativas?”	-Fomentar que los miembros del grupo se sientan reflejados e implicados en las historias. -Crear un ambiente positivo y facilitar las relaciones familiares. -Definir las reglas que regirán el funcionamiento del grupo.

		Actividad 3: El baúl de los deseos Encuesta	
Sesión 3. Descubriendo el TEA	Intervención grupal	Actividad 1: “Descubriendo el arcoíris del TEA” Actividad 2: “Ponte en sus oídos” Encuesta	-Reconocer la diversidad dentro del trastorno autista. -Reflexionar sobre la importancia de una intervención ajustada a las necesidades individuales. -Favorecer la eliminación de estereotipos asociados al autismo.
Sesión 4. Reconocemos nuestras emociones	Intervención grupal	Actividad 1: Tarros de emociones Actividad 2: Mirada positiva Encuesta	-Favorecer la expresión libre de emociones, dudas y preguntas de las familias. -Generar un ambiente de apoyo mutuo que fortalezca la comunicación. -Promover el cambio de pensamiento negativo hacia uno más positivo y constructivo.
Sesión 5. Trabajo de rutinas	Intervención grupal	Actividad 1: Hablamos sobre rutinas Actividad 2: Creación de una agenda visual	-Favorecer la comprensión de las rutinas diarias a través de un soporte visual. -Potenciar la comunicación con el niño a través del uso de apoyos visuales. -Reflexionar sobre la rutina familiar.
Sesión 6. Role playing	Intervención grupal	Actividad 1: Role playing Actividad 2: Reflexión Encuesta	-Favorecer la reflexión y comprensión de diferentes perspectivas familiares y la práctica de estrategias de gestión emocional.

			-Fortalecer el trabajo en equipo para resolver problemas familiares de manera conjunta.
Sesión 7. Preparación taller de cocina	Intervención grupal	Adaptamos la cocina Encuesta	-Aplicar los conocimientos adquiridos sobre la estructura visual, tiempos y adaptación del entorno. -Proporcionar herramientas prácticas y adaptaciones materiales. -Identificar posibles barreras sensoriales o conductuales.
Sesión 8. Taller familiar	Intervención grupal junto a los niños y niñas	Taller de cocina Encuesta	-Favorecer la participación de los niños en una actividad funcional y significativa. -Potenciar habilidades sociales, comunicativas y de motricidad fina a través de tareas sencillas de cocina. -Reforzar el vínculo familiar en un contexto lúdico y estructurado.

Fuente: Elaboración propia

En las siguientes tablas se presentan todas las sesiones que recogen de manera detallada la propuesta de intervención, especificando las actividades, los objetivos, la temporalización, los participantes y los recursos.

Tabla 4**Descripción de la sesión de evaluación inicial**

SESIÓN 1: Evaluación Inicial	
Participantes	Familias individuales
Temporalización	2h
Recursos	-Entrevista individual a las familias. -Ficha personal. -Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (GADS).
Desarrollo: En la primera sesión se busca el objetivo de recopilar información sobre los hijos y la situación familiar e identificar las necesidades de la familia. Es importante establecer un primer contacto individual, para llevarlo a cabo, se programarán horarios diferentes con cada familia. Se realizarán una serie de preguntas iniciales (anexo A) y se recogerán en una ficha personal. Es fundamental que respondan con sinceridad en estas pruebas para verificar la información y determinar el estado de la familia y su avance. Se realizará la escala de ansiedad y depresión (GADS) (anexo B). La escala de clima social y familiar (FES) (anexo C). Tras finalizar esta entrevista se les informará de cómo serán las próximas sesiones, en las que se reunirán con más familias que se encuentran en la misma situación para comentar sus inquietudes y realizar actividades que ayuden a mejorar su vida cotidiana. Se aplicará una batería de preguntas.	

Tabla 5**Descripción de la sesión de presentación grupal**

SESIÓN 2: Presentación grupal	
Participantes	Grupo de familias.
Temporalización	1h 30 minutos
Recursos	No
Desarrollo: Antes de iniciar la sesión, la psicopedagoga dedicará un tiempo para realizar una cogida adecuada al grupo. Durante este espacio, se presentará personalmente, explicando su rol, después se ofrecerá una explicación clara sobre los objetivos del programa, su estructura, duración y dinámica. Además, se establecerán normas básicas de convivencia y respeto, que favorecerán la implicación de los participantes y un buen desarrollo de las sesiones. <u>Actividad 1: Presentación en parejas:</u> El objetivo de esta actividad es Fomentar el conocimiento mutuo entre los participantes, facilitando la creación de un clima de confianza. Se formarán parejas y dentro de cada una, los participantes deberán presentarse entre ellos compartiendo sus intereses u otros aspectos que deseen contar. Tras este intercambio personal se pasará a una puesta en común con todo el grupo, en la que cada persona presentará a su pareja al resto. <u>Actividad 2: ¿Cuáles son nuestras expectativas?:</u> Durante esta actividad se invitará a las familias a reflexionar sobre sus expectativas y dudas respecto al grupo y a la intervención psicopedagógica. Para ello, se formarán dos subgrupos pequeños, esto favorecerá una participación mas ordenada y activa. Compartirán lo que esperan obtener, que preocupaciones tienen y que temas consideran importantes a tratar. Posteriormente cada uno expondrá sus conclusiones poniéndolas en común con los demás. El objetivo de esta dinámica es generar un ambiente de confianza desde el inicio y alinear las expectativas del grupo con los objetivos del programa. <u>Actividad 3: “El baúl de los deseos”</u> El objetivo que se propone es favorecer la reflexión personal y familiar sobre la evolución del proceso de intervención, promoviendo la toma de conciencia de las propias metas y posibilidades de cambio. Como actividad de cierre se invitará a las familias a proyectarse en un futuro. Cada miembro escribirá en un papel como se ve dentro de un tiempo determinado, tanto a nivel personal como en su rol de cuidador de su hijo o hija. Una vez	

escritos los mensajes se introducirán en un baúl, que será enterrado a modo de cápsula del tiempo. Será abierto en la última sesión del programa.

Encuesta: Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas, recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones. (anexo D)

Tabla 6

Descripción de la sesión “Descubriendo el TEA”

SESIÓN 3 “Descubriendo TEA”	
Participantes	Grupo de familias
Temporalización	2 horas
Recursos	Video, proyector, auriculares
Desarrollo:	
<u>Actividad 1: “Descubriendo el arcoíris del TEA”:</u>	
La actividad consistirá en visualizar un video llamado “Lo verdaderamente importante para una madre en la vida” El objetivo que se persigue es fomentar la conexión emocional y el reconocimiento positivo hacia los hijos, tomando conciencia de los avances y fortalezas, además de potenciar la empatía grupal. Este video muestra a varias madres que expresan aquello que mas valoran y aprecian de sus hijos, compartiendo aspectos positivos de su personalidad, así como comportamiento y logros. Después se generará un debate sobre las sensaciones que les han generado y se dejará un espacio individual para que cada participante escriba en un papel aquellos mas aspectos que más les gustan de sus hijos y sobre los avances que confían que se irán alcanzando en un tiempo. Después se pondrá en común con el grupo.	
<u>Actividad 2: “Ponte en sus oídos”:</u>	
El objetivo de esta actividad es generar empatía y comprensión hacia las dificultades de comunicación que experimentan los niños con Trastorno del Espectro Autista. La actividad consiste en una experiencia sensorial para empatizar con las vivencias de los niños con TEA. En pequeños grupos de 3 personas, una de ellas se colocará unos auriculares con el volumen alto generando un entorno ruidoso, mientras los otros	

miembros del grupo iniciarán una conversación. La persona que lleva los auriculares deberá esforzarse por entender lo que hablan y responder. A través de esta actividad las familias pueden experimentar lo que sienten sus hijos cuando el entorno es abrumador ante la hipersensibilidad auditiva, ayudándoles a comprender los obstáculos. Después se realizará un debate con preguntas como: ¿Qué emociones te generó no poder entender lo que decían los demás? ¿Qué cambiarías en tu forma de comunicarte con tu hijo tras esta actividad? ¿Qué estrategias pueden ayudar a un niño con TEA que eviten la sobrecarga sensorial?

Encuesta: Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas, recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones. (Anexo D).

Tabla 7**Descripción de la sesión “Reconocemos nuestras emociones”**

SESIÓN 4 Reconocemos nuestras emociones	
Participantes	Grupo de familias
Temporalización	2 horas
Recursos	Tarros de colores, bolígrafos, tarjetas
Desarrollo:	
<u>Actividad 1: “Tarros de las emociones”:</u>	
El objetivo de esta actividad es fomentar la identificación, expresión y reconocimiento de las emociones tanto positivas como negativas que experimentan las personas en su vida diaria. Durante la actividad, los participantes se sentarán en círculo y de forma anónima, depositarán en dos tarros diferentes las tarjetas que previamente han preparado en casa. En el tarro verde introducirán aquellas tarjetas con pensamientos positivos y emociones agradables que han tenido durante la semana. En el tarro rojo, colocarán las tarjetas que reflejan dudas, preocupaciones, emociones, dificultades o pensamientos negativos que hayan experimentado. Se finalizará la actividad destacando que todas las emociones tanto positivas como negativas son válidas y que su reconocimiento es fundamental para el bienestar emocional.	
<u>Actividad 2: “Mirada positiva”:</u>	
Esta actividad tiene como objetivo eliminar los pensamientos negativos que a menudo sienten las familias que tienen hijos con TEA. Podrán darse cuenta de cuantos mensajes negativos transmiten en su vida diaria y reflexionar sobre cuáles pueden ser percibidos por sus hijos influyendo de manera negativa. Después de identificar los pensamientos negativos, se compartirán en voz alta y entre todos tendrán que transformarlos en una versión más positiva. Se cuestionará la validez analizando si el pensamiento está basado en hechos reales o si es una interpretación distorsionada y se focalizará la atención sacando lo positivo de la vida diaria. Por ejemplo: “nunca voy a tener la capacidad para ayudar a mi hijo”, cambiarlo por “estoy poniendo de mi parte por aprender cada día como apoyar mejor a mi hijo”.	
<u>Encuesta:</u> Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas,	

recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones. (Anexo D).

Tabla 8

Descripción de la sesión “Trabajo de rutinas”

SESIÓN 5 Trabajo de rutinas	
Participantes	Grupo de familias
Temporalización	2 horas
Recursos	Hojas de papel, pictogramas, ordenador, impresora, pinturas, plastificadora.
Desarrollo: <u>Actividad 1: “Hablamos sobre rutinas”</u> El objetivo de esta actividad es facilitar que las familias entiendan la importancia de las rutinas en la vida diaria de los niños con TEA y estrategias para llevar a cabo estas rutinas en el hogar. La rutina es esencial para los niños con trastorno del espectro autista, ya que les proporciona seguridad y control sobre su entorno. Contar con una estructura clara en el día a día les ayuda a anticipar lo que va a suceder y a reducir la ansiedad. Por ello en esta actividad tendremos un debate sobre cómo podemos aplicar las rutinas. Se compartirá en grupo las dificultades comunes y las mejoras que se pueden introducir. Se explicará el método PECS como herramienta para explicar la rutina de manera visual. <u>Actividad 2: “Creación de una agenda visual”:</u> El objetivo de esta actividad es capacitar a las familias para diseñar y utilizar una agenda visual basado en el PECS, con el fin de ponerlo en práctica en casa y favorecer la comunicación y autonomía de sus hijos. Esta actividad la dedicaremos a crear una agenda visual, utilizando la metodología PECS (anexo E) a través del uso de imágenes y pictogramas que permiten representar de forma clara y sencilla los pasos a seguir en una tarea o rutina diaria. Este recurso no solo favorece la comprensión, sino que también mejora la adquisición de hábitos, la anticipación ante determinadas situaciones y el desarrollo de la independencia en los niños. <u>Encuesta:</u> Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas,	

recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones (Anexo D).

Tabla 9

Descripción de la sesión “Role playing”

SESIÓN 6 Role playing	
Participantes	Grupo de familias
Temporalización	2 horas
Recursos	Tarjetas de roles y de situaciones
Desarrollo: <u>Actividad 1 “Role playing”</u> El objetivo de esta actividad es ayudar a las familias a desarrollar estrategias de afrontamiento ante situaciones cotidianas complejas con sus hijos, promoviendo la empatía realizando reflexiones sobre sus propias reacciones y la búsqueda de soluciones mediante la representación de roles. Los participantes serán organizados en pequeños grupos. A cada grupo se le asignará una situación relacionada con la crianza o la convivencia familiar. Además, a cada miembro del grupo se le entregará un rol específico con unas características concretas (ejemplo, padre estresado, niño con rabieta...) Se tendrá que resolver la situación a través de la improvisación, buscando soluciones positivas ante el conflicto. <u>Actividad 2: “Reflexión”</u> El objetivo es favorecer la toma de conciencia sobre las emociones y pensamientos sobre lo vivido en la representación y analizar de los estilos de afrontamiento que se dan ante determinadas situaciones con sus hijos. Puesta en común sobre cómo se han sentido en la actividad anterior con los roles representados y si han reconocido alguna situación parecida en su vida real. El resto del grupo aportará sugerencias y aspectos positivos del manejo emocional. <u>Encuesta:</u> Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas, recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones (Ver Anexo B).	

Tabla 10**Descripción de la sesión “Preparación taller de cocina”**

SESIÓN 7 Preparación taller de cocina	
Participantes	Grupo de familias
Temporalización	2 horas
Recursos	Recetas visuales, pictogramas de utensilios, ingredientes, acciones de comida, tabla de roles, rotuladores, folios, plastificadora, tijeras, pegamento.
Desarrollo: <u>“Adaptamos la cocina”</u> Esta actividad tiene como objetivo preparar a las familias para adaptar un entorno cotidiano, en este caso la cocina, mediante la creación de apoyos visuales, carteles y secuencias que faciliten la anticipación, comprensión y participación en actividades del hogar. Las familias pondrán en práctica los conocimientos adquiridos previamente, Los participantes deberán elaborar apoyos visuales, como el uso de pictogramas o imágenes, que guíen paso a paso la receta, diseñar una tabla de roles que distribuya claramente las tareas de cada uno y proponer adaptaciones materiales como el uso de recipientes de plástico. Esta actividad es previa e imprescindible para poder realizar la sesión siguiente en que se elaborará una receta de cocina junto a los niños y niñas (anexo F). <u>Encuesta:</u> Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas, recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones (Anexo D).	

Tabla 11

Descripción de la sesión “Taller familiar”

SESIÓN 8 Taller familiar	
Participantes	Familiares acompañados de sus hijos con TEA.
Temporalización	2 horas
Recursos	Utensilios de cocina, zona de cocina con electrodomésticos, materiales adaptados.
<u>taller de cocina:</u> El objetivo de esta actividad es fomentar la participación de los niños y niñas en actividades de la vida cotidiana, promoviendo la comunicación, la autonomía a través de apoyos visuales y la interacción con sus familias. Para esta actividad se formarán grupos pequeños compuestos por dos familias cada uno. Cada grupo dispondrá de una mesa de trabajo previamente organizada con todos los materiales elaborados en la sesión anterior incluyendo un panel visual con la receta paso a paso, tabla de roles para repartir las tareas y utensilios adaptados para la seguridad de los niños. Cada grupo realizará una receta sencilla. - El grupo 1 elaborará un sándwich con moldes de diferentes formas - El grupo 2 preparará brochetas de frutas. - El grupo 3 vasitos de yogur con galletas y cereales. Los niños participan realizando tareas como mezclar, amasar, decorar, aplastar...Una vez elaboradas las recetas, se organizará un buffet para que las familias puedan probar los platos. Para cerrar la sesión se llevará a cabo una reflexión final en grupo, donde cada familia podrá comentar que les ha gustado más y que han observado en la participación de sus hijos. <u>Encuesta:</u> Al finalizar la sesión, se llevará a cabo una breve encuesta de valoración de forma anónima, con el propósito de conocer su opinión sobre las actividades realizadas, recoger impresiones sobre el grado de satisfacción y detectar posibles aspectos de mejora. Esto permitirá enriquecer futuras intervenciones (Anexo D).	

3.8 Recursos

Los recursos mencionados a continuación, son lo que se utilizarán a lo largo de las sesiones descritas anteriormente.

-Recursos espaciales, se utilizarán tanto el aula de la asociación donde se realiza el programa como la cocina de la propia asociación, adaptada para el desarrollo de las actividades prácticas.

-Recursos humanos: las sesiones contarán con la participación de las familias, de niños y el equipo de llevar a cabo el programa de intervención, formado por un psicopedagogo y un psicólogo.

-Recursos materiales: Se utilizarán diversos materiales entre los que se encuentran: folios, papeles de colores, lápices, bolígrafos, pinturas, pegamentos, tarros de colores, ordenadores, plastificadora, impresora, cartulinas, pantalla digital, proyector, utensilios de cocina, guías de elaboración de recetas visuales elaboradas por las familias (Ver anexo D) y mobiliario de la propia cocina.

3.9 Evaluación

La evaluación permite recopilar información relevante tanto de las personas implicadas en el programa como sobre el desarrollo del propio programa. Se trata de un procedimiento de recogida de datos que facilita conocer la eficacia del programa, el nivel de satisfacción de los participantes, el éxito de las actividades u otros aspectos relevantes. Además, llevar a cabo una evaluación implica reflexionar sobre el proceso y tomar decisiones en los resultados obtenidos.

El presente programa permite una evaluación que se llevará a cabo en tres momentos diferenciados, una evaluación inicial, con la finalidad de conocer a los intereses de cada familia, una evaluación continua, que se realizará al finalizar cada sesión para valorar el grado de satisfacción en las actividades, y una evaluación final, que recoge la visión global del programa por parte de cada participante y realizando una comparación previa y posterior que nos ayudará a evaluar la efectividad de la intervención.

- La evaluación inicial se realizará durante la primera sesión, de manera individual con cada familia, a través de una entrevista y cuestionario (Anexo A), el cuestionario recogerá información sobre su vida cotidiana en relación con su hijo

e inquietudes y dudas que presenten. También se llevará a cabo a través de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) (Anexo B) se trata de una escala diseñada para identificar síntomas y trastornos vinculados con la ansiedad y la depresión. Esta herramienta está formada por dos subescalas con 18 ítems, unos enfocados a la ansiedad (preguntas 1-9) y otros a la depresión (preguntas 10-18). Se aplicará a las familias tanto al inicio como al final de la intervención. También se aplicará la Escala de Clima Familiar (FES), (Anexo C) que aporta información sobre el clima social y las relaciones interpersonales que existen en la familia, evalúa el grado de comunicación y expresión libre en la familia y el grado de conflictivo (Moos, Moos, & Trickett, 1984).

- La evaluación continua se realizará al finalizar cada sesión para comprobar la adecuación de las actividades, el grado de satisfacción con la dinámica y el ambiente. Se realizará a través de una encuesta (Anexo D) que se puntúa del 1 al 5, según el grado de reconocimiento con cada ítem. Se realizarán de forma anónima durante las sesiones, puesto que el objetivo principal es conocer las opiniones del grupo en conjunto, atendiendo, cuando sea necesario, las particularidades individuales.
- Tras concluir el conjunto de sesiones se hace necesaria una evaluación final, de manera identificada de cada participante, a través de una serie de preguntas abiertas (Anexo G) y una escala de evaluación final con los siguientes ítems: adquirido, no adquirió, a veces. (Anexo H), además se aplicará la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS) (Anexo B). De este modo se podrá comprobar si los resultados obtenidos en la evaluación inicial han experimentado alguna modificación, evidenciando avances o retrocesos en comparación con la evaluación inicial, permitiendo así valorar la eficacia de la intervención realizada.

4. ANÁLISIS DEL ALCANCE DE TRABAJO, OPORTUNIDADES, LIMITACIONES Y CONCLUSIONES

La propuesta de intervención debe verse como un proyecto dinámico, susceptible de ser modificado dependiendo del entorno en el que se aplique, las circunstancias concretas y los profesionales que participen en su desarrollo.

Esta propuesta de programa de intervención pretende mejorar la vida cotidiana de las familias que tienen hijos con Trastorno del Espectro Autista y han recibido recientemente el diagnóstico.

A lo largo del presente trabajo se ha realizado un amplio recorrido por el mundo del Trastorno del Espectro Autista, comenzando por un marco teórico que da respuesta a su definición, características, principales teorías explicativas, diagnóstico e identificación, así como modelos de intervención y enfoques actuales.

En relación el objetivo principal de la propuesta de intervención, que es diseñar un programa para guiar y orientar a las familias sobre el TEA, de manera que puedan tener la mejor calidad de vida posible.

Este enfoque de intervención y la fundamentación teórica realizada siguiendo autores como Meza (2017), Martínez Rodríguez (2019), Lord (2019), Rojas-Torres (2020) ponen de manifiesto la relevancia que tienen los servicios ofrecidos por diversas instituciones dirigidas a las familias, considerándolas un pilar fundamental en el proceso de intervención.

Como afirma Romero Quijada et al (2019) “Con el tiempo me he dado cuenta de que los mejores enfoques del autismo son los que se centran en la familia”. Defiende que un enfoque centrado en la familia promueve la colaboración entre esta y los profesionales de modo que ambas partes trabajen unidas para tomar decisiones, planificar intervenciones y establecer objetos.

El profesional no necesita comprender en profundidad todas las diferencias culturales o familiares, sino mostrar una actitud de respeto hacia ellas. Cuando las intervenciones parten de este enfoque respetuoso, es más probable que las familias se sientan motivadas a participar y mantenerse implicadas en el proceso. La colaboración con las familias se hace posible si se les brinda la oportunidad de participar activamente y en la identificación de sus propias habilidades, recursos y necesidades. (Romero Quijada et al 2019).

Cuando el diagnóstico es reciente, las familias pueden experimentar una serie de emociones similares a las etapas del duelo, incluyendo shock, negación y culpa. Este proceso emocional es una respuesta natural al enfrentarse a la pérdida de las expectativas previamente formadas sobre el desarrollo de su hijo (Horna Castiñeiras, 2021).

Es importante fomentar la creación de una red de apoyo entre las familias participantes en el programa, ya que esto puede fortalecer el vínculo y acompañamiento. Sin embargo, también existe riesgo de que algunas familias no se involucren lo suficiente.

La principal ventaja es que la intervención se realiza en las fases previas a la obtención del diagnóstico que aporta el programa. Además, se trabaja en grupos reducidos, de manera que permite atender mejor a sus necesidades, observar sus rutinas, conocer sus preocupaciones y orientarles de una manera más individualizada. Se realizan sesiones con familias que comparten aspectos en común y presentan dificultades parecidas.

Otra peculiaridad del programa es que ofrece un servicio de cuidado infantil durante el desarrollo de las sesiones, lo que permite que los miembros de la familia puedan participar sin preocuparse por la atención de sus hijos durante ese tiempo, favoreciendo así la conciliación familiar. Además, el programa está abierto a otros miembros cercanos del entorno familiar del niño, no siendo exclusivo para padres, esto permite la implicación de otros miembros en el proceso y adquirir herramientas valiosas para apoyar al niño.

Si bien es cierto que esta propuesta de intervención resulta beneficiosa, también se encuentran algunas limitaciones entre ellas: Al no haberse llevado a cabo, existe la incertidumbre sobre el grado de implicación de las familias, la viabilidad de los recursos humanos y materiales necesarios es un programa que se trabaja 2 horas a la semana, por lo que no es considerado intenso. Cada familia tiene unas necesidades distintas, lo cual dificulta el diseño de un enfoque único y asequible para todos. Las barreras culturales o lingüísticas pueden dificultar la comprensión de las propuestas, al no contar con resultados, no es posible determinar su eficacia ni el impacto sobre los familiares de los niños con TEA.

En definitiva, se espera que esta propuesta sirva como una base sólida para futuras intervenciones centradas en las familias, orientadas a favorecer la calidad de vida tanto de los niños y niñas con Trastorno del Espectro Autista como de sus entornos cercanos.

La creación de un grupo de intervención de familias que han recibido un diagnóstico reciente sobre Trastorno del Espectro Autista supone un reto considerable debido a la complejidad de factores que intervienen en el entorno familiar. Por un lado, cada familia presenta unas realidades diversas con contextos socioculturales, emocionales y económicos distintos. Además, la disponibilidad horaria, el nivel de implicación o incluso el sentimiento de culpa pueden influir en el proceso de intervención.

Por estas razones es fundamental que el psicopedagogo disponga de una formación plena, que facilite la orientación a las familias y el desarrollo de la intervención con el principal objetivo de mejorar la calidad de vida en estas familias. Esto incluye el establecimiento de una relación de confianza entre el profesional y los familiares que requieren tiempo, habilidades comunicativas y sensibilidad.

La elaboración de este trabajo fin de máster ha supuesto una oportunidad para consolidar las competencias adquiridas a lo largo del periodo de formación, al mismo tiempo que ha servido para reforzar los conceptos y conocimientos previos. Aunque la propuesta no se ha puesto en práctica, considero que he logrado alcanzar el objetivo de su diseño y desarrollo. Además, pienso que podría aplicarse en un contexto real, adaptado a las necesidades de las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcantud Martin, F. (Coord.) (2013). *Trastornos del espectro autista: Detección, diagnóstico e intervención temprana*. Ediciones Pirámide.
- Alonso Peña, M. (2004). *Intervención educativa en los trastornos del desarrollo*. Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Alonso Peña, J.R., & Alonso Esquisábel, I. (2014). *Investigaciones recientes sobre el autismo* (2ªed.). Psylicom.
- Álvarez-López, E. M., Saft, P., Barragán-Espinosa, J.A., Calderón-Vázquez, I.A., Torres-Córdoba, E.J., Beltrán-Parrazal, L., López-Meraz, L., Manzo, J., & Morgado-Valle, C. (2014). Autismo: mitos y realidades científicas. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 14 (1), 37-45.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación española de pediatría. (2011). *Trastornos del espectro Autista (TEA): Guía de práctica clínica*: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/08.pdf>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Bailey, K. (2008) Supporting Families. En K. Chawarska, A. Klin & F. R. Volkmar. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers: Diagnosis, assesment and treatment* (pp. 300-326. USA: The Guilford Press.
- EspectroAutista.info. (s.f). *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)*. <http://espectroautista.info/GADS.es.html#descripcion:si;recupera:AAAAAAAAAABAAAAABB>
- Folch-Schulz, J., & Iglesias Dorado, J. (2018). *Claves psicobiológicas, diagnósticas y de intervención en el autismo*. Ediciones Pirámide,
- Goldstein, S., Naglieri, J. A., & Ozonoff, S. (Eds.). (2008). *Assessment of autism spectrum disorders*. Guilford Press.
- Güemes Careaga, I., Martin-Arribas, C., & Posada de la Paz, M. (2009). *Evaluación de la eficacia de las intervenciones psicoeducativas en los trastornos del espectro*

- autista*. Instituto de Investigación de enfermedades raras-Instituto de salud Carlos III.
- Horna Castiñeiras, M. (2021). *Niños y niñas en el espectro del autismo: Comprensión y estrategias prácticas de apoyo educativo* (2ª ed.). Madrid, España: Editorial CCS.
- Jacobson, J. W., & Mulick, J.A. (2000). System and cost research issues in treatments for people with autistic disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 30 (6), 585-593.
- Jordan, R. (2012). Habilidades para la vida diaria, ocio y apoyo para las familias. En R. Jordán, *Autismo con discapacidad intelectual grave* (pp. 249-284). Autismo Ávila.
- Martínez, M. (2015) *Intervención Psicoeducativa para niños con trastorno del espectro autista: Descripción, alcances y límites*. Miño y Dávila Editores.
- Melgarejo-Carvajal, I., Carvajal, B. C., & Mendoza, A. K. (2016). Trastorno del espectro autista: Programa Unstuck & On target para incrementar la flexibilidad cognitiva de niños diagnosticados. *Ágora de Heterodoxias*, (2), 56-71.
- Miret, L., Fuster, A, Peris, E., García, D. y Saldaña, P. (2010). *El perfil del psicopedagogo*. <https://repositori.uji.es/server/api/core/bitstreams/9912cb9d-2607-4a55-97e4-a144e85a4a34/content>
- Naciones Unidas. (s.f.). *Día Mundial de la Concienciación sobre el Autismo*. Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.un.org/es/observances/autism-day#:~:text=Cuando%20en%202007%20la%20Asamblea,la%20p%C3%BAblica%20sobre%20el%20autismo>.
- Organización Mundial de la salud. (2019). CIE-11: *clasificación Internacional para estadísticas de Mortalidad y Morbilidad. Undécima revisión. Guía de referencia (versión 14 de noviembre de 2019)*. [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
- Ortiz, A. (2015). Neuroeducación ¿Cómo aprende el cerebro humano y cómo deberían enseñar los docentes? *Revista Investigaciones en Educación*, pp. 207 a 211.

- Palomo, S. R. (2014). DSM-V: La nueva clasificación de los TEA. Citado en Ramasco, J. M. (2014). *Bases de un programa de intervención en niños con TEA: desarrollo de conductas comunicativas preverbales*.
- Pyramind Educational Consultans (2019). *El sistema de comunicación por el intercambio de imágenes (PECS)*. <https://pecs-spain.com/el-sistema-de-comunicacion-por-el-intercambio-de-imagenes-pecs/>
- Ponce-Meza, J. (2017). *Atención temprana en niños con trastornos del neurodesarrollo. Propósitos y representaciones*, 5(1), 403-422.
- Portillo-García, A., & Rodríguez Torres, E. E. (2024). Análisis de aspectos claves del espectro autista/ Analysis of the key aspects of the autism spectrum. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10143068.pdf>
- Reaño, E. (2014). La triada de Wing y los vectores de la Electronalidad: hacia una nueva concepción sobre el Autismo. *Equipo de investigación y trabajo en autismo*, 1-13.
- Reynoso, C., Rangel, M. J. y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Rico-Moreno, J. y Tárraga-Mínguez, R. (2016). *Systematic review on educational implications of ASD and ADHD comorbidity Annals of Psychology* 32(3), 810-819.
- Rojas-Torres, L. P., Alonso Esteban Y., Alcantud Marín, F. (2020). Early Intervention with parents of children with autism spectrum disorders: A review of programs. *Children*, 7 (12), 294. <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/12/294>
- Romero Quijada, A., Larraceleta González, A., González Vieito, A., Cuesta García, M. A., Melendi Martínez, R. Mónico Tamargo, P., Vázquez Álvarez, A., Fregeneda Grandes, P., Hevia García, L., Iglesias García-Conde, A. I., & Lorenzo Seco, R. (2019). *Alumnado con TEA: Orientaciones para planificar la respuesta educativa. Propuestas inclusivas para intervenir en Infantil, Primaria y Secundaria*. Consejería de educación del principado de Asturias. <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/197225>

- Trickett, E.J. (1984). Rudolf H. Moos. Introduction. *American Journal of Community Psychology*.
- Villota, M. C. A., Carrión, J. H., García, C. P., y Aguilar, C. V. (2018). *Diferencias del duelo y afrontamiento de los padres de niños con espectro autista*. In Conference Proceedings (Machala) (Vol. 2, No. 1).
- Yirmiya, N., & Charman, T. (2010). The prodrome of autism: Early behavioral and biological signs, regression, peri-and post-natal development and genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (4). 432-458.
- Zúñiga, A. H., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría integral*, 21(2), 92-108.
- Wing L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo A

Tabla de evaluación inicial

EVALUACIÓN INICIAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Favoreces que el niño establezca vínculos con otras personas? ¿Cómo lo haces?	
¿Sueles proponer actividades que apoyen el aprendizaje del niño?	
¿Cómo describirías su forma de ser?	
¿Cómo ha sido su desarrollo del lenguaje?	
¿Tienes la sensación de que a veces te cuesta comprender al niño?	
¿Tienes inquietudes o dudas acerca de la situación? ¿Cuáles son?	

Fuente: elaboración propia

Anexo B

Escala de ansiedad y depresión (GADS)

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO	PUNTOS
1- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			
2- ¿Ha estado muy preocupado por algo?			
3- ¿Se ha sentido muy irritable?			
4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?			
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando			
5- ¿Ha dormido mal? ¿Ha tenido dificultades para dormir?			
6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?			
7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?			
8- ¿Ha estado preocupado por su salud?			
9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

Nota: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	SI	NO	PUNTOS
10 - ¿Se ha sentido con poca energía?			
11- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?			
12- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?			
13- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?			
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)			
14- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?			
15- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)			
16- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?			

17- ¿Se ha sentido usted enlentecido?			
18- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?			
PUNTUACIÓN TOTAL			

Nota: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (GADS)

Anexo C

Escala de clima social y familiar (FES)

PREGUNTAS	SI	NO
1.En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros		
2.Los miembros de la familia guardan a menudo sus sentimientos para sí mismos		
3.En mi casa peleamos mucho		
4.Nadie en mi casa decide por su propia cuenta		
5.Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		
6.En mi familia, a menudo hablamos de temas políticos y sociales		
7.Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre		
8.Mi familia asiste frecuentemente a diversas actividades de la iglesia		
9.Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
10.Muy pocas veces se dan reuniones obligatorias en mi familia		
11.Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos “pasando el rato”		
12.Siempre podemos hablar de lo que nos parece o queremos dentro de la familia		
13.En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos		
14.En mi familia nos esforzamos para mantener la independencia de cada uno		
15.Para mi familia es muy importante triunfar en la vida		
16.Casi nunca asistimos a exposiciones, conferencias, etc		
17.Mi familia recibe frecuentemente visitas		
18.En mi casa no rezamos en familia		
19.En mi casa somos muy ordenados y limpios		
20.En mi familia hay pocas normas que cumplir		
21.El esfuerzo está presente en lo que hacemos en casa		
22.Es difícil desahogarse sin molestar a todos en mi familia		
23.En la casa a veces nos molestamos tanto que golpeamos o rompemos algo		
24.Cada quien decide por sus propias cosas en mi familia		
25.Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno		
27.En mi familia alguien practica deporte		

Nota: Escala de clima social y familiar (FES) desarrollada por R.H Moos.

Anexo D

Encuesta de las sesiones

	1	2	3	4	5
El aula reúne las condiciones necesarias					
Las actividades se ajustan al tiempo					
Las actividades responden a las expectativas					
El contenido tratado ha resultado atractivo					
El ambiente de grupo es positivo					
Mi grado de implicación					
La sesión ha sido de mi agrado					

Fuente: Elaboración propia

Anexo E

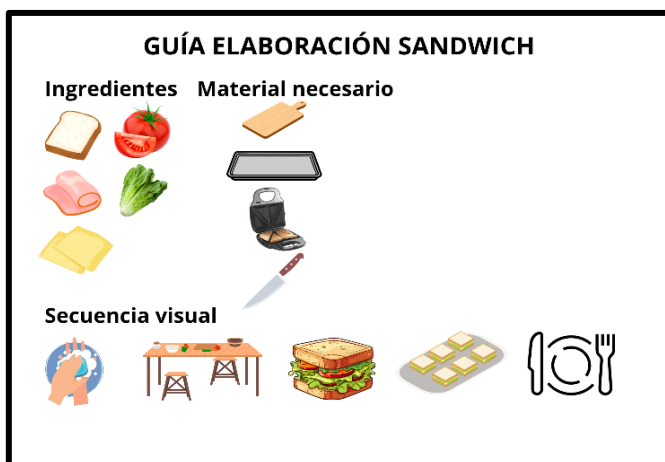
Agenda visual



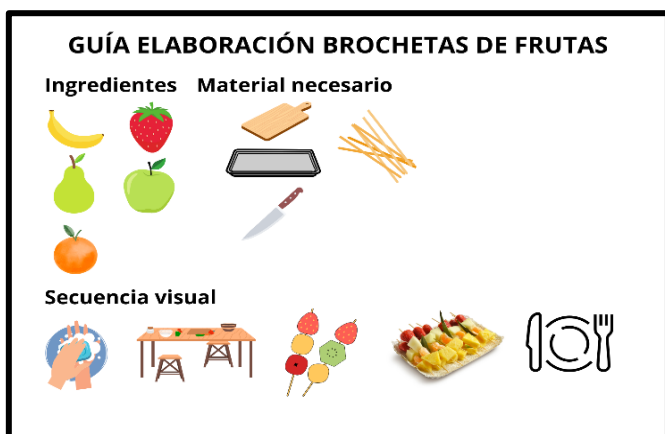
Fuente: Elaboración propia

Anexo F

Guías de recetas PECS



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Anexo G

Tabla de evaluación final

EVALUACIÓN FINAL	
PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Cómo te has sentido en el grupo de familias? ¿Te has integrado? ¿Has encontrado alguna dificultad?	
¿Qué conocimientos has adquirido en el programa?	
¿Qué contenidos adquiridos en el programa consideras que te serán útiles en tu vida cotidiana?	
¿hay algún aspecto que creas que deberías reforzar o comprender con mayor profundidad?	
¿Cambiarías o mejorarías algo del programa? ¿Cuál?	

Fuente: Elaboración propia

Anexo H

Escala de evaluación final

Pregunta	Adquirido	No adquirido	A veces
Puedo elaborar materiales didácticos que apoyen el trabajo con el niño y le ayuden a realizar actividades que le faciliten su rutina diaria			
Soy capaz de identificar señales que indican que el niño puede estar pasando o por una situación de malestar o dificultad.			
Se organizar el entorno adaptándolo a las necesidades del niño.			
Intento controlar mis emociones cuando me siento frustrado o cansado.			

Fuente: Elaboración propia