

COLECCIÓN

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

6

UMET
UNIVERSIDAD
METROPOLITANA

DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS NIÑAS Y NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

JORGE FÉLIX MASSANI ENRÍQUEZ
JOSÉ LUIS GIL ÁLVAREZ



DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO
PARA EL TRATAMIENTO
DE LAS NIÑAS Y NIÑOS
CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

JORGE FÉLIX MASSANI ENRÍQUEZ
JOSÉ LUIS GIL ÁLVAREZ

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Con el auspicio de la Fundación Metropolitana



**DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO
PARA EL TRATAMIENTO
DE LAS NIÑAS Y NIÑOS
CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

**JORGE FÉLIX MASSANI ENRÍQUEZ
JOSÉ LUIS GIL ÁLVAREZ**

Diseño de carátula: D.I. Yunisley Bruno Díaz
Edición: D.I. Yunisley Bruno Díaz
Corrección: MSc. Dolores Pérez Dueñas
Dirección editorial: Dr. C. Jorge Luis León González

Sobre la presente edición:

© Editorial Universo Sur, 2018

© Universidad Metropolitana de Ecuador, 2018

ISBN: 978-959-257-528-8

Podrá reproducirse, de forma parcial o total, siempre que se haga de forma literal y se mencione la fuente.



Editorial: "Universo Sur".

Universidad de Cienfuegos. Carretera a Rodas, Km 3 ½.
Cuatro Caminos. Cienfuegos. Cuba.

CP: 59430

“Las personas autistas ven el mundo bajo una luz diferente, en formas que muchos nunca podrían imaginar”.

Tina J. Richardson

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos a nivel mundial se ha profundizado en la búsqueda de alternativas para garantizar la educación de las personas con necesidades educativas especiales y en particular en la creación de sistemas de atención con un carácter principalmente preventivo.

A lo largo de estos años se ha trabajado de manera constante en la organización y desarrollo de diversos servicios y modalidades de atención que benefician a toda la población con necesidades educativas especiales bajo los principios de acceso y gratuidad.

El modelo de Educación Especial se ha ido perfeccionando en correspondencia con los proyectos sociales. Una de las direcciones en la que se concentran los mayores esfuerzos de la Educación Especial en la actualidad, es la ampliación de la cobertura de atención desde edades tempranas y mediante un proceso de evaluación, diagnóstico e intervención a niños y niñas con trastornos del Espectro Autista (TEA), y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), con la utilización de diferentes modalidades y variantes de atención educativa.

La educación de alumnos con TEA constituye un desafío para los educadores toda vez que los procesos de aprendizaje presentan diferencias significativas lo cual está dado, entre otras razones, por las particularidades y la heterogeneidad del trastorno. El conocimiento y comprensión de estas características le permiten al docente interactuar con estas personas, predecir su comportamiento y orientar de forma efectiva los esfuerzos educativos en un ambiente de motivación, funcionalidad y espontaneidad.

El enfoque general del autismo ha cambiado a partir de las continuas revisiones que han existido sobre el término, basadas en resultados de múltiples investigaciones. Se le considera una de las alteraciones más graves del desarrollo, la conducta y la comunicación en la primera infancia, generalmente aparece durante los tres primeros años. En la actualidad, la aparición de déficit cognitivo específico ha conducido a su integración en un campo mucho más amplio que se relaciona directamente con el desarrollo, reconceptualizándolo como un TGD.

Entre los investigadores foráneos que han realizado estudios acerca del autismo y se han destacado por sus valiosos aportes se encuentran Kanner (1943); Asperger (1944); Frith (1991); Jiménez (1995); Rivière (1997); Wing (1997); Martos (1997); Cuxart (2002); y Moreno de Ibarra, (2003); entre otros.

Los resultados de las investigaciones más recientes coinciden en que la educación es el tratamiento fundamental y más efectivo; para ello existe una amplia variedad de procedimientos y modalidades de atención que van desde centros específicos hasta experiencias de inclusión en centros educativos normalizados.

A pesar de la diversidad de estrategias utilizadas, aún no se tiene certeza de la efectividad de las mismas pues a nivel internacional es bien complejo proponer un programa general para todas las personas con autismo (Delgado, 2008), no obstante, se distingue un aspecto significativo en el que existe consenso, y es considerar al diagnóstico temprano como un elemento fundamental, así como los programas educacionales apropiados donde la estructuración del entorno debe obedecer a las necesidades de los niños(as), dependiendo entre otras variables de su nivel cognitivo.

Las tentativas de evaluar a niños(as) con TEA, con test tradicionales, han fracasado reiteradamente al pretender enmarcar el proceso en convencionalismos que no se ajustan a las características de éstos.

Una evaluación e intervención adecuadas es fundamental para potenciar las posibilidades de desarrollo y generar las condiciones para lograr las mismas metas que se propone la educación de toda persona; favorecer su desarrollo y equilibrio personal, capacitar al máximo sus habilidades, así como orientar su comprensión y adaptación a la vida humana y ecológica.

La práctica del diagnóstico psicopedagógico constituye un tema de constante reflexión a nivel internacional.

En el contexto escolar el análisis de las principales tentativas referidas al diagnóstico psicopedagógico es posible gracias a los trabajos de autores como, Solé (1990); Nieves (1995); Torres (1995); López (1996); Siverio (1996); Bell & Álvarez (1997); López (1998); Arias (1999); Silvestre (2002); Zilberstein (2002) y Akudovich (2004), entre otros, quienes en sus estudios revelan las nuevas concepciones acerca del diagnóstico escolar, reconociéndose como principio pedagógico.

En su implementación se ponen en práctica los principales postulados de la escuela histórico-cultural de L.S. Vigotsky, lo cual está condicionado entre otras razones por el potencial que esta postura encierra para un verdadero diagnóstico cualitativo.

En relación con el diagnóstico psicopedagógico en autismo, se localizan en la literatura especializada escasas investigaciones que lo abordan en el ámbito internacional, autores como Garanto (1990);

Sanahuja (1994); Riviére (1997); Jiménez (1998); y Moreno de Ibarra (2000; 2003), destacan en sus trabajos la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa que no se atenga solo a la determinación del coeficiente intelectual del niño(a); se insiste en que el uso de pruebas estandarizadas es insuficiente para el logro de una evaluación integral, siendo necesarias la flexibilidad y una observación pormenorizada en los diferentes contextos donde se desarrolla. Todos coinciden en que la perspectiva multidisciplinaria es la más efectiva.

En relación con lo anterior Riviére (1997), plantea que *“el informe psicopedagógico debe convertirse en el “input final”, y claramente asimilable por los profesores, que permite convertir el conocimiento en desarrollo; el conocimiento del niño autista y de sus contextos, en educación y desarrollo del propio niño”*.

El proceso de diagnóstico se perfecciona y enriquece en la institución educativa, donde se aplican diversas técnicas e instrumentos y se diseñan o modifican las estrategias de intervención, cumpliéndose el principio del carácter dinámico, continuo y sistemático del diagnóstico psicopedagógico.

Al tomar en cuenta lo anteriormente expresado, se plantea la necesidad de búsqueda de nuevos modelos de evaluación e intervención psicopedagógica que posibiliten mayor éxito en la integración escolar y social de los niños y niñas con TEA. Este es uno de los principales problemas que enfrenta la Pedagogía Especial y podría declararse en cómo lograr una mayor eficiencia en el proceso de diagnóstico psicopedagógico de las niñas y los niños con TEA. Es entonces, el propósito de este libro, ofrecer una respuesta desde la ciencia a las siguientes interrogantes:

- » ¿Cuáles son las tendencias que han caracterizado la atención educativa a niñas y niños diagnosticados con TEA?
- » ¿Cómo concebir una metodología para el diagnóstico psicopedagógico de estos?
- » ¿Qué variables, dimensiones e indicadores se deben tener en cuenta durante el proceso de diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con TEA?

CAPITULO I. Fundamentos teóricos acerca de la atención psicopedagógica a niños y niñas con trastornos del espectro autista

1.1. El autismo: aproximación gnoseológica

El término “autismo” es utilizado en psiquiatría para significar retraído y absorto en sí mismo; proviene de la palabra griega “autos” que significa “en sí mismo”, “propio”.

Su definición no es una tarea fácil, pues han pasado muchos años desde que en 1943 Leo Kanner, psiquiatra austríaco residente en los Estados Unidos, lo hizo por primera vez después de describir detalladamente once casos de niños que presentaban características peculiares que los diferenciaban del resto de los menores con alteraciones psicopatológicas.

Desde entonces se han desarrollado variadas concepciones respecto al autismo, a la luz de los hallazgos científicos y los diferentes enfoques psicopatogénicos, aunque sin llegar a borrarse la esencia de la descripción clínica realizada por Kanner hace más de sesenta años.

Las observaciones del mencionado psiquiatra fueron dadas a conocer en un artículo que llevó por título Autistic Disturbances of Affective Contact; en él se distingue a la esquizofrenia y a la psicosis infantil y define como autistas a un grupo de infantes ensimismados y con severos problemas sociales, de comportamiento y en la comunicación.

En aquel entonces se concibió la sintomatología presente en el autismo como una alteración del contacto socio-afectivo, considerándolo un trastorno emocional provocado por inadecuadas relaciones del niño con las figuras de crianza; dichos factores traen como consecuencia que la personalidad del menor no pueda constituirse o se trastorne, es por ello que tanto en su primer informe, como en los siguientes, hace énfasis en la naturaleza de los padres y en su Manual sobre Psiquiatría Infantil, año 1948, escribió:

“Hay en el pasado de estos niños otro común denominador muy interesante. Entre los padres, abuelos y familiares colaterales aparecen muchos médicos, científicos, escritores, periodistas y artistas. No es fácil valorar el hecho de que todos nuestros pacientes provengan de

padres muy inteligentes. De lo que estamos seguros es de que en la historia familiar solemos encontrar un síntoma obsesivo". (Kanner, 1948).

Lo anterior condujo a que durante mucho tiempo prevaleciera la creencia de que el autismo infantil era resultado de un desarrollo deficiente o desorganizado de las madres con respecto a la formación de los vínculos afectivos con sus hijos en las primeras etapas de la infancia temprana.

Los criterios de Kanner constituyeron la base de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III), publicado por la American Psychiatric Association en 1980 y revisado en 1987 (DSM III-R). En su última revisión, el término trastorno autista, sucedió al de autismo infantil, ya que este último no resulta correcto para los individuos que maduran y se convierten en adultos.

A partir del año 1994, como resultado de importantes estudios, se comienza a conceptualizar por la Organización Panamericana de la Salud como *"un trastorno generalizado del desarrollo, que se define por la presencia de un desarrollo... deteriorado que se manifiesta antes de los tres años de edad y un tipo característico de funcionamiento... en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca, comunicación y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de estas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos, tales como, fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas, agresiones o autoagresiones".* (Organización Panamericana de la Salud, 1995)

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su cuarta edición (DSM-IV) agrupan en el código F-84 a los Trastornos Generalizados del Desarrollo y ofrecen un sistema diagnóstico, así como un conjunto de criterios fiables para el mismo.

Los términos *Trastornos del Espectro Autista* y *Trastornos Generalizados del Desarrollo* han sido empleados de forma equivalente para referirse a un amplio espectro de trastornos neuroevolutivos, los cuales pueden presentar alteraciones en la socialización, comunicación e imaginación.

El concepto de Espectro Autista fue desarrollado inicialmente por Lorna Wing y Judith Gould en 1979, a partir de los estudios realizados en Londres con el objetivo de conocer las características y el número de niños y niñas menores de 15 años con deficiencias importantes en las capacidades de relación.

Su comprensión se considera muy útil, tanto desde el punto de vista clínico como educativo, toda vez que ello puede ayudar a su abordaje pedagógico, teniendo en cuenta la heterogeneidad que representan estos niños(as), cuyas manifestaciones pueden ser tratadas con una evolución previsible.

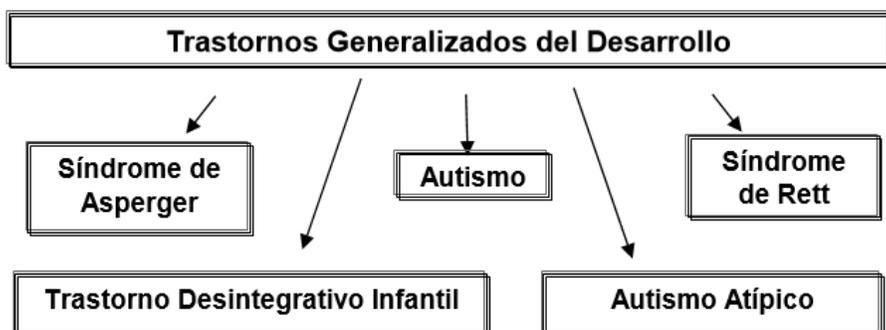


Figura 1. Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Diversas instituciones y autores a nivel internacional han definido al autismo, tal es el caso de la (Autism Society of America, 2000), la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión de la Organización Mundial de la Salud), Riviére (1996); Negrón (1997); Rodríguez (1999); Cabanyes (2000); y Stanley (2001); entre otros.

En Cuba se destacan las investigaciones en el área clínica Rodríguez (2004), lo conceptualiza como *“un trastorno profundo del desarrollo, que es expresión de una disfuncionalidad del Sistema Nervioso Central para procesar la información que afecta las áreas de interacción social recíproca, el lenguaje (verbal y no verbal) y el repertorio marcadamente restringido de actividades e intereses. Aparece antes de los 36 meses”*.

En años recientes se concluyó el DSM-V, quinta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría donde expertos de todo el mundo se han reunido en grupos de discusión organizados alrededor de los dife-

rentes trastornos incluidos en el DSM-IV y han analizado las actuales categorías diagnósticas desde diferentes perspectivas.

En la nueva edición, el trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica Trastornos Generalizados del Desarrollo y pasa a llamarse Trastorno del Espectro de Autismo. Como ya se ha declarado, se ubica en la categoría de los trastornos neuroevolutivos, donde se incluyen además la discapacidad intelectual, los trastornos de la comunicación y del lenguaje, el déficit de atención con hiperactividad, los trastornos de aprendizaje y los de coordinación. La mayoría de los investigadores concuerdan en considerar al autismo como un síndrome, o sea un conjunto de síntomas y signos cuya presencia revela que hay un trastorno o un mal funcionamiento de un órgano o un sistema. En el caso del síndrome autista, se estima que la disfunción está en el sistema nervioso central, fundamentalmente en el cerebro. En el 75% de los casos el autismo de Kanner se acompaña de retraso mental (Riviére, 1997).

En relación con las causas, se acepta que es multifactorial compleja por la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que se encuentran infecciones víricas (rubéola, herpes, citomegalovirus, etc.), complicaciones obstétricas, administración de vacunas e intoxicaciones, entre otros.

Las referencias en cuanto a la prevalencia del autismo han variado con el decursar del tiempo, según estudios realizados inicialmente por Lotter (1960) y ratificados posteriormente por Rutter, et al. (1967); Wing & Gould (1979); Gillberg (1984); Freeman, et al. (1985); se estima que éste en su forma clásica, también conocido como "Síndrome de Kanner", se presenta aproximadamente en 4-5 de cada 10 000 nacimientos y de 15 a 20 /10 000 para los trastornos del espectro autista; además, es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas.

Se localiza a nivel mundial, sin interesar el grupo étnico o el nivel social de que se trate, aunque a partir de los años 80 se plantea la posibilidad de que existan variaciones raciales en la frecuencia del síndrome (Edelson, 2000). Abarca distintos tipos de gravedad, que van desde el autismo con trastornos muy severos, hasta aquel en donde estos son relativamente leves.

Se estima que esta incidencia está en aumento, pero no está claro si se debe a un incremento real de casos o sencillamente a un mayor

número de diagnósticos, lo cual está dado, entre otras razones por los avances logrados en el reconocimiento clínico del trastorno.

Al referirse al incremento en la prevalencia del espectro autista, Wing & Potter (1999), en el artículo titulado “Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista”, destacan 3 causas principales, ellas son: los sistemas de clasificación actuales (CIE-10 y DSM-IV) son mucho más amplios y los profesionales difieren a la hora de aplicarlos; los términos diagnósticos suelen ser utilizados de diversas maneras, en ocasiones el término autismo se utiliza para identificar el grupo original de Kanner y en otras se refiere a un grupo más amplio que puede abarcar a todo el espectro autista y en los estudios epidemiológicos los métodos para encontrar casos son muy variados.

En la actualidad se suman otras razones para justificar ese incremento, entre ellas: estrategias epidemiológicas sofisticadas, formación de profesionales, mejoramiento de los registros digitalizados, mayor conciencia social y familiar, así como la necesidad de contar con el diagnóstico para acceder a determinados servicios, entre otras, aunque según afirman Rabelo, ChKut & Escalona (2006), *“existe la posibilidad de que las cifras sean mucho más bajas que los actuales reportes de hasta uno por 100 de todo el espectro que en algunos países se estiman, pues es cierto que el aumento del reporte para algunos está dado por el mayor conocimiento que del trastorno se tiene, así como la diversidad en las definiciones, los sesgos estadísticos etc., lo que hace parecer que realmente hay más casos”*.

Los autores de este libro considera potencialmente significativo tener en cuenta las ventajas que posee el diagnóstico temprano del autismo, entre otras razones para poder planificar con tiempo suficiente la educación y el tratamiento que va a recibir el niño(a).

Precisamente, los problemas de la educación de las personas con autismo continúan atrayendo la atención de pedagogos, psicólogos y diversas personalidades en el transcurso del siglo XXI; para ellos la educabilidad de éstas constituye aún un verdadero desafío. El epígrafe siguiente se dedica a la realización de un análisis acerca de las tendencias que han caracterizado la atención educativa a niños(as) con autismo.

1.2. Tendencias en la atención educativa a niñas y niños con diagnóstico de autismo

El autismo ha sido descrito en tiempos modernos, no obstante en cuanto a su surgimiento como patología existen dudas; en la literatura se localizan muy pocas evidencias de casos descritos con argumentos sólidos y científicos, aunque sí se tiene la certeza de que es un problema muy antiguo, así lo reflejan algunas pruebas en los registros médicos a lo largo de la historia donde hay testimonios que provocan la sospecha de autismo.

Tal es el caso de un niño de cinco años ingresado en el Hospital Bethlehem Royal, del asilo mental de Londres en el año 1809, el cual fue descrito por el boticario de dicha institución, quien en sus informes destaca la no relación con sus coetáneos, el empleo del lenguaje en tercera persona y retardo en el desarrollo psicomotor.

Existen casos que aportan pruebas históricas, por ejemplo los “idiotas benditos” de la vieja Rusia; otros provienen de los llamados “niños salvajes”, tal es el caso de **Víctor**, el niño salvaje de los bosques de Aveyron, reconocido como el segundo caso, que conmovió al mundo intelectual y la alta sociedad en los últimos años del siglo XVIII en la Francia centromeridional.

En 1911 aparece por vez primera en la literatura psiquiátrica el término autismo, empleado por el médico austríaco Eugen Bleuler, quien lo utiliza para describir un grupo de menores “encerrados en sí mismos”; ese retiro del mundo externo fue identificado por dicho galeno como una perturbación básica en la esquizofrenia.

Posteriormente, en 1943, el término autismo es retomado por Leo Kanner, quien realiza una descripción clínica detallada de los casos observados, lo cual facilitó la obtención de una visión general del trastorno. Los resultados de las investigaciones publicadas por este investigador constituyeron el punto de partida para la periodización del estudio del autismo donde se delimitan tres etapas que hasta la actualidad son referentes para los estudios en torno al tema, en el ámbito internacional, ellas son: primera etapa, de 1943 a 1963 correspondiente a los veinte primeros años de estudio del autismo; segunda etapa, de 1963 a 1983 donde en los primeros años de la década del 60 se producen cambios en la imagen científica del autismo y en su tratamiento, provocado por diversos factores y la tercera etapa a partir del año 1983 donde cambian los procedimientos para tratarlo y se investigan otras áreas.

En la literatura consultada se presenta una cronología de hechos que han sucedido en la atención de niños(as) con autismo a partir del año 1943, pero no se realiza un estudio de las tendencias en la atención educativa que han caracterizado las etapas delimitadas.

Para la realización del estudio de las posibles tendencias, se comparan los criterios de Curbelo (2004) quien asevera que, *“cada proceso o fenómeno tiene su propia historia, captar esa particularidad, develar sus características, establecer la periodización que corresponde con tal proceso, es el camino más seguro para poder reflejar las leyes intrínsecas del desarrollo del fenómeno y su relación con el resto del proceso histórico”*.

Valera (1999), citado por Castillo (2005), define las tendencias como *“posturas teóricas y metodológicas que se asumen ante el fenómeno educativo temporalmente en un contexto histórico-concreto y que se expresan como conceptualizaciones y prácticas educativas en el marco escolar”*.

Al realizar el análisis de las tendencias se toman en cuenta las tres primeras etapas de estudio del autismo y se considera conveniente delimitar la tercera etapa desde el año 1983 hasta el 1999, así como definir una cuarta etapa que comprende los primeros años del nuevo milenio, pues no cabe dudas de que las transformaciones en el plano social, económico y político que acontecen día a día en el mundo donde se acrecienta la desigualdad, injusticia social y los problemas financieros, han provocado cambios en los contextos donde tienen lugar la educación de niños, adolescentes y jóvenes de lo cual no son excluidas las personas con diagnóstico de autismo.

Durante la **primera etapa** correspondiente a los años 1943-1963, es considerado un trastorno emocional provocado por dificultades en las relaciones afectivas entre el niño(a) y los padres, pues Kanner en su primer trabajo sobre autismo, así como en los posteriores insiste en la peculiar naturaleza de los padres de éstos.

En esta etapa se exponen los primeros indicadores de las posibles causas del autismo, donde se suscitan controversias acerca de si es ocasionado por una maternalización inadecuada o por una deficiencia innata.

Al referirse a ello Bettelheim (1967), expone que *“es razonable dudar de la naturaleza innata del autismo mientras dicha naturaleza no*

haya sido determinada en el recién nacido... o mientras no se haya establecido la organicidad del autismo, no sobre bases especulativas, sino sobre descubrimientos neurológicos objetivos u otras pruebas formales”.

En 1944, Hans Asperger describe un grupo de niños atendidos en el Departamento de Pedagogía Terapéutica de la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena; éstos exhibían características similares a los casos descritos por Leo Kanner en los Estados Unidos.

Las observaciones de Asperger fueron publicadas en un artículo que llevó por título “La psicopatía autista en la niñez”; las principales características que diferenciaban a los niños descritos por Asperger de los descritos por Kanner, estaban centradas en las habilidades verbales y cognitivas aparentemente adecuadas que poseían, así como la no prevalencia de retraso mental. Dicho informe no fue dado a conocer ampliamente hasta los años ochenta cuando fue traducido por Lorna Wing.

Las consideraciones de ambos investigadores contribuyeron a deslizar el autismo de la esquizofrenia descrita por Bleuler, donde la pérdida de contacto con el mundo externo era progresiva; al contrario de ello, Kanner y Asperger reconocieron independientemente que sus pacientes tenían dificultades para entablar relaciones afectivas con otros desde muy temprano y con un curso crónico y consecuente, en lugar de progresivo.

Durante esta etapa no se consideró la atención educativa, en el tratamiento predominó como tendencia, *un marcado enfoque clínico con una orientación rehabilitadora*, concebido básicamente a través de la relación terapeuta-paciente, se desconocen las posibilidades de la educación para compensar estos trastornos del desarrollo y las potencialidades de los niños(as) para ser educados.

El psicoanálisis constituyó el basamento teórico y metodológico de la actividad terapéutica con los padres con el objetivo de favorecer el establecimiento de lazos emocionales sanos con el hijo(a) autista. La hipótesis de los padres culpables condujo a plantear incluso, la necesidad de separar al niño(a) de su ambiente familiar e internarlo para su atención.

Lovaas, investigador americano nacido en Noruega, centra sus primeros trabajos a inicios de los sesenta en la implantación del lenguaje con técnicas conductuales en un entorno hospitalario.

A pesar de lo anterior, durante esta etapa se logró un mayor conocimiento del autismo y sus características fundamentales y distintivas, lo que permitió su diferenciación de otras entidades afines.

En la **segunda etapa**, correspondiente a los años 1964–1983, se comienza a dar paso al estudio científico del autismo, se asocia a perturbaciones neurobiológicas, donde las teorías cognitivas y la modificación conductual dieron pie a la investigación e intervención más controlada y sistematizada, originándose un cambio en la imagen del síndrome.

En esta etapa algunos investigadores coinciden en que no sirve de nada culpar a los padres y hacerles responsables de la enfermedad de sus hijos(as). Las investigaciones desarrolladas permitieron transformar las concepciones acerca de las causas del trastorno asociándolas a alteraciones genéticas, anomalías de metabolismo, así como condiciones prenatales, perinatales y postnatales, lo que reafirma que el trastorno puede deberse a múltiples etiologías.

En el 1966 la UNESCO crea el Programa de Educación Especial en el Sector de Educación, donde especialistas de varios países ofrecen indicaciones respecto a las acciones a realizar por dicho organismo a favor de las personas con necesidades educativas especiales y se insiste en que todos los países miembros incrementen sus esfuerzos por lograr una mayor escolarización y atención a este tipo de alumnos.

En diversos países proliferaron las asociaciones de padres de niños(as) autistas lo cual contribuyó a concienciar a la sociedad acerca de los derechos de estas personas. Se fundó en Inglaterra la primera Asociación de Padres de Niños con Autismo.

En el tratamiento del autismo se reconoce la educación como lo realmente capaz de mejorar la calidad de vida de los niños(as) con ese diagnóstico. El escenario interventivo pasó del tratamiento a la enseñanza, lo cual condujo a la creación de centros escolares dedicados específicamente a la educación de personas con autismo.

Se comienza a prestar atención al entrenamiento del lenguaje y surge el Modelo Operante de Ivar Lovaas (Universidad de California, 1977), el cual es expuesto en el primer Simposio de Autismo celebrado en España en 1978, el tratamiento a través de este modelo prioriza el desarrollo del lenguaje verbal sin embargo, limita la espontaneidad y las posibilidades del niño(a) con autismo para comunicarse, como resul-

tado de ello, se comienzan a perfeccionar los modelos de tratamiento del lenguaje y se prioriza el desarrollo de la comunicación con lo que cobra auge el empleo de los Sistemas Alternativos de Comunicación (SAC).

Las **tendencias** en la atención educativa que caracterizan a esta etapa son: el empleo de métodos de enseñanza basados en técnicas de modificación de conducta, que perseguían como objetivos fundamentales la implantación del lenguaje y el desarrollo de habilidades básicas del aprendizaje en este tipo de niños(as). Se demuestra por primera vez (Ferster & De Myer, 1961) la eficacia de los métodos operantes de modificación de conducta para el tratamiento del autismo, lo cual condujo a la creación de diversos programas encaminados al desarrollo de la interacción social, la comunicación, las capacidades cognoscitivas, la integración en centros de la enseñanza regular, entre otros.

En la **tercera etapa** de 1983 a 1999, se originan cambios importantes en cuanto a la visión del trastorno, los cuales son definidos por Rivière (1997), y están centrados en cuatro aspectos fundamentales:

El enfoque general del autismo: se le considera desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo, por ello se convierte en tema central de investigación en Psicología Evolutiva, no solo en Psicopatología.

Las explicaciones del autismo: se realizan importantes estudios acerca de sus posibles causas, se destacan las investigaciones con resonancia magnética, genética y técnicas neurobiológicas. En el campo de la investigación psicológica resaltan los aportes de la Teoría de la Mente (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985), donde se plantea la incapacidad de las personas con autismo para atribuir estados mentales a otras.

Los procedimientos para tratar el autismo: la educación se convierte en el tratamiento principal centrado en la comunicación como núcleo esencial del desarrollo, con un estilo más pragmático y natural.

Aparición de nuevos temas de interés: se pone de manifiesto la necesidad, tanto teórica como práctica, de considerar el trastorno desde la perspectiva del ciclo vital completo y no sólo como una alteración infantil.

En 1995 se desarrolló el Primer Encuentro Latinoamericano sobre Au-

tismo, cincuenta años después de Leo Kanner, donde se reconoce la interdisciplinariedad como herramienta loable en el tratamiento, la clínica como única fuente actual de diagnóstico con el apoyo de la observación y las evaluaciones formales y no formales, así como la atención integral a partir del trabajo terapéutico y educativo con una participación activa de la familia.

Durante esta etapa se desarrollan diversos programas y estrategias educativas, que son empleadas en la educación de niños(as) con autismo tanto en América como en Europa, donde se asume como tendencias:

- *Predominio de una fuerte influencia del conductismo con defensa de la metodología de modificación de conducta*, con el modelo del condicionamiento operante (estímulo discriminativo-conducta-refuerzo) como esquema básico para la educación de estos niños(as) en ambientes lo más naturales posibles.
- *Se prioriza la intervención hacia los aspectos funcionales o pragmáticos del lenguaje con la aplicación de diversos modelos que persiguen como fin el logro de habilidades comunicativas y lingüísticas.*
- *Integración en centros ordinarios con los apoyos especiales necesarios y la puesta en práctica de diferentes modalidades educativas*, en dependencia de las particularidades de los sistemas de enseñanza de cada país y las necesidades del niño(a). En este período se desarrolla la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: acceso y calidad (Salamanca, España, 1994) y la aprobación en este contexto de la Declaración de Salamanca y del Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales, lo cual trae consigo el auge de la integración escolar y un creciente reconocimiento de la validez de los enfoques individualizados y personalizados del proceso docente-educativo.
- *Se asume la acción interdisciplinaria a partir del reconocimiento de su efectividad donde médicos, psicólogos, pedagogos y trabajadores sociales ejercen su influencia en el niño(a), así como una enseñanza intensiva, organizada y estructurada, ya sea en contextos naturales (hogar o comunidad) o en contextos específicos de aprendizaje*, donde los medios y condiciones de vida

se adecuen a las necesidades de los niños y niñas con autismo desde la primera infancia, lo cual se asocia a un pronóstico mejor.

La **cuarta etapa** abarca desde el 2000 hasta la actualidad; durante este período se generan nuevas prácticas educativas en la atención a niños(as) con autismo, las cuales surgen de la evolución que ha tenido la educación de las personas con necesidades educativas especiales. Hoy se experimentan nuevas estrategias, pues indudablemente las concepciones de la Educación Especial se han transformado.

El Marco de Acción de Dakar, Senegal (2000), marcó pautas para transformar la realidad educativa en el siglo XXI al comprometer a los gobiernos nacionales a velar porque se alcancen y apoyen los objetivos de la “educación para todos” donde también son incluidos los niños(as) con necesidades educativas especiales a partir de reconocer sus derechos a recibir una formación integral y una educación adecuada a sus necesidades individuales que les permita integrarse en los diferentes contextos sociales donde se desarrollan.

Lo anterior conduce a asumir una posición más optimista, basada fundamentalmente en enfoques psicológicos y pedagógicos que pretenden explicar el problema de las necesidades educativas especiales.

Pese a ello y al avance experimentado en los últimos años, en la atención educativa a los alumnos con autismo, persisten todavía problemas que suponen un estigma y condicionan la optimización de dicha atención educativa.

Durante esta etapa se destacan como tendencias en la atención educativa a dichos niños(as) las siguientes:

- *El empleo de diferentes modelos (ambientales, cognitivos, evolutivos, ecológicos y conductuales)* donde se combinan programas o métodos tales como: método Lovaas; programas Teachh, Bright Stard, de Comunicación Total, entre otros.
- *Se prioriza el desarrollo de los programas de comunicación y lenguaje sobre los programas de apoyo al desarrollo social*, lo que conlleva a una insuficiente adquisición de habilidades que permitan a las personas con autismo el establecimiento de relaciones sociales, así como interactuar en diferentes contextos.
- *Se flexibilizan las condiciones en las cuales se realiza el diagnóstico clínico-psicopedagógico de personas con autismo*, lo cual propicia una verdadera comprensión de las particularidades de

cada individuo y su entorno con un enfoque integral, multidisciplinario y multifactorial donde es imprescindible la valoración de los especialistas de perfiles médico, pedagógico, psicológico y social, así como el estudio profundo de las condiciones familiares, de la comunidad y de la institución educativa. Las evaluaciones realizadas con un enfoque ecológico, en ambientes más naturales y cercanos a la realidad cotidiana del menor, adquirieron un gran valor, toda vez que en los niños(as) con autismo se presentan características muy peculiares que hacen casi imposible la evaluación en contextos formales, pues las conductas deben ser constatadas en aquellos donde se manifiestan de manera natural.

Es significativo hacer referencia a que en Cuba, el 4 de enero de 2002 se inauguró la escuela “Dora Alonso”, con lo cual surge el proyecto de atención educativa a las personas con autismo, el mismo ha permitido validar durante estos años la experiencia cubana de atención a niños(as) y adolescentes con dicho diagnóstico y ha marcado pautas en la evaluación e intervención psicopedagógicas. En el epígrafe siguiente se presentan las peculiaridades y objetivos fundamentales de la atención educativa a estos niños(as) en el contexto cubano por la importancia y los aportes que se le reconocen.

1.3. Particularidades de la atención educativa a niños(as) con autismo en Cuba

La atención educativa a niños(as) con diagnóstico de autismo es uno de los retos que enfrenta la Educación Especial cubana en la actualidad; la experiencia de trabajo, según asevera Orozco (2008) es incipiente, pues durante los últimos cinco años se ha comenzado a incursionar en esta “nueva rama de la Pedagogía Especial”.

No obstante, en la década de los setenta especialistas de perfil médico comienzan a diagnosticar el autismo, y a partir de los años ochenta se brinda atención especializada a estos niños(as) en los diferentes centros de la Educación Especial, con énfasis en escuelas para alumnos con trastornos del lenguaje y de la conducta.

En los noventa se desarrolló una experiencia psicopedagógica en la escuela “Cheché Alfonso” de la Ciudad de La Habana, la cual funcionó durante una década como laboratorio de investigación del Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Especial (CELAEE).

En el curso escolar 2000-2001 se crea la escuela “William Soler”, en Santiago de Cuba para atender a niños y niñas con autismo, y en el 2002 se inauguró la escuela “Dora Alonso” en Ciudad de La Habana, concebida como Centro de Referencia Nacional para la atención educativa al autismo, la misma constituye un proyecto médico-psicopedagógico que tiene entre otros objetivos los siguientes:

Promover el máximo desarrollo de las personas con autismo a partir de sus necesidades y potencialidades; valorar científicamente toda forma de intervención psicopedagógica evaluando los resultados; capacitar a los profesionales de otros centros y provincias del país que intervienen en la atención, diagnóstico e intervención psicopedagógica en estos casos.

La escuela tiene carácter transitorio, en ella se brinda una atención integral especializada, y en dependencia del nivel de desarrollo alcanzado los alumnos transitan a otras enseñanzas.

Los escolares, luego de la realización del diagnóstico psicopedagógico, son ubicados atendiendo a tres niveles de desarrollo:

Nivel alto (grupo A), para niños(as) que demuestran habilidades en el contacto social, poseen lenguaje, aunque con alteraciones en sus tres componentes, alto desarrollo del autovalidismo, entre otras potencialidades.

Nivel medio (grupo B), para los niños(as) que tienen habilidades de autonomía y validismo, aceptan el contacto social.

Nivel bajo (grupo C), para aquellos que tienen síntomas autistas bien marcados y graves afectaciones en la interacción social, comunicación, lenguaje, autonomía y validismo.

Para dar respuesta a las necesidades de los escolares se cuenta con las modalidades de atención siguientes: atención permanente (alumnos que asisten al centro de lunes a viernes); atención combinada (asisten dos o tres veces por semana, el resto de los días se insertan en otras escuelas); atención ambulatoria (reciben atención en el hogar).

En correspondencia con el nivel de funcionamiento donde está ubicado cada alumno se planifican los tratamientos en los que se tienen en cuenta los contenidos curriculares, entre ellos: Lengua Materna, Nociones Elementales de Matemática, Conocimiento del medio, Artes Plásticas y otros, así como también los programas por especialidades

dentro de los que se encuentran: juego, modificación de conducta, sexualidad, Computación, Educación Física, fisioterapia y otras.

Los niños y niñas con autismo en el resto de las provincias del país se favorecen de las distintas modalidades que les brinda el Sistema Nacional de Educación Especial, dentro de ellas: círculos infantiles de enseñanza general, salones especiales dentro de círculos infantiles de enseñanza general, círculo infantil especial y diferentes escuelas especiales.

En las instituciones antes mencionadas se toman como referencia las experiencias desarrolladas en la escuela “Dora Alonso”, las cuales se adecuan en correspondencia con las particularidades del centro y las condiciones concretas de cada territorio.

La atención educativa a personas con diagnóstico de autismo en Cuba está fundamentada científicamente, los objetivos y fines de la educación de estos escolares determinan las peculiaridades que ésta debe tener para dar respuesta a sus necesidades educativas especiales.

En ella se asume la aplicación de los postulados de la escuela histórico-cultural de Vigotsky, por constituir el referente psicológico más sólido para la intervención psicopedagógica de los niños(as) con ese diagnóstico, entre ellos el paso de la regulación interpsicológica a la regulación intrapsicológica donde ocupa un lugar fundamental las ayudas que se le brindan al niño(a) en la interacción con los adultos y que propicia el desarrollo de su ZDP, este concepto acentúa dicha interacción y conduce además al desarrollo individual; también se tiene en cuenta la unidad de lo cognitivo y lo afectivo, de lo biológico y lo social, así como de la actividad y la comunicación.

Además, se parte de la organización de un sistema de influencias pedagógicas y psicológicas especiales que permiten el desarrollo integral de los niños(as), adolescentes y jóvenes, de manera que puedan alcanzar niveles de independencia y desarrollar conductas apropiadas para la vida en sociedad.

Una de las tareas fundamentales a la que se enfrentan los docentes encargados de la educación de niños(as) con autismo es la realización del diagnóstico psicopedagógico individualizado; ello constituye un reto para los profesionales de la Educación Especial al ser necesario encontrar las vías para reunir toda la información posible sobre cada escolar, y es el punto de partida para el diseño y ejecución de las estrategias de intervención psicopedagógicas.

A continuación se realiza un análisis de los principales aspectos que constituyen las bases teóricas del proceso de diagnóstico de los alumnos con necesidades educativas especiales en general, lo cual es considerado un aspecto esencial para la comprensión de este proceso en niños(as) con TEA.

1.4. El proceso de diagnóstico psicopedagógico de los alumnos con necesidades educativas especiales

Los retos actuales para el logro de una mayor eficiencia en la atención psicopedagógica de niños(as), adolescentes y jóvenes de cualquier nivel de enseñanza, convierten al diagnóstico en un pilar fundamental para el diseño de estrategias educativas personalizadas y constituye una vía esencial para dar respuesta a los desafíos de una educación en y para la diversidad, término al que se encuentra estrechamente vinculado cuyos orígenes se remontan a la antigüedad, cuando se dan las primeras manifestaciones de rechazo y segregación hacia las personas “diferentes” por parte de la sociedad.

Indudablemente, la atención a la diversidad es un proceso continuo que requiere una evaluación y diagnóstico, tanto de las necesidades educativas como de la respuesta que se le ofrece a dichas necesidades. Abordar el proceso de diagnóstico, caracterización e intervención desde la perspectiva de la atención a la diversidad, constituye una necesidad básica para el logro de una educación con calidad para todos.

La Educación Especial asiste a su reconceptualización en las nuevas condiciones de desarrollo social, y en correspondencia con la necesidad de educar a la diversidad traspasa los límites de la escuela especial en íntima interrelación con los sistemas educacionales, con lo que persigue como propósito fundamental la equiparación de oportunidades para toda la población que lo requiera.

Uno de los aspectos que distingue la reconceptualización de la Educación Especial es precisamente el diagnóstico, éste constituye una categoría general utilizada en diferentes ciencias tanto naturales como sociales, aunque su génesis se encuentra en las Ciencias Médicas y en la Psicología Clínica, *“pues desde finales del siglo XVIII y marcadamente a principios del siglo XIX médicos destacados como Sauvages, Cabanis y Pinel, razonaban en sus obras sobre los procedimientos para atender a los sujetos enfermos, clasificar las enfermedades, y arribar a los diagnósticos”*. (Castro, 2006)

La palabra diagnóstico proviene de las partículas griegas *diá* que significa “a través de”, y *gnosis*, “conocimiento”.

La utilización del diagnóstico en la medicina pretende identificar enfermedades, es por ello que aún se asocia a sujetos con problemas, discapacidades o desviaciones en el desarrollo, que en el ámbito educativo han sido atendidos por la Educación Especial, también se corresponde con la etimología de la palabra diagnóstico, definido por el Diccionario Enciclopédico Grijalbo como: “Conocimiento de una enfermedad por sus signos y síntomas, cualidad que da el médico a una enfermedad”.

En la pedagogía no se pretende diagnosticar la enfermedad o el problema, aunque es menester señalar que la práctica del diagnóstico en el caso concreto de la Educación Especial ha sido instrumentada en el sentido médico, pues durante varias décadas respondió al período de la institucionalización, concebido como un momento, con carácter clínico y clasificatorio centrado en el defecto más que en las posibilidades de desarrollo, con lo que desempeñó un papel excluyente y segregador.

La proliferación de métodos y técnicas para evaluar y categorizar a las personas condujo al establecimiento de patrones de comparación que buscaban las diferencias individuales dentro del propio individuo, dejando al margen el papel de los medios escolar, familiar y comunitario. El enfoque tradicional de las pruebas y sus principales limitaciones han sido abordados en los trabajos de Solé (1990); Nieves (1995); Álvarez (1998); y Arias (1999); entre otros.

Con el paso del tiempo, la concepción del diagnóstico psicopedagógico y su tendencia al etiquetamiento, han sufrido transformaciones condicionadas por los cambios en el desarrollo histórico y social de la humanidad, y ha sido objeto de críticas en su concepción tradicional relacionada con una concepción biologicista del desarrollo psíquico.

Entre las críticas fundamentales realizadas al diagnóstico en su enfoque tradicional (Nieves, 1995; Bell, 1997; Álvarez, 1998; Arias, 1999; Betancourt, 2003) se destacan las siguientes:

- Diagnóstico fundamentado en el modelo clínico con el fin de clasificar y etiquetar según déficit.
- Centrado en lo que los niños(as) no son capaces de hacer.
- Visto como resultado y no como proceso.

- Las decisiones son tomadas a partir de los resultados obtenidos en pruebas o test generalmente no contextualizados.
- Limita la participación del maestro y la familia como simples elementos informativos al no participar en la toma de decisiones.

A pesar de lo anterior, se puede afirmar que el proceso de diagnóstico psicopedagógico ha evolucionado *“desde los momentos en que se realizaba con los medios más rudimentarios, y con poca o ninguna base científica, hasta los tiempos actuales que se poseen conocimientos acerca de las formaciones psicológicas, su contenido, las condiciones que las producen y la dinámica de su formación”*. (Arias, 2006)

En la actualidad se reconoce el proceso de diagnóstico con un mayor enfoque psicopedagógico integral, donde se parte del criterio de que cada sujeto es único e insustituible y revela las características propias de su desarrollo personal, su uso *“es indudablemente necesario, no para categorizar, no para etiquetar, no para discriminar, sino precisamente para comprender y explicar cómo ocurre el desarrollo psicológico y para prevenir y transformar, que son sus fines últimos y verdaderos”*. (Betancourt, 2003)

En consonancia con la evolución de la Educación Especial, el proceso de diagnóstico atraviesa un período de perfeccionamiento, donde se pretende que desde un carácter más patologizante, estigmatizante y clínico, acceda a un proceso más activo, dinámico, colaborativo, participativo y personalizado.

Se distinguen dos enfoques en torno al diagnóstico psicopedagógico teniendo en cuenta los contextos de actuación del mismo, ellos son, el diagnóstico escolar y el especializado, ambos aunque interactuantes y complementarios se diferencian esencialmente por el modo de usarlos y los procedimientos para desarrollarlos.

El diagnóstico escolar se realiza en el marco de la escuela por el maestro y persigue como fin conocer en profundidad a cada uno de sus alumnos y sus contextos de actuación, para sobre la base del análisis de las causas de los principales problemas, trazar estrategias de intervención individualizadas que les permita eliminar o compensar las dificultades y produzcan cambios en su nivel de desarrollo. Dichas estrategias serán actualizadas y enriquecidas sistemáticamente a partir de la identificación de nuevas potencialidades y necesidades detectadas en el propio proceso interventivo.

Por su parte el diagnóstico psicopedagógico **especializado**ⁱⁱ, se realiza a aquellos alumnos que en el contexto escolar presentan dificultades marcadas, este diagnóstico toma como punto de partida toda la información que sobre el escolar y los contextos donde se desenvuelve le brinda la escuela a los especialistas de los CDO, es el maestro quien define los alumnos que deberán ser sometidos a un estudio multidisciplinario e interdisciplinario después de la realización del pesquisaje **grueso**ⁱⁱⁱ.

Para su realización Álvarez (2006), propone los pasos siguientes: confirmación de la caracterización escolar mediante un proceso de seguimiento que abarca los ámbitos escolar, familiar y comunitario; formulación de hipótesis explicativas preliminares que conducen al siguiente paso; selección instrumental y evaluación especializada donde se aplican diversos instrumentos que son interpretados de forma integrada para arribar a una impresión diagnóstica y conducen a la confirmación o rechazo de las hipótesis planteadas; discusión diagnóstica e interpretación integradora y establecimiento de una dinámica explicativa de necesidades y potencialidades; elaboración de las estrategias de intervención o sistemas de apoyos así como seguimiento y continua retroalimentación del proceso que permite mantener actualizada la información sobre los cambios ocurridos en el alumno y su medio, para sobre la base de ellos adecuarla o perfeccionarla.

Luego del estudio realizado se determinará si las adecuaciones curriculares, necesarias para satisfacer las necesidades educativas especiales del alumno en cuestión pueden ser realizadas en el marco de la escuela común o resulta necesaria la atención en una institución, aula o escuela especial con carácter permanente o temporal.

Las nuevas concepciones sobre el diagnóstico psicopedagógico, tanto escolar como especializado se basan en los postulados de L.S.Vigotsky, fundador de la teoría histórico-cultural, donde adquiere un rol fundamental la concepción del desarrollo psíquico, en el cual se da una estrecha relación dialéctica entre lo biológico, lo sociocultural, individual y psicológico.

El análisis del diagnóstico con este enfoque es uno de los retos más importantes enfrentados en la actualidad; su perfeccionamiento y consolidación constituye un objetivo priorizado, por ello son varios los autores vinculados a la Educación Especial que se han encargado de su estudio.

Las definiciones de diagnóstico psicopedagógico ofrecidas por Nieves (1995); Álvarez (1998); Arias (1999); y Torres (2003), determinan puntos coincidentes, entre ellos: el diagnóstico psicopedagógico constituye un proceso, conduce a la identificación de necesidades y potencialidades, se recopila información relevante acerca del desarrollo anterior y actual del niño(a) y posee como fin el diseño de programas o estrategias de intervención.

Sin embargo, también se destacan aspectos divergentes, los cuales son expuestos a continuación:

Nieves (1995); y Álvarez (1998), reconocen la relación existente entre evaluación e intervención al ser un proceso continuo, ininterrumpido y permanente.

Por su parte, Arias (1999), considera el carácter preventivo del diagnóstico por ser necesario instrumentar las acciones lo más temprano posible para dar respuesta a las necesidades del niño(a).

Álvarez (1998); y Torres (2003), destacan la necesidad de evaluar los contextos donde se desenvuelve el niño(a) y sus relaciones, lo que posibilita una mayor comprensión de su desarrollo y las causas que lo condicionan; estas autoras también reconocen la necesidad de evaluar no solo el desarrollo actual, sino también el potencial.

Solo Álvarez (1998), enfatiza en el enfoque psicopedagógico del diagnóstico, por constituir un instrumento básico de orientación en la enseñanza y la educación.

Los autores del libro comparte la definición dada por Álvarez (1998), para la cual el diagnóstico psicopedagógico es: *"el proceso que lleva a la identificación de las necesidades específicas de cada individuo tomando en cuenta su entorno, que precisa las áreas débiles y las fuertes (necesidades y potencialidades) siendo un proceso continuo de evaluación-intervención con una retroalimentación continua de esta evolución y con un enfoque psicopedagógico"*.

Este concepto puntualiza de forma clara y precisa el enfoque psicopedagógico del diagnóstico, lo cual deja atrás el carácter clínico y clasificatorio que lo caracterizó en un determinado momento, para ceder espacio a la búsqueda de potencialidades no solo en el individuo, sino también en sus contextos de actuación, con énfasis en las posibilidades que poseen, con el fin de promover su desarrollo con la participación activa y organizada de los adultos.

Las definiciones de diagnóstico psicopedagógico se complementan con las exigencias actuales de este proceso en Cuba (Nieves, 1995; Bell, 1997; Álvarez, 1998; Arias, 1999; López, 2000; Akudovich, 2004; Fabá, 2005) las cuales son:

Enfoque psicopedagógico que identifique los recursos con que cuenta el niño(a) para su desarrollo; consideración del diagnóstico como principio psicopedagógico imprescindible para la labor educativa; evaluación del niño(a) en su contexto, en el desempeño de sus actividades cotidianas; su fin fundamental es la intervención; centrado en las potencialidades y en el análisis no solo en el producto de la actividad, sino en el proceso de realización.

En efecto, todo diagnóstico realizado desde una postura psicopedagógica, tiene como fin único implementar una respuesta pedagógica eficaz, susceptible de ser modificada en el propio proceso de ejecución, que llegue hasta los contextos familiar y comunitario y tome como eje fundamental las potencialidades de los alumnos, no sus limitaciones o carencias que solo poseen como propósito estigmatizar.

1.5. Reflexiones en torno al diagnóstico y la evaluación

En los últimos tiempos es frecuente encontrar en la práctica pedagógica una identificación entre los procesos de evaluación y diagnóstico, pues indiscutiblemente entre ambos existe una estrecha interrelación dialéctica, donde se favorece la obtención de una amplia información acerca del desarrollo actual del alumno y sus contextos de actuación. Sin embargo, se considera necesario realizar una adecuada diferenciación entre estos dos términos.

Tanto la evaluación como el diagnóstico psicopedagógico constituyen una vía esencial para desarrollar una intervención educativa verdaderamente transformadora.

Ambos procesos requieren una debida planificación y actualización en correspondencia con los avances científicos que se originan en el campo de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas.

Para Lima (2007), el término diagnóstico es controvertido, ya que se asocia a la evaluación y en esa relación a veces la contiene mientras en otras es contenido por ella.

La evaluación se define en el Diccionario Encarta) como *“señalar el valor de algo. Estimar, apreciar, calcular el valor de algo. Estimar los*

conocimientos, aptitudes y rendimiento de los alumnos". (Microsoft Corporation, 2006)

Castro (2005), asevera que *"evaluar significa comúnmente, en Psicología y en Pedagogía, la acción o el procedimiento de medir, valorar y determinar alguna cosa: un conocimiento, una cualidad, una actitud, un hecho de la vida familiar"*. El autor mencionado anteriormente, plantea que la evaluación *"es una actividad científica que requiere sistematicidad; no se trata de algo ocasional, sino de todo un plan con procedimientos, métodos e instrumentos previamente determinados."*

Por su parte Arias (2002), citado por Leyva (2006), destaca la estrecha relación entre la evaluación y el diagnóstico y puntualiza que *"todo proceso de evaluación tiene una función de diagnóstico y todo diagnóstico exige una labor de evaluación de determinadas condiciones que permita elaborar un juicio o conclusión acerca de la situación o estado de un problema y las posibles causas que lo determinan"*. (Mesa, et al, 2006)

Leyva (2004), considera que las afirmaciones de Aria (2002), deben conducir la práctica del diagnóstico actual y a partir de sus postulados aporta los siguientes conceptos:

La evaluación es *"el registro y estudio valorativo de determinadas condiciones, que permite elaborar un juicio o conclusión acerca de la situación o estado de un problema y las posibles causas que lo determinan, requiere de la búsqueda de información y del empleo de diversos y adecuados instrumentos para el éxito de la misma"* Jiménez, 1999).

El diagnóstico es *"un proceso encaminado a la búsqueda de un conocimiento acerca de cómo marchan los acontecimientos y en qué sentido hay que dar inicio o seguir desarrollando la actividad sujeto del mismo, para poder, mediante un amplio y profundo análisis, llegar a una posible explicación de las características, logros, dificultades y causas de los problemas; con un último y más importante propósito de proyectar posibles soluciones para eliminar, atenuar o compensar las dificultades; así como usar de forma conveniente potencialidades o fortalezas también encontradas"*. (Rivero, 2003)

Al realizar el análisis de ambas definiciones se destaca que la evaluación está basada fundamentalmente en la búsqueda de una amplia información, con el empleo de diversas técnicas e instrumentos que permiten explicar el estado de un problema y las causas que lo pro-

vocan, mientras que el proceso de diagnóstico posibilita explicar las características y causas del problema con el fin de tomar decisiones dirigidas a dar solución a las dificultades encontradas.

En correspondencia con lo anterior, las concepciones en relación con el proceso de diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con TEA también han sufrido cambios tanto en el contexto internacional los cuales se relacionan con los nuevos conceptos de la Educación y la Pedagogía Especial. En el epígrafe siguiente se analizan aspectos medulares de este proceso.

1.6. Acerca del diagnóstico psicopedagógico del TEA. Particularidades

En los últimos tiempos la psicopatología ha hecho aportes metodológicos que se han constatado como efectivos durante la evaluación del desarrollo de la personalidad de niños y adolescentes con diferentes trastornos psíquicos y del desarrollo en general; en este ámbito se consideraba al niño(a) con autismo como invaluable al no contar con experiencias que aportaran al respecto, mas como plantea Rivière (1997), la conceptualización del nivel de desarrollo del niño(a) con autismo, debe ser resultado de un proceso de evaluación cuidadosa que se atenga a ciertas exigencias y que no se cumplimentan cuando se basa la evaluación en apreciaciones globales, como por ejemplo el coeficiente de inteligencia (CI) o la descripción clínica.

La ejecución del diagnóstico psicopedagógico exige el dominio de ciertas técnicas y conocimientos psicológicos a tener en cuenta, por ejemplo, que el momento del examen en sí es solo una parte del trabajo de evaluación.

Otro aspecto importante es, la interpretación de la información que se obtiene. No basta con observar, realizar entrevistas o pretender medir procesos psíquicos; de los aparentes inconexos datos obtenidos ha de surgir un cuadro de conjunto que no solo debe mostrar el nivel de desarrollo actual de procesos o propiedades psíquicas, sino que han de hacer comprensibles rendimientos y/o habilidades así como potencialidades, siendo necesario para ello penetrar en la naturaleza de los procesos y cualidades personales.

Prestigiosos investigadores tales como Kanner (1943); Asperger (1944); Eisenberg (1957); Anthony, (1958); Makita (1964); Rutter (1967); Moniot (1970); Creak Klabin & Rутtenberg (1971); Misis & Ri-

viére (1997); Jiménez (1998), y otros argumentan sus estudios basados en observaciones minuciosas, haciendo valiosas aportaciones a la comprensión del síndrome autista.

Para todos es comprensible que el diagnóstico psicopedagógico es un paso previo a la intervención, donde se debe tener en cuenta a través de la evaluación, la exploración detallada de las fortalezas y debilidades de la persona y su entorno para poder determinar las particularidades que distinguen al niño(a) y lo diferencian de otras personas con el mismo diagnóstico.

De ahí que como diría Garanto (1993), citado por Sanahuja (1994), *“como personas y profesionales comprometidos con la optimización del desarrollo humano, hemos de traspasar la mera descripción sintomatológica y tratar de arribar a una comprensión y explicación más precisa y diáfana posible que permita la delimitación consecuente de la configuración del ser humano y la selección de la intervención educativa-terapéutica más apropiada en cada circunstancia”*.

Diversos investigadores se propusieron demostrar que los niños y niñas con diagnóstico de autismo eran evaluables, y desde ese momento se inicia una serie de estudios de las funciones cognitivas de estos sujetos, coincidiendo con la supremacía de los procesos cognoscitivos sobre los afectivos.

El uso de los test e instrumentos de medición continúa siendo uno de los temas polémicos en el debate actual acerca de los fundamentos teóricos y prácticos del proceso de evaluación y diagnóstico de niños(as) con autismo, donde sus capacidades cognitivas se manifiestan de diversas formas; desde aquellos con una deficiencia mental profunda, hasta los que muestran habilidades o talentos excepcionales que coexisten con una incompetencia mental total; por ello se hace tan necesario el empleo de pruebas capaces de motivarles y que midan aspectos relevantes y diversos de su capacidad cognitiva.

Igualmente se comparten las consideraciones de Betancourt (2003), en cuanto al uso de instrumentos de evaluación, cuando afirma que *“no basta limitarse a que determinada técnica o ítem no fue comprendido o que el niño no colaboró, es preciso utilizar los niveles de ayuda requeridos que permitan indagar en el conocimiento del área que se estudia, en la precisión de indicadores que posibiliten explicar cómo ocurrió ese desarrollo y por qué, qué factores lo favorecieron y cuáles resultaron adversos”*.

A lo largo de varios años diferentes pruebas generales de nivel intelectual han demostrado su utilidad para evaluar el nivel de inteligencia en niños y niñas con autismo. Dichas pruebas han sido diseñadas para dar una puntuación numérica global o un cociente de inteligencia (CI), algunas de ellas son: Escala de Inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario de Wechsler (WPPSI); Escala de inteligencia para el Nivel Escolar de Wechsler Revisada (WISC-R); Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS); Escala de Pruebas Mentales de Merrill-Palmer y Matrices Progresivas de RAVEN, entre otras, aunque según Riviere (1997), cuando los niños(as) son pequeños o se presenta retraso mental asociado esas pruebas psicométricas de uso común no son administrables.

Considera significativo el autor de esta tesis la necesidad de que los instrumentos de evaluación que sean utilizados se ajusten a las características de las personas con autismo, lo cual supone modificaciones en los procedimientos evaluativos, y si es preciso el reordenamiento de los ítems para determinar el nivel de desarrollo actual, así como también el uso de niveles de ayuda para arribar al diagnóstico de la ZDP del niño(a).

Se coincide plenamente con Álvarez (2006), en que *“la aplicación de los test tradicionales de “cociente de inteligencia”, “cociente de desarrollo” muy extendidos en el mundo actual, siempre que hayan sido contextualizados y validados en nuestro medio, debe estar acompañada de una valoración cualitativa que refleje los estados emocionales que acompañan el desempeño del evaluado durante la prueba”*.

Se considera preciso destacar que el uso de pruebas o instrumentos de evaluación es insuficiente para el logro de una evaluación integral del niño(a) con diagnóstico de autismo, donde se interrelacionan de forma dinámica y compleja lo biológico, lo psicológico (emociones, cogniciones que determinan la actividad personal) y lo social determinado por el medio escolar, familiar y comunitario que puede reducir o generar la discapacidad.

Es evidente que la evaluación de las personas con autismo en su aspecto cognitivo, debe ir más allá de la determinación del CI, aunque es innegable que ella aporta elementos importantes al proceso de diagnóstico psicopedagógico, por lo que es preciso tener en cuenta otros ámbitos de valoración tales como:

El desarrollo de la comunicación donde es necesario determinar la posible existencia de anomalías como ecolalia, inversión pronominal,

existencia o no de habilidades conversacionales y discursivas, entre otras así como las capacidades de comprensión; las relaciones interpersonales con el objetivo de valorar las conductas de relación y la espontaneidad de éstas; los aspectos emocionales y de la personalidad, que permite penetrar en el mundo interno de la persona, definir sus emociones y los contextos en que se producen, determinar sus afectos y captar su peculiar personalidad y por último los aspectos curriculares, donde es preciso definir la ZDP del niño(a), sus posibilidades de aprendizaje, sus necesidades educativas específicas y posibilidades de inserción en el currículum escolar.

No hay dudas de que la evaluación psicopedagógica desempeña un rol de importancia medular para el abordaje pedagógico de las personas con autismo.

El diagnóstico clínico no es suficiente, es puntual tener en cuenta todas las implicaciones psicopedagógicas de cada caso específico. Cada vez adquiere más importancia la necesidad de acceder a un diagnóstico pedagógico donde se haga énfasis en las ayudas que el niño(a) debe recibir, unido a los recursos con que cuenta en su ambiente natural.

De ese modo el diagnóstico debe comprender la evaluación de las necesidades educativas especiales con énfasis en las potencialidades, así como en los recursos educativos a planificar, por tanto, si solo se evalúa al niño(a), se estaría limitando el proceso a un solo elemento y se dejaría fuera todas las relaciones e interacciones recíprocas en los sistemas que forman el contexto donde se desenvuelve: hogar, familia y comunidad.

Sin lugar a dudas el proceso de evaluación y diagnóstico de niños y niñas con autismo es complejo, por tanto requiere una valoración minuciosa de todas las áreas de desarrollo. Se coincide con Jiménez (1998), en que por la compleja problemática que plantea el autismo, la perspectiva multidisciplinaria es la más efectiva, ya que la finalidad del diagnóstico no es etiquetar a un niño(a), sino trazar estrategias de intervención oportunas y desarrolladoras.

Los análisis teóricos realizados, unido a la experiencia práctica han permitido determinar las *particularidades* del proceso de diagnóstico psicopedagógico en niños(as) con autismo las cuales son:

Posee un carácter flexible pues, deberán ser utilizados diversos procedimientos, instrumentos y técnicas de evaluación tanto estructura-

das como no estructuradas donde se determinen las posibilidades y necesidades reales del niño(a) siendo el evaluador quien se adapte a las características de éste. En la aplicación instrumentos habrá que flexibilizar las normas, sin atenerse a procedimientos estandarizados, así como introducir estrategias que se ajusten a las características idiosincrásicas que están siendo evaluadas tanto de la persona como de su entorno.

Individualizado, en la evaluación hay que tener en cuenta la singularidad de cada niño(a), la exploración de las fortalezas, debilidades, necesidades y entorno de la persona con autismo, deberá permitir determinar sus características únicas y particulares y establecer cómo difiere de otra persona con la misma condición. Asimismo, hace posible la elaboración de programas de enseñanza individualizados, cuya efectividad se debe evaluar en el tiempo, con la finalidad de ir ajustando estos programas a la realidad concreta.

Integral, la persona con autismo debe considerarse como una unidad bio-psico-social indivisible, es preciso valorar por tanto, los aspectos biológicos y evolutivos integrando a la evaluación la exploración detallada de todas las áreas. También es importante la evaluación de aspectos relacionados con su entorno como son la escuela, la familia, y la comunidad donde la observación directa permite comprender el contexto donde el niño(a) vive y brinda la oportunidad de observar los patrones de interacción en el hábitat natural.

Dinámico, pues es un proceso continuo y de esclarecimiento sistemático de las particularidades del desarrollo, de permanente actualización a partir de la modificación que ocurre por influencia de la intervención.

Estructurado, el ambiente donde se va a desarrollar la evaluación debe tener organización y estructura para lograr los objetivos. Es necesario elaborar la estrategia de evaluación a seguir en cada caso y determinar las personas que intervendrán, quienes deberán ser preparadas para asumir tal responsabilidad así como concebir de antemano actividades que conduzcan a la búsqueda y exploración de la ZDP del niño(a).

Interdisciplinario y participativo, requiere la cooperación y participación entre especialistas de diferentes disciplinas que tienen implicación en el desarrollo del niño(a), donde las decisiones tomadas sean reflejo del consenso del equipo, también precisa la participación

activa de la familia quien aporta sus criterios y reflexiones con relación a las causas que pueden afectar la dinámica familiar y participa en la búsqueda de posibles vías de solución a tener en cuenta en la toma de decisiones.

El trabajo desarrollado por el colectivo docente de la escuela para niños(as) y adolescentes con autismo “Dora Alonso”, de Cuba, constituye un referente fundamental para el desarrollo del proceso de diagnóstico psicopedagógico en el contexto escolar. En dicho centro los alumnos con autismo, luego de recibir el diagnóstico clínico son valorados por especialistas; este proceso es conducido por una psiquiatra infantil. Los niños(as) son observados en actividades estructuradas y no estructuradas durante el primer mes de cada curso escolar con el fin de valorar su comportamiento en general, así como competencias lingüísticas, interacción social, socialización y otras áreas.

También se aplican diferentes instrumentos de exploración, entre ellos:

Guía de exploración por grupos de funcionamiento; se divide en diferentes áreas, entre ellas: socialización, conocimiento del medio, de la vida social, lengua materna y comunicación, integración sensorial y acciones de correlación, entre otras.

Guía de entrevista a las familias; en ella se recogen datos generales acerca del embarazo y parto, lactancia, desarrollo psicomotor, enfermedades que padece el niño o niña y la familia, características del sueño, la alimentación y habilidades de autonomía, entre otros aspectos de interés.

Guía de observación del hogar y la comunidad; se realizan diferentes visitas donde en un inicio se observan las condiciones materiales, relación del niño(a) con la familia y el barrio, características de la comunidad, instalaciones y servicios con que cuenta.

Diario de observación; durante el mes correspondiente a la observación, a cada alumno se le realiza un diario donde se recogen los principales incidentes o acontecimientos ocurridos en el traslado desde el hogar hasta la escuela, procesos de merienda, almuerzo, descanso, baño, así como dentro y fuera del aula.

Inventario de dimensiones del espectro autista (IDEA); este instrumento posee diferentes funciones, entre ellas: establecer en un inicio la severidad de los rasgos autistas, ayudar a formular estrategias de tratamiento y someter a prueba los cambios a medio y largo plazos producidos por el tratamiento llevado a cabo.

Teniendo en cuenta la información brindada por maestros, especialistas y familia se elabora la caracterización psicopedagógica del niño(a) y luego se diseña la estrategia de intervención en correspondencia con los logros del desarrollo pertenecientes a cada nivel de funcionamiento.

A pesar de los avances obtenidos en la realización del diagnóstico psicopedagógico a niños(as) con TEA, se considera necesario continuar investigando los métodos y recursos más efectivos que permitan identificar las posibilidades reales de cada escolar, pues como plantean Escalona, E. y Cruz, L. (2008), “el perfeccionamiento de los procedimientos, instrumentos, vías y maneras de realizar y registrar la información que se obtiene, hará posible que la respuesta educativa sea más personalizada y propicie el desarrollo que es capaz de alcanzar cada uno de los escolares”.

1.7. Análisis crítico del Perfil Psicoeducativo (PEP) como herramienta para el diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista

El PEP ha sido utilizado por estos investigadores, durante varios años de trabajo en niños y niñas con diagnóstico de TEA; en un inicio la motivación estuvo dada por la necesidad de transformar los limitados intentos de actuación profesional con que se contaba, fundamentalmente en las áreas de evaluación e intervención de carácter psicopedagógico, pues como es conocido, las tentativas de evaluar a este tipo de niños(as) con test tradicionales han fracasado reiteradamente al pretender enmarcar el proceso en convencionalismos que no se ajustan a sus características.

El mencionado instrumento surge en el estado de Carolina del Norte, División TEACCH (Treatmen and Education of Autistic and related Communication: Tratamiento y Educación de niños Autistas y con trastornos de la Comunicación). Constituye aún uno de los más utilizados a nivel internacional.

Es un test con flexibilidad sistemática en su aplicación que permite diseñar programas individualizados de aprendizaje que incluyen la participación de los padres. Como instrumento de evaluación proporciona información sobre el desarrollo en las áreas de imitación, percepción, motricidad fina, motricidad gruesa, coordinación visomotriz, función cognitiva y habilidades cognitivas verbales.

No obstante, la práctica ha demostrado que el PEP, a pesar de haber sido efectivo teniendo en cuenta los fines para los que fue elaborado, no siempre responde a nuestras necesidades pues posee algunas limitaciones que son analizadas a continuación.

En primer lugar, este instrumento ha sido validado en otras poblaciones, por lo que está basado en teorías no consecuentes con los principios teórico-metodológicos que sustentan la práctica del diagnóstico psicopedagógico en el contexto cubano, siendo vital adecuarlo al entorno social, familiar y a cada niño(a) en particular, donde se enfoque el proceso de evaluación-intervención con énfasis en el uso de las ayudas, a partir de las acciones de mediación que sugieren, orientan o proporcionan la solución de las tareas.

En ese sentido se consideran muy acertadas las palabras de Álvarez (2006), cuando plantea que *“lo criticable con respecto al uso de los test, es solamente aquello referido a la práctica poco seria y no científica de la evaluación y al uso de test no validados en la población y cultura”*.

O sea, existe una tendencia a aplicar instrumentos de diversa procedencia sin analizar desde qué concepción teórica se crearon y qué pueden aportar los mismos. De este modo será necesario garantizar que las tareas propuestas a los niños y niñas con autismo al ser evaluados en las diferentes áreas no sean artificiales ni ajenas a su actividad práctica cotidiana.

De ahí deriva la importancia de que el examinador antes de administrar el instrumento se familiarice, por una parte con los materiales, instrucciones, criterios de puntuación y procedimientos para evaluar y por otra, interactúe previamente con el niño(a) en los contextos donde se desarrolla, teniendo en cuenta que cada caso es único y revela las características propias de su desarrollo personal.

Otro de los aspectos a tener en cuenta al realizar el análisis del PEP es que éste nace en el contexto del Programa TEACH, el cual proporciona servicios de diagnóstico y evaluación, y se encuentra influenciado tanto por el modelo conductista como por el psicolingüístico, donde en ambos se pone énfasis en establecer las indicaciones que se les ofrecen al niño(a), así como la respuesta que se espera de él y el refuerzo que se le da cuando la respuesta es correcta; su enfoque básico es poner límites a los comportamientos no deseados que se originan como respuesta a estímulos específicos.

Esta orientación se limita a lo experimental y no profundiza en lo que hay detrás de la conducta, o sea, las motivaciones, sentimientos, emociones y otros mecanismos psicológicos. Finalmente, ambos modelos convergen en las ideas de “funcionalidad” (establecida el modelo conductual) y “pragmática” (expresada en el modelo psicolingüístico).

Se considera necesario además, modificar los procedimientos para administrar el test, pues en él se indica que el evaluador deberá observar, registrar y valorar la conducta del niño(a); en este particular, la práctica ha demostrado que resulta complejo atender los problemas conductuales que se puedan presentar, así como administrar cada uno de los numerosos ítems que en su mayoría requieren el uso de varios materiales, y a la vez registrar todo lo que sucede durante su realización, por lo que si es necesario deberá ser incorporado durante la sesión otro especialista encargado de registrar todo lo que acontece en la aplicación de la prueba.

Tampoco se contempla el uso de sistemas alternativos de comunicación para favorecer la comprensión de las instrucciones que se les dan a los niños(as) pues los problemas en la comprensión del lenguaje, las dificultades para dar sentido a sus acciones y las de los demás, así como la poca capacidad de anticipación y predicción constituyen una de las principales dificultades que afectan a las personas con diagnóstico de autismo para los cuales las órdenes verbales resultan insuficientes.

Por tanto se hace necesario la utilización de códigos visuales que transmitan la información de forma rápida y potente e influyan positivamente en la conducta del niño(a), para ello los **pictogramas**^{IV} constituyen un recurso valioso.

Por su parte Riviere (1997), destaca los problemas psicométricos que posee, al asignar arbitrariamente los ítems a las áreas y exigir excesivas capacidades para poder evaluar las relacionadas con el desarrollo cognitivo y lingüístico, cuestión esta que el autor de la presente investigación no comparte totalmente, pues precisamente la flexibilidad que posee el instrumento, unido a otras ventajas mencionadas anteriormente, permiten al evaluador no administrar los ítems que no se corresponden con el nivel de desarrollo real alcanzado por el menor, solo que para ello será necesario poseer un amplio conocimiento de los logros alcanzados por el niño(a) hasta el momento de la evaluación.

Por otro lado, en el instrumento se establece una jerarquía de técnicas de administración que, a juicio del investigador aporta elementos importantes para el diagnóstico cualitativo, al permitir penetrar en el proceso que sigue el niño(a) para dar solución a las tareas planteadas y se encaminan fundamentalmente al logro exitoso de los ítems que se le presentan a partir de la mediación del examinador, con lo que se garantiza además una adecuada relación niño(a)-adulto.

A pesar de ello, en el instrumento no se explicitan los pasos a seguir y cómo realizar una valoración cualitativa detallada de la realización de la tarea por parte del niño(a), ni tampoco cómo es capaz de transferir la ayuda que se le brinda a actividades similares o dentro de la misma tarea, así como el registro pormenorizado de las respuestas por parte del sujeto, teniendo en cuenta la jerarquía de administración propuesta.

La realización de un estudio minucioso de los pasos contemplados en la jerarquía de administración propuesta por los autores del PEP, deja ver cierta similitud con los niveles de ayuda, aspecto éste muy vinculado al concepto de ZDP desarrollado por L.S.Vigotsky, y que representa un gran potencial para el diagnóstico cualitativo.

Ahora bien, si se quiere realizar una valoración objetiva y argumentada de la zona de desarrollo potencial del niño(a) con el empleo del PEP, será preciso tener en cuenta un grupo de elementos, entre ellos:

- » La operacionalización de cada uno de los niveles de ayuda a ofrecer en las diferentes actividades del instrumento.
- » La definición de los conceptos esenciales que facilitan la comprensión de la ZDP con fines de diagnóstico (ayuda y posibilidad de transferencia), unidos a la consideración de los niveles del desarrollo real y potencial.
- » El registro cuidadoso de un grupo de elementos, entre ellos; la reacción del niño(a) ante las tareas, la realización de las acciones contempladas en ellas, los procedimientos empleados, la necesidad de ayuda y los niveles requeridos.

Se comparte el criterio de Akudovich (2004), en cuanto a que la determinación de los tipos de ayuda que podrán ser utilizados en el estudio diagnóstico y su estructuración en los niveles, dependerán del objetivo y contenido de las pruebas diagnósticas, de las particularidades de los niños y niñas a evaluar, además de las experiencias del especialista en este proceso.

La administración de los niveles de ayuda deberá conducir a la valoración de la amplitud de la ZDP del niño(a) y la apropiación del modo de solución de la tarea manifestada en la ejecución de la misma, después de un tiempo determinado y su transferencia a tareas semejantes.

En las sugerencias para la aplicación del instrumento, también se recomienda conocer de antemano la comida o bebida preferida por el niño(a), así como ciertos materiales o actividades por las que muestra interés, con el objetivo de ser empleados como refuerzos o gratificaciones. El examinador deberá anotar en cada sesión, la frecuencia y el modelo de recompensa requerido para evocar la respuesta deseada del niño(a).

Este aspecto revela la influencia del modelo conductual, el cual en sus supuestos básicos sigue el criterio de que el aprendizaje se origina por la asociación entre estímulo y respuesta, donde para llevar a cabo los cambios se funciona con premios, refuerzos o con la falta de éstos, hasta que finalmente se adquieren las conductas deseadas y las no deseadas desaparecen, con lo cual reducen al sujeto a un elemento pasivo.

En contraste con la teoría anterior, la concepción del diagnóstico psicopedagógico en Cuba se fundamenta en los postulados de L.S. Vigotsky, los cuales han sido abordados y enriquecidos por autores como Torres (1995); Bell (1997); Álvarez (1998); Arias (1998); López (2000); Rivero (2001); y Akudovich (2005); entre otros. Su concepción histórico-cultural constituye la base de los principios teórico-metodológicos que lo sustentan, así como también de las modificaciones al PEP y dentro de él, el concepto de zona de desarrollo próximo.

La ZDP constituye un espacio donde el niño(a) con autismo puede ser educado; así, su aprendizaje será el resultado del proceso de colaboración con un guía que oriente sus esfuerzos, que lo ayude a resolver sus problemas y promueva su desarrollo.

La introducción de los niveles de ayuda posibilita indagar en el conocimiento del área que se estudia y no solo limitarse a saber qué tarea no fue comprendida por el niño(a), no colaboró, tenía alguna idea de su realización o logró ejecutar con éxito, con lo que solo se llega a conocer el nivel de desarrollo actual o real del desarrollo, esto solo expresa “como fue su desarrollo anterior, pasado y no como se realiza en el presente y mucho menos que dirección tomará en el futuro”. (Arias, 2004)

También facilita la orientación hacia la culminación exitosa de las actividades, con lo que se estrechan las relaciones entre el niño(a) y el evaluador al propiciar el establecimiento de un clima emocional que favorece la relación interpersonal, la disposición afectiva para colaborar.

Además, se tiene en cuenta el papel decisivo del adulto como mediador, toda vez que el evaluador facilita la solución de las tareas, orienta y demuestra cómo proceder; también apoya y estimula, lo que permite una mejor interiorización de las actividades. De esta forma el proceso es esencialmente bilateral, donde tanto el evaluado como el evaluador están implicados en continuas interacciones.

El análisis realizado acerca de la evolución histórica de la atención psicopedagógica a niños y niñas con autismo, con énfasis en las tendencias que caracterizaron cada una de las etapas en que está dividida, así como el estudio sobre los referentes teórico-metodológicos del proceso de diagnóstico psicopedagógico de los alumnos con necesidades educativas especiales en general, y de los diagnosticados con autismo en particular, ha permitido confirmar que:

Las diferentes etapas por las que ha transitado la atención a los niños y niñas con autismo desde el año 1943 hasta la actualidad revelan diversas definiciones e interrogantes que hacen difícil una orientación única en su comprensión y por consiguiente en su tratamiento. Las técnicas psicogenéticas enmarcadas dentro de las teorías de corte psicoanalítico fueron determinantes hasta que se comenzaron a utilizar métodos de enseñanza basados en técnicas de modificación de conducta, a partir de convertirse la educación en el tratamiento principal del autismo y reconocerse como lo realmente capaz de mejorar la calidad de vida de estos niños y niñas.

El diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con TEA constituye una tarea delicada y compleja, toda vez que éstos no se ajustan a las formas habituales de evaluar con test o cuestionarios estandarizados. En la actualidad las principales tendencias en la práctica del diagnóstico psicopedagógico de personas con autismo, plantean la necesidad de flexibilizar las condiciones en las cuales se realiza, lo que propicia una comprensión verdadera de las particularidades de cada individuo y su entorno.

El PEP constituye uno de los instrumentos de evaluación más empleado en el contexto internacional; ha sido validado en otras poblaciones, por lo que está basado en teorías no consecuentes con los princi-

pios teórico-metodológicos que sustentan la práctica del diagnóstico psicopedagógico en el contexto cubano. Es por ello que debe ser adecuado para cada niño(a) donde se enfoque el proceso de evaluación-intervención con énfasis en el uso de las ayudas y se tomen en cuenta las potencialidades y posibilidades actuales de cada uno; sus modificaciones principales están centradas en: la sustitución de materiales, así como los procedimientos de administración con la correspondiente operacionalización de los niveles de ayuda y la valoración de su transferencia a tareas similares.

Notas

ⁱ Víctor fue encontrado viviendo en los bosques y capturado en el año 1800. Al año siguiente el médico francés Jean- Marc-Gaspard Itard se hizo cargo de él e intentó enseñarlo a jugar con todo tipo de juguetes, los cuales destruía si se le dejaba solo con ellos, nunca aprendió a hablar y se comportaba como un niño autista.

ⁱⁱ Constituye un proceso continuo y sistemático que comprende la evaluación mediante el empleo de técnicas especializadas, observaciones, entre otras, con una participación activa de docentes y familias, de conjunto con los equipos técnicos multidisciplinarios, los cuales luego de llegar a una impresión diagnóstica, realizan el diseño de la estrategia de intervención especializada donde se contemplan las acciones dirigidas a resolver las necesidades del alumno en su entorno, dichas acciones son validadas en el proceso de seguimiento.

ⁱⁱⁱ Constituye un grupo de acciones encaminadas a obtener información gruesa sobre el alumno y su entorno. Incluye la aplicación de técnicas breves y elementales de investigación que permitan efectuar con rapidez una valoración de las áreas fuertes y débiles en términos de aprendizaje y de los posibles factores causales de las dificultades. Puede ser aplicado a todos los educandos o a sólo una parte de ellos, en dependencia de las posibilidades de los educadores para definir con cierta precisión quiénes son los alumnos con posibles necesidades educativas especiales.

^{iv} Son dibujos que representan la realidad, ubicando a los sujetos en el espacio y en el tiempo y pueden utilizarse con el fin de anticipar lo que va a ocurrir, guiar la realización de tareas señalando la meta, indicar acontecimientos socialmente relevantes y lograr mayor flexibilidad mental.

CAPÍTULO II. Metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista

2.1. Fundamentos de la metodología para la realización del proceso de diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con Trastorno del Espectro Autista

Los fundamentos de la metodología que se presenta ofrecen a la Pedagogía Especial una vía para la dirección del proceso de diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con TEA, de modo que permita realizar una valoración integral de cada escolar que conlleve a la delimitación de sus principales posibilidades y necesidades educativas, así como que garantice una adecuada intervención psicopedagógica, con una definición clara y precisa de los recursos de apoyo requeridos por el maestro para desarrollar la labor educativa.

Para conformar la metodología se tuvieron en cuenta las posiciones de diversos autores que con sus investigaciones han definido el término metodología y han realizado aportes significativos en los aspectos que la definen, lo cual permite su aplicación en investigaciones educativas.

En la literatura consultada son varias las definiciones y conceptos que se ofrecen, por lo que solo son referidos algunos de ellos. Estos son:

En el Diccionario Filosófico, Rosental, M y Ludin, P, se define el término metodología como el “conjunto de procedimientos de investigación aplicables en alguna ciencia. Teoría sobre los métodos del conocimiento científico del mundo y la transformación de éste”.

En el Diccionario Enciclopédico Grijalbo este vocablo aparece definido como “análisis sistemático y organización de los procedimientos internos de una ciencia o de un grupo particular de problemas según determinado método”.

Para Álvarez de Zayas (1999), una metodología debe rebasar el marco del método o el procedimiento y es concebida como una ciencia o parte de ella, que estudia la dirección de un proceso sobre la base de leyes que rigen su comportamiento.

Valle, (2007), considera que *“una metodología se refiere al cómo ha-*

cer algo, al establecimiento de vías, métodos y procedimientos para lograr un fin, en ella se tienen en cuenta los contenidos para lograr un objetivo determinado”.

Barreras (2004), recomienda tener en cuenta durante la representación de una metodología los aspectos siguientes: objetivo que se pretende alcanzar; fundamentación (problema y teorías a las que responde); elementos que intervienen en su estructura (aspectos esenciales del objeto de estudio, conceptos y categorías que lo describen y explican); el proceso de aplicación: descripción de los pasos a seguir en la instrumentación de los métodos, técnicas, medios y procedimientos. Además, sugiere la designación de fases, las cuales pueden recibir diferente denominación, en dependencia del objeto que se investiga.

También se realiza una valoración de los criterios acerca de la metodología como resultado científico. Se comparte el concepto dado por De Armas (2003), para la cual la metodología de carácter específico es *“un conjunto de métodos, procedimientos, técnicas que regulados por determinados requerimientos nos permiten ordenar mejor nuestro pensamiento y nuestro modo de actuación para obtener, descubrir nuevos conocimientos en el estudio de los problemas de la teoría o en la solución de problemas en la práctica”*. Según esta autora, la metodología debe ser elaborada teniendo en cuenta el orden siguiente: objetivo general, fundamentación, aparato conceptual que sustenta la metodología, etapas, pasos o eslabones que componen la metodología, procedimientos que corresponden a cada etapa, paso o eslabón, representación gráfica, evaluación y recomendaciones para su instrumentación.

Los resultados de la práctica del diagnóstico psicopedagógico, apuntan hacia la necesidad de diseñar una metodología para el diagnóstico psicopedagógico, la cual permitirá perfeccionar el trabajo de los docentes y especialistas encargados del diagnóstico, orientación y seguimiento de estos niños y niñas. Además, el proceso de evaluación requiere un orden que les permita alcanzar los objetivos propuestos.

Para la elaboración de la metodología que se presenta se ha tenido en cuenta los criterios de los autores De Armas (2003); y Barreras (2004), con relación a la estructuración y organización de la misma y ha considerado conveniente seguir el orden siguiente:

Objetivo general; Fundamentos generales; fundamentos filosóficos, sociológicos, psicológicos y pedagógicos; componentes estructu-

rales de la metodología donde se incluyen, representación gráfica, fases, pasos, acciones, premisas y exigencias a tener en cuenta en cada una de ellas.

La elaboración de la metodología parte de un estudio bibliográfico para la sistematización de los referentes teóricos y metodológicos que han caracterizado la evolución del diagnóstico psicopedagógico y los principios sobre los que se rige, así como también de la búsqueda y análisis de metodologías y guías elaboradas para la realización de este proceso en niños(as) con necesidades educativas especiales en general.

En el ámbito internacional, López (1999), propone una guía para llevar a cabo el proceso de evaluación psicopedagógica en el contexto escolar, cuyo propósito es identificar las necesidades educativas del alumno para luego ajustar la respuesta educativa y optimizar su proceso de desarrollo y aprendizaje. En ella se establecen las variables a evaluar relativas al alumno, al contexto social, familiar y escolar donde se ofrecen aspectos generales a tener en cuenta en cada uno de ellos, pero no se operacionalizan las variables de modo que sean determinados los indicadores y se ofrezcan los criterios para evaluarlos.

Nieves (2000), propone una metodología para el diagnóstico de necesidades educativas a ser utilizada tanto en la escuela regular como especial con el fin de satisfacer las necesidades de los alumnos y desarrollar al máximo sus potencialidades.

Dicha metodología se estructura en cinco etapas denominadas: etapa preliminar donde se preparan las condiciones para la ejecución del diagnóstico educativo; etapa de diseño donde se elabora la estrategia de diagnóstico; etapa de evaluación en la cual se define el estado actual de la situación educativa y se aplican instrumentos evaluativos; etapa de diagnóstico, en ella se definen las necesidades educativas especiales; etapa de retroalimentación donde se verifica el diagnóstico de las necesidades educativas, se determinan nuevas necesidades y se rediseñan las estrategias de intervención. La autora de la metodología analizada ofrece además, orientaciones específicas para el desarrollo de cada una de las etapas del diagnóstico de las necesidades educativas donde hace énfasis en la evaluación de la competencia curricular del alumno y se ofrecen algunos aspectos a tener en cuenta al caracterizar el contexto familiar, pero no se contempla cómo, cuándo y mediante qué instrumentos evaluar los contextos comunitario y educativo.

Por su parte Álvarez (2006), aporta los pasos a seguir para la realización del diagnóstico escolar y el especializado, lo cual posee como objetivo esencial organizar metodológicamente las acciones de los profesionales en la ejecución de dicho proceso.

El análisis de la bibliografía consultada permitió corroborar la carencia de metodologías específicas para la realización del proceso de diagnóstico psicopedagógico en niños(as) con TEA.

Se considera además, que las propuestas analizadas anteriormente contribuyen a orientar el accionar de maestros y especialistas en la ejecución de dicho proceso en niños(as) con necesidades educativas especiales en general a partir de su identificación, sin embargo es preciso contar con una metodología que guíe el proceso en niños(as) con TEA, que ofrezca a los profesionales las herramientas para desarrollarlo (instrumentos y procedimientos de evaluación específicos) y donde sean valoradas las condiciones que posee la institución educativa, el nivel de preparación del colectivo docente así como las condiciones del contexto comunitario y familiar con el fin de potenciar, modificar o reorganizar los escenarios donde se desenvuelve el niño(a) para ofrecer una respuesta educativa eficaz.

El objetivo general de la metodología que se presenta es proporcionar a los docentes (maestros y especialistas de las instituciones educativas y de los CDO) las vías para la realización del proceso de diagnóstico psicopedagógico a niños(as) con autismo.

Fundamentos generales para la concepción de la metodología

Con el propósito de lograr una mejor comprensión de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico en autismo, se considera necesario profundizar en la concepción integradora de la misma, puntualizando para ello en los fundamentos generales que la sustentan y los elementos que la caracterizan.

La metodología diseñada está fundamentada en los postulados del enfoque *histórico-cultural*, entre ellos: la ley genética del desarrollo, la relación entre lo biológico y lo social, la estructura mediatizada de las funciones psíquicas superiores, así como en el estudio de las potencialidades del niño(a) y su entorno a través de la evaluación de la ZDP. También está basada en los principios y exigencias del diagnóstico psicopedagógico. Dicha metodología contribuye a su perfeccionamiento, ya que:

- Posee un lenguaje claro que posibilita a los docentes centrar su atención en los elementos básicos para la realización del diagnóstico psicopedagógico, así como ordenar jerárquicamente la información obtenida y sus relaciones.
- Permite la integración de las diferentes fases donde se contemplan las acciones y premisas necesarias para garantizar la efectividad del proceso de diagnóstico.
- Facilita la integración e interacción de todos los que intervienen en el proceso con un enfoque multidisciplinario y contextual.
- Involucra a especialistas, docentes, familiares y comunidad donde reside el alumno y combina las evaluaciones formal y no formal.
- Es flexible, pues permite ser ajustada y contextualizada teniendo en cuenta las particularidades del evaluador y su experiencia, el uso de materiales, los objetivos específicos a evaluar, así como las características del niño(a) a estudiar y del contexto donde convive.

En la construcción de la metodología se tienen en cuenta, además, los principios metodológicos del diagnóstico que se corresponden con su nuevo enfoque, los cuales han sido elaborados y enriquecidos sobre la base de la experiencia de reconocidos especialistas vinculados al Departamento de Educación Especial del Ministerio de Educación de Cuba, a la Universidad Pedagógica “Enrique José Varona” de Ciudad de La Habana y al CELAEE, entre ellos: Nieves (1995); Torres (1995); (1997); Álvarez (1998); Arias (1999); López (2000); Betancourt (2002); y otros. Los principios básicos fundamentales son:

Principio del carácter preventivo, retroalimentador y transformador, según este principio, se establecen la necesidad e importancia de la detección e intervención lo más temprano posible, donde se deberá valorar la validez de las opciones educativas que se le han ofrecido al niño(a) y la influencia que en ello ejerce su entorno.

Principio del carácter individual y multilateral, en la evaluación del niño(a) con autismo hay que tener en cuenta sus logros y limitaciones, así como también los logros y limitaciones de los contextos familiar, escolar y comunitario donde se desenvuelve. El especialista necesita conocer quién es el niño(a), entender cómo procesa la información, cómo se comunica y aprende, de manera que no se limite solo a identificar los rasgos típicos que conforman el cuadro. Es imposible utilizar

una estrategia de estudio o evaluación común para todos los casos; la gran heterogeneidad de las personas con autismo es un hecho real, lo que está dado, entre otros factores, por la intensidad con que se manifiesta el trastorno.

Principio del carácter continuo, dinámico y sistemático, el proceso de diagnóstico es sistemático en la medida que se busquen nuevos elementos que contribuyan a perfeccionar y enriquecer la evaluación inicial. Es modificado a partir de la evolución del individuo, quien recibe la influencia de las estrategias de intervención que deberán ser rediseñadas de forma continua.

Principio del carácter multi e interdisciplinario, colaborativo y participativo, este principio exige la participación de todos los factores que inciden directa o indirectamente en el desarrollo multilateral del niño(a); en el caso de los diagnosticados con autismo, la integración equilibrada de criterios médicos, psicológicos y pedagógicos, entre otros facilitará el estudio integral del sujeto y permitirá explicar las particularidades del desarrollo, así como proyectar la intervención.

Principio del carácter objetivo y científico, en él se parte de una conceptualización acerca del desarrollo y se apoya en los últimos avances en el progreso de las ciencias. Este principio indica la necesidad de seleccionar los métodos más novedosos, válidos y confiables acordes con una fundamentación capaz de explicar sólidamente los postulados teóricos que sustentan las posiciones del proceso de diagnóstico psicopedagógico.

Principio del carácter estimulador del desarrollo, el diagnóstico posee valor psicopedagógico al constituirse como un instrumento básico de orientación en la enseñanza y la educación. Para poder materializar este principio, la práctica del diagnóstico debe precisar: el pronóstico, las potencialidades, el carácter de las necesidades educativas y la disponibilidad de ayudas en el momento que las necesiten, los criterios de evaluación a partir del análisis del desarrollo anterior y actual del niño(a), así como los objetivos o metas mediatas e inmediatas para la intervención con el concurso de la escuela, la familia y la comunidad.

Fundamentos filosóficos, sociológicos, psicológicos y pedagógicos

El materialismo dialéctico ofrece una concepción científica del mundo fundamentada en el desarrollo de las ciencias que aborda las cuestiones y leyes más generales comunes a todos los campos del saber;

asimismo constituye la base del diagnóstico psicopedagógico, permite que éste se ejecute de forma científica y objetiva, valorando al niño(a) de forma íntegra en los contextos donde se desenvuelve y en correspondencia con sus particularidades individuales.

También es importante que los especialistas posean un dominio amplio de los objetivos y las áreas a evaluar, los pasos o acciones a realizar en cada momento, así como el papel que desempeñará cada uno de los implicados, unido a la objetividad de los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación.

Una importancia particular en el proceso de diagnóstico adquiere el *principio del historicismo* donde el fenómeno debe ser estudiado en su desarrollo; para ello hay que realizar una pormenorizada historia social del niño(a) que abarque los detalles más significativos de su vida, partiendo desde el período intrauterino.

Otro de los principios a considerar es el del *estudio del fenómeno en su desarrollo*, según el cual los fenómenos están en constante movimiento y transformación, lo que permite asumir el proceso de diagnóstico psicopedagógico en correspondencia con la evolución del niño(a), quien recibe las influencias del medio que le rodea y en el que hay que tener en cuenta también los intereses, necesidades, motivos y relaciones que establece en sus contextos de actuación.

El estudio del fenómeno en su relación con otros implica que el proceso de diagnóstico psicopedagógico sea abordado en relación estrecha con los fenómenos de la realidad. En los niños y niñas con autismo este proceso debe ser enriquecido con el criterio de otros especialistas (médicos, psiquiatras, neurólogos etc.), lo que permite el estudio integral del sujeto, así como ofrecer un conjunto de estrategias o alternativas que conduzcan a su atención educativa integral.

Fundamentos sociológicos: el proceso de diagnóstico como fenómeno de carácter social requiere ser interpretado en relación con otras esferas sociales (ciencia, cultura, economía, política y otras) al ser condicionado por éstas.

En las diversas etapas del desarrollo de la sociedad han existido diferentes enfoques en cuanto al proceso de diagnóstico y tratamiento de las personas con necesidades educativas especiales; ello se relacionaba estrechamente con factores políticos, morales, religiosos y económicos imperantes.

En la actualidad el proceso de diagnóstico experimenta cambios derivados de las transformaciones en sus conceptos básicos, se asume desde una posición más optimista basada fundamentalmente en enfoques psicológicos y pedagógicos que pretenden explicar el problema de las necesidades educativas especiales, se habla, por tanto, de un proceso de diagnóstico más dinámico, participativo, optimista y desarrollador.

En la fundamentación y elaboración de la metodología que se diseña se han tenido en cuenta, además, los objetivos y principios de la Educación Especial cubana, así como el encargo social asignado a la escuela especial concebida como una institución socializadora que brinda una atención educativa cada vez más desarrolladora.

En el cumplimiento de esta misión resulta de gran utilidad la realización del diagnóstico psicopedagógico donde un elemento clave lo constituye la evaluación detallada del contexto sociocultural donde se desarrolla el niño(a) y donde inciden la familia, la escuela, la comunidad y demás agencias educativas.

Uno de los desafíos que se le plantea a la Educación Especial en su concepción actual, es precisamente el mejoramiento de los métodos de diagnóstico, así como el perfeccionamiento de la intervención en correspondencia con los postulados de la escuela histórico-cultural de Vigotsky.

Al tomar en cuenta lo anterior, estos estudios contribuyen a dar respuesta a dicha prioridad, toda vez que se corresponde con las exigencias y principios del diagnóstico psicopedagógico.

Para la **fundamentación psicológica** de la metodología se tuvieron en cuenta los aportes de la escuela histórico-cultural representada por L.S.Vigotsky, la cual posee una gran relevancia y actualidad en la evaluación de niños y niñas con diagnóstico de autismo, toda vez que permite un enfoque científico optimista e integrativo en la potenciación del sujeto en su interacción social, posibilitando siempre la estimulación del desarrollo.

La idea principal que sirve de punto de partida para la obra de Vigotsky expresa que el desarrollo psíquico tiene un origen histórico-social; por tanto, en el desarrollo psíquico del niño(a) con autismo, al igual que en todos, juega un papel fundamental la apropiación de la experiencia social que le aporta el medio, fundamentalmente la familia en un inicio y luego la escuela y comunidad.

De igual modo, Vigotsky le concede importancia trascendental al *papel decisivo del adulto como mediador* en la relación sujeto-objeto y portador de las formas más generales de la experiencia histórico-cultural contenidos en los objetos de la realidad circundante, éste constituye un aspecto relevante en el diagnóstico y evaluación de los niños y niñas con autismo y es explicitado por Vigotsky en su tesis acerca de la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), definida por el propio autor como “la distancia entre el nivel de desarrollo, lo que se sabe, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, lo que puede llegar a saber, determinado a través de la resolución de unos problemas bajo la guía o mediación de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz”.

La ZDP se crea en la acción conjunta, en la colaboración, y se precisa con aquellas tareas que aunque el niño(a) no puede resolver solo, sí es capaz de solucionarlas con la ayuda de “otros” (adultos o coetáneos); es por ello que durante el proceso de evaluación en autismo es necesaria la presentación de tareas que permitan determinar con claridad las potencialidades de desarrollo, a partir de las capacidades del niño(a) para asimilar la ayuda que se le ofrece, revelándose de esta forma su zona de desarrollo potencial, a través de la relación de ayuda que el evaluador establece en cada una de las actividades y las posibilidades de transferirla a nuevas situaciones.

En la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con autismo diseñada por el autor de esta investigación, se contemplan las modificaciones al PEP, instrumento de evaluación surgido en los Estados Unidos y ampliamente utilizado en el contexto internacional; para ello se tuvo en cuenta la comprensión de la ZDP con fines de diagnóstico, entendido éste como “*un proceso encaminado a la búsqueda de las potencialidades del desarrollo de los alumnos sobre la base de la introducción de los niveles de ayuda y evaluación de los tipos de transferencia, que han manifestado después de la ayuda recibida y cuya finalidad es promover el desarrollo de todos los alumnos*”. (Alvarez, et al., 2004).

En este concepto se destacan tres elementos esenciales, ellos son; *potencialidades, niveles de ayuda y transferencia*.

Las potencialidades son definidas por Álvarez Rodríguez (1998) como “*el sistema de estructuras cognitivas y afectivas que bajo condiciones externas propicias permite el desarrollo de la capacidad*”.

Visto de este modo, las potencialidades que se buscan en el proceso de diagnóstico con la utilización del PEP son las funciones psíquicas en las áreas de desarrollo que contempla y que están en proceso de maduración las cuales deben ser potenciadas bajo la influencia del medio que rodea al niño(a).

Respecto a los niveles de ayuda, Akudovich (2004), realiza una diferenciación entre éstos y los *tipos de ayuda*, términos semejantes por el fin que persiguen (activación de las potencialidades del desarrollo) y diferentes por su organización. Esta autora define los tipos de ayuda como: *“un conjunto de apoyos que posibilitan la activación de las potencialidades del desarrollo de los sujetos que se estudian en el proceso de diagnóstico”, mientras que los niveles de ayuda, constituyen “la estructuración de los tipos de ayudas de los más generales a los más específicos”.*

De esta forma los niveles de ayuda constituyen la estructuración consciente de los tipos de ayuda en orden determinado, por tanto, varios tipos de ayuda pueden estar estructurados en un nivel, pero varios niveles no pueden tener los mismos tipos de ayuda.

En las modificaciones al PEP se han tenido en cuenta todos los elementos de la operacionalización de la ZDP, con énfasis en la introducción de los niveles de ayuda contextualizados en los ítems que lo conforman; el resultado final luego de la administración de los mismos, será la valoración de la amplitud de su ZDP y la apropiación del modo de solución de la tarea manifestado en la solución de la misma, después de un tiempo determinado y su transferencia a tareas semejantes.

Respecto a la transferencia Álvarez (1998); y Akudovich (2006), comparten la definición de Torres (2002) quien la conceptualiza como *“utilizar, trasladar, aplicar un conocimiento o estrategia de solución del problema en situaciones nuevas o similares”*, y consideran la necesidad de introducir los términos “en colaboración con el adulto”, lo que le ofrece una connotación social al proceso.

Se considera preciso destacar que la utilización de los niveles de ayuda que se proponen se origina en dependencia de los objetivos del instrumento, del contexto en que se emplean, de las características de los niños y niñas con autismo y de las tareas que se presentan en cada uno de los ítems.

El *enfoque individual y la unidad entre los factores cognitivos y afectivos* no deben dejarse de tener en cuenta, pues aunque existe una hetero-

geneidad considerable de niños y niñas con autismo, existen también peculiaridades comunes, y por otra parte específicas, por ello habrá que considerar las condiciones individuales, motivaciones específicas, el desarrollo de la personalidad, niveles de desarrollo, logros y dificultades, así como la profundidad del trastorno en cada caso particular.

Por otro lado, el vínculo afectivo entre el adulto y el niño(a) en el proceso de evaluación favorece la acción de mecanismos reguladores que orientan conscientemente, activan y regulan la actividad y el comportamiento.

La unidad entre lo cognitivo y lo afectivo en el proceso de evaluación en personas con autismo es medular y se origina cuando se establece una comunicación adecuada con el niño(a), basada en sentimientos de respeto y cariño, así como el empleo de estímulos siempre que sea necesario en forma de sonrisas, besos y caricias.

Fundamentos pedagógicos: la relación entre la enseñanza y el desarrollo donde la primera va delante, constituye una premisa teórica para la fundamentación pedagógica del diagnóstico en autismo, toda vez que este constituye el antecedente fundamental para la organización del proceso pedagógico donde lo más importante es determinar las potencialidades del niño(a).

El escolar con diagnóstico de autismo es una persona con formas cualitativamente complejas del desarrollo que posee alteraciones sociales, cognitivas, falta de autonomía y marcadas limitaciones en el lenguaje y la comunicación, lo que hace que demande más apoyos que el resto de los alumnos con necesidades educativas especiales.

Al maestro le atañe conducir, guiar, promover, dirigir y acelerar el desarrollo de cada alumno en correspondencia con sus características particulares, de ahí la importancia de tener en cuenta su papel como mediador, toda vez que el desarrollo no se alcanza de manera espontánea, sino que está mediatizado por las relaciones de colaboración e intercambio personal.

La implementación de programas especiales, encaminados y planificados de forma particular, conduce al logro del desarrollo psicológico de los niños y niñas con autismo, siempre y cuando se estructure el proceso de enseñanza a partir de métodos, procedimientos y formas de trabajo que tengan en cuenta sus potencialidades y orienten siempre la enseñanza hacia la ZDP.

Adecuar el medio externo de las personas con autismo, teniendo en cuenta su configuración, características y el control del mismo para llevar a cabo el aprendizaje, así como priorizar objetivos, contenidos y criterios de evaluación son preceptos esenciales en la enseñanza.

Otro elemento a tener en cuenta es que no se pueden plantear al niño(a) aquellas tareas o exigencias que aún éste no pueda realizar, que no se correspondan con su nivel real de desarrollo, por ello es conveniente utilizar el aprendizaje sin error. Hay que asegurar la adquisición previa de los objetivos de conducta que se pretenden enseñar, descomponer al máximo los objetivos educativos, controlar la presentación clara de los estímulos discriminativos y neutralizar los irrelevantes, evitar factores de distracción y ambigüedad en la situación educativa, así como mantener motivado al niño(a) mediante el empleo de estímulos suficientemente poderosos.

2.2. Componentes estructurales de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo

En el diseño de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo se concretan tres fases donde en cada una se incluyen acciones específicas, premisas y exigencias que ofrecen a los docentes las formas de proceder para la evaluación de las variables contexto familiar, escolar, comunitario y del niño(a), tomando en consideración los principios y regularidades del proceso de diagnóstico psicopedagógico (Figura 2).

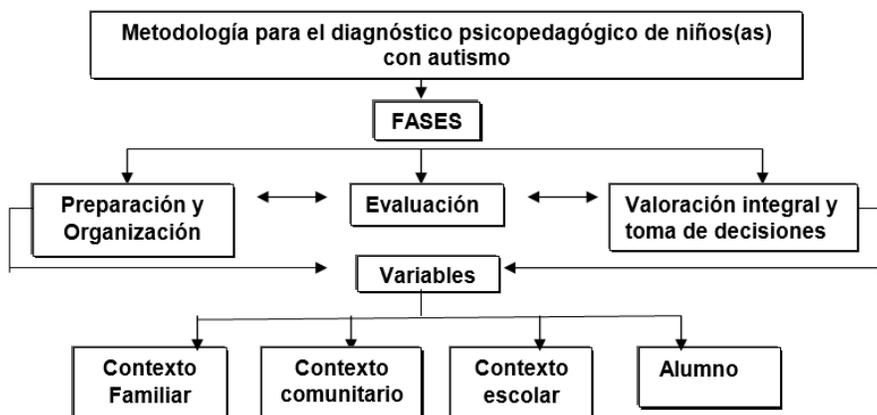


Figura 2. Esquema general de la metodología diseñada.

Se precisan las **exigencias** a tener en cuenta en la realización del diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con autismo, las cuales se basan en los requerimientos que deben cumplir los docentes implicados, éstas son:

Conocimiento profundo de las particularidades del niño(a): para la realización del diagnóstico psicopedagógico en autismo, es necesario que el evaluador conozca de antemano las características del niño(a) e identifique oportunamente sus necesidades más allá de lo que expresa la teoría, conocer sus rutinas, motivaciones, capacidad para cambiar el pensamiento y la acción de acuerdo con los cambios ambientales, así como las causas que originan las dificultades, todo lo que permitirá planificar la estrategia de evaluación a seguir en cada caso.

Familiarización del niño(a) con los contextos donde será evaluado(a): una de las características principales que se presentan en las personas con autismo es la insistencia en la igualdad, lo que está relacionado con un déficit de anticipación en el plano psicológico. Los cambios en contextos, mobiliarios, materiales, maestros, etc. no son aceptados por la mayoría, lo diferente e inesperado aparece como amenazante, por ello es necesario que conozcan de antemano lo que va a pasar, lo cual les da seguridad y ayuda a controlar su entorno.

Interacción previa con el personal implicado en la evaluación: la interacción con el niño(a) antes y durante la evaluación es esencial; para ello es necesario poner en práctica estrategias de acercamiento que conlleven a la aceptación. Los sentimientos de respeto y cariño son determinantes, así como el empleo de estímulos, siempre que sea necesario en forma de caricias y frases de elogio o aprobación. Conocer las situaciones que generan ansiedad y provocan perretas, agresión o autoagresión, así como las interacciones y actividades que provocan placer y las formas en que el niño(a) puede entender mejor las instrucciones verbales que se le dan, así como los niveles de ayuda que se le facilita, propiciarán la interacción en un ambiente de confianza, seguridad y garantizarán la motivación para realizar las actividades.

Selección adecuada y modificación de los instrumentos que serán empleados durante la evaluación: la práctica del diagnóstico ha demostrado que la aplicación de pruebas estandarizadas en personas con autismo es insuficiente, algunas no se ajustan a las características individuales del niño(a), por lo que es preciso realizar modificaciones

en los procedimientos de evaluación, reordenar y adaptar los ítems para poder determinar el nivel de desarrollo actual, así como el uso de niveles de ayuda para obtener una mayor información y sobre todo la determinación de las potencialidades que posee el niño(a). Para el logro de lo expresado, es necesario que el docente posea un conocimiento amplio de los instrumentos a emplear con lo que se garantiza en parte su aplicación e interpretación correctas, así como determinar con anterioridad aquellas tareas que no se corresponden con el nivel evolutivo del niño(a).

FASE 1 - Preparación y organización

» **Primer paso - Preparación para la realización del proceso de diagnóstico. Capacitación teórico-metodológica de los implicados.**

En esta primera fase de la metodología se parte de la premisa de que cualquier acción que se desarrolle debe partir de su planificación y organización, es por ello que se concibe con el objetivo de preparar las condiciones necesarias para garantizar el desarrollo exitoso de las fases que le continúan.

Este momento se dedica a la creación de las condiciones previas para la realización del proceso de diagnóstico, tanto desde el punto de vista psicológico como material, en ella se aúnan voluntades para lograr el cambio en el trabajo en grupo con los especialistas.

Se inicia el trabajo colectivo con el objetivo de sensibilizar a los implicados con las acciones a efectuar, se define el sentido que seguirá la evaluación y la razón por la que se realiza para cumplir el encargo social, teniendo en cuenta que tanto la evaluación como el diagnóstico en general y en los niños(as) con autismo en particular, deben basarse en un enfoque científico y objetivo, al ser un proceso debidamente planificado que requiere una actualización constante en correspondencia con los avances científicos que se promueven en el campo de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, apoyado en la búsqueda continua de información sobre el niño(a) y su entorno.

La realización del diagnóstico psicopedagógico de escolares con autismo debe comenzar con el cumplimiento de las recomendaciones organizativas siguientes:

- » Determinar claramente los objetivos del proceso, así como establecer cada uno de los momentos en correspondencia con los recursos disponibles.

- » Seleccionar los especialistas implicados y trazar las misiones con un carácter prospectivo, contemplar las fechas, horarios, tiempo del cual se dispondrá y cada uno de los momentos en los cuales se realizarán las visitas a los contextos donde transcurre la vida cotidiana del niño(a), todo lo anterior con carácter flexible en dependencia de cada caso concreto.
- » Convenir con todas aquellas personas que tienen contacto directo con el niño(a) (familiares, maestros, vecinos y otros factores de la comunidad, especialistas de otras disciplinas), que pueden ser útiles en los diferentes momentos del proceso.
- » Realizar un análisis detallado de toda la información con que se cuenta, así como las vías, materiales, documentos y personas a utilizar para recopilar la información necesaria.
- » Creación de las condiciones organizativas precisas para la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Por otro lado, la realización del proceso de diagnóstico requiere la preparación previa de los docentes que participarán en el mismo, para ello se deben llevar a cabo actividades de preparación y autopercepción que en niños(as) con TEA, debe estar encaminada a lograr un conocimiento del trastorno que permita encauzar la investigación hacia la evaluación de las áreas más afectadas, así como aplicar eficientemente los instrumentos de diagnóstico.

Hay que considerar además, si a la institución educativa asisten otros niños(as) con TEA, si se incorporan por vez primera y si existen docentes con experiencia anterior en el trabajo con éstos.

Las actividades de preparación deberán ser realizadas en el centro con la participación de los especialistas, el director, subdirector docente o jefe de ciclo, logopeda, psicopedagoga(o), maestros seleccionados entre los más capaces desde el punto de vista técnico-docente, médico, enfermera, especialistas de computación, música, biblioteca, Educación Física. También es necesaria la participación de la psiquiatra infanto-juvenil vinculada al diagnóstico clínico y al tratamiento de los niños(as) con TEA la cual estará permanentemente invitada y de conjunto con los especialistas llevarán a cabo las actividades de preparación.

Se organizará actividades metodológicas en forma de conferencias, talleres, grupos de trabajo con los implicados donde se realice el es-

tudio de materiales e instrumentos de evaluación y se les demuestre la forma de efectuar el diagnóstico psicopedagógico, integrando así los aspectos teóricos, metodológicos y prácticos necesarios para la implementación del mismo.

Las principales temáticas a abordar serán las siguientes:

- El autismo y los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Principales particularidades clínicas y psicopedagógicas de los niños(as) con diagnóstico de autismo. Persona que imparte: Psiquiatra Infanto-juvenil.
- El proceso de diagnóstico psicopedagógico. Principios y funciones. Persona que dirige: Especialista.
- El diagnóstico psicopedagógico en autismo. Metodología para la realización del proceso. Evaluación de los contextos familiar, comunitario y escolar. Acciones a desarrollar. Utilización de dimensiones, indicadores y criterios de evaluación. El Perfil Psicoeducativo. Características y modo de empleo. Persona que dirige: Investigador.
- Integración y valoración de la información obtenida. Diseño de las estrategias de intervención. Persona que dirige: Especialista e investigador.

La misma posee un carácter flexible, pues el orden de los temas a tratar que se proponen puede variar en dependencia de las características del contexto, los conocimientos de los docentes en torno al tema y sus necesidades. También pueden ser reestructurados o enriquecidos de acuerdo a las necesidades que surjan en la dinámica de trabajo.

» **Segundo paso - Recopilación de información necesaria.**

El primer paso en la realización del diagnóstico de cualquier individuo, lo constituye la conformación de una extensa y detallada historia social, la cual debe abarcar los detalles más significativos de su vida, a partir del período intrauterino.

La eficaz recogida de información y su análisis exhaustivo constituyen uno de los elementos más importantes del proceso de valoración inicial que supone un estudio global y en profundidad del desarrollo del niño(a), de su historia individual, familiar y de su entorno.

La identificación del autismo a partir del conjunto de síntomas y signos

que lo tipifica, posibilita una clara orientación sobre la etiología del mismo, así como arribar a su diagnóstico; ahora bien, la evaluación de carácter psicopedagógico en personas con este diagnóstico indiscutiblemente posee un carácter interdisciplinario, por ello es imprescindible la coordinación y colaboración con los especialistas de los equipos multidisciplinares del Ministerio de Salud Pública, quienes se encargan del diagnóstico clínico de la entidad a partir de la realización de exploraciones y exámenes complementarios con la participación de psiquiatra infantil, psicólogo, logofoniatra, neuropediatra, fisiatra y psicopedagogo, entre otros especialistas.

Es preciso valorar los servicios tanto médicos como psicopedagógicos que recibe en la actualidad, la recopilación de información a partir de informes clínicos es un factor significativo.

Si asistió a alguna institución educativa, es necesario entonces la revisión del expediente psicopedagógico contentivo de las caracterizaciones, estudios de caso y estrategias de intervención, así como el intercambio con educadoras, maestras y especialistas de la(as) institución(es) donde asistió anteriormente.

También hay que tener en cuenta que existen datos de la historia del niño(a) o aspectos de la vida familiar que ya han sido solicitados y expuestos en los servicios de psiquiatría infanto-juvenil donde ha asistido.

Por tanto, habrá que definir con anterioridad las áreas a priorizar en la entrevista familiar, de manera que la familia no repita la información y el evaluador no pierda tiempo en la búsqueda de datos ya disponibles.

Para ello habrá que tener en cuenta los aspectos siguientes:

- » Información significativa relacionada con el desarrollo durante los dos primeros años de vida: primeras pautas del desarrollo psicomotor; enfermedades padecidas; signos de alarma en los primeros años, momento en que se originaron involuciones; **comorbilidad**^v; definición del momento en que aparecen las características especiales del desarrollo. Principales factores de riesgo a los que ha estado expuesto(a).
- » Pruebas y exploraciones realizadas.
- » Programas y tratamientos que se hayan puesto en práctica y los que se llevan a cabo en la actualidad.
- » Historia escolar.

- » Orientación teórica ofrecida a los familiares (terapia familiar, dinámicas de grupos, orientación dietética y otras).
- » Abordaje terapéutico y su efectividad en el control o mejoramiento de las conductas y/o síntomas asociados. Técnicas de modificación de conducta y psicoeducativas empleadas.
- » Tratamiento farmacológico en caso de ser preciso en la regulación de síntomas asociados como la agresividad, trastornos del sueño y la hipercinesia, entre otros.
- » Búsqueda de nexos, relaciones entre la historia de desarrollo personal y los contextos, con énfasis en la influencia ejercida por éstos.

FASE 2 - Evaluación psicopedagógica.

» **Primer paso - Evaluación de la variable contexto familiar.**

Los estudios relacionados con el diagnóstico psicopedagógico plantean la necesidad de lograr una verdadera participación de la familia, la cual deberá convertirse en protagonista de su propia transformación a partir de las posibilidades que se le ofrece para reflexionar y autoevaluar los factores que pueden afectar su dinámica.

La evaluación del contexto familiar posibilita la obtención de una comprensión más amplia del ambiente donde se desenvuelve el niño(a); para ello será necesaria la colaboración de los miembros de la familia, por ser las personas que la integran, quienes pasan la mayor parte del tiempo con él o ella, además sus puntos de vista, explicaciones, expectativas ofrecen datos relevantes a la evaluación integral.

Se coincide con López (2008), en que las entrevistas de información y orientación que habitualmente se utilizan en el proceso de diagnóstico aún resultan insuficientes para lograr una verdadera participación de la familia, pues, *“generalmente se enfatiza en la conducta y desarrollo evolutivo del niño(a), las condiciones de vida, la relación de la pareja, pero no se amplía en otras relaciones de la vida familiar y en los componentes psicológicos personales de cada miembro”*.

Las relaciones entre el evaluador y la familia deben estar basadas en principios de colaboración y ayuda mutua, sin olvidar que cada una tiene un modo de vida determinado que depende de sus condiciones, de sus actividades sociales y de las relaciones de sus miembros; sus opiniones están matizadas por su forma de percibir el mundo, así como por sus intereses, convicciones, aspiraciones y experiencias.

En los casos de niños y niñas con TEA, es común que se vea implicada toda la familia y dentro de ésta cada miembro se afecta de una manera diferente, experimentando sentimientos diversos como dolor, pena, frustración, satisfacción por ayudar, negación, rabia, etc. La experiencia de tener un hijo(a) con autismo puede ser devastadora al provocar problemas y tensiones familiares, es por ello que la actitud del evaluador en todo momento será de escucha en relación con los principales problemas afrontados, así como expectativas, preocupaciones, proyectos e incluso insatisfacciones con la atención psicológica y pedagógica brindada hasta el momento.

La entrevista y la observación constituyen métodos de investigación que posibilitan la realización de la evaluación del contexto familiar al propiciar la recogida de información, así como la participación activa de los miembros de la familia; ambos métodos pueden obedecer a diversos modelos.

Las entrevistas en profundidad, caracterizadas por su flexibilidad y dinamismo, son una herramienta eficaz para evaluar el contexto familiar y concretar los aspectos más relevantes del desarrollo del niño(a); se diferencia de la entrevista tradicional principalmente en que constituye una conversación entre iguales, donde investigadores y familiares establecen relaciones de colaboración y un interrogatorio estructurado no es lo fundamental, aunque ello no excluye la utilización de dimensiones e indicadores.

La entrevista a la familia, según afirma Castro (2008), *“permite recoger no solo la información verbal, sino también la implicación emocional de cada uno de los participantes en el tema, las reacciones mutuas, las miradas, los silencios llenos de significación, etc.”*.

En la concepción de la metodología que se propone, las entrevistas en profundidad son combinadas con la observación participante, ésta última permite acceder a los contextos naturales de actuación, toda vez que asegura la relación entre lo expresado y la acción. Es por ello que ambas se complementan, lo cual le imprime un mayor valor al proceso de diagnóstico al poder contrastar los datos obtenidos en uno y otro método y establecer las relaciones entre ambos.

Tanto la entrevista en profundidad como la observación participante constituyen espacios interactivos de diálogo y reflexión, donde profesionales y familias intercambian información relacionada con el niño(a), así como la dinámica en el hogar; de ese modo la familia tendrá

una participación activa, dándole la oportunidad de tomar decisiones desde la definición de los problemas hasta la búsqueda de soluciones a los mismos. En ese sentido se coincide con Castro, (2008), cuando asevera que, la entrevista en profundidad y la observación de la vida hogareña son los recursos más productivos para el profesional que indaga sobre la familia

En la preparación de las entrevistas en profundidad se deben tener en cuenta las premisas siguientes:

- » Definición clara de las áreas a investigar, así como convocar a las principales figuras de la familia.
- » Establecimiento de relaciones estrechas con los entrevistados, conocimiento de sus características, acudir a su buena voluntad, definir objetivos comunes, así como obtener su disposición para contar experiencias y expresar sentimientos.
- » Determinación del lugar, así como los horarios y el tiempo de duración para cada sesión, en correspondencia con el nivel de información que sea preciso obtener.
- » Selección de contextos que posean como característica esencial la privacidad, donde el entrevistado se sienta cómodo y relajado. De realizarse en el hogar es necesario escoger un horario y lugar donde no ocurran interrupciones o presencia de personas ajenas.
- » Empleo de un lenguaje claro y preciso, evitar el uso de palabras o términos poco conocidos por los familiares.
- » En caso de participar otros miembros de la familia, habrá que conocer con anterioridad sus principales características, lo que permitirá establecer un diálogo donde todos los participantes se sitúen a un mismo nivel, así como encontrar la mejor forma de proyectar los temas.

En su realización es importante el cumplimiento de las exigencias siguientes:

- » Recordar a los familiares los objetivos de la entrevista, así como su importancia como parte del proceso de evaluación que se lleva a cabo.
- » Enfatizar en la importancia que posee la validez de las informaciones que puedan proporcionar, toda vez que el proceso persigue como fin fundamental contribuir al progreso del niño(a) con autismo.

- » Comenzar por los asuntos menos trascendentes, de modo que paulatinamente el entrevistado comience a comentar sus experiencias en relación con el nacimiento del niño(a), para luego reconstruir su historia y ambiente familiar.
- » Evitar que los puntos de vista del entrevistador influyan en las respuestas del entrevistado.
- » En algunos casos podrá ser útil el empleo de documentos personales, así como fotos, videos, dibujos y otros materiales que contribuyan a promover anécdotas y recuerdos acerca del desarrollo del niño(a).
- » Tener en cuenta que las preguntas o temas que se proponen giren alrededor de los aspectos que revelen los principales indicadores del desarrollo del niño(a).
- » Evitar alianzas entre profesionales y familiares.
- » Propiciar la realización de valoraciones que acompañen la exposición de los hechos, solicitando siempre que sea preciso clarificar o explicar lo que han aportado, así como reformularlo si fuese necesario, o sea *“introducir preguntas complementarias con el propósito de que nuestro interlocutor nos “dibuje” o represente la situación lo más cercana a lo que ha ocurrido en la realidad”*. (Arias, 1999)

El momento final debe estar acompañado de una valoración breve, donde ambos reflexionen acerca de los principales aportes al proceso de evaluación y se brinde la oportunidad al entrevistado de agregar algún aspecto que no haya sido tratado. Cuando se realicen preguntas o comentarios acerca de aspectos personales que penetren en las dificultades, se procurará comunicar comprensión y sensibilidad ante los sentimientos del entrevistado; en este particular es importante tener en cuenta algunos requisitos que contribuyen a elevar la calidad comunicativa con la familia (Torres, 2003), ellos son:

- Comprensión de sus acciones y alcances: “Yo creo que ustedes han hecho lo que han podido”.
- Invitar a participar y compartir: “Lo invitamos a que reflexionen con nosotros, ustedes son necesarios para...”
- No agredir: “Todos podemos equivocarnos”.

- Explicar su conducta, dar confianza y apoyo. “Usted creía que estaba haciendo lo mejor. A todos nos pasa igual. Aprendemos en la práctica. Es difícil enfrentarlo, pero con ayuda puede lograrlo”.
- Reconocer, ayudar a descubrir y reforzar sus recursos y potencialidades. “Qué es lo mejor de tu familia y de cada uno de ustedes.” Qué cambios harían para que la familia y cada uno de sus miembros sea más feliz.”

La observación constituye otro de los métodos empíricos ampliamente utilizado para la obtención de información acerca del objeto de investigación. Permite conocer el proceder y las conductas de las personas tal como se dan en su escenario natural, así como verificar los datos aportados en la entrevista o complementar de forma sistemática aquellos que la familia no ha brindado espontáneamente y son necesarios para una mejor comprensión del desarrollo del niño(a).

“Como procedimiento de evaluación a la familia, consiste en la indagación sistemática y el registro cuidadoso de actividades encuadradas en las funciones familiares, así como el desempeño particular de cualesquiera de sus miembros en aspectos que pueden tener relación con la educación de los hijos, las influencias que se ejercen sobre su formación, así como las condiciones de vida en donde estos comportamientos se manifiestan”. (Castro, et al., 2005)

La observación participante es uno de los tipos de observación que posibilita la caracterización detallada del contexto familiar. En su realización podrán ser empleadas diferentes vías como: la labor de terreno, visitas al hogar, comunidad, entre otras, la colaboración con la familia continúa siendo fundamental, pues sus miembros deben concienciar la necesidad de colaborar en la observación.

Para los fines de la metodología que se propone, se considera importante este tipo de observación, pues se caracteriza por su flexibilidad; ello no impide que sea planificada y organizada conscientemente, pues debe centrarse en aspectos medulares de la dinámica del desarrollo del niño(a) con autismo en íntima relación con los contextos donde se desenvuelve. Dichos aspectos son delimitados previamente y permiten el acceso al significado de la conducta espontánea y las reacciones ante estímulos o situaciones presentadas, identificando su constancia e intensidad.

Debe ir encaminada hacia dos direcciones fundamentales: la observación de las relaciones familiares y su influencia en el desarrollo del niño(a) y la observación de la conducta en los contextos donde transcurre su vida cotidiana.

Ambas direcciones no implican en ninguna medida el divorcio entre los dos aspectos; por el contrario, la relación contexto-comportamiento se da de manera muy particular en el autismo, y es por ello necesario realizar una valoración e interpretación de toda la información que permita comprender las interacciones entre ambos.

Para el desarrollo de la observación participante es preciso:

- » Convenir con la familia el acceso a los diferentes escenarios donde transcurre la vida del niño(a), de modo que el investigador no sea visto como amenazante e intrusivo.
- » Negociar la confidencialidad de la información obtenida.
- » Establecer de antemano qué, cuándo y cómo observar, siendo el evaluador quien elija los lugares y momentos para observar.
- » Trazarse como una de las principales metas, el establecimiento de relaciones afectivas con el niño(a) que se estudia, a partir del conocimiento de las interacciones que son gratificantes para él o ella.
- » Acomodarse a las rutinas y formas de hacer las cosas tanto del niño(a) como de sus familias; en el caso del primero esto se hará en las primeras observaciones, hasta tanto el evaluador logre establecer una relación con el evaluado.
- » Evitar aportar detalles a los familiares acerca de todo lo que se quiere observar, pues se pueden ocultar aspectos importantes o montar escenas que muestran acontecimientos poco usuales.
- » Describir el escenario de observación en las notas de campo, así como las actividades de las personas, pautas de interacción, etc.
- » Prestar atención a las comunicaciones no verbales, el tono de voz, intercambio de miradas y modos en que son percibidos por los demás.

Con el objetivo de asegurar la exploración de los temas claves durante el desarrollo de las entrevistas en profundidad, así como dirigir la observación hacia los aspectos más relevantes en el contexto familiar se realiza la operacionalización de esta variable, para ello se tomaron

como base las investigaciones en esta área desarrolladas por Castro & Gómez (2008).

Se toman en cuenta además las definiciones de variables, dimensiones e indicadores ofrecidas por Ibarra (2003), quien plantea que *“las variables poseen entre sus características fundamentales, contar con rasgos que pueden ser observados, así como ser mensurables, lo cual puede hacerse de varias formas, desde la mera clasificación hasta el nivel de medición superior que sea posible alcanzar”*.

El autor citado anteriormente considera que la definición operacional implica el desmembramiento de los aspectos diferenciables del concepto, para ello es necesario distinguir dimensiones e indicadores, según él las dimensiones constituyen los rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto, mientras que los indicadores serán aquel conjunto de rasgos perceptibles que harán posible una referencia empírica a la presencia del concepto.

Por su parte Castro (2008), precisa que al seleccionar indicadores se les considera como “indicativos” de lo que será mostrado o reflejado.

Se comparte el criterio del autor antes mencionado cuando al referirse a la operacionalización de variables relativas a la familia, acota que la efectividad de un indicador radica en que éste nos revele esencias presentes en las familias estudiadas.

Las dimensiones e indicadores propuestos en la presente investigación donde en su elaboración participaron familias de niños(as) con TEA, así como maestros y especialistas, permiten seguir una lógica predeterminada con lo que se evita en cierta medida la omisión de información útil para la evaluación del caso, de su análisis posterior se derivan elementos que se complementan entre sí, permiten tener un conocimiento amplio de la dinámica en que ha tenido y tiene lugar el proceso de desarrollo del niño(a) y sirven de pauta para el análisis e integración de la información.

La operacionalización de la variable contexto familiar se muestra a continuación:

DIMENSIONES	INDICADORES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	MÉTODOS
I. ACERCA DEL DESARROLLO DEL NIÑO(A)	1. Relación con los miembros de la familia	Adecuado: cuando se muestra afectuoso y establece algún tipo de relación con los miembros de la familia. Poco adecuado: cuando se relaciona solo con los miembros de la familia más allegados. Inadecuado: cuando se muestra indiferente ante los miembros de la familia.	Entrevista en profundidad y observación participante
	2. Relación con otros niños(as)	Adecuado: cuando se relaciona con otros niños(as) miembros de la familia o comunidad donde reside. Poco adecuado: cuando solo se relaciona con otros niños(as) dentro del hogar. Inadecuado: cuando no establece ningún tipo de relación con otros niños(as) tanto miembros de la familia como de la comunidad.	Entrevista en profundidad y observación participante
	3. Comunicación	Adecuado: si posee desarrollo del lenguaje en correspondencia con la edad, cumple órdenes, tiene habilidades de comunicación funcional.	Entrevista en profundidad y observación participante

		<p>Poco adecuado: si el desarrollo del lenguaje no se corresponde con la edad, cumple algunas órdenes y muestra insuficientes habilidades de comunicación funcional.</p> <p>Inadecuado: si no habla, no cumple órdenes, comunica sus necesidades a través de conductas desadaptadas.</p>	
	4. Hábitos de aseo personal	<p>Adecuado: cuando es capaz de realizar con independencia: el cepillado de dientes, peinado, baño, lavado del cabello.</p> <p>Poco adecuado: cuando no realiza de forma independiente alguna de las actividades anteriores.</p> <p>Inadecuado: cuando no realiza con independencia ninguna de la actividades anteriores.</p>	Entrevista en profundidad
	5. Autonomía	<p>Adecuado: se viste y desviste con independencia, selecciona las prendas de vestir de acuerdo a la ocasión y organiza su ropa.</p>	Entrevista en profundidad

		<p>Poco adecuado: necesita ayuda para realizar alguna de las actividades anteriores.</p> <p>Inadecuado: no realiza con independencia ninguna de las actividades anteriores.</p>	
	6. Alimentación	<p>Adecuado: cuando ingiere alimentos con independencia, emplea los cubiertos de forma correcta y no muestra preferencia o rechazo hacia alimentos específicos.</p> <p>Poco adecuado: cuando ingiere los alimentos con independencia pero no emplea los cubiertos de forma correcta, prefiere o rechaza algún alimento específico.</p> <p>Inadecuado: cuando depende de otra persona para ingerir alimentos.</p>	
	7. Sueño	<p>Adecuado: si se duerme con facilidad, el sueño es tranquilo y profundo.</p> <p>Poco adecuado: si con frecuencia presenta dificultades.</p>	Entrevista en profundidad

		Inadecuado: si el sueño es intranquilo, se caracteriza por presentar pesadillas, sonambulismo, somnolucios.	
	8. Colaboración en las tareas del hogar	Adecuado: cuando colabora en las tareas del hogar de forma sistemática (recoge sus juguetes, ordena sus pertenencias, tiende la cama, cumple encomiendas, entre otras). Poco adecuado: cuando en ocasiones colabora en algunas de las tareas mencionadas anteriormente. Inadecuado: cuando no colabora en ninguna de las tareas del hogar.	Entrevista en profundidad
	9. Comportamiento en lugares públicos	Adecuado: cuando mantiene un comportamiento apropiado en lugares públicos: colas, actividades culturales y recreativas, centros comerciales, ómnibus y otros. Poco adecuado: cuando el comportamiento se altera durante tiempos de espera o en lugares donde hay muchas personas reunidas.	Entrevista en profundidad y observación participante

		Inadecuado: cuando el comportamiento siempre es inapropiado en lugares públicos.	
II. CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA	1. Nivel cultural	Adecuado: el nivel cultural predominante en los miembros de la familia oscila entre medio superior y universitario. Poco adecuado: el nivel cultural predominante en los miembros de la familia es medio. Inadecuado: el nivel cultural predominante en los miembros de la familia es primario o primario no vendido.	Entrevista en profundidad
	2. Situación económica	Adecuado: cuando el total de ingresos monetarios es superior a \$300.00 per cápita. Poco adecuado: cuando el total de ingresos monetarios oscila entre \$150.00 y \$299.00 per cápita. Inadecuado: el total de ingresos monetarios es inferior a \$150.00 per cápita.	Entrevista en profundidad
	3. Integración social	Adecuado: cuando los miembros de la familia se encuentran plenamente	Entrevista en profundidad

		<p>integrados a la sociedad, trabajan y pertenecen a las diferentes organizaciones de masas.</p> <p>Poco adecuado: cuando algunos miembros de la familia no están integrados socialmente.</p> <p>Inadecuado: cuando la mayoría de los miembros de la familia no están integrados a la sociedad.</p>	
III. CONDICIONES DE VIDA	1. Estado constructivo de la vivienda	<p>Adecuado: cuando la vivienda es confortable (piso, techo y paredes en buen estado).</p> <p>Poco adecuado: cuando el piso, techo o paredes presentan insuficiencias.</p> <p>Inadecuado: cuando la vivienda es habitable pero presenta serias insuficiencias en el piso, techo y/o paredes.</p>	Observación participante
	2. Distribución de la vivienda	<p>Adecuado: cuando la vivienda posee sala, baño, cocina, patio y dormitorios con la amplitud requerida y en correspondencia con la cantidad de personas que la habitan.</p>	Observación participante

		<p>Poco adecuado: cuando la vivienda no posee alguno de los elementos antes señalados y el espacio de las habitaciones es muy reducido.</p> <p>Inadecuado: cuando el área de las habitaciones es extremadamente reducida o en un mismo espacio se concentran dormitorio, baño y cocina.</p>	
	3. Condiciones materiales	<p>Adecuado: cuando existen artículos de primera necesidad como: televisor, radio, refrigerador, ventilador, cocina.</p> <p>Poco adecuado: cuando hay carencia de alguno(s) de los artículos referidos.</p> <p>Inadecuado: cuando hay carencia de televisor, radio, refrigerador, ventilador y cocina.</p>	Observación participante
	4. Higiene y organización	<p>Adecuado: cuando las habitaciones y áreas de la vivienda están limpias y organizadas.</p> <p>Poco adecuado: cuando se aprecian dificultades en la limpieza y organización de las habitaciones y áreas de la vivienda.</p>	Observación participante

		Inadecuado: cuando la limpieza y organización de la vivienda es insuficiente.	
IV. ACTITUD HACIA EL NIÑO(A)	1. Cuidado de la salud y el aspecto físico	Adecuado: cuando se presta atención al cuidado de la salud y del aspecto físico del niño(a). Poco adecuado: cuando no se presta la atención requerida al cuidado de la salud y del aspecto físico del niño(a). Inadecuado: cuando el cuidado de la salud y el aspecto físico del niño(a) es desfavorable.	Entrevista en profundidad y observación participante
	2. Relaciones de los miembros de la familia con el niño(a)	Adecuado: si se comunican con el niño(a), juegan con él/ella, participa en las actividades sociales de la familia y se le da la oportunidad de realizar elecciones. Poco adecuado: si las relaciones con el niño(a) están dirigidas más hacia la satisfacción de sus necesidades primarias que a la estimulación psicológica y afectiva. Inadecuado: si las relaciones con el niño(a) se caracterizan por el aislamiento cognitivo y afectivo.	Entrevista en profundidad y observación participante

	<p>3. Principales formas de comunicación</p>	<p>Adecuado: cuando los miembros de la familia utilizan un lenguaje comprensible para el niño(a), concreto, de pocas palabras y acompañado si es necesario de señales, mímicas y gestos.</p> <p>Poco adecuado: cuando utilizan un lenguaje poco comprensible para el niño(a) y no se acompaña de señales, mímicas y gestos.</p> <p>Inadecuado: cuando para comunicarse con el niño(a) emplean un lenguaje incomprensible acompañado de gritos.</p>	<p>Entrevista en profundidad y observación participante</p>
	<p>4. Manejo de la conducta</p>	<p>Adecuado: cuando la familia establece relación entre las alteraciones de la conducta y sus antecedentes, modifica las condiciones que dan lugar a ellas y emplea estrategias contingentes de respuestas.</p> <p>Poco adecuado: cuando la familia en ocasiones modifica las condiciones que dan lugar a las alteraciones de la conducta y combina algunas</p>	<p>Entrevista en profundidad y observación participante</p>

		<p>estrategias de modificación de conducta con la agresión verbal o física.</p> <p>Inadecuado: cuando la familia no pone en práctica estrategias de modificación de conducta y ante la aparición de alteraciones recurre a la agresión verbal o física.</p>	
V. DINÁMICA FAMILIAR	1. Relaciones interpersonales entre los miembros de la familia	<p>Adecuado: cuando existe armonía, comparten emociones, alegrías, tristezas, se toleran, respetan y comprenden. Son reconocidos los derechos de cada cual en un clima familiar favorable.</p> <p>Poco adecuado: cuando existen dificultades dadas por la falta de comprensión y respeto entre los miembros de la familia, no siempre se reconocen los derechos de cada cual.</p> <p>Inadecuado: cuando existen barreras que impiden la comunicación, las relaciones se caracterizan por la intolerancia e incomprensión lo que proporciona un clima familiar desfavorable.</p>	Observación participante

	<p>2. Búsqueda de soluciones a problemas y conflictos familiares</p>	<p>Adecuado: cuando las problemáticas en la familia referidas a las relaciones de pareja, entre hermanos, con otros miembros, así como económicas, laborales y otras, son enfrentadas mediante el diálogo y la búsqueda de alternativas de solución.</p> <p>Poco adecuado: cuando las problemáticas mencionadas anteriormente son enfrentadas mediante la censura y la crítica negativa.</p> <p>Inadecuado: cuando las problemáticas en la familia son enfrentadas mediante la violencia o evasión que tienden a acentuar los conflictos e impiden la búsqueda de alternativas de solución.</p>	<p>Entrevista en profundidad y observación participante</p>
	<p>3. Distribución de los roles domésticos</p>	<p>Adecuado: cuando los roles domésticos se distribuyen entre todas las personas que conviven en el hogar de modo que no exista sobrecarga en un integrante de la familia.</p> <p>Poco adecuado: cuando se distribuyen algunos roles</p>	<p>Entrevista en profundidad y observación participante</p>

		domésticos, pero la mayor responsabilidad recae en una sola persona. Inadecuado: cuando existe sobrecarga de roles en alguno de sus miembros.	
	4. Nivel de realización personal de los padres del niño(a) con TEA	Adecuado: cuando los padres han buscado alternativas para dar continuidad al crecimiento y desarrollo personal sin abandono del vínculo laboral, actividades sociales, de superación, esparcimiento y otras. Poco adecuado: cuando los padres no han abandonado el vínculo laboral, pero sí la participación en actividades sociales, de superación, esparcimiento y otras. Inadecuado: cuando alguno de los miembros de la pareja o ambos se dedican excesivamente al cuidado del niño(a) con autismo, abandona el vínculo laboral, renuncia a sus planes de superación, reduce las actividades sociales y el empleo del tiempo libre.	Entrevista en profundidad

	5. Capacidad para reconocer acciones y actitudes que han sido más y menos efectivas en la dinámica familiar	<p>Adecuado: cuando los miembros de la familia asumen una actitud participativa en el afrontamiento y búsqueda de soluciones que conducen al crecimiento y desarrollo de la familia, manifiestan receptividad al cambio.</p> <p>Poco adecuado: cuando muestran poca capacidad para reflexionar y analizar la efectividad de sus propias acciones en el desarrollo de la dinámica familiar.</p> <p>Inadecuado: cuando los padres se culpan mutuamente por el diagnóstico del niño(a), existen resentimientos, reproches que impiden la autorreflexión y el análisis de la dinámica familiar.</p>	Entrevista en profundidad
VI. EDUCACIÓN Y ESTIMULACIÓN EN EL HOGAR	1. Información en torno al TEA	<p>Adecuado: cuando poseen información relacionada con el autismo, su etiología, principales áreas afectadas, formas de manifestación.</p> <p>Poco adecuado: cuando poseen alguna información sobre el autismo en los aspectos citados.</p>	Entrevista en profundidad

		Inadecuado: cuando no poseen ninguna información con relación al autismo.	
	2. Preparación para la estimulación del niño(a) con TEA	Adecuado: cuando la familia posee una preparación que les permite emprender acciones encaminadas a la estimulación del desarrollo del niño(a), así como dar solución a las alteraciones comportamentales. Poco adecuado: cuando la familia posee poca preparación para estimular el desarrollo del niño(a), así como para dar respuesta a la problemática conductual. Inadecuado: cuando la familia no posee preparación para estimular el desarrollo del niño(a) en áreas como la comunicación, socialización y otras, ni para dar respuesta a las alteraciones en el comportamiento,	Entrevista en profundidad
	3. Métodos educativos frecuentemente utilizados	Adecuado: cuando se utiliza la cooperación y comunicación como método educativo fundamental, se considera al niño(a) con autismo como un miembro más de	Entrevista en profundidad y observación participante

		<p>la familia, se establecen metas y objetivos comunes a alcanzar por los integrantes del núcleo familiar.</p> <p>Poco adecuado: cuando prevalece la inconsistencia en los métodos educativos.</p> <p>Inadecuado: cuando en los métodos educativos prevalece el estilo autoritario, rígido o sobreprotector y se emplea el castigo con frecuencia.</p>	
	4. Empleo del tiempo libre	<p>Adecuado: cuando sistemáticamente se emplea el tiempo libre en la realización de actividades que conducen al desarrollo de la comunicación y socialización del niño(a), así como al desarrollo de sus potencialidades (Visitas a centros culturales, recreativos, deportivos o instalaciones de la comunidad).</p> <p>Poco adecuado: cuando el tiempo libre se emplea esporádicamente en la realización de actividades que conducen al desarrollo integral del niño(a).</p> <p>Inadecuado: cuando el tiempo libre</p>	Entrevista en profundidad

		no se emplea en la realización de actividades que conducen al desarrollo integral del niño(a), dejándolo en casa.	
	5. Realización de actividades conjuntas	Adecuado: cuando frecuentemente se realizan actividades conjuntas con el niño(a) (Jugar, conversar, ver TV, leer libros de cuentos, entre otras). Poco adecuado: cuando esporádicamente se realizan actividades conjuntas con el niño(a). Inadecuado: cuando no se realizan actividades conjuntas con el niño(a).	Entrevista en profundidad y observación participante
	6. Organización del régimen de vida	Adecuado: cuando el régimen de vida en el hogar está debidamente organizado, se cumplen los horarios de alimentación, aseo, juego, descanso, realización de tareas escolares y otros. Poco adecuado: cuando existen dificultades en la organización del régimen de vida en el hogar, se incumplen los horarios mencionados anteriormente.	Entrevista en profundidad y observación participante

		Inadecuado: Cuando no se organiza el régimen de vida en el hogar, se violan los horarios mencionados.	
VII. VÍNCULO FAMILIA-ESCUELA	1. Acercamiento a la escuela	<p>Adecuado: cuando los integrantes de la familia visitan la escuela de forma sistemática, cooperan con el trabajo que realiza y solicitan a sus docentes estrategias para contribuir a solucionar los problemas del niño(a) en el hogar y dar continuidad al trabajo de la institución.</p> <p>Poco adecuado: cuando los integrantes de la familia visitan la escuela de forma esporádica y lo hacen principalmente con el fin de realizar reclamos o quejarse ante alguna dificultad.</p> <p>Inadecuado: cuando los integrantes de la familia no visitan la escuela y no muestran preocupación por el trabajo psicopedagógico desarrollado con el niño(a).</p>	Entrevista en profundidad y observación participante
	2. Nivel de satisfacción con el trabajo psicopedagógico que se realiza con el niño(a)	Adecuado: cuando manifiestan satisfacción con la labor de maestros y especialistas de	Entrevista en profundidad

		<p>las instituciones educativas a las que ha asistido o asiste en la actualidad, comprenden el rol que les corresponde en la estimulación del niño(a) y cooperan con el proceso educativo.</p> <p>Poco adecuado: cuando manifiestan más insatisfacción que satisfacción con el trabajo de maestros y especialistas de las instituciones educativas y comprenden en parte el rol que les corresponde en la estimulación del niño(a).</p> <p>Inadecuado: cuando se muestran insatisfechos con el trabajo psicopedagógico desarrollado por maestros y especialidades y no han interiorizado el rol que les corresponde en la estimulación del niño(a).</p>	
	<p>3. Expectativas respecto a la educación del hijo(a) con TEA</p>	<p>Adecuado: si poseen conciencia de las posibilidades reales de desarrollo del niño(a) y sus expectativas futuras se corresponden con ellas.</p> <p>Poco adecuado: si poseen alguna conciencia de las</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>

		<p>posibilidades reales de desarrollo del niño(a) y en sus expectativas futuras están matizadas por la duda e incertidumbre.</p> <p>Inadecuado: si no poseen conciencia real de las posibilidades del niño(a) y sus expectativas futuras de encuentran muy por debajo o por encima de ellas.</p>	
VIII. ESTADO PSICOLÓGICO Y AFECTIVO	1. Estabilidad emocional de la persona entrevistada	<p>Adecuado: cuando se comunica fácilmente, no muestra dificultades para expresar sentimientos, preocupaciones, expectativas relacionadas con el hijo(a) con autismo.</p> <p>Poco adecuado: cuando manifiesta dificultades para comunicarse y expresar sentimientos, los estados de ánimo y emociones son ambivalentes.</p> <p>Inadecuado: cuando evita hablar de la condición del niño(a) con autismo. Manifiesta desequilibrio, estrés, ansiedad e irritabilidad, persisten sentimientos de culpa o necesidad de hallar culpables.</p>	Entrevista en profundidad y observación participante

	<p>2. Actitud frente al diagnóstico de autismo</p>	<p>Adecuado: cuando la familia ha superado el período de duelo y muestra un nivel de concientización real de la problemática asumiendo una actitud estimuladora y desarrolladora.</p> <p>Poco adecuado: cuando en la familia persisten los sentimientos de culpa, dolor frustración y agobio, aunque manifiesten disposición para colaborar en el desarrollo del niño(a) con autismo.</p> <p>Inadecuado: cuando están presente los sentimientos anteriores, además se compara al niño(a) con diagnóstico de autismo con otros niños(as), refieren diferencias entre el hijo(a) deseado(a) y el real e intentan buscar datos o síntomas que denoten la equivocación del diagnóstico.</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>
	<p>3. Vivencias relacionadas con el desarrollo del hijo(a) con diagnóstico de TEA.</p>	<p>Adecuado: cuando manifiestan vivencias agradables con relación al crecimiento y desarrollo del niño(a) con diagnóstico de autismo.</p>	<p>Entrevista en profundidad</p>

		<p>Poco adecuado: cuando manifiestan vivencias combinadas de agrado y desagrado con relación al crecimiento y desarrollo del niño(a) con autismo.</p> <p>Inadecuado: cuando manifiestan vivencias de desagrado con relación al crecimiento y desarrollo del niño(a) con autismo, se muestran insatisfechos e inconformes.</p>	
--	--	---	--

» **Segundo paso - Evaluación de la variable contexto comunitario**

La comunidad debe aportar condiciones subjetivas espirituales y objetivas o materiales a sus pobladores para que se mantenga una estabilidad y equilibrio en la familia.

Según definición del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente de Cuba (1996), *“es el espacio físico-ambiental, geográficamente delimitado, donde tiene lugar un sistema de interacciones sociales, políticas y económicas que producen un conjunto de relaciones interpersonales sobre la base de necesidades. Dicho sistema es portador de tradiciones, historia, identidad y sentido de pertenencia”*.

Márquez (2000), plantea que en las comunidades cubanas actuales existe una estructuración de múltiples elementos que parten del Consejo Popular hacia el resto de las instituciones y organizaciones con que interactúa; la mayoría de ellas han alcanzado determinados niveles de desarrollo, en primer lugar por la voluntad política del sistema y los diferentes proyectos que sus habitantes han puesto en práctica para hacer más grata la convivencia.

Las instalaciones culturales, deportivas y recreativas con que cuenta la comunidad desempeñan un rol significativo al propiciar diversas influencias educativas de las que se benefician todos los que en ella conviven.

Por otra parte, la familia del niño(a) con diagnóstico de TEA debe tener garantizadas las condiciones de vida objetivas para su desarrollo, entre ellas servicios esenciales como: alimentación, recreación, salud y educación, entre otros, se agobia, frustra y trata de establecerse en otra comunidad, lo que conspira contra el desarrollo adecuado del niño(a), entre otros factores debido a los constantes cambios que en la mayoría de los casos desencadenan alteraciones en la conducta y atentan contra su normal desarrollo; por consiguiente, en el proceso de diagnóstico es necesario conocer qué puede ofrecer la comunidad a las familias y qué papel va a desempeñar ésta.

Esta variable se evalúa a través de las visitas a la comunidad donde reside el niño(a) con TEA que deberá realizar el docente designado, podrá emplear para ello como métodos esenciales la observación y la entrevista a vecinos de la comunidad los cuales deberán tener en ella al menos un año de residencia con el objetivo de que puedan ofrecer criterios de valor a partir del conocimiento que poseen de la comunidad y de sus integrantes.

También puede aportar datos significativos a la evaluación de la comunidad la visita a centros importantes tales como, servicios de salud, instituciones económicas, culturales y otras.

A continuación se muestran las dimensiones, indicadores, criterios de evaluación y métodos correspondientes de la variable contexto comunitario:

Dimensión I. Servicios con que cuenta la comunidad

Indicadores

Ubicación geográfica.

Servicios de salud: policlínicos, hospitales, consultorios médicos.

Servicios educacionales: escuelas, bibliotecas, centros de educación superior, sedes universitarias.

Centros comerciales e industrias.

Instituciones culturales: teatros, cines, salas de video, casas de cultura, galerías de arte, museos.

Áreas verdes.

Parque de diversiones

Desarrollo económico, cultural, recreativo.

Adecuado: cuando la comunidad alcanza un desarrollo que propicia la satisfacción de las necesidades materiales, económicas y espirituales de sus miembros.

Poco adecuado: cuando el desarrollo de la comunidad satisface en parte las necesidades de sus integrantes.

Inadecuado: cuando el desarrollo alcanzado por la comunidad no satisface las necesidades materiales, económicas y espirituales de sus miembros.

Nivel de satisfacción de sus miembros con los servicios brindados

Adecuado: cuando los miembros de la comunidad manifiestan satisfacción con los diferentes servicios brindados en la comunidad.

Poco adecuado: cuando los miembros de la comunidad manifiestan satisfacción con algunos servicios brindados en la comunidad, pero también muestran insatisfacción con otros.

Inadecuado: cuando se manifiestan insatisfechos con los servicios que se brindan en la comunidad.

Expectativas respecto al desarrollo comunitario

Adecuado: cuando las expectativas de desarrollo comunitario de los vecinos se corresponden con las condiciones reales que posee la comunidad

Poco adecuado: cuando las expectativas de los vecinos en cuanto al desarrollo comunitario se corresponden en parte con las condiciones reales que posee.

Inadecuado: cuando las expectativas de los vecinos en cuanto al desarrollo comunitario se encuentran muy por encima o por debajo de las condiciones reales que posee.

Dimensión II. Interrelaciones entre vecinos

Relaciones interpersonales

Adecuado: cuando se aprecian relaciones de colaboración, hospitalidad, simpatía entre vecinos.

Poco adecuado: cuando existe poca relación entre vecinos, se aprecia indiferencia y apatía.

Inadecuado: cuando las relaciones interpersonales están matizadas por la frialdad afectiva, indiferencia, tirantez y en algunos casos por conductas egoístas y agresivas.

Empleo del tiempo libre

Adecuado: cuando los integrantes de la comunidad realizan actividades en su tiempo libre, tanto dentro como fuera del hogar que propician su crecimiento humano y espiritual. Ej. Visitas a cines, teatros, playas, ver TV, leer, entre otras.

Poco adecuado: cuando existen grupos de personas que emplean su tiempo libre en actividades que no conducen a su crecimiento espiritual y humano.

Inadecuado: cuando las actividades realizadas en el tiempo libre por la mayor parte de los miembros de la comunidad, no propician su crecimiento humano y espiritual. Ej. Ingestión de bebidas alcohólicas, juegos ilícitos, drogadicción y otras.

Respeto a las normas de convivencia

Adecuado: cuando se respetan las normas de convivencia, no se invaden los espacios ajenos.

Poco adecuado: cuando existen dificultades en el cumplimiento de las normas de convivencia entre vecinos.

Inadecuado: cuando no se respetan las normas de convivencia, se invaden los espacios ajenos.

Dimensión III. Vínculo familia-comunidad

Relación del niño(a) con autismo con otros niños(as) y adultos en el ambiente comunitario.

Adecuado: cuando la familia propicia las relaciones del niño(a) con autismo con otros niños(as) y adultos que forman parte de la comunidad, comparten espacios comunes.

Poco adecuado: cuando la familia propicia las relaciones solo con algunos niños(as) de la comunidad y esencialmente en el escenario hogareño.

Inadecuado: cuando la familia limita las relaciones del niño(a) con autismo con otros niños(as) y adultos de la comunidad.

Conocimiento y aceptación del niño(a) con autismo por parte de los vecinos.

Adecuado: si los vecinos conocen que en su comunidad vive un niño(a) con diagnóstico de autismo, lo aceptan e identifican algunas de sus principales características.

Poco adecuado: si los vecinos tienen un conocimiento ambiguo del niño(a) con autismo y sus características.

Inadecuado: si los vecinos no conocen de la presencia de un niño(a) con autismo en la comunidad y no tienen ningún conocimiento de sus características fundamentales.

Relaciones de colaboración y apoyo hacia la familia

Adecuado: cuando los integrantes de la comunidad colaboran con la familia y la apoyan tanto en el hogar como fuera de él, se muestran solidarios y dispuestos a contribuir a resolver cualquier dificultad.

Poco adecuado: cuando solo algunos integrantes de la comunidad brindan apoyo a la familia del niño(a) con autismo.

Inadecuado: cuando los integrantes de la comunidad se muestran indiferentes ante la familia del niño(a) con autismo.

Participación de la familia en actividades desarrolladas en la comunidad

Adecuado: si la familia participa de forma activa en las actividades políticas, culturales, deportivas, recreativas que tienen lugar en la comunidad.

Poco adecuado: si la familia en ocasiones participa en algunas de las actividades mencionadas anteriormente.

Inadecuado: si la familia se aísla y no participa en ninguna de las actividades antes mencionadas.

La observación de la conducta del niño(a) con TEA en los contextos donde transcurre su vida cotidiana, permite el conocimiento de la naturaleza de las alteraciones en su conducta, así como la relación de éstas con los contextos y situaciones en las que se originan, de conjunto con el resto de la información recopilada; es un factor importante que permitirá al evaluador formular hipótesis acerca de lo que el niño(a) necesita para su desarrollo en materia de intervención.

Hoy se plantea que las conductas manifestadas por las personas con diagnóstico de autismo no se deben absolutamente al trastorno que presentan, ya que éstas deben ser analizadas como una respuesta dada en la interacción entre la persona y el entorno físico y/o social, de esta manera la respuesta a la conducta estará centrada en el análisis de ese contexto de interacción, lo que implica la adaptación o reestructuración del mismo.

Como toda observación científica ésta debe ser sistemática, planificada y organizada, es por ello que se necesita delimitar cada uno de los aspectos que son objeto de observación, los cuales deben ser registrados tal y como ocurren para luego realizar la interpretación de lo observado.

Por tanto, se considera necesario, la elaboración de una guía de observación que tome en cuenta las manifestaciones del niño(a) en los contextos institucional, familiar y comunitario, teniendo en cuenta las condiciones de la persona, con dimensiones e indicadores claros y correlacionados que faciliten valorar no solo la intensidad y finalidad de su conducta, sino también los contextos y situaciones en los cuales se originan.

Teniendo en cuenta lo anterior se diseñó una guía de observación que parte de la escala patológica contemplada en el Perfil Psicoeducativo de Schopler y Reichler; dicha escala es propuesta para propósitos diagnósticos y su diseño permite identificar conductas patológicas o psicóticas durante la administración del mencionado instrumento e identificar las áreas específicas en las cuales se manifiestan.

Una guía de observación bien estructurada permite al evaluador registrar la frecuencia con que aparecen los comportamientos y el contexto donde se producen (escuela, familia o comunidad).

En su utilización el evaluador debe:

- Prestar atención especial a la recogida de informaciones complementarias, así como determinar los momentos en los cuales se realizará la observación y el tiempo que durará.
- Contrastar la información obtenida durante las entrevistas a la familia y la observación del medio familiar, lo que permitirá constatar los momentos en que se originan de forma habitual las alteraciones en la conducta del niño(a).

- Registrar la frecuencia de aparición del comportamiento de forma precisa según aparece en la columna correspondiente de la guía de observación, evitar expresiones como “en ocasiones”, “a menudo”, “de vez en cuando”, “casualmente”, entre otras, así como también precisar el tiempo de duración.
- Realizar varias observaciones que permitan determinar las causas de los problemas de comportamiento, teniendo en cuenta que no en todos los casos éstos aparecen como resultado de circunstancias o de situaciones visibles o fácilmente identificables.
- Delimitar claramente las circunstancias en que aparecen los comportamientos, lugares, momentos del día, presencia de determinadas personas o al realizar algunas actividades.
- Registrar también las circunstancias en que estos comportamientos no aparecen.

» **Tercer paso - Evaluación del niño(a) con el PE P.**

Una vez realizada la evaluación del contexto familiar y comunitario del niño(a), se procede a su evaluación con el empleo de instrumentos específicos, lo cual posibilita la obtención de una mayor información, corroborar y complementar la investigación obtenida mediante otros instrumentos, así como validar los criterios que dan los padres con respecto a las particularidades que presentan sus hijos(as); asimismo facilita profundizar en el desarrollo de áreas específicas como motricidad, percepción, lenguaje e imitación, entre otras.

Del arsenal de técnicas a disposición del investigador se escoge el Perfil Psicoeducativo de Schopler y Reichler, este material define los niveles de desarrollo en imitación, percepción, motricidad fina y gruesa, integración óculo-manual y desarrollo cognitivo y cognitivo-verbal. Es un test con flexibilidad sistemática en su aplicación y permite diseñar programas individualizados de aprendizaje que contemplan además la participación de los padres, entre otras ventajas.

Para su uso ha sido modificado, teniendo en cuenta que en el empleo de instrumentos de evaluación con niños y niñas que tienen necesidades educativas especiales en general y con diagnóstico de autismo en particular, se deberá prestar atención a la normalización de los mismos a la población cubana, así como la necesidad de definir la ZDP y las posibilidades de aprendizaje del niño(a).

Por su parte Vigotsky en su época critica la evaluación estática que prevalecía en los instrumentos de medición y argumenta la necesidad de aproximarse no solo al nivel de desarrollo real entendido como lo que el niño(a) puede resolver de modo independiente, sino a las posibilidades potenciales (ZDP), o lo que él/ella puede hacer con la ayuda o guía del adulto.

Ahora bien, para la determinación del nivel de desarrollo potencial se requiere que el docente posea un adecuado dominio de los niveles de ayuda que el niño(a) debe recibir en la realización de cada una de las tareas que componen el instrumento, de manera que sean estructuradas desde las más simples hasta las más complejas.

La precisión de los niveles de ayuda y su transferencia constituyen indicadores elementales al realizar el diagnóstico de la ZDP. El evaluador debe precisar en cuántos niveles se estructura la ayuda, lo que depende de las exigencias de la tarea que se presenta, así como de las características del niño(a). Se coincide con Guerra (2006), en que el docente debe emplear tantos niveles de ayuda como demanden sus alumnos, sin embargo desde el punto de vista metodológico es necesario su operacionalización, en este caso, para orientar la actividad de evaluación psicopedagógica.

En la evaluación mediante el PEP se sugiere el empleo de cinco niveles de ayuda, que son:

Primer nivel: reorientación de la actividad con instrucciones verbales.

Segundo nivel: realización de llamados de atención.

Tercer nivel: empleo de gestos no verbales para conducir la realización de la tarea.

Cuarto nivel: demostración de cómo hacer la tarea.

Quinto nivel: realización conjunta de cada una de las acciones que conforman la tarea.

Para la administración de los niveles de ayuda presentados anteriormente durante las sesiones de aplicación del PEP, el evaluador debe tener en cuenta las indicaciones siguientes:

- Asegurar la atención e interés del niño(a) por la realización de la tarea.
- Transmitir en todo momento seguridad y confianza.

- Ofrecer el tiempo necesario para la solución de la tarea después de su orientación.
- Registrar cuidadosamente todo lo que sucede durante la administración de cada uno de los niveles de ayuda.
- Determinar con anterioridad las tareas semejantes que aparecen en el PEP y que ofrecen la posibilidad de valorar la transferencia de lo aprendido.
- En caso de dificultades, volver a la tarea en un segundo intento después de un tiempo determinado, comenzar desde el inicio para luego otorgar la puntuación definitiva.
- Ofrecer los niveles de ayuda de forma gradual en el momento preciso, sin adelantar su administración.
- Lograr el desvanecimiento progresivo de las ayudas hasta los niveles mayores posibles.
- Controlar los fallos que se van ocasionando en la realización de tareas y las reacciones que se desencadenan.

La amplitud de la ZDP constituye una guía importante para el pronóstico de la capacidad de aprendizaje del niño(a); puede ser **amplia** si asimila la ayuda brindada y es capaz de transferir lo aprendido a situaciones similares o se produce un mejoramiento de la realización de la misma tarea, y será **estrecha** si el niño(a) no asimila la ayuda brindada después de recibirla.

Para la evaluación de la amplitud de la ZDP con el empleo del PEP se toman como punto de partida los indicadores determinados por Rivero (2001); ellos son:

Niveles de ayudas necesarios: se registrarán las ayudas ofrecidas para dar solución a las tareas, solicitud de ayuda al adulto por parte del niño(a), recursos que emplea, así como el nivel o niveles necesarios en cada ítem del test.

Aceptación o no de la ayuda: se refiere a la actitud ante la ayuda ofrecida por el adulto, se registrará si la acepta y continúa trabajando, si rechaza la ayuda y abandona la actividad, desorganiza su conducta, aumenta o disminuye el interés por la tarea, así como la dependencia de la ayuda brindada.

Motivación e interés por la realización de la tarea: se controlará

durante todo el tiempo de aplicación el interés del niño(a) hacia las tareas; si no muestra interés por la tarea en todo momento, si se interesa desde el inicio, si no se interesa en un inicio y luego sí, así como el tiempo que permanece interesado.

Transferencia en la realización de tareas presentadas anteriormente o dentro de la misma tarea: este indicador será controlado cuando en una tarea después de otorgadas las ayudas el niño(a) mejora el modo de solución de la misma o cuando en otra sesión de aplicación se retoma la actividad en la cual necesitó ayuda para comprobar su capacidad de transferir lo aprendido anteriormente.

Transferencia a tareas semejantes: se tendrá en cuenta durante las sesiones de ejecución si es capaz de transferir la ayuda a tareas semejantes y con un mayor nivel de complejidad.

Al realizar la evaluación con el empleo del PEP el especialista debe tener en cuenta:

- El empleo de un lenguaje claro, concreto y atractivo, sin exceso de palabras que permita al niño(a) comprender lo que se le pide acompañado de alternativas de comunicación (pictogramas) que respondan a sus necesidades. Evitar instrucciones ambivalentes o ambiguas y estar seguros de la comprensión del mensaje.
- Manejo adecuado de las condiciones que contribuyen al establecimiento de interrelaciones adecuadas con el niño(a), así como de diferentes expresiones faciales, tono y volumen de la voz en correspondencia con las áreas que se estén trabajando.
- Mantenimiento de una atmósfera emocional adecuada con un trato cálido, pero al mismo tiempo firme que ponga límites a la conducta desorganizada.
- Dosificar adecuadamente los momentos de actividad, los descansos, así como el empleo de estímulos en el transcurso de la prueba, negociar rituales que contribuyan a atenuar posibles tensiones o angustias.
- Observar la reacción ante la tarea, así como la forma en que el niño(a) se relaciona con los objetos, cómo interactúa, así como sus preferencias, habilidades y su estilo individual.
- Considerar los horarios y momentos del día más adecuados para la aplicación de las tareas del PEP.

- Garantizar las condiciones de iluminación y ventilación adecuadas, no exceso de ruido, así como amplitud del local de manera que se establezca un clima agradable que propicie la interacción y disposición para trabajar.
- Ordenamiento de cada uno de los materiales a utilizar, de manera que no permanezcan a la vista del niño(a), pues solo deberán ser mostrados en el momento de ser utilizados.
- Realización de análisis dos veces: primero descubriendo cómo el niño(a) resuelve la tarea de modo independiente y después cómo lo hace con ayuda del adulto.
- En caso de fallar o dejar alguna tarea incompleta, proporcionarle seguridad para continuar con el resto de las actividades, tomándose el tiempo que sea necesario. Estimular siempre la culminación de cada actividad.
- Tener en cuenta que el PEP no es un test de velocidad, el tiempo de aplicación depende del nivel de funcionamiento del niño(a) y del manejo de los problemas de conducta que puedan aparecer durante la sesión de aplicación.
- Evitar la presencia de personal ajeno, así como la interrupción en la aplicación de la prueba, a no ser que esto sea exigido por las propias condiciones del sujeto.
- Tener en cuenta el estado emocional del niño(a). De no ser adecuado, se debe dejar la aplicación para otro momento.

Se considera preciso destacar que el especialista debe poseer un amplio conocimiento de las particularidades del niño(a) con autismo y cómo éstas pueden influir en los resultados del proceso de evaluación, pues existen características universales que no pueden dejarse de tener en cuenta en el proceso de diagnóstico; dichas características no deben verse de forma aislada y descontextualizadas, pues cada niño(a) pertenece a un medio socio-cultural que le imprime diferentes parámetros de funcionalidad.

» **Cuarto paso - Evaluación de la variable contexto escolar**

Este constituye un aspecto de importancia medular si se tiene en cuenta que la orientación educativa debe ser particularizada a partir de las capacidades y limitaciones del niño(a): por lo tanto, para fijar las estrategias a seguir es necesario determinar con qué recursos hu-

manos y materiales se cuenta para luego realizar las modificaciones en los contextos donde se va a desarrollar la labor educativa; de ese modo, los planes y programas de intervención estarán ajustados a la realidad contextual del proceso.

Como plantea Jiménez (1999), esto significa la incorporación de múltiples recursos educativos, lo que hace referencia a: un mayor número de especialistas o profesores, su preparación y competencia; la supresión de barreras arquitectónicas y adecuación de edificios; la capacidad de elaborar un proyecto educativo, de realizar adaptaciones curriculares y de adecuar el sistema de evaluación; la definición del apoyo psicopedagógico; el diseño de nuevas formas de organización escolar; utilización de nuevas metodologías; la adaptación y ampliación del material didáctico.

Para la evaluación de la variable contexto escolar se determinan tres dimensiones: condiciones físicas, organización escolar y recursos humanos, cada una con sus indicadores y criterios de evaluación. Se sugiere que la evaluación del contexto escolar sea realizada por un especialista.

En la dimensión condiciones físicas se incluyen indicadores relacionados con el entorno que posee la institución educativa tales como, amplitud de los locales, ventilación, iluminación entre otros que pueden influir de forma desfavorable en el proceso educativo que se desarrolla con el niño(a) con diagnóstico de autismo al provocar conductas problemáticas como respuesta a ciertas características del entorno, la dimensión organización escolar se dirige entre otros aspectos hacia la planificación del horario y las diferentes actividades a desarrollar, las cuales en ocasiones son insuficientemente variadas, demasiado fáciles o difíciles y no se corresponden con las potencialidades y necesidades del niño(a), en la dimensión recursos humanos se contempla la cobertura docente, así como el nivel profesional y compromiso de los docentes que integran el colectivo.

A continuación aparece la operacionalización de la variable, la guía elaborada para realizar la evaluación y el proceder para la aplicación de la misma:

I- Guía para la evaluación del contexto escolar.

1. INSTALACIONES CON QUE CUENTA EL CENTRO

1.1- Servicios sanitarios: Inodoro___ Letrina___ Urinarios___ Individual___ Colectivo___ Lavamanos___

1. 2- Áreas verdes ___

1. 3- Patio ___

1. 4- Comedor ___

1.5- Cocina ___

1.6- Locales para el sueño y descanso ___

1.7- Áreas deportivas y recreativas ___

1.8- Local para la Educación Doméstica ___

1.9- Huerto escolar ___

1.10- Consultorio médico o enfermería ___

1.11- Instituciones de la comunidad donde está enclavada la escuela:

a. Económicas_____

b. Culturales_____

c. Deportivas_____

d. Recreativas_____

e. Educativas: Educación Preescolar___ Educación Primaria___ Educación Especial___ Secundaria Básica___ Educación Media Superior___ Educación Superior___

f. De Salud Pública: Consultorio médico___ Hospital___ Policlínico Comunitario___ Clínica Estomatológica___

2. CONDICIONES FÍSICAS

2.1- Estado constructivo

Adecuado ___ Poco adecuado ___ Inadecuado___

2.2- Amplitud de los locales

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

2.3- Mobiliario escolar

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

2.4- Ventilación

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

2.5- Iluminación

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

2.6- Ambiente sonoro

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

3. ORGANIZACIÓN ESCOLAR

3.1. Limpieza y organización del centro

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

3.2. Régimen escolar

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

3.3. Actividades docentes

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

3.4. Cantidad de alumnos por aula

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

4. RECURSOS HUMANOS

4.1. Cobertura docente

Maestros___ Logopeda___ Psicopedagogo (a)___ Profesor de Educación Musical___ Profesor de Computación___ Profesor de Educación Física___ Profesor de Artes Plásticas___ Psicoterapeuta___ Fisioterapeuta___ Bibliotecaria___ Instructor de arte___ Auxiliares Pedagógicas___.

4.2. Nivel profesional del colectivo docente

Licenciados___ Master___ Maestros en formación___

4.3. Experiencia en Educación

De 1 a 5 años___ De 5 a 10 años___ Más de 10 años___

4.4. Superación actual

Maestría en Ciencias de la Educación___ Cursos de postgrados___
Autosuperación___ Otras___

4.5. Relaciones de colaboración entre los miembros del colectivo docente

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

4.6. Realización de adaptaciones institucionales y curriculares

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

4.7. Creatividad de los docentes

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

4.8. Comunicación con las familias de los alumnos que asisten al centro

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

4.9. Responsabilidad y compromiso del colectivo

Adecuado___ Poco adecuado___ Inadecuado___

II- Orientaciones para la aplicación de la guía de evaluación del contexto escolar

Los indicadores de la guía para el contexto escolar se evalúan como se expresa a continuación.

En los indicadores 1.1 hasta 1.11 se marca con una (X) si la institución educativa cuenta con las instalaciones que allí aparecen.

Los indicadores correspondientes a la dimensión **CONDICIONES FÍSICAS**, se evalúan como sigue.

El **indicador 2.1** se considera:

Adecuado, si el piso, techo y paredes están en buen estado.

Poco adecuado, si existen dificultades en el piso, techo o paredes.

Inadecuado, si se aprecian serias dificultades en piso, techo y/o paredes del centro.

El **indicador 2.2** se considera:

Adecuado, cuando poseen la amplitud suficiente para que los niños(as) puedan desplazarse libremente

Poco adecuado, cuando la poca amplitud dificulta el desplazamiento de los niños(as).

Inadecuado, cuando poseen una amplitud reducida que impide el libre desplazamiento de los niños(as).

El **indicador 2.3** se considera:

Adecuado, cuando las dimensiones del mueble (mesa y silla) se corresponden con la edad y dimensión corporal del niño(a).

Poco adecuado, cuando las dimensiones de la mesa o silla no se corresponden con la edad y dimensión corporal del niño(a).

Inadecuado, cuando las dimensiones del mueble (mesa y silla) no se corresponden con la edad y dimensión corporal del niño(a).

El **indicador 2.4**, se considera:

Adecuado, cuando el aire circula de manera que propicia una temperatura agradable lo que evita molestias a escolares y docentes

Poco adecuado, cuando se dificulta la circulación de aire lo que propicia una temperatura poco agradable.

Inadecuado, cuando la poca circulación de aire proporciona una temperatura totalmente desagradable que causa molestias a escolares y docentes.

En **el indicador 2.5** se considera:

Adecuado, cuando la luz en las aulas se disemina de manera uniforme lo cual propicia una iluminación suficiente para el desarrollo de las diferentes actividades.

Poco adecuado, cuando existen dificultades en la iluminación de las aulas pues la luz no se disemina uniformemente.

Inadecuado, cuando los locales poseen una iluminación deficiente que dificulta el buen desenvolvimiento de las actividades.

El indicador 2.6 se considera:

Adecuado, cuando los ruidos tanto dentro como fuera de la escuela no entorpecen la actividad escolar.

Poco adecuado, cuando los ruidos dentro o fuera de la escuela en ocasiones interfieren el desarrollo de la actividad escolar.

Inadecuado, cuando los ruidos externos e internos entorpecen el desarrollo de la actividad escolar.

Los indicadores correspondientes a la dimensión **ORGANIZACIÓN ESCOLAR** se evalúan como aparece a continuación:

El **indicador 3.1**, se evalúa como:

Adecuado, cuando en las instalaciones del centro predomina la limpieza y organización.

Poco adecuado, cuando se aprecian dificultades en la limpieza y organización de las instalaciones del centro.

Inadecuado, cuando la limpieza y organización del centro es deficiente.

El **indicador 3.2**, se evalúa como:

Adecuado, cuando las diferentes actividades del día (gimnasia matutina, actividades docentes y extradocentes, recreo, merienda, almuerzo, descanso y otras) se encuentran debidamente planificadas y se les da cumplimiento en correspondencia con las particularidades de los niños y niñas.

Poco adecuado, cuando existen dificultades en la correcta organización y cumplimiento de las actividades que conforman el régimen escolar.

Inadecuado, cuando se incumplen las actividades que conforman el régimen diario de la escuela.

El **indicador 3.3** se evalúa como:

Adecuado, cuando la planificación y organización de las actividades docentes y sus rangos de horas se realiza atendiendo las particularidades individuales de los niños y niñas.

Poco adecuado, cuando en la planificación y organización de algunas actividades docentes se toman en cuenta las particularidades individuales de los niños y niñas.

Inadecuado, cuando en la planificación y organización de las actividades docentes no se tiene en cuenta las particularidades de los niños y niñas.

El **indicador 3.4**, se evalúa como:

Adecuado, cuando el rango de alumnos por aulas es de 5 a 10.

Poco adecuado, cuando el rango de alumnos por aulas es de 11 a 15.

Inadecuado, cuando en las aulas existen más de 15 alumnos.

Los indicadores correspondientes a la dimensión **RECURSOS HUMANOS** se evalúan como se expresa a continuación:

En el **indicador 4.1** en el caso de los maestros y auxiliares pedagógicas se escribe la cantidad que posee el centro.

Con el resto del personal, se marca con una X cuando en la institución se cuenta con la especialidad mencionada, en caso de existir más de uno se escribe el número correspondiente.

Del indicador 4.2 al 4.4 se escribe el número de docentes que son licenciados, master o maestros en formación.

También se contempla el número de docentes que poseen los años de experiencia determinados en el indicador, así como la superación actual.

El **indicador 4.5** se considera:

Adecuado, cuando los maestros y especialistas mantienen una estrecha vinculación que facilita la intervención psicopedagógica con un carácter colaborativo.

Poco adecuado, cuando los maestros y algunos especialistas se vinculan, pero la organización de la intervención no posee carácter colaborativo.

Inadecuado, cuando maestros y especialistas no mantienen una estrecha vinculación, lo que provoca que la intervención psicopedagógica se realice de forma parcelada.

El **indicador 4.6** es:

Adecuado: cuando se realizan adecuaciones en las instalaciones de la institución en correspondencia con las características de los escolares con autismo.

Poco adecuado: cuando se realizan algunas adecuaciones en las instalaciones de la institución.

Inadecuado: cuando no se realizan adecuaciones en las instalaciones

de la institución en correspondencia con las características del niño(a) con autismo.

El **indicador 4.7** es:

Adecuado: cuando los docentes ponen en práctica estrategias, medios, vías, procedimientos que propician un mayor desarrollo de los niños(as).

Poco adecuado: cuando los docentes no siempre ponen en práctica estrategias, medios, vías, procedimientos que propician un mayor desarrollo de los niños(as).

Inadecuado: cuando no ponen en práctica estrategias, medios, vías, procedimientos que propician un mayor desarrollo de los niños(as).

El **indicador 4.8** se considera:

Adecuado: cuando los docentes (maestros y especialistas) mantienen estrechas relaciones con las familias de los alumnos que asisten al centro, se comunican, plantean preocupaciones, inquietudes, solicitan y ofrecen información.

Poco adecuado: cuando existen dificultades en la comunicación entre familias y docentes las cuales limitan las relaciones entre ambos.

Inadecuado: Cuando existen barreras que impiden la comunicación entre familias y docentes.

El **indicador 4.9** es:

Adecuado: cuando los integrantes del colectivo manifiestan responsabilidad, alto sentido del deber y compromiso con la profesión en su quehacer diario.

Poco adecuado: cuando existen algunas manifestaciones de falta de responsabilidad, sentido del deber y compromiso.

Inadecuado: cuando prevalece la falta de responsabilidad, sentido del deber y compromiso y entrega a la profesión.

El contexto escolar se considera:

Adecuado: cuando la institución escolar cuenta con las instalaciones mencionadas en la dimensión 1 y éstas contribuyen al desarrollo de habilidades básicas de socialización, comunicación y autovalidismo en los niños(as) con autismo. Existe limpieza y organización en sus locales, así como amplitud, iluminación y ventilación adecuadas. En

la organización de las actividades que conforman el régimen diario se tienen en cuenta las particularidades de los niños(as) con diagnóstico de autismo, así como en la realización de modificaciones tanto en el espacio físico como en el currículo. La cobertura docente está completa, los maestros y especialistas se superan, mantienen relaciones estrechas de colaboración, son creativos y cumplen las tareas con responsabilidad y entrega.

Poco adecuado: cuando la institución no cuenta con alguna de las instalaciones mencionadas en la dimensión 1 y las que posee no contribuyen suficientemente al desarrollo de habilidades básicas de socialización, comunicación y autovalidismo en los niños(as) con autismo. Existen dificultades en la limpieza y organización de los locales así como en la amplitud, iluminación y ventilación. En las actividades que conforman el régimen diario no siempre se tiene en cuenta las particularidades de los niños(as) con diagnóstico de autismo, ni en la realización de modificaciones físicas o curriculares. Existe déficit de maestros y algunos de los principales especialistas (logopeda, psicopedagogo, psicoterapeuta, profesor de Educación Física), no todos los docentes con posibilidades se superan, son poco adecuadas las relaciones de colaboración entre ellos, falta creatividad así como compromiso y entrega a la profesión.

Inadecuado: cuando la institución no cuenta con la mayoría de las instalaciones mencionadas en la dimensión 1, resalta la falta de limpieza y organización en los locales, la amplitud, iluminación y ventilación son inadecuadas e influyen negativamente en el normal desarrollo del proceso docente educativo, las actividades del régimen del día se incumplen con frecuencia y en su organización no se tienen en cuenta las particularidades de los alumnos con autismo, ni tampoco en la realización de modificaciones al contexto físico y en el currículo. Existe déficit de maestros y especialistas y los que laboran en el centro no se superan. Las relaciones se caracterizan por la falta de colaboración, irresponsabilidad y poco compromiso con la labor que desempeñan.

También se presenta una guía para el autodiagnóstico de los docentes, con el fin de conocer a través de la autorreflexión y el autococonocimiento las principales necesidades que poseen para la atención educativa integral a los escolares con autismo, pues se coincide con Bell, R. (2000) en que resulta imprescindible que el diagnóstico revele no solo las características del escolar, sus potencialidades y necesidades, sino también en qué medida están preparados los docentes,

pues éstos con frecuencia sienten incapacidad si no reciben ayudas y orientaciones externas que les permitan afrontar con eficacia las limitaciones funcionales y las alteraciones en la conducta de las personas con TEA. La misma se ofrece a continuación:

Guía para el autodiagnóstico de los docentes.

Datos generales

Centro: _____

Grado que trabaja: _____

Cargo que desempeña: _____

Título que posee: _____

Año de titulación: _____

Experiencia profesional: _____

a. En educación: _____

b. En la Educación Especial: _____

c. En la atención a niños con diagnóstico de autismo: _____

1. Marque V o F según corresponda, en caso de ser falso argumente.

a. El autismo es:

- Un Trastorno Generalizado del Desarrollo.
- Una enfermedad mental.
- Una discapacidad severa del desarrollo.
- Un síndrome.

b. Se debe a:

- Una disfuncionalidad del Sistema Nervioso Central.
- Falta de contacto afectivo con los padres.
- Factores psicológicos que obstaculizan el desarrollo del niño.
- Alteraciones genéticas.

c. Los Trastornos del Espectro Autista:

- Constituyen un grupo de discapacidades del desarrollo.

- Son trastornos caracterizados por alteraciones en la socialización, comunicación e imaginación.
 - Incluyen a: El Trastorno Autista, el Síndrome de Rett, el Trastorno desintegrativo Infantil, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del desarrollo no especificado.
 - Se ponen de manifiesto durante los tres primeros años de vida y en la mayoría de los casos se asocian a algún grado de Retraso Mental.
 - Coinciden en gran medida en cuanto a la organización de la respuesta educativa.
- d. Algunas de las principales características de las personas con Trastornos del Espectro Autista son:
- Especial insistencia en mantener siempre las mismas rutinas.
 - Falta de reciprocidad en la relación social.
 - Memoria excelente.
 - Ausencia de estigmas físicos.
 - Hipersensibilidad a los estímulos.
 - Presencia de mutismo, ecolalia o lenguaje sin intención comunicativa.
 - Trastornos en el sueño y la alimentación.
 - Selectividad de la atención.
- e. El diagnóstico del autismo es realizado por:
- Especialistas de las instituciones de salud (médicos, psicólogos, logopedas, psiquiatra infantil y otros).
 - Especialistas de los Centros de Diagnóstico y Orientación.
 - Un equipo multidisciplinar.

La efectividad en el tratamiento del autismo depende de:

- La educación.
- Las terapias con el empleo de técnicas de modificación de conducta.
- Los fármacos.

- La combinación de diferentes tratamientos en dependencia de las particularidades del sujeto.
2. De los aspectos que se presentan a continuación, marque con una X las respuestas que considere adecuadas.
- A. Al intervenir en alumnos con Trastornos Generalizados del Desarrollo se deberá:
- Expresar claramente las orientaciones, ser flexibles al aplicar las reglas.
 - Ajustar el horario docente.
 - Dejar que realicen siempre las mismas rutinas.
 - Prepararlos ante los cambios de rutinas.
 - Emplear apoyos visuales siempre que sea posible.
 - Proponer actividades donde el niño/a cometa el mínimo error (aprendizaje sin error).
 - Ser afectivos y cariñosos.
 - Utilizar el aprendizaje incidental como estrategia de trabajo.
 - Utilizar el aprendizaje por ensayo y error.
 - Adaptar el entorno a las particularidades del menor.
- B. Para garantizar una adecuada atención psicopedagógica a las niñas y niños autistas que asisten a mi centro me considero:
- Suficientemente preparada(o).
 - Preparada(o) en parte.
 - Poco preparada(o).
- C. Para perfeccionar la atención psicopedagógica de niños(as) con autismo en la institución educativa necesito:
- Bibliografía actualizada acerca del tema.
 - Visitas de ayuda metodológica.
 - Realización de cursos de postgrados.
 - Actividades demostrativas.
 - Talleres.

- Actualización en temáticas relacionadas con los Trastornos Generalizados del Desarrollo y la atención psicopedagógica de los menores con ese diagnóstico.

3. De considerar necesario la actualización en cuanto a los TGD y su tratamiento, marque del 1 al 7 las temáticas que se presentan a continuación teniendo en cuenta el orden de prioridad:

- Caracterización y diagnóstico psicopedagógico de alumnos con TGD.
- Elaboración de estrategias de intervención.
- Orientación a las familias de menores con TGD.
- Estrategias para el manejo de las alteraciones comportamentales.
- Sistemas aumentativos y alternativos de comunicación para la intervención del lenguaje y la comunicación.
- Actualización teórica en cuanto a definición, etiología, prevalencia, primeras manifestaciones, particularidades.
- Bases teóricas y metodológicas que sustentan la educación de niños y adolescentes con TGD.

Al evaluar el contexto donde se va a desarrollar la intervención psicopedagógica se debe:

- » Valorar la organización y estructura del centro, así como los recursos materiales con que cuenta para lograr la satisfacción de las necesidades del niño(a) con autismo: juguetes, espacios para juego, merienda, siesta, para las actividades docentes, para la organización de los materiales y otras.
- » Considerar la matrícula que posee la institución educativa, características del grupo donde será ubicado, estado constructivo, iluminación, ventilación, así como estímulos sonoros que pueden interrumpir el proceso educativo o causar molestias al niño(a).
- » Posibilidades reales de inserción escolar y social, así como determinar prioridades de actuación a corto, mediano y largo plazo.
- » Tener en cuenta las características, necesidades y estilos de enseñanza de los maestros, auxiliares y del personal en general que va a estar involucrado con el niño(a) con el fin de diseñar la capacitación

y actualización teórica y práctica de los profesionales que intervienen en los contextos donde se desarrolla.

- » Considerar la posibilidad de ubicar al niño(a) con el maestro que más conocimientos posea con relación al autismo, que haya tenido alguna experiencia de trabajo con niños(as) con autismo y que posea además sensibilidad, alto sentido de compromiso y entrega.

FASE 3 - Valoración integral y toma de decisiones

Luego de acopiar toda la información necesaria referente a los contextos familiar, comunitario y escolar, así como los resultados de la evaluación del niño(a), se debe realizar una valoración integral de la información obtenida. Dicho análisis debe estar encaminado a favorecer la explicación de las principales características del desarrollo del menor, estableciéndose la relación entre los aspectos psicológicos, biológicos, familiares y comunitarios, así como la influencia que ejercen en su conducta.

Se coincide con Castro (2005), en que lo esencial en un estudio de caracterización o diagnóstico, es la capacidad de integrar la información para pasar entonces a las acciones de orientación y ayuda, por lo que es necesario buscar las principales posibilidades y fortalezas, sin desconocer las necesidades a las que hay que dar respuesta.

Es preciso tener en cuenta, además, que la evaluación constituye un proceso continuo de revisión y validación, por tanto pueden quedar elementos sin explorar, los cuales podrán ser recogidos durante el propio proceso de intervención donde se rediseña, ajusta y enriquece el diagnóstico.

Los especialistas implicados deben conciliar desde este momento, todas las posibles recomendaciones para la familia, acentuar los elementos positivos, determinar claramente qué se recomienda hacer, qué no hacer, cómo lograr las metas trazadas y bajo qué condiciones, manteniendo una actitud optimista en el desarrollo, flexibilidad en las acciones, así como integración de recursos con una proyección colaborativa y participativa.

En la toma de decisiones es preciso:

- » Elaborar de forma conjunta las acciones de la estrategia interventiva con un carácter individual y diferenciado donde se determinen

o delimiten las funciones de cada especialista en el cumplimiento de la misma.

- » Concretar, jerarquizar y temporalizar los objetivos de la intervención, estableciéndose el profesional o los profesionales que lo llevarán a cabo.
- » Tener en cuenta las capacidades y dificultades del niño(a) en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos que se dispone, así como también el conocimiento y actuación sobre el entorno social.
- » Estructuración de los ambientes educativos, con situaciones predecibles, sin complejidades ni tensiones que constituyan obstáculos para el desarrollo de la interrelación.
- » Propiciar una adecuada preparación del colectivo pedagógico, unido a su motivación y sensibilización con el desafío que supone la educación de niños y niñas con autismo.
- » Promover el compromiso profesional y humano para participar activamente en el proceso educativo.
- » Potenciar las habilidades sociales y de comunicación, así como las habilidades cognitivas y de aprendizaje si las particularidades del niño(a) lo permiten.
- » Los ámbitos de actuación y la modalidad de atención se establecerán en función de la edad, las particularidades y necesidades, el nivel de gravedad del trastorno, las características de la familia, así como del contexto escolar.
- » Adecuar su entorno a las necesidades físicas, mentales y sociales facilitando su integración social y procurando mejorar su calidad de vida.

La metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con autismo toma como base las concepciones de la escuela histórico-cultural, está centrada en el estudio de las potencialidades del niño(a) y del medio familiar y comunitario donde se desarrollan, así como en los principios y exigencias del proceso de diagnóstico psicopedagógico en el contexto educativo cubano.

Dicha metodología se estructura en tres fases: preparación y organización para la realización del diagnóstico psicopedagógico; eva-

luación psicopedagógica y valoración integral y toma de decisiones. La primera fase comprende la preparación de los implicados para la realización del diagnóstico, así como la recogida de información acerca del niño(a); la fase de evaluación psicopedagógica contempla la evaluación de las variables contexto familiar, comunitario y escolar, así como la evaluación del niño(a) con TEA con el empleo del PEP modificado por el autor; la tercera fase corresponde a la valoración integral y toma de decisiones para la intervención.

La metodología que se propone permite dar respuesta a una de las principales prioridades de la Educación Especial, toda vez que orienta a los docentes para la organización y ejecución del diagnóstico psicopedagógico de alumnos con TEA.

Notas

^v Término usado para describir la posibilidad de que dos o más condiciones médicas puedan existir en una persona al mismo tiempo.

CAPÍTULO III. La aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) CON Trastorno del Espectro Autista. Presentación de un estudio de caso

3.1. Resultados de la aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo. Criterio de expertos

En el presente epígrafe se plantean los principales resultados obtenidos luego de la valoración realizada por un grupo de expertos. Para su selección se siguieron los criterios siguientes:

- Poseer título de Licenciado en Educación Especial, Psicología, Psicopedagogía o ser médico especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Poseer más de 10 años de experiencia profesional vinculados a la Educación Especial, a la Educación Superior o a la especialidad, específicamente en el diagnóstico o tratamiento a personas con TEA.
- Resultados sobresalientes en el trabajo docente e investigativo, expresados en las categorías de bien y muy bien en la evaluación profesoral.
- Disposición para cooperar en la evaluación de la metodología.

Luego de la selección de los posibles expertos, se procedió a la aplicación de un cuestionario de auto evaluación para la realización de valoraciones de su competencia, así como de las vías que les permitieron argumentar sus criterios en relación con el tema analizado. El cuestionario aparece a continuación:

Cuestionario para la selección de los expertos.

Objetivo: Determinar los expertos que emitirán sus criterios de validez sobre la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños y niñas con autismo.

Datos generales:

Experiencia profesional: _____

Categoría docente: _____

Categoría científica: _____

Labor que desempeña: _____

Estimado(a) colega:

Su opinión resulta de vital importancia para dar continuidad a la investigación que se realiza, por ello le solicitamos responda de la forma más veraz posible el cuestionario siguiente que tiene como fin determinar el coeficiente de competencia que posee en el tema que se investiga.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Marque con una X en la casilla que le corresponda el grado de conocimientos que usted posea sobre el tema, valorándolo en una escala de 0 a 10. La escala es ascendente, por tanto, se considera 0 si no posee ningún conocimiento sobre el tema y 10 si tiene un conocimiento pleno.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1- Autovalore el grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación, ha tenido en el nivel de conocimientos que posee sobre la temática objeto de estudio.

Grado de influencia.

Fuentes de argumentación.	(Alto)	(Medio)	(Bajo)
a- Análisis teóricos realizados por usted.			
b- Experiencia práctica adquirida.			
c- Estudio de trabajos de diferentes autores.			
d- Su intuición.			

El análisis de la información recopilada permitió la selección de los expertos mediante la determinación de su coeficiente de competencia (K).

Para procesar este instrumento se determinó el coeficiente de conocimiento (Kc) a partir de la valoración realizada por el especialista

acerca de su competencia en cuanto al tema en una escala de 0 a 10, donde 0 implica no poseer conocimientos y 10 expresa un conocimiento pleno. El criterio dado se multiplicó por 0,1, para obtener una escala que osciló entre 0 y 1.

Para la determinación del coeficiente de argumentación (K_a), se tuvo en cuenta el grado de influencia (alto, medio o bajo) a partir de las selecciones realizadas por los expertos posibles, la suma de los puntos obtenidos permitió determinar este valor. Para ello se utilizaron los valores representados en una tabla patrón. El promedio entre el coeficiente de conocimiento y el coeficiente de argumentación determinó el coeficiente de competencia.

La codificación que se siguió para la interpretación del coeficiente de competencia (K) fue la siguiente:

Si ($0.8 < k < 1.0$), el coeficiente de competencia es alto; si ($0.6 < K < 0.8$), el coeficiente de competencia es medio y si ($K < 0.6$) el coeficiente de competencia es bajo. Fueron considerados expertos aquellos cuyo valor K se ubicó entre 0.6 y 1.

Luego del análisis y cuantificación de los niveles de competencia se seleccionaron 30 expertos; de ellos 22 obtuvieron puntuaciones entre 0.8 y 1.0 por lo que se ubicaron en la categoría alta y 8 obtuvieron puntuaciones entre 0.6 y 0.8 considerándose con un coeficiente de competencia medio.

Los resultados relacionados con el coeficiente de conocimientos, el de argumentación y el de competencia de cada uno de los expertos aparecen a continuación:

Tabla 1. Resultados del procesamiento para la determinación del coeficiente de competencia de los expertos.

Expertos	K_c	K_a	K	Valoración
1	0.5	0.8	0.65	Medio
2	0.7	0.6	0.65	Medio
3	0.6	0.4	0.5	Bajo
4	0.8	0.8	0.8	Alto
5	0.9	1	0.95	Alto
6	0.6	0.7	0.65	Medio
7	0.8	0.9	0.85	Alto
8	0.7	0.5	0.6	Medio

9	0.7	0.9	0.8	Alto
10	0.4	0.5	0.45	Bajo
11	0.9	1	0.95	Alto
12	0.8	0.9	0.85	Alto
13	0.4	0.5	0.45	Bajo
14	0.5	0.6	0.55	Bajo
15	0.7	0.9	0.8	Alto
16	0.8	1	0.9	Alto
17	1	1	1	Alto
18	0.9	1	0.95	Alto
19	0.7	0.9	0.8	Alto
20	0.6	0.8	0.7	Medio
21	0.8	0.9	0.85	Alto
22	0.8	0.9	0.85	Alto
23	0.7	0.9	0.8	Alto
24	0.6	0.5	0.55	Bajo
25	0.7	0.8	0.75	Alto
26	0.7	0.8	0.75	Alto
27	0.9	1	0.95	Alto
28	0.8	0.9	0.85	Alto
29	0.7	0.7	0.7	Medio
30	0.6	0.7	0.65	Medio
31	0.8	0.9	0.85	Alto
32	0.8	0.9	0.85	Alto
33	0.9	1	0.95	Alto
34	0.8	0.9	0.85	Alto
35	0.7	0.7	0.7	Medio

Se realizaron dos rondas donde a los 30 expertos seleccionados les fue entregado un cuestionario compuesto por 19 aspectos con el objetivo de evaluar la primera y segunda versión de la metodología propuesta. Este fue el siguiente:

Cuestionario de análisis y valoración de la metodología por los expertos seleccionados.

Objetivo: Constatar la validez de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de alumnos con autismo.

Estimado(a) colega:

Con la finalidad de completar la utilización del método de criterio de expertos, se le solicita su participación en el análisis y valoración de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de alumnos con autismo.

Sus reflexiones poseen un valor inestimable en el perfeccionamiento de la metodología así como en la validación teórica de la misma.

A continuación se anexa el resumen de la metodología derivada de la investigación mencionada, para realizar su valoración deberá marcar en una escala de 5 categorías cuan adecuado considera cada aspecto de la misma.

Las categorías son:

MA- Muy adecuado. . **PA**- Poco adecuado.

BA- Bastante adecuado. **NA**- No adecuado

A - Adecuado.

1- Marque con una X su valoración teniendo en cuenta la importancia de los indicadores que se presentan a partir del análisis del resumen de la metodología entregada. Tenga en cuenta que solo deberá marcar en una célula.

No	Indicadores	MA	BA	A	PA	NA
1	La contribución práctica de la metodología al perfeccionamiento del diagnóstico psicopedagógico de alumnos con autismo es:					
2	Los fundamentos teóricos y metodológicos, así como las fases, momentos e indicaciones a desarrollar en cada una se consideran:					
3	La operacionalización de las variables contexto familiar, comunitario y escolar es:					
4	Considerar la inclusión del Perfil Psicoeducativo modificado por el autor con el fin de realizar el diagnóstico de la Zona de Desarrollo Próximo del niño(a) con autismo a mi juicio es:					

2- Si considera preciso agregar otro elemento que pueda contribuir al perfeccionamiento de la metodología propuesta, puede referirlo a continuación:

El cálculo se realizó con el tabulador electrónico Microsoft Office Excel programado para ese fin de acuerdo a los criterios de Crespo (2006).

El grupo de expertos quedó conformado de la forma siguiente: especialistas, profesores de universidades y universidades pedagógicas,

metodólogos provinciales, especialistas en Psiquiatría Infanto-Juvenil, docentes de centros de la Educación Especial.

Del total de expertos 8 eran Doctores en Ciencias Pedagógicas, 12 poseían el título académico de Master, 4 Doctores en Medicina (especialistas en Psiquiatría Infanto-Juvenil), 2 licenciados en Psicología y 4 docentes licenciados en Educación Especial que cursaban estudios de Maestría en Ciencias de la Educación, la Mención Educación Especial.

En cuanto a la categoría docente 4 eran Profesores Titulares, 13 Profesores Auxiliares, 6 Profesores Asistentes y 7 profesores Instructores. Todos cuentan con más de 10 años de experiencia y vinculados de una u otra forma a la labor de diagnóstico y tratamiento de niños y niñas con TEA.

A continuación se presenta el procesamiento de la consulta a expertos durante la *primera ronda*, donde fue presentada la primera versión de la metodología:

Tabla 2. Tabla de resultados de la encuesta en la primera ronda.

Aspectos	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL
	Muy Ade- cuado	Bastante Adecuado	Ade- cuado	Poco Ade- cuado	No Ade- cuado	
E1	26	4	0	0	0	30
E2	18	8	4	0	0	30
E3	20	10	0	0	0	30
E4	18	12	0	0	0	30
E5	18	8	4	0	0	30
E6	21	9	0	0	0	30
E7	16	5	7	2	0	30
E8	14	7	7	2	0	30
E9	18	11	1	0	0	30
E10	17	7	3	3	0	30
E11	10	10	8	2	0	30
E12	17	10	3	0	0	30
E13	18	10	2	0	0	30

E14	4	4	17	5	0	30
E15	22	5	3	0	0	30
E16	25	5	0	0	0	30
E17	26	4	0	0	0	30
E18	20	4	6	0	0	30
E19	20	6	4	0	0	30

Se analizaron las valoraciones, sugerencias y opiniones ofrecidas lo cual permitió arribar a las consideraciones siguientes:

Los aspectos del 1 al 6 referidos al objetivo general así como a los fundamentos de la metodología, fueron evaluados como se muestra a continuación:

Más del 60% de los expertos consideró en la categoría de muy adecuado los aspectos sometidos a su valoración, mientras que entre un 40 y un 13,3% los evaluó como bastante adecuado.

El 13,3% consideró los fundamentos generales y los psicológicos como adecuados, no se evaluó ningún aspecto en las categorías de poco adecuado y no adecuado.

Como se puede apreciar, los aspectos expuestos anteriormente fueron evaluados en las categorías de muy adecuado, bastante adecuado y adecuado, ninguno en las categorías de poco adecuado o no adecuado, sin embargo los expertos consultados ofrecieron criterios y sugerencias dirigidas al perfeccionamiento de la metodología, entre ellas se encuentran:

- Los fundamentos están bien estructurados y se corresponden con el propósito de la metodología.
- El objetivo general de la metodología debe ser rediseñado en su redacción y concretar a quiénes va dirigida.
- Explicitar más los fundamentos filosóficos teniendo en cuenta el principio del historicismo y el estudio del fenómeno en su relación con otros.
- Declarar desde los fundamentos generales los postulados del enfoque histórico-cultural que constituyen las bases de la metodología.

- En los fundamentos sociológicos, lograr una mejor coherencia y correspondencia con los fundamentos teóricos que el autor ha asumido y con el objetivo que se ha planteado.
- En los fundamentos psicológicos, argumentar más la importancia del papel del adulto como mediador en las relaciones con el niño(a) autista y de éste con el medio que lo rodea, así como tener en cuenta cómo se pone de manifiesto el enfoque individual y la relación entre lo cognitivo y afectivo.

La evaluación de los aspectos 7, 8 y 9 corresponden a la primera fase de la metodología denominada de preparación y organización donde el primer paso constituye la preparación para el proceso de diagnóstico y el segundo paso, la recopilación de información necesaria acerca del niño(a). Los expertos seleccionados debían ofrecer además su evaluación integral de la fase.

El primer paso fue evaluado como sigue: el 46,6% de los expertos lo consideran muy adecuado, un 23,3% bastante adecuado, igual por ciento adecuado y un 6,6%, poco adecuado

En el segundo paso la evaluación fue: muy adecuado (60%), bastante adecuado (36,6%) y adecuado (3,3%).

La fase 1 fue evaluada integralmente por el 53,3% de los expertos como muy adecuada, el 16,6% la consideró bastante adecuada, el 23,3% adecuada y el 6,6% poco adecuada.

Los principales criterios expresados fueron:

- Es acertado contemplar esta primera fase de la metodología, pues el proceso de diagnóstico psicopedagógico debe ser organizado y planificado con el fin de garantizar su efectividad y evitar pérdidas de tiempo.
- En el caso del autismo la preparación previa de los que participarán en el proceso de diagnóstico psicopedagógico es medular, toda vez que es un trastorno poco común y no existe una amplia experiencia en este campo.
- En el primer momento de la fase no se explicita cómo se realizará la preparación de los docentes que participarán en el proceso de diagnóstico, qué acciones se realizarán, quiénes participarán, cuándo, dónde y quién impartirá los temas de preparación.

- Se recomienda además contemplar algunos temas que pueden ser tratados y la persona que los impartirá.
- Respecto al segundo paso se sugiere desmembrar más los aspectos relacionados con el desarrollo del niño(a) que deben ser recogidos a través de diversas fuentes y aclarar qué significa el término *comorbilidad*.

Los aspectos a evaluar desde el 10 hasta el 18 corresponden a la segunda fase de la metodología denominada de evaluación psicopedagógica, en ella se contemplan cuatro pasos relacionados con, la evaluación de las variables contexto familiar, comunitario, escolar y del niño(a) con el uso del Perfil Psicoeducativo.

Los expertos consultados ofrecieron las categorías siguientes:

- La fase de evaluación psicopedagógica analizada de forma integral fue muy adecuada para el 56,6% de los expertos, bastante adecuada para el 23,3%, adecuada para un 10% e igual por ciento la consideraron poco adecuada.
- La evaluación de la variable contexto familiar recibió las categorías de muy adecuado y bastante adecuado por el 33,3% de los expertos, el 26,6% la evaluó como adecuado y un 6,6% poco adecuado.
- El contexto comunitario fue evaluado como muy adecuado por el 56,6%, bastante adecuado (33,3%) y adecuado (10%).
- En la evaluación del niño(a) con el PEP la mayoría de los expertos ofrecieron las categorías de muy adecuado y bastante adecuado, mientras que para el 6,6% fue adecuado. Al valorar este aspecto también debían analizar de forma independiente los siguientes:
- Fundamentación de las modificaciones realizadas al instrumento: muy adecuado y bastante adecuado (13,3%), adecuado (56,6%) y poco adecuado (16,6%).

Los principales criterios y sugerencias expresados por los expertos se presentan a continuación:

- Es importante durante el proceso de diagnóstico evaluar no solo al niño(a) sino también los contextos donde se desenvuelve por lo que incluir las variables contexto familiar, escolar y comunitario, es acertado.

- La operacionalización de la variable contexto familiar posibilita al evaluador contar con las dimensiones e indicadores necesarios para obtener una información detallada del medio donde se desarrolla el niño(a) con autismo y al final determinar si es adecuado, poco adecuado e inadecuado.
- Se debe valorar la posibilidad de sintetizar el número de indicadores lo cual haría más dinámico el proceso a los docentes encargados de la evaluación.
- Revisar algunos indicadores que no lo son, así como los criterios de evaluación para la dimensión dinámica familiar.
- Explicitar en la metodología cómo evaluar la variable contexto escolar con el uso de la guía y qué vías o métodos utilizar para ello.
- Especificar los métodos que serán utilizados para la evaluación de las variables.
- Explicitar en la versión modificada del PEP los fundamentos del enfoque histórico-cultural que sustentan las modificaciones.
- Contemplar en las instrucciones de las actividades el empleo de Sistemas Alternativos de Comunicación (pictogramas) para hacer más comprensibles las órdenes.
- Se sugiere revisar el orden en que se presentan los niveles de ayuda, fundamentalmente el tercer y cuarto nivel.
- En la evaluación traducir al español los términos que se utilizan en la versión original.

La metodología fue evaluada por el 66,6% como muy adecuada, 20% bastante adecuada y 13,3% adecuada. No se registraron en ella críticas.

A continuación se muestran los puntos de corte, el grado de adecuación y la distribución normal inversa pertenecientes al procesamiento de la información en la primera ronda.

Tabla 3. Puntos de corte y grado de adecuación.

Primera ronda			
C1	C2	C3	C4
Muy Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	No Adecuada
0,2541	1,8635	3,0490	3,8160

Sumatoria de las Sumas
190,5427

N
2,0057

Tabla 4. Tabla de la distribución normal inversa.

Primera ronda		
Componentes del programa	Mayor que	Menor o igual que
Muy adecuado		0,2541
Bastante adecuado	0,2541	1,8635
Adecuado	1,8635	3,0490
Poco adecuado	3,0490	3,8160
No adecuado	3,8160	

Las opiniones y sugerencias dadas en la primera ronda fueron tenidas en cuenta y contribuyeron a modificar la metodología, la misma fue presentada a los expertos en una **segunda ronda** donde se obtuvieron los resultados siguientes.

Tabla 5. Tabla de resultados de la encuesta en la segunda ronda.

Aspectos	C1	C2	C3	C4	C5	TOTAL
	Muy Ade-cuado	Bastante Adecuado	Adecuado	Poco Ade-cuado	No Ade-cuado	
E1	28	2	0	0	0	30
E2	22	8	0	0	0	30
E3	26	4	0	0	0	30
E4	25	5	0	0	0	30
E5	23	7	0	0	0	30
E6	28	2	0	0	0	30
E7	21	8	1	0	0	30

E8	19	10	1	0	0	30
E9	25	5	0	0	0	30
E10	22	7	1	0	0	30
E11	18	10	2	0	0	30
E12	17	11	2	0	0	30
E13	18	11	1	0	0	30
E14	17	12	1	0	0	30
E15	22	8	0	0	0	30
E16	29	1	0	0	0	30
E17	28	2	0	0	0	30
E18	23	7	0	0	0	30
E19	24	6	0	0	0	30

Los aspectos del 1 al 6 fueron evaluados por más del 73,3% de los expertos como muy adecuado y entre un 6,6 y un 26,6% como bastante adecuado.

Fue sugerido lograr un mayor nivel de concreción en los fundamentos psicológicos de la metodología, así como adecuar los principios del diagnóstico psicopedagógico a las particularidades de este proceso en niños(as) con autismo.

El aspecto 7 correspondiente a la valoración integral de la fase 1 de la metodología fue evaluado por el 70% de los expertos como muy adecuado, por el 26,6% bastante adecuado y por el 3,3% adecuado.

Los aspectos 8 y 9 relacionados con el primer y segundo paso de la primera fase, fueron evaluados por más del 63,3% como muy adecuados, el aspecto 8 fue evaluado por el 33,3% como bastante adecuado y solo un 3,3% le dio evaluación de adecuado. El aspecto 9, el 16,6% lo evaluó como bastante adecuado.

Los expertos sugieren para el perfeccionamiento de esta fase lo siguiente: explicitar las fuentes de donde será obtenida la información correspondiente al segundo paso así como los métodos que serán utilizados para ello.

La fase 2 de la metodología (aspecto 10) fue evaluada integralmente de la forma siguiente: muy adecuado (73,3%), bastante adecuado (23,3%) y adecuado (3,3%).

La evaluación de las variables contexto familiar y comunitario (aspectos 11 y 12) fue: muy adecuado, 60% y 56,6% respectivamente; bastante adecuado, 33,3% y 36,6% respectivamente y adecuado, 6,6% para los dos aspectos.

El aspecto 13 correspondiente a la evaluación del niño(a) con el uso del PEP fue evaluado por el 60% como muy adecuado, por el 36,6% como bastante adecuado y por el 3,3% como adecuado.

Los aspectos 14, 15, 16 y 17 fueron evaluados por más del 56,6% como muy adecuados y el aspecto 14 un 3,3% lo consideró adecuado.

Los expertos evaluaron el aspecto 18 de la forma siguiente: muy adecuado (76,6%) y bastante adecuado (23,3%).

Las principales valoraciones en la evaluación de esta fase fueron:

- Contemplar la valoración integral de la evaluación de los contextos familiar, comunitario y escolar.
- Especificar cómo serán evaluados los indicadores experiencia en educación y superación actual pertenecientes a la dimensión recursos humanos.
- Precisar en la metodología las indicaciones para la evaluación del niño(a) con el uso del PEP.
- Evitar el exceso de palabras en las indicaciones que se les dan al niño(a) y hacerlas más comprensibles para ellos.

La fase de valoración integral y toma de decisiones fue evaluada como muy adecuada (80%) y bastante adecuada (20%).

A continuación se muestran los puntos de corte, el grado de adecuación y la distribución normal inversa pertenecientes al procesamiento de la información en la segunda ronda.

Tabla 6. Puntos de corte y grado de adecuación.

Segunda ronda			
C1	C2	C3	C4
Muy Adecuada	Adecuada	Poco Adecuada	No Adecuada
0,7204	2,8853	3,8160	3,8160

Sumatoria de las Sumas	
240,6729	
N	
2,5334	

Tabla 7. Tabla de la distribución normal inversa.

Segunda ronda		
Componentes del programa	Mayor que	Menor o igual que
Muy adecuado		0,7204
Bastante adecuado	0,7204	2,8853
Adecuado	2,8853	3,8160
Poco adecuado	3,8160	3,8160
No adecuado	3,8160	

El análisis de los resultados de la imagen de los valores por la inversa de la curva normal, permitió destacar el alto nivel de significación en la concordancia de las respuestas a las preguntas formuladas, lo cual reveló la coherencia de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de alumnos con TEA.

3.2. La implementación de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con Trastorno del Espectro Autista. Presentación de un estudio de caso

Para implementar la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo propuesta se empleó el método de estudio de caso, el cual se ubica en la metodología cualitativa de la investigación.

El estudio de caso es definido como: “*método de investigación que tiene por objeto comprender las conductas sociales de pequeños grupos o de individuos concretos, a través de la observación en profundidad*”. (Microsoft Corporation, 2006)

En este sentido, en el estudio de niños(as) con necesidades educativas especiales se convierte en un “método esencial e insustituible

para profundizar en las particularidades de la problemática que se investiga”. (Ramírez, 2007)

El estudio de caso aquí se centra en el análisis intensivo de una persona y su examen detallado, constituye un tipo de investigación muy ligado al propio proceso de evaluación y diagnóstico, y persigue como fin la planificación de la intervención individualizada. Se basa fundamentalmente en técnicas de corte cualitativo como son: la observación participante, la entrevista, el criterio de expertos y otras que posibilitan penetrar en las características de los fenómenos particulares que se estudian.

En el proceso de diagnóstico es un momento importante, en tanto facilita el intercambio y contrastación de toda la información obtenida en las indagaciones realizadas acerca de la historia de vida del sujeto en interacción con los diferentes entornos donde actúa y se relaciona (contextos de actuación y relación: familia, escuela, comunidad, barrio, grupo de para iguales), así como el resultado de las investigaciones de las diferentes áreas de desarrollo. Permite establecer las regularidades y variabilidad de las características encontradas en correspondencia con los momentos y condiciones donde se originan o expresan.

Para la realización del estudio de caso existen en la literatura científica diferentes propuestas metodológicas. En la investigación desarrollada, el diseño del estudio de caso se articula con las fases de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico que se proponen; de ese modo, en su realización para cada fase se diseñó una estrategia contentiva de un grupo de acciones las cuales se explicitan al final de esta tercera parte del texto.

La selección del caso se desarrolló en la provincia de Cienfuegos, Cuba, donde existían 15 personas con Trastornos Generalizados del Desarrollo; de ellas dos con diagnóstico TEA, una de las cuales asistía a la escuela “José Luis Tassende” de la ciudad de Cienfuegos. Esta particularidad, unida a su carácter único y específico, hizo posible su selección siguiendo el criterio de Stake (1995), cuando plantea que lo más importante al seleccionar el caso es la oportunidad que éste le ofrece al investigador de aprender y comprender la problemática objeto de estudio.

Informe del estudio de caso.

El menor era el resultado de un embarazo deseado con antecedentes de aborto; tenía una hermana de 10 años de edad. El embarazo de la madre fue bajo cuidados por presentar amenaza de aborto. El parto fue natural. El bebé tuvo llanto espontáneo. Pesó al nacer 7 libras y media. Sostuvo la cabeza a los 3 meses, se sentó a los 6, se paró solo a los 9 y caminó sin ayuda a los 12. No se destacan antecedentes patológicos familiares.

Aproximadamente a los dos años su familia comenzó a notar los primeros signos de alarma, el niño no atendía órdenes, se comportaba como si fuera sordo, no realizaba pedidos. Se mantenía aislado, tranquilo, generalmente en la cuna. Manipulaba sus juguetes y los organizaba persistentemente. A veces se comunicaba con gestos, ignoraba a las personas y no aceptaba ningún tipo de contacto humano.

Ese mismo año recibió el diagnóstico de Autismo Infantil Primario (Tipo Leo Kanner) en los servicios de Psiquiatría Infantil donde le fue aplicado el CHAT y el CARS.

Fue ubicado en el Círculo Infantil Especial “Bebé Travieso” de la misma provincia mencionada. Luego de ser valorado por un equipo multidisciplinario, de conjunto con los especialistas del Ministerio de Salud Pública; allí asistió durante 2 años. En ese período rechazó todo tipo de alimentos, solo ingería yogurt, no aceptó estar con ropas, realizaba sus necesidades fisiológicas en cualquier sitio, no se relacionaba con otros niños(as), permanecía aislado, daba carreras de un lugar a otro sin sentido, entraba y salía de los diferentes locales del centro, tiraba las puertas. Para comunicarse empleaba gestos, también emitía gritos y chillidos. No aceptaba dormir.

Fue llevado a consulta en el Hospital Pediátrico Docente del municipio Cerro en La Habana y recibió atención en la escuela “Dora Alonso” de la propia ciudad, durante una semana todos los meses. Sus padres participaron en las escuelas de padres convocadas por la institución, donde se les orientó en cuanto al manejo del hijo. En el curso escolar 2006-2007 fue trasladado temporalmente hacia La Habana con el objetivo de recibir atención educativa sistemática en el centro antes mencionado.

Al regresar a la ciudad de Cienfuegos fue ubicado en la escuela para alumnos con trastornos severos del lenguaje “José Luis Tassende” en

el grado preescolar. Allí se mostraba ansioso, no ejecutaba órdenes, permanecía sentado en una silla en el patio desde su llegada hasta la hora del recreo, luego recorría la escuela. Daba carreras sin sentido, examinaba los locales una y otra vez tocando todo lo que en ellos se encontraba, no permanecía en el aula correspondiente, no se relacionaba con los demás alumnos, se comunicaba mediante gestos, permanecía completamente desnudo. No utilizaba el baño para realizar sus necesidades fisiológicas. Recibió tratamiento con Risperdal y Carbamacepina.

En el niño posteriormente, se observaron cambios en su desarrollo emocional y social; se mostró más sociable, se relacionaba con los adultos principalmente en el contexto escolar y familiar, siempre que el trato que se le ofreciera fuera cálido, ya sonreía, miraba a los ojos, se acercaba y respondía al ser llamado. Era capaz de captar estados de ánimo, rechazaba a las personas frías y distantes. Permanecía durante más tiempo en el aula, donde había establecido vínculos afectivos estrechos con su maestra y psicopedagoga.

Realizaba actividades que no requerían esfuerzo y estuvieran acorde a sus posibilidades. Prefería colorear, así como las clases de Educación Física y Computación donde era capaz de encender y apagar el equipo, así como arrastrar el Mouse para jugar. No toleraba interrupciones ante cambios de tareas, sobre todo aquellas que le motivaban y causaban placer; cuando se le retiraba algún objeto o material de su agrado se manifestaba agresivo, grita, pateo y arremetía contra las personas que lo rodeaban. Los instantes de atención en actividades escolares sencillas oscilaban entre 10 y 15 min.

Prefería juegos que implicaran movimiento, correr, saltar, brincar, imitar movimientos, manipula los juguetes, no mostraba interés en el juego. No realizaba juegos de ficción. Examinaba los materiales de forma visual y táctil, tenía una tendencia a lanzarlos, aprieta y provoca sonidos. No mostraba interés extremo en algún material específico.

Permanecía uniformado durante todo el día, se relacionaba con los niños y niñas de su aula, ingería todo tipo de alimentos y realizaba sus necesidades fisiológicas en el baño.

Reconocía su casa, el camino para llegar a esta y algunos centros de la comunidad, en especial un punto de ventas por donde tenía que pasar todos los días para comprar alguna confitura preferiblemente de chocolate; daba perretas y desorganizaba su conducta cuando se le cambia esta rutina.

Mostraba un excesivo y prolongado interés en su imagen frente al espejo lo cual se hacía más evidente en el contexto escolar donde asistía con frecuencia al gabinete logopédico. Allí se levanta una y otra vez para pararse frente al mismo donde realizaba muecas y movimientos sin sentido. En visitas a lugares públicos donde existían espejos permanecía frente a ellos y realizaba los mismos rituales.

Su reacción ante el miedo era apropiada en correspondencia con la situación que se presentaba. En el hogar temía principalmente a la oscuridad. Respondía a los sonidos de intensidad normal apropiadamente, si eran fuertes (truenos, explosiones) se mostraba temeroso y se tapa los oídos.

Ante el dolor mostraba mayor sensibilidad que lo esperado, lloraba incesantemente, sobre todo cuando era lastimado o sufría alguna caída. No aceptaba ser pellizcado.

Frecuentemente cumplía las órdenes del adulto, siempre que éstas eran comprensibles y las tareas a realizar se descomponían en acciones sencillas. Mostraba negativismo moderado, esencialmente cuando la actividad que se le proponía no era de su agrado.

Mostraba interés visual prolongado por las luces y objetos giratorios principalmente. Toleraba los alimentos por el gusto y se preocupaba ligeramente por olfatear objetos con el fin de explorarlos.

Poseía una entonación e inflexión anormal en su lenguaje, emite gemidos, habla con una cualidad de voz peculiar, utilizaba algunas palabras como pan, mamá, agua y dame para comunicarse con las personas que lo rodeaban, sobre todo cuando deseaba algo. Empleaba gestos con intención comunicativa en algunas ocasiones. Para comunicar sus deseos tomaba a las personas por la mano, si era necesario empujaba y gritaba hasta hacer cumplir su voluntad.

Manténía adecuadas relaciones con los miembros de la familia, aunque generalmente mediatizadas por la satisfacción de algún interés específico (alimentos preferidos, objetos).

Se le permitía relacionarse con otros niños y niñas en el ambiente comunitario, aunque bajo la supervisión de algún familiar; no se implicaba en los juegos.

Poseía hábitos de aseo personal, era capaz de cepillarse los dientes, peinarse y bañarse, aunque con imperfecciones, por lo que recibía ayuda de su mamá o abuela materna. Sabía vestirse y desvestirse,

aunque no se acordonaba los zapatos; no seleccionaba las prendas de vestir en correspondencia con la ocasión, requería ayuda para ello. No participaba en la organización de su ropa. Su familia no le ofrecía la oportunidad de colaborar en las tareas del hogar de forma sistemática; en ocasiones se le exigía la realización de tareas sencillas como: recoger los juguetes u objetos que deja regados, alcanzar algunos útiles de limpieza o alimentos. Cuando abandonaba la tarea no se le insistía para que fuera terminada, tampoco se le demostraba cómo realizarla.

A la hora de comer solo utilizaba la cuchara, podía ingerir los alimentos por sí solo, pero en ocasiones su mamá o abuela se lo daban, lo que creó dependencia en el niño, quien se negaba a hacerlo solo en el hogar. Ingería todo tipo de alimentos, separaba los frijoles del arroz, así como cualquier especie que encontraba por muy pequeña que fuera. Mostraba predilección por las pizzas, espaguetis y alimentos crujientes (papas fritas o chicharritas). El sueño era tranquilo, generalmente se dormía en su cama.

Su comportamiento en lugares públicos había mejorado considerablemente, aunque todavía no toleraba las colas, su conducta se desorganizaba donde existían varias personas reunidas o existía bullicio. No soporta los tiempos de espera prolongados, le causaba angustia.

Convivía en una familia integrada por su mamá y hermana mayor; sus padres eran divorciados desde que tenía dos años aproximadamente, los ingresos monetarios eran adecuados, así como el nivel cultural de los miembros de la familia.

El estado constructivo de la vivienda era poco adecuado, tenía un techo de tejas y paredes en mal estado, motivo por el cual se reconstruía. Poseía amplitud, aunque las labores constructivas limitaban el espacio físico y dificultaba el libre desplazamiento del niño que en ocasiones se sentía incómodo e impaciente.

Las condiciones materiales del hogar eran buenas, poseían televisor, refrigerador, radio, ventilador, lavadora, Disco Digital Versátil (DVD), teléfono, así como otros bienes. Las condiciones higiénicas y sanitarias eran adecuadas. Existían organización y limpieza. Las pertenencias de cada una de las personas que convivían en el hogar permanecían bajo llave, pues el niño abría las gavetas y tiraba todo lo que se encontraba en ellas.

La familia se preocupaba por el mantenimiento y cuidado de su aspecto personal y su salud. Satisfacían sus necesidades materiales, lo complacían y ofrecían en gran medida todo lo que deseaba.

Era percibido por su mamá como un niño que poseía “limitaciones” por tener diagnóstico de TEA; para el resto de la familia era un niño con “problemas” que generaba sentimientos de impotencia y frustración, sobre todo cuando no podían manejar su comportamiento.

Para comunicarse con él utilizaban frases cortas, así como la mímica; su mamá insistía en que pronunciara las palabras, principalmente cuando realizaba algún pedido, a veces recurrían al grito cuando no era capaz de realizar lo que se le indicaba, pues las órdenes no siempre eran claras y comprensibles.

Ante las conductas desafiantes del niño se originan censuras por parte de los miembros de la familia; el castigo solo es administrado por la madre y consiste en permanecer encima de la cama, aunque en ocasiones recurría al castigo físico o la restricción (sujetarlo e inmovilizarlo hasta que se calme); cuando la situación se tornaba incontrolable ofrecía resistencia ante las agresiones del menor con el objetivo de demostrarle que era mucho más fuerte.

Los miembros de la familia identificaban algunos de los estímulos que desencadenaban alteraciones en la conducta, ellos son: el calor excesivo, la poca amplitud del espacio físico, la necesidad de comunicar algo, de cumplir sus deseos o mantener las mismas rutinas; generalmente se mostraban desarmados o desconcertados ante las reacciones del niño.

La mamá se mostraba autoritaria, sus decisiones eran acatadas por los demás miembros de la familia, era quien marcaba las pautas a seguir en la educación de sus hijos y llevaba el control de la casa. Reconocía como principal factor desencadenante de desajustes y alteraciones en el niño la ausencia de la figura paterna y el poco tiempo que ésta le dedicaba, así como la resistencia a hacer su voluntad.

No siempre era capaz de realizar reflexiones y reconocer los errores cometidos en el manejo de su hijo, evadía las críticas y con frecuencia reaccionaba bruscamente ante ellas.

Era inconsistente en los métodos y estilos de educación empleados con sus hijos, a veces autoritaria, otra permisiva, unas veces permitía que hiciera lo que deseaba y otras imponía límites a su conducta,

reconocía el empleo del castigo físico y amenazas para poner freno a las perretas y negarse a realizar su voluntad.

No se empleaban con periodicidad estrategias de anticipación ante los cambios de rutinas o para la realización de otras actividades; se le comunicaba cuando iban de paseo principalmente y se le recordaba cómo debía ser el comportamiento en el lugar a visitar. Los cambios en el hogar se originaban de forma inesperada y ante ellos se tornaba ansioso, angustiado y en ocasiones agresivo.

Las adaptaciones o ajustes del entorno que rodeaba al niño con el fin de evitar que éstas aparecieran habían estado centradas fundamentalmente en el cambio de vivienda y su reconstrucción, con el fin de obtener una mayor amplitud y propiciarle espacios para el juego, tanto en el hogar como fuera de éste.

Generalmente no se empleaba el diálogo y la reflexión para dar solución a los conflictos familiares, tampoco abordaban aspectos relacionados con la educación en el hogar del niño con TEA. Las problemáticas principales de la familia estaban relacionadas con los conflictos frecuentes que aún mantenían los padres debido a la falta de comunicación entre ambos, agravado por las exigencias de la madre hacia el padre para que éste cumpliera su rol.

No existía sobrecarga de roles, algunas de las principales tareas eran ejecutadas por la mamá, su hija colaboraba en las más elementales (arreglar su cama o lavar su ropa interior), el abuelo y otras personas ayudaban en la realización de los mandados; generalmente vecinas y amigas colaboraban en labores domésticas como la limpieza de la casa y el lavado de la ropa. Su abuelo materno colaboraba en la realización de las compras de alimentos y establecía relaciones afectivas con el niño, pero manifiesta no saber cómo tratarlo.

Los familiares habían buscado alternativas para dar continuidad al crecimiento y desarrollo personal, aunque la mamá reconocía que en los primeros años, luego de recibir el diagnóstico del hijo, tuvo que renunciar a algunas actividades sociales, pero a medida que fue conociendo sus particularidades fue capaz de retornar a la vida “normal” pues frecuentó nuevamente hoteles, playas y restaurantes, en ocasiones con el niño.

En general los miembros de la familia poseían pocos conocimientos en relación con el autismo; su mamá era quien más información había

recibido, principalmente relacionada con los tratamientos clínicos y psicoterapéuticos utilizados en la actualidad; tuvo acceso a INTERNET en los primeros años luego de haber sido diagnosticado su hijo. También recibió información del exterior a través de amistades, familiares y visitó con sistematicidad la escuela “Dora Alonso”, donde participó en las escuelas de padres; a pesar de ello no dedicaba el tiempo necesario para el intercambio con su hijo y la potenciación de su desarrollo, pues dejaba esta tarea más en manos de las instituciones educativas que de la propia familia.

Era sobreprotegido por su abuela materna, quien generalmente realizaba todo lo que deseaba; conoce acerca del trastorno solo lo que su hija le ha comentado.

Admitían la necesidad de conocer estrategias que permitían desarrollar la comunicación del niño, su independencia y socialización así como manejar conductas problemáticas, esto constituía una de las mayores preocupaciones, reconocían la necesidad de contar con espacios de diálogo e intercambio con otras familias, así como la importancia de recibir temas por parte de especialistas competentes que contribuyeran a su preparación para un mejor manejo de los niños y niñas con TEA, sobretodo en el hogar. Su mamá con frecuencia socializaba experiencias con otros padres en contextos no formales.

Aunque todos los miembros de la familia se preocupaban por el niño en aspectos específicos como la alimentación, salud o bienestar físico, no se apreciaba disposición real para colaborar en la potenciación de su desarrollo, pues no se dedicaba el tiempo necesario para su autovalidismo y socialización; tampoco se realizaban visitas frecuentes a centros culturales e históricos, limitándose sus posibilidades de acción, desaprovechándose las potencialidades que poseían, generalmente se dejaba inmerso en sus rutinas. En general aceptaban que el autismo es incurable, aunque por otro lado reconocían que tenían que aprender las cuestiones fundamentales que le permitieran valerse por sí solo en la vida; mostraban gran preocupación por su futuro, sin embargo no buscaban alternativas que les permitieran elevar el nivel funcional del niño.

Las exigencias y demandas que se le realizaban se encontraban por debajo de sus posibilidades reales, no se involucraban en la vida familiar y social ni se entrenaban en las formas de convivencia; tampoco se incrementaba gradualmente el nivel de exigencias a partir de los

logros obtenidos. No se le ofrecía la posibilidad de realizar elecciones o participar en la toma de decisiones.

Realizaban actividades de juego en solitario; en el hogar da carreras de un lugar a otro, subía y bajaba sobre los sacos de arena que se encontraban en la sala de su casa o garabateaba con colores en hojas de papel. Veía el televisor durante un tiempo breve, permanecía sentado poco tiempo, corría de un lado a otro, luego regresaba de nuevo o se tiraba una y otra vez encima de su cama.

El horario de vida en el hogar se encontraba organizado, aunque éste era frecuentado por varias personas, familiares, vecinos y amigos, lo que a veces atentaba contra el tiempo establecido para cada actividad.

Su familia manifestaba satisfacción con las orientaciones ofrecidas, sobre todo en La Habana, tanto por la psiquiatra infantil que atendía al niño como por el colectivo de la escuela "Dora Alonso", aunque su mamá confesaba que lo que más le ha ayudado era el trato diario con su hijo y el conocimiento exhaustivo del mismo; había experimentado estrategias que no siempre reconocía adecuadas, pero sí habían contribuido a solucionar los problemas. Visitaban la escuela esporádicamente y no solicitaban asesoramiento a sus docentes.

El padre reconocía la falta de información y no mostraba interés por conocer estrategias que contribuyeran a solucionar las dificultades que presentaban.

Reconocían el esfuerzo desarrollado por los especialistas de la provincia de Cienfuegos, aunque no se mostraban totalmente satisfechos con la atención psicopedagógica ofrecida (esencialmente su mamá), pues consideraba que se podían tomar alternativas, así como experimentar nuevas estrategias y acciones que contribuyeran al desarrollo integral de estos menores, a pesar de lo anterior admitía la presencia de especialistas experimentados y con amplios conocimientos acerca del trastorno.

Las principales expectativas se centraban en la importancia de recibir una educación que respondiera a sus necesidades y que le permitiera en un futuro valerse por sí mismo, comunicarse de forma adecuada para poder expresar sus deseos, así como jugar y relacionarse con otros niños y niñas de su edad.

La madre mostraba un adecuado estado emocional, seguridad y firmeza en sus criterios, aunque en ocasiones falseaba algunos datos

relacionados con el desarrollo del niño durante los primeros años, así como con la dinámica de las relaciones en el hogar; esto fue verificado posteriormente en revisión de documentos e intercambios con otros especialistas, familiares y vecinos. Expresaba sus sentimientos sin dificultad, era expresiva, muy comunicativa y hacía evidente su estado emocional.

Reconocía que el divorcio y los conflictos aparejados a él afectaron considerablemente su estado emocional, su vida cambió totalmente, aunque acotaba que esta situación no constituyó un obstáculo para atender las necesidades de su hijo, así como buscar ayuda especializada, por lo que asistió a numerosas consultas con el fin de obtener conocimientos acerca del trastorno.

Los diferentes miembros de la familia aceptaron el diagnóstico de TEA, llegando a concienciar la problemática, aunque su padre evitaba hablar acerca del tema, se mostraba introvertido y poco comunicativo, abatido al hablar del hijo con autismo, pues esperaba que su primer hijo varón fuese “normal”.

En general manifestaban vivencias combinadas de agrado y desagrado en relación con el crecimiento y desarrollo del niño. Se apreciaba en el padre y abuelo materno cierta tendencia a comparar al niño con la hermana, ambos desconocían las potencialidades que él poseía.

El Consejo Popular (comunidad) donde residía estaba ubicado en el centro urbano de la ciudad, predominaban las viviendas edificadas en los años cuarenta y cincuenta del siglo anterior, por lo que en su mayoría son de mampostería y techo de tejas. Poseían áreas verdes y un Centro Deportivo, el cual era empleado por niños, jóvenes y adultos en la práctica de deportes. También contaba con un Círculo Infantil e instituciones educativas de la Educación Primaria y Secundaria Básica. Sus habitantes mantenían estrechas relaciones con éstas, pues colaboraban en las principales tareas y participaban en las actividades recreativas efectuadas.

Tenían además servicios como bodegas, panadería, agro mercado, salón de belleza, consultorio médico, clínica dental y puntos de venta.

El desarrollo alcanzado por la comunidad propiciaba la satisfacción de las necesidades materiales, económicas y espirituales de sus miembros, quienes manifestaban satisfacción con los servicios brindados.

Sus expectativas estaban en correspondencia con las posibilidades de desarrollo que posee.

Las relaciones entre los vecinos eran adecuadas. Sus habitantes opinaban que era un barrio agradable y tranquilo; las personas amables, cordiales y se relacionaban adecuadamente respetando los espacios ajenos, eran capaces de ayudarse mutuamente y asistir cualquier necesidad.

No existían problemas de alcoholismo ni drogadicción, generalmente el tiempo libre era empleado en la realización de juegos de dominó, así como visitas a centros culturales, recreativos y deportivos. Predominaban los niveles de escolaridad medio y medio superior en sus habitantes, la mayoría estaban integrada al trabajo en los centros de la producción y los servicios del propio Consejo Popular, así como de otros cercanos. La familia mantenía adecuadas relaciones con los miembros de la comunidad, muchos de ellos visitaban el hogar.

El niño era conocido y aceptado por los vecinos quienes lo identificaban como un menor con “problemas”; en general no poseían conocimientos acerca del autismo, sus principales particularidades y cómo tratarlo.

La institución educativa donde asistía se encontraba ubicada en el Consejo Popular Centro Histórico, su estado constructivo es poco adecuado, con una construcción antigua de mampostería y tejas. Los locales eran estrechos, la iluminación y ventilación eran poco adecuadas. Poseían servicio sanitario con inodoro individual, sin lavamanos, tampoco cuenta con áreas verdes, el patio era de cemento con poca amplitud. Tenían abasto de agua. No contaba con locales para el sueño y descanso, ni áreas deportivas y recreativas, también carecía de local para la educación doméstica y huerto escolar. Poseía un espejo en el gabinete logopédico.

La comunidad donde se encuentra enclavada poseía instituciones económicas, culturales y deportivas, educacionales como Círculo Infantil, escuela primaria y secundaria básica. En cuanto a las instituciones de salud cuenta con consultorio médico.

El centro poseía limpieza y organización en cada uno de sus locales. Existía una adecuada organización del régimen escolar, se daba cumplimiento a las actividades del régimen del día, pero en su planificación no se tenían en cuenta las particularidades de los niños(as) con

TEA. Los locales no se encontraban señalizados. El mobiliario escolar se correspondía con la edad y dimensión corporal del niño. La totalidad de las aulas poseía entre 5 y 10 alumnos, la proporción maestro-alumno era de 5 por 1.

Contaba con todos los maestros y principales especialidades (logopeda, profesor de Educación Musical, Computación, Educación Física, Biblioteca y Psicopedagoga), así como asistentes educativas. Tres docentes eran licenciados en Educación Especial, dos en Educación Primaria, uno en Cultura Física y uno en Informática, de ellos cinco son master en Educación Especial. También contaba con cinco estudiantes en formación que cursaban la licenciatura en Educación Especial. La mayoría poseía más de 10 años de experiencia en educación. El centro no poseía médico ni enfermera, estos servicios eran recibidos en el consultorio médico de la comunidad. Las relaciones de colaboración entre los miembros del colectivo eran adecuadas. No existía tendencia a realizar adaptaciones significativas al currículo en correspondencia con las necesidades de los alumnos, ni se ponían en práctica medios, vías o procedimientos encaminados a lograr un mayor desarrollo de los niños con autismo y aprovechar al máximo sus potencialidades. Mantenían estrechas relaciones con las familias de los alumnos y en sentido general mostraban responsabilidad, compromiso y entrega con la labor que desempeñaban.

Conocían algunas de las principales características de las personas con TEA y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo y reconocían la efectividad de la educación en el tratamiento de estas personas; dominaban algunas pautas a seguir en el trabajo con estos niños(as), pero no identificaban aspectos medulares como la realización de adaptaciones significativas, el ajuste de horarios y actividades a realizar, la presentación de actividades donde se cometieran el mínimo error y el uso de estrategias de anticipación ante los cambios.

La totalidad de los docentes no se consideraba suficientemente preparada para garantizar una adecuada atención psicopedagógica a los niños y niñas con TEA que asistían al centro ni para orientar a sus familiares, manifestaban necesidades de superación en aspectos medulares como: estrategias para el manejo de conductas problemáticas, alternativas para el desarrollo de la comunicación y socialización, caracterización y diagnóstico, así como realización de adaptaciones curriculares.

Resumen de la evaluación mediante el Perfil Psicoeducativo (PEP)

Las actividades del PEP fueron aplicadas durante 8 sesiones de trabajo. Al final de esta tercera parte del texto aparece la descripción detallada de las mismas.

El niño se mostró atento al entorno, al entrar al local en las primeras sesiones lo exploró, se manifestó ansioso e intranquilo. Estableció adecuadas relaciones con el evaluador, lo cual facilitó en gran medida su cooperación en la ejecución de las actividades. Toleró el contacto físico. Fue capaz de sentarse y concentrar la atención a intervalos, el tiempo de aplicación de las sesiones fue: en las dos primeras de 20 a 30 min., de 25 a 35 min., en las tres siguientes y de 35 a 45 min., en las restantes; se incluyeron los tiempos de descanso, cambio de actividad y solución a los problemas presentados; luego de ese período se acrecentó su ansiedad, desvió su atención hacia otros estímulos e intentó salir del local. Aceptó los límites conductuales impuestos por el examinador, demostrando que podía inhibir las conductas impulsivas y perseverativas, aunque se lanzó a tomar los materiales cuando estos le llamaron su atención. Reaccionó de manera diferente cuando el evaluador varió el volumen y entonación de su lenguaje. Pudo mantener la realización de las tareas al nivel de sus posibilidades reales, disfrutó el éxito en su realización. Olfateó y en ocasiones succionó los materiales del test.

Se interesó y cooperó más en las tareas de su agrado como saltar, garabatear en un papel o imitar movimientos. Éstas fueron ejecutadas inmediatamente después de su indicación. Estuvo dispuesto a trabajar más por reforzamiento social que por alimentos, se satisfizo ante los elogios, caricias y abrazos.

Su conducta se desorganizó ante tareas con mayor nivel de complejidad que no supo resolver o al percatarse de los errores; reaccionó abandonando bruscamente la actividad, se levantó de su asiento, evadió la situación, recogió sus materiales y fue hacia la puerta, no toleró la frustración. Esto también sucedió ante los cambios de materiales y actividades por las que mostró interés, manifestándose intolerante.

Para solucionar las tareas fue capaz de solicitar ayuda al adulto, tomó su mano para ejecutar la actividad con él y la transfirió de forma total o parcial, tanto dentro de la propia tarea como en otras semejantes.

Necesitó descansos o cambios de actividad con frecuencia, éstos consistieron principalmente en escuchar su música favorita, jugar en la computadora o realizar actividades que implicaron movimiento.

En las tareas donde fue necesario prestar atención durante un tiempo para solucionar las tareas, no las ejecutó inmediatamente después de ser indicadas, por ello requirió la administración del primer y segundo niveles de ayuda generalmente, de ese modo logró orientarse hacia la solución de las mismas.

Las áreas con mayor desarrollo fueron; imitación no verbal, percepción, motricidad gruesa y motricidad fina, mientras que las de mayor dificultad: la cognitiva verbal, representación cognitiva y coordinación visomotriz.

En el área imitación, con un total de 7 tareas se presentaron 6. La tarea consistente en repetir 4 y 5 dígitos no fue suministrada, pues falló donde debía repetir 2 y 3 dígitos. Fue capaz de imitar movimientos de motricidad gruesa sin necesidad de ayuda. En el resto de las tareas necesitó entre el primer y tercer niveles de ayuda para manipular el calidoscopio y muñecos en su mano, y hasta el quinto nivel para imitar la ejecución de un cilindro de plastilina por tratarse de una actividad más compleja; para la ejecución de ésta requirió mayor tiempo al tener que imitar movimientos motores finos, a pesar de ello fue capaz de asimilar y transferir parcialmente la ayuda brindada, así como mejorar la solución de la tarea en un segundo intento.

La aplicación de las tareas en esta área permitió comprobar cómo el niño se manifestó más interesado y concluyó con éxito las actividades que implicaron movimientos motores gruesos, que por las de imitación verbal, donde se requiere el desarrollo de habilidades lingüísticas. El desarrollo de esta área posee gran importancia, toda vez que desempeña un papel fundamental en la socialización del niño y constituye una condición para el mejoramiento de habilidades para la vida escolar y familiar.

En el **área percepción visual y auditiva** se presentaron 8 tareas, de ellas superó 6, mostró habilidades para seguir movimientos con su mirada, encajar piezas en los orificios correspondientes y orientarse hacia sonidos diferentes.

Necesitó del primer y segundo niveles de ayudas en las tareas de percepción visual, así como un mayor tiempo de ejecución al tener

que observar las formas para encajarlas en el orificio apropiado. En la tarea relacionada con emparejar 5 tazas y platos por su color, solo necesitó el primer nivel de ayuda. En ambas respondió adecuadamente al ser reorientado, así como a los llamados de atención que realizó el evaluador. Es significativo cómo en la tarea 12-A a partir del segundo cubo no necesitó llamados de atención para ejecutar correctamente la actividad. Se interesó desde el inicio por la realización de éstas y se mantuvo motivado sin abandonarlas.

Los resultados de la evaluación realizada demuestran los avances del niño en esta área donde posee un mayor desarrollo de la percepción auditiva; estas tareas necesitaron menos tiempo que las de percepción visual para ser evaluadas.

En las tareas de esta área fue capaz de transferir de manera total la ayuda dentro de la misma tarea, así como en actividades semejantes. Esto fue demostrado posteriormente al ejecutar la tarea 9-A, donde debía encajar 3 manoplas en el tablero, actividad que ejecutó con éxito en el primer intento sin necesidad de ayuda, lo que demuestra la apropiación del modo de solución de la tarea.

En el **área motricidad fina** se aplicaron 7 tareas, de ellos el niño falló en la ejecución de la tarea correspondiente a identificar por el tacto objetos colocados dentro de una bolsa. En esta se interesó por conocer lo que contenía dentro, pero no fue capaz de sacar el objeto pedido por el evaluador, incluso después de la ayuda en varios intentos. La tarea correspondiente a soplar pompas fue realizada con satisfacción y agrado. En el resto de las tareas predominaron los tres primeros niveles de ayuda, siendo necesario reorientarlas, realizar llamados de atención en la actividad y luego conducirla con gestos; en todas aprovecha y transfiere la ayuda brindada de forma parcial o total.

Al modelar una vasija de plastilina, dibujar una persona y recortar con tijeras necesitó la demostración; las dificultades estuvieron centradas esencialmente en la forma de tomar el lápiz y las tijeras, apreciándose torpeza motriz. Durante su ejecución incrementó gradualmente el interés hacia la tarea, pues no se motivó en el inicio, fue capaz de dirigir su atención hacia los modelos por unos instantes, esto es en el caso de la vasija de plastilina y el dibujo de la persona; en esta última durante el primer intento manifestó tendencia aún a garabatear la hoja de papel, a pesar de esto respondió ante los llamados de atención. En las tres tareas logró transferir las ayudas ofrecidas, de manera parcial

en la 4-B (hacer vasija de plastilina) y 33 (dibujar una persona) y totalmente en la 36 (cortar papel con tijeras); en las tres mejoró el modo de solución, también transfirió a la realización del dibujo lo aprendido en las tareas 25 y 26 administradas anteriormente y correspondientes a copiar una línea vertical y un círculo.

En el área de **motricidad gruesa** con 8 tareas a realizar, fue capaz de ejecutar 5 con éxito sin necesidad de ayuda; éstas estuvieron relacionadas con coger y lanzar el balón, caminar solo, subir y bajar escaleras y aplaudir. En las tareas destinadas a golpear el balón, mantenerse sobre un pie y saltar con ambos, necesitó solo el primer y segundo niveles de ayuda, pues en un inicio realizó otros movimientos no indicados por el evaluador. Ante estas actividades de movimiento mostró placer, así como una adecuada coordinación en correspondencia con su edad.

En el área de **coordinación visomotriz** se aplicaron 13 tareas, no se registraron fallos en ella; sin embargo, en su mayoría requirió hasta el quinto nivel de ayuda. La competencia en esta área es fundamental para el dominio de la lectura y la escritura, así como de otras habilidades necesarias para la vida. Ejecutó con éxito sin necesidad de ayuda, 4 actividades: completar el encajable de tres piezas geométricas, la de las tres manoplas, garabatear en un papel y poner bloques en una caja, las cuales le causaron placer, por lo que se mostró interesado y fueron ejecutadas inmediatamente después de su orientación.

En el resto de las tareas necesitó niveles de ayuda para su solución; en el caso de la 30, consistente en colorear partes en el dibujo de un gato, requirió hasta el cuarto nivel de ayuda. Esta constituye una de sus actividades preferidas, por ello se mostró dispuesto en un inicio, sin embargo las dificultades se presentaron al tener que ajustarse a las indicaciones dadas correspondientes a colorear dentro de los contornos señalados, a pesar de ello reaccionó adecuadamente ante los llamados de atención y logró mejorar la realización de la tarea en un segundo intento.

En las demás necesitó hasta el quinto nivel de ayuda; en las actividades donde debía copiar una línea vertical, un círculo, un cuadrado y un triángulo, manifestó poco interés hacia la realización de las mismas, necesitó estímulos para su ejecución, así como negociar los tiempos de descanso, cambio de actividad y realización de las favoritas. A pesar de ser aprovechados los niveles de ayuda, su compor-

tamiento varió a medida que aumentó el nivel de complejidad de las tareas, intentando evadir su realización. En éstas se pudo apreciar una transferencia parcial de lo aprendido, pues aunque no las logró resolver por completo, demostró cómo se apropiaba parcialmente del modo de solución.

En el trazo de la línea vertical se apreció un incremento paulatino en cuanto a la calidad de su realización resultado de la asimilación de las ayudas ofrecidas, en el del círculo aceptó la ejecución conjunta de la tarea con el propósito de mejorarla y en un segundo intento lo realizó bastante parecido al del modelo y en la ejecución del cuadrado solicitó ayuda al adulto; esta actividad permitió apreciar cómo transfirió parcialmente lo aprendido en la tarea 25 (copiar línea vertical).

Durante la tarea 28 (copiar un triángulo) no mostró interés en un inicio, realizó garabatos hasta la administración del cuarto nivel de ayuda (demostración); a pesar de no lograr trazarlo después de varios intentos, aceptó la ayuda ofrecida y realizó una figura parecida.

Fue capaz de asociar letras del alfabeto y orientarse adecuadamente hacia la que debía aparejar. Después de la ayuda brindada en la primera letra, colocó correctamente el resto; al concluir, las retiró espontáneamente y volvió a asociarlas. Quedó evidenciado cómo en este tipo de tareas el niño logra apropiarse de la ayuda y transferirla totalmente dentro de la misma, con menos dificultades en su ejecución.

El área **representación cognitiva** tiene 12 tareas. En ésta requieren comprensión del lenguaje para completarlas con éxito. De las 12 tareas falló en 4, pues en la 5-C no estableció interacción con el muñeco del evaluador, ni inventó una historia a pesar de las particularidades de su lenguaje; tampoco identificó receptivamente 9 letras por no conocer el nombre de ninguna de las presentadas, mientras que en la tarea 35 no entregó los objetos pedidos colocados dentro de una bolsa. Ejecutó con éxito en el primer intento las tareas correspondientes a señalar partes de su cuerpo e identificar receptivamente grande y pequeño.

La tarea 5-D (señalar las partes en el muñeco del perro) requirió el primer nivel de ayuda, pues en el primer intento señaló las partes en su propio cuerpo, aceptó la ayuda al ser reorientado y se apropió del modo de solución.

Necesitó el primer y segundo niveles de ayuda para identificar receptivamente 3 formas geométricas, y al identificar receptivamente 5 co-

lores demostró la apropiación del modo de solución de la tarea, pues las entregó al evaluador, aunque presentó dificultades al identificar los colores verde y blanco. Mostró dominio de los colores rojo, azul y amarillo.

En las tareas correspondientes a armar el rompecabezas del gato con 4 piezas y el de la vaca con 6 piezas, necesitó del primer al cuarto nivel de ayuda; estuvo dispuesto a realizar la tarea en el primer intento, se interesó por su ejecución, pero al fallar en alguna de las piezas se irritó y no respondió al llamado de atención; después de la demostración mejoró su realización, así como la asimilación del modo de solución, pues al intentar colocar incorrectamente una pieza en el segundo intento, rectificó ante el llamado de atención. En estas tareas se pudo observar cómo el niño no abandonó la actividad ante la dificultad, sino que solicitó ayuda.

En la tarea correspondiente a dibujar una persona, se apreció la transferencia parcial de la ayuda brindada en las anteriores, pues aunque no fue capaz de hacer el dibujo completo, trazó un círculo para la cabeza y líneas verticales que representaban las partes del cuerpo.

En la 37-D requería para su ejecución el primer nivel de ayuda, aunque solo entregó 2 bloques en los dos intentos. No fue capaz de contar hasta 6 bloques para entregar al evaluador.

En el **área cognitiva verbal** se presentaron 9 tareas con actividades tales como: identificar expresivamente piezas geométricas, tamaños grande y pequeño, colores, repetir dígitos, identificar letras y contar números. La diferencia principal entre esta área y la anterior radica en que las actividades requieren una respuesta verbal por parte del menor, mientras que las del área representación cognitiva son tareas de ejecución que no precisan una respuesta directa verbal. El niño falla en todas, pues aunque posee un lenguaje rudimentario no intenta identificar expresivamente, a pesar de poseer conocimiento de lo que se le pide, pues reconoce colores, figuras geométricas y las diferencia por su tamaño.

La realización de un análisis detallado de los resultados de la evaluación de las variables contexto familiar, comunitario y escolar con la utilización de entrevistas en profundidad y observación participante como métodos esenciales, así como del propio niño mediante la observación, el análisis documental y la aplicación del PEP, permitieron determinar las potencialidades, así como las problemáticas principa-

les, y que aparecen al final de esta parte del libro. Se plasmaron en necesidades y constituyeron el punto de partida para la toma de decisiones.

3.3. Toma de decisiones. Diseño de la estrategia de intervención

El propósito fundamental del proceso de diagnóstico psicopedagógico lo constituye el diseño y puesta en práctica de acciones que permitan dar respuesta a las problemáticas principales derivadas de la investigación; dichas acciones están dirigidas a transformar aquellos aspectos que pueden obstaculizar el desarrollo, así como actuar oportuna y positivamente frente a ellos.

La determinación de las necesidades del niño(a) y los contextos donde se desenvuelve posibilitan la elaboración y ejecución de la estrategia de intervención, la cual es evaluada y controlada sistemáticamente con el fin de determinar avances, retrocesos, así como modificaciones a realizar.

La estrategia de intervención es definida por Gayle, A. (2008) como “un sistema de acciones dirigidas hacia un objetivo (potenciar, modificar, cambiar, reorganizar el desarrollo). Dichas acciones tienen un carácter extraordinario (ayuda extra de tipo educativa, psicológica, médica o de otro tipo), pues responde a los principios de: individualización y personalización de la respuesta pedagógica, desde la perspectiva de las necesidades y potencialidades”.

El contenido de la estrategia de intervención lo constituye los apoyos, ayudas y recursos que demanda cada individuo para alcanzar su máximo desarrollo; los recursos pueden ser:

- *Personales* (docentes y especialistas).
- *Materiales* (equipamiento didáctico, medios técnicos).
- *Organizativos* (cambios en la organización escolar, horarios docentes, régimen del día, nuevas ofertas educativas).
- *Curriculares* (adaptaciones de acceso y curriculares propiamente dichas).

Por su parte, Leyva (2006), considera que *“las acciones o apoyos, escogidas o diseñadas deben estar dirigidas hacia las necesidades surgidas de los principales problemas del menor en los diferentes contextos que están obstaculizando el aprendizaje y desarrollo”*.

La definición dada por Pupo (2006), plantea que la estrategia de intervención es *“el sistema de acciones encaminadas a satisfacer las necesidades educativas especiales del alumno llevadas a cabo por la escuela, la familia, la comunidad y el niño, de carácter flexible, dinámico, interactivo, sistemático y desarrollador”*.

En el diseño de la estrategia de intervención diseñada, se tuvieron en cuenta los aspectos siguientes:

- Determinación de necesidades educativas especiales a partir de los problemas identificados en la evaluación del niño en relación con los contextos familiar, comunitario y escolar.
- Persona responsabilizada con el cumplimiento de cada acción.

A continuación se presenta la estrategia de intervención o sistema de apoyo. Sus acciones fueron ejecutadas durante el primer mes después de la evaluación y se rediseñaron y enriquecieron en la práctica, algunas tuvieron carácter permanente por lo que se mantuvieron durante todo el curso escolar.

NIÑO CON TEA

- *Necesidad de niveles de ayuda para la realización de actividades de aprendizaje.*

Acciones: Ofrecer la ayuda en el desarrollo de las actividades sin anticiparla y retirarla en el momento en el niño que pueda continuar por sí solo. Los niveles de ayuda a utilizar podrán ser: reorientación de la actividad con instrucciones verbales o presentación de pictogramas, realización de llamados de atención, empleo de gestos no verbales para conducir la ejecución de la tarea, demostración de cómo ejecutarla y realización conjunta. Responsables: maestros y especialistas.

- *Necesidad de reconocimiento y estímulo ante los éxitos o comportamientos adecuados con el fin de favorecer su motivación hacia las actividades escolares.*

Acciones: Utilizar sus juegos preferidos, así como caricias, abrazos, sonrisas, aplausos y frases de elogio, estimulándolo a llegar al fin de la actividad. Responsables: maestros y especialistas.

- *Necesidad de interrelación social con sus coetáneos.*

Acciones: Organizar juegos en equipos así como en actividades de música y expresión corporal durante los recreos, clases de Educación

Física, actividades extradocentes y extraescolares. Responsables: Profesores de Educación Física y Educación musical.

Estimularlo a asumir roles importantes en actividades de juego así como cumplir las responsabilidades asumidas. Responsable: Maestra.

Compartir espacios y materiales de trabajo con sus compañeros de aula durante actividades de Artes Plásticas, Computación, tratamiento logopédico y otros. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de métodos para el mejoramiento de la conducta y la concentración de la atención en las diferentes actividades por presentar ámbitos atencionales breves, así como perretas y negativismo.*

Acciones: Fomentar la participación en juegos competitivos donde tenga que ajustarse a las reglas establecidas a partir del conocimiento y comprensión de lo que debe hacer, por qué y para qué. Responsables: Maestra y Profesor de Educación Física.

Combinar la música y el baile en las diferentes actividades que lo propicien de modo que se evite el cansancio y pueda liberar sus energías. Responsable: Maestra.

Utilizar palabras claras y comprensibles con un tono de voz firme que implique la regulación de la conducta y facilite las relaciones con las personas que lo rodean. Responsable: Maestra.

Planificar actividades fuera del centro (parques, Palacio de Pioneros, casa de cultura) de modo que se estimule el conocimiento del entorno, se incremente su socialización y se disminuya la ansiedad que provoca el reducido espacio de la institución. Responsable: Maestra.

Ofrecer tratamiento psicoterapéutico individual para reducir las conductas problemáticas con el empleo de terapias conductuales. Responsable: Psicopedagoga.

- *Necesidad de sistemas alternativos para el desarrollo de la comunicación, así como apoyo visual en cada una de las actividades.*

Acciones: Empleo de agendas personales con pictogramas para organizar las actividades y principales sucesos del día. Responsable: Logopeda.

Ofrecer siempre consignas e instrucciones claras, cortas, fáciles de entender, de una a tres palabras como máximo. Responsable: Logopeda.

Descomponer las tareas que debe resolver en acciones simples, combinándolas con signos y pictogramas para lograr una mejor comprensión y evitar la aparición de conductas problemáticas. Responsables: Maestra y logopeda.

- *Necesidad de autonomía y preparación para la vida independiente.*

Acciones: Incorporarlo a actividades básicas de preparación laboral, esencialmente en parcela o huerto de la escuela más cercana, así como en el autoservicio en el propio centro guiado por el adulto en un principio. Responsable: Maestra y auxiliar pedagógica.

Vincular en las diferentes actividades el desarrollo de habilidades que contribuyan a su autonomía como: acordonado de sus zapatos, selección de prendas de vestir, peinado y organización de los materiales. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de adaptaciones en los elementos curriculares básicos de las asignaturas Lengua Materna, Nociones Elementales de Matemática, Conocimiento del Medio, Artes Plásticas y Conocimiento del mundo de los objetos y sus relaciones, para potenciar el desarrollo de habilidades tomando como base el currículo del grado preescolar.*

Acciones: Implementar adaptaciones curriculares individualizadas ajustadas a las necesidades del niño(a) a partir de los conocimientos que posee (ZDA) y en correspondencia con los objetivos y contenidos del currículo del grado preescolar. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de desarrollo en el área de la motricidad fina.*

Acciones: Realización de actividades de coloreado primero en el aire, la mesa; rellenar figuras con el uso de plantillas aprovechando diferentes momentos del día. Responsables: Maestra y Psicopedagoga.

Reforzar los contornos de las figuras, guiar la mano del niño hasta que pueda colorear de forma independiente; pintar en el piso diferentes líneas (verticales, horizontales y circulares). Realizar trazos verticales siguiendo línea de puntos y luego horizontales. Responsables: Maestra y Psicopedagoga.

Colorear figuras geométricas, así como de animales, teniendo en cuenta los contornos y partes indicadas por el adulto. Responsables: Maestra y psicopedagoga.

Actividades de recortado y rasgado siguiendo líneas rectas en un inicio, luego trazos curvos y posteriormente figuras geométricas (círculo, cuadrado y triángulo). Responsables: Maestra y psicopedagoga.

Incorporar actividades de rasgado y pegado en papel con figuras pre-determinadas. Responsable: Maestra y psicopedagoga.

Trabajo con plastilina primeramente a partir de la modelación de figuras presentadas como muestra. Responsable: Maestra y psicopedagoga.

- *Necesidad de desarrollo cognitivo.*

Acciones: Realizar actividades de reconocimiento de figuras geométricas con la incorporación del rectángulo y el óvalo. Responsable: Maestra.

Establecer semejanzas y diferencias teniendo en cuenta el tamaño de las figuras (grande y pequeño). Responsable: Maestra.

Seleccionar entre varias la figura indicada de acuerdo a color y tamaño. Responsable: Maestra.

Armaz rompecabezas que tengan hasta 10 piezas primero con ayuda y luego de forma independiente. Responsable: Maestra.

Realización de acciones con bloques. Hacer construcciones libres y con temas sugeridos previa demostración del adulto. Responsable: Maestra.

Realizar actividades de preescritura, reconocer y trazar las vocales, reconocer y trazar los números del 1 al 10. Responsable: Maestra

CONTEXTO FAMILIAR

- *Necesidad de información en aspectos básicos relacionados con el TEA.*

Acciones: Realizar visitas al hogar e intercambios en el centro con los especialistas mejor preparados en el tema, donde se le informe a la familia en cuanto a: la etiología del autismo, particularidades principales de los niños(as) con ese diagnóstico, potencialidades y necesidades educativas. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de capacitación para la utilización de estrategias que contribuyan a potenciar la comunicación en el niño, manejar las*

conductas disruptivas, desarrollar la independencia y autovalimiento en el hogar, así como la socialización.

Acciones: Planificar e impartir escuelas de padres y encuentros de orientación familiar donde se trabajen diversas temáticas que den respuesta a las necesidades planteadas anteriormente. Responsable: Psicopedagoga.

- *Necesidad de métodos para la educación del niño en el hogar.*

Acciones: Realizar actividades en el centro donde se les demuestre a los familiares del niño cómo estimular su desarrollo a través de la realización de actividades conjuntas. Responsable: Psicopedagoga.

Orientar actividades para el hogar en correspondencia con los contenidos tratados durante el día con los mismos procedimientos utilizados por el maestro. Responsable: Maestra.

Brindar orientación para la corresponsabilidad de ambos padres en la educación del niño mediante la realización de dinámicas familiares y conversatorios individuales. Responsables: Maestra y psicopedagoga.

- *Necesidad de vínculos con la institución escolar.*

Acciones: Coordinar esfuerzos para cooperar en el proceso educativo del niño mediante visitas al hogar, escuelas de padres, dinámicas familiares y la participación activa de la familia en actividades culturales, deportivas, políticas y recreativas convocadas por el centro. Responsables: Estructura de dirección y maestra.

Cursar invitaciones al hogar con el fin de lograr la participación en las actividades mencionadas anteriormente. Responsables: Maestra y Auxiliar Pedagógica.

- *Necesidad de espacios para el intercambio con las familias de otros niños y niñas con Trastornos Generalizados del Desarrollo que asisten a las instituciones educativas de la provincia.*

Acciones: Establecer coordinaciones con los padres, así como fijar fechas y horarios para los encuentros. Responsable: Estructura de dirección.

Invitar a especialistas de los perfiles médico, psicológico, pedagógico y social para que ofrezcan charlas, conferencias o aclaren las dudas e inquietudes de las familias relacionadas con el desarrollo del niño(a). Responsable: Psicopedagoga.

CONTEXTO COMUNITARIO

- *Necesidad de conocimientos acerca del autismo, sus características y cómo pueden apoyar a la familia del niño con autismo.*

Acciones: Incorporar a los vecinos de la comunidad más allegados a la familia a las escuelas de padres desarrolladas en la institución educativa, con el propósito de que conozcan sus potencialidades y el trabajo psicopedagógico que allí se desarrolla. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de apoyo a la familia por parte del médico, enfermera y trabajador social para lograr un mayor acercamiento a la familia del niño con autismo.*

Acciones: Realizar visitas al consultorio médico para dar a conocer cómo es el desarrollo del niño y sus particularidades, el trabajo que se realiza en la institución educativa y la importancia del apoyo que éstos pueden brindar para su desarrollo integral. Responsable: Maestra.

CONTEXTO ESCOLAR

- *Necesidad de cambios en el espacio físico del aula donde está ubicado el niño.*

Acciones: Disponer de forma ordenada los materiales, evitar que cuando no se utilicen permanezcan a la vista del niño y eliminar aquellos que no estén en condiciones óptimas. Responsable: Maestra.

Ubicar en lugar cercano al maestro con la mejor iluminación y ventilación posibles. Responsable: Maestra.

Flexibilizar el uso de los espacios, habilitar zonas del aula para la realización de actividades específicas (zonas de espera o transición, de trabajo, de Artes Plásticas, entre otras); habilitar el área para el trabajo independiente debidamente delimitado con un color concreto; señalar los diferentes espacios y locales del centro con los pictogramas correspondientes. Responsables: Maestra y auxiliar pedagógica.

- *Necesidad de cambios en la organización escolar.*

Acciones: Modificar el horario de manera que sea flexible, se ajuste al ritmo personal del alumno y a sus intereses con actividades de menor tiempo de duración que para el resto de los niños(as). Responsable: Jefa de ciclo.

Incorporar actividades variadas donde se combinen los tiempos de descanso y movimiento; informar al niño acerca de los cambios a realizar en el centro y dar el tiempo y ayuda suficientes para adaptarse a ellos, así como planificar un calendario de actividades específicas que le permita organizar y anticipar las acciones que debe realizar, tomando como base el horario general de la institución. Realización diaria de gimnasia matutina. Responsable: Maestra.

- *Necesidad de preparación del personal docente.*

Acciones: Capacitar a maestros, especialidades y auxiliares pedagógicas utilizando como vía fundamental el trabajo científico metodológico y la autopreparación en aspectos esenciales como: líneas de desarrollo de la especialidad; sistemas alternativos de comunicación; elaboración y utilización de pictogramas y agendas personales; estrategias de modificación de conducta; realización de adaptaciones cuniculares y diagnóstico psicopedagógico. Responsable: Estructura de dirección del centro.

Incentivar la investigación científica como una de las principales vías para dar solución a las necesidades del centro en cuanto a la atención psicopedagógica integral a niños(as) con autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo. Responsable: Estructura de dirección del centro y especialistas del CDO.

El análisis acerca del proceso de diagnóstico psicopedagógico de los alumnos con TEA en la provincia de Cienfuegos, permitió constatar que existía una insuficiente preparación teórico metodológica por parte de los especialistas y de los miembros de las instituciones educativas para llevar a cabo este proceso, así como se carecía de instrumentos de evaluación específicos ajustados al contexto educativo.

La valoración de la metodología por el criterio de expertos permitió constatar un alto nivel de la concordancia de estos respecto a los aspectos evaluados relacionados con: el objetivo general, los fundamentos generales así como filosóficos, sociológicos, psicológicos y pedagógicos, las fases de la metodología y las modificaciones al PEP.

La realización del estudio de caso permitió comprobar la aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con TEA, toda vez que orientó la ejecución de este proceso y facilitó evaluar las posibilidades y limitaciones de los contextos familiar, comunitario y escolar para el desarrollo y educación del niño(a), así

como valorar la amplitud de su ZDP mediante la operacionalización de los niveles de ayuda en cada una de las tareas correspondientes a las áreas de imitación, percepción visual y auditiva, motricidad fina y gruesa, representación cognitiva, cognitiva verbal y coordinación visomotriz pertenecientes al PEP.

Estrategia para el estudio de caso

FASES	ACCIONES
<p>1- Preparación y organización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selección del caso teniendo en cuenta su singularidad y complejidad, así como las posibilidades de aprendizaje que ofrece. - Negociación del acceso; se planteó a la estructura de dirección y docentes del centro donde asiste el niño el objetivo de la investigación, los métodos y técnicas a utilizar, así como el tiempo requerido para el estudio, los horarios más convenientes y se recabó la disposición de los maestros y especialistas para colaborar. - Preparación de los docentes miembros de la CAD en los aspectos teóricos y metodológicos relacionados con la investigación, análisis de la metodología y delimitación conjunta de dimensiones e indicadores para las variables contexto familiar, comunitario y escolar. - Negociación con los familiares del niño a través de intercambios en el contexto escolar; se acordó la colaboración y se determinaron los espacios y momentos en que se realizaron los encuentros, teniendo en cuenta que la comprensión de un caso único supone escuchar las historias, problemas, dudas e incertidumbres que las personas inmersas quieran contar. - Análisis de la Historia Clínica del niño con el objetivo de conocer acerca del desarrollo pre, peri y postnatal, momento en que se realizó el diagnóstico, exámenes clínicos realizados, instrumentos de evaluación y diagnóstico aplicados, seguimiento por parte de los especialistas, evolución, enfermedades padecidas y tratamiento medicamentoso indicado, entre otros datos de interés. También se analizó el expediente psicopedagógico contentivo de las estrategias de intervención e informes elaborados por los especialistas del CDO, las caracterizaciones y estudios de caso realizados en las instituciones donde ha asistido y asiste en la actualidad con el fin de obtener información acerca de su desarrollo. - Análisis y selección de los lugares, momentos, así como personas que pueden brindar información valiosa para la evaluación del contexto sociofamiliar.

<p>2- Evaluación psicopedagógica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realización de entrevistas en profundidad a los padres utilizando para ello el hogar como escenario fundamental. - Comprobación de la información ofrecida por los padres y profundización en aspectos medulares de la dinámica familiar mediante entrevistas a otros familiares (abuelos), teniendo en cuenta las dimensiones e indicadores más convenientes para la información que se desea obtener. - Realización de intercambios con vecinos de la comunidad que pueden aportar información valiosa, así como con educadoras del Círculo Infantil al que asistió el niño y docentes de la institución educativa a la que asiste en la actualidad. - Ejecución de la observación participante tomando como escenarios principales el hogar y la escuela donde asiste el niño. - Cumplimiento de las prescripciones metodológicas, premisas y exigencias de los métodos y técnicas de recolección de información contemplada en la metodología para el diagnóstico psicopedagógico diseñada por el autor. - Sesiones de trabajo con el caso objeto de estudio. Creación de condiciones organizativas. Evaluación con el empleo del Perfil Psicoeducativo. Criterios sobre el alcance de su Zona de Desarrollo Próximo o posibilidades de desarrollo en las áreas que evalúa. - Valoración de los factores que han obstaculizado su desarrollo actual. Condiciones más idóneas para promoverla o potenciarla. Principales vías de acceso a la ayuda y tipo de ayuda. - Evaluación de las condiciones que posee la institución educativa. - Aplicación de la guía de autodiagnóstico a los docentes encargados de la atención psicopedagógica del niño.
<p>3- Valoración integral y toma de decisiones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Procesamiento y análisis de la información obtenida a través de las diferentes fuentes y métodos. - Determinación de potencialidades y principales problemáticas de cada uno de los contextos evaluados y su incidencia en el desarrollo integral del niño. - Elaboración del informe del estudio de caso. - Determinación de potencialidades y necesidades del menor, así como de los contextos familiar, escolar y comunitario. - Principales pautas para la intervención.

Descripción de las sesiones de aplicación del Perfil Psicoeducativo.

Sesión 1

Al entrar en la habitación el niño explora el entorno, toca los objetos que en ella se encuentran y las paredes, responde al saludo del examinador dando la mano. Se sienta en el lugar indicado, al ver a su mamá aún en el local, la toma por la mano para que salga de él.

Se le indica guardar un pomo con agua que trae en sus manos del cual bebe constantemente. Al no obedecer la orden le es retirado, ofrece resistencia, pero se sienta, se coloca en un sitio fuera de su vista con el objetivo de ser utilizado como refuerzo en las primeras sesiones.

Se muestra ansioso, se levanta una y otra vez del asiento, busca el pomo de agua debajo de la mesa y dentro del estante, abre y cierra las gavetas, va hacia la puerta y regresa al asiento, responde de forma apropiada a la voz del adulto, cumple órdenes como “ven”, “siéntate”, “mírame”. Pronuncia repetidas veces la palabra “agua”.

Señala hacia la grabadora para escuchar un CD que contiene canciones infantiles de su agrado oídas con frecuencia tanto en la escuela como en el hogar. Su preferencia por este tipo de música es aprovechada como vía de estímulo en las sesiones de aplicación.

Al presentar la **tarea 1**, correspondiente a desenroscar la tapa de la jarra de burbujas se muestra indiferente a la orden del evaluador en un inicio, luego de reorientar la actividad (*1er nivel de ayuda*) descomponiéndola en dos pasos toma la jarra en sus manos la examina y manipula, no responde a la indicación “ábrela” por lo que se administra el *segundo nivel de ayuda* consistente en llamar su atención para que abra la jarra, al no responder se gesticulan los movimientos necesarios para desenroscar la tapa (*tercer nivel de ayuda*), se coloca en sus manos, realiza con éxito la actividad por lo que se evalúa como emergente, al ser pedida es entregada al evaluador.

Se vuelve a enroscar y se le indica abrirla nuevamente, en un segundo intento con el objetivo de comprobar la transferencia de la ayuda, donde es capaz de desenroscar la tapa sin dificultad.

En la **tarea 1-B**, el examinador comienza a hacer burbujas frente al niño, sigue el movimiento con su mirada durante un minuto aproximadamente, luego se lanza de forma inesperada a tomar la varita para hacer burbujas por sí solo, realiza con éxito la tarea, por ello pasa al

igual que la **tarea 1-C**. Permanece durante tres minutos aproximadamente repitiendo la actividad una y otra vez, sigue atento el movimiento de las burbujas, sonríe, muestra satisfacción, al intentar cambiar de actividad reacciona bruscamente, sostiene fuertemente en sus manos la jarra, da la espalda al evaluador en señal de inconformidad.

Se le muestra un álbum donde aparecen fotos familiares con el fin de desviar su atención, se invita a hojearlo, al inicio mantiene la jarra en sus manos, se le propone sea entregada para poder hojear el álbum, es así como abandona la actividad correspondiente a soplar burbujas y centra su atención en el libro, lo hojea e identifica a cada uno de sus familiares, al llegar al final, vuelve a comenzar desde el inicio. Después de tres minutos le es retirado, no ofrece resistencia, aunque lo busca con su mirada durante varios segundos.

La **tarea 2-A** es emergente. En su ejecución es necesario demostrar al niño como mirar dentro del calidoscopio y manipular la pieza del borde (*tercer nivel de ayuda*), no responde al *primer nivel de ayuda* consistente en reorientar la tarea, ni al *segundo nivel* donde se realizan los gestos necesarios para ejecutar la actividad, observa el calidoscopio, pero no ejecuta las órdenes, luego de la demostración, lo toma en sus manos, gira la pieza una y otra vez, pero es incapaz de mirar dentro del mismo, al intentar acercarlo a sus ojos responde empujando la mano del examinador, se muestra ansioso, grita y se levanta del asiento, no se interesa por observar en el, por lo que se pasa a la siguiente tarea.

En la **tarea 3** pasa, al comenzar a sonar la campana de mano el niño reacciona dirigiendo la vista hacia ella, al indicarle sea tomada en sus manos para hacerla sonar, lo realiza en el primer intento, pero solo durante varios segundos, luego vuelve a colocarla en la mesa.

Cuando el evaluador hace sonar la campana nuevamente se tapa los oídos en señal de rechazo.

Antes de pasar a la **tarea 4-A** se ofrece un descanso donde se escucha una de las canciones infantiles preferidas por el menor contenidas en el CD, reacciona bruscamente al concluir e indicarle sentarse para continuar, se levanta e intenta encender el equipo por sí solo, es interceptado por el adulto. Grita y emite chillidos por unos instantes.

Para atraer su atención, se comienza a manipular la plastilina y se realiza un cilindro que es colocado a la vista del niño.

Se le ofrece un pedazo de plastilina y se le indica lo haga igual, lo toma en sus manos, manipula, olfatea y lleva a la boca, se ofrece el *primer nivel de ayuda* consistente en reorientar la actividad, no reacciona ante ella pues continúa manipulando la plastilina en su mano derecha, se ofrece entonces el *segundo nivel de ayuda*, donde se realizan llamados de atención, continúa desinteresado, sin dirigir su atención hacia el modelo.

Se conduce la tarea con gestos no verbales (*tercer nivel de ayuda*), mientras el menor observa, luego coloca su pedazo de plastilina en la mesa para que lo realice, pero da puñetazos en ella lo que demuestra que aún no se ha apropiado de la forma en que debe modelar la plastilina para hacer un cilindro.

Se le demuestra nuevamente como realizar el cilindro encima de la mesa (*cuarto nivel de ayuda*).

Se le propone hacerlo igual, el niño trata de imitar al adulto, comienza a enrollar la plastilina, pero abandona la actividad.

Se pasa a ofrecer el *quinto nivel de ayuda* donde se toma la mano del niño hasta formar el cilindro, reacciona adecuadamente ante la ayuda, responde con una sonrisa a las frases de estímulo.

Se le indica realizar nuevamente la actividad, esta vez solo, en esta ocasión ejecuta un cilindro bastante parecido al modelo con lo cual se puede comprobar la asimilación de las ayudas brindadas y su transferencia en el mejoramiento de la realización de la tarea.

La **actividad 4-B** consistente en realizar una vasija de plastilina recibe igual puntuación a la anterior. Después de la demostración (se realiza una taza pequeña) el menor toma la plastilina y comienza a manipular, intenta llevarla a la boca, se administra el *primer nivel de ayuda* donde se reorienta la actividad, continúa amasando la plastilina, ahora con sus dos manos, se le llama la atención acerca de lo que debe realizar (*segundo nivel de ayuda*), dirige su atención hacia el modelo pero parece no recordar los pasos necesarios para realizar la vasija.

El evaluador simula con gestos las acciones para modelar la vasija (*tercer nivel de ayuda*) e invita al niño a realizarlas, comienza a imitar mientras el adulto guía su ejecución. Modela una vasija parecida a la taza pero con imperfecciones.

Se le propone hacer un cilindro para colocar como asa, el evaluador comienza su realización y el menor continúa solo.

Al concluir abandona la actividad, se elogia con frases de aprobación, se le propone modelar de forma conjunta, pero no acepta, se levanta del asiento, va hacia el espejo, pide agua y dice “ya”. Se muestra poco cooperador por lo que se concluye la sesión efectuada con un tiempo de duración de 25 minutos aproximadamente. Con el objetivo de valorar la transferencia de la ayuda, esta actividad se retoma en la próxima sesión.

Sesión 2

Al llegar explora el local, guarda el pomo de agua a la orden del evaluador el cual comienza a manipular el muñeco del gato en sus manos **(tarea 5-A)**, el niño observa atentamente como el evaluador manipula el muñeco, sonríe al acercarlo a su cara, acepta el contacto con el, así como colocar el muñeco en su mano pero no utiliza sus dedos para manipularlo. Se coloca frente al espejo e intenta manipularlo, al ser pedido por el evaluador para demostrarle cómo hacerlo, no lo entrega. Se le ponen los dedos en la cabeza y manos del muñeco, lo manipula y entabla un diálogo con un lenguaje y tono de voz peculiar no comprensible. Esta tarea es evaluada como emergente.

El evaluador conversa con el niño a través del muñeco durante un tiempo breve y le invita a imitar diciendo “miau” **(tarea 5-B)**, se deja que lo manipule solo, durante este tiempo intenta imitar al adulto empleando un lenguaje singular igual que en la tarea anterior, por ello este ítem es emergente.

Cuando el examinador coloca el muñeco del perro en sus manos para interactuar con el del niño inventando una historia, éste sonríe pero no interviene, continúa frente al espejo observando cómo manipula su muñeco, no se interesa por el del adulto, lo ignora, no establece interacción con su muñeco ni inventa su historia, no acepta ser interrumpido, se evalúa como falla.

En la **tarea 5-D** el menor deberá señalar las partes del cuerpo (ojos; nariz; orejas; boca) en el muñeco del perro. Después de orientar la actividad, señala las partes indicadas pero en su propio cuerpo, se le brinda el *primer nivel de ayuda* consistente en reorientar la actividad, se enfatiza en que las partes deben ser señaladas en el muñeco del perro el cual se le acerca más a su cara. Se vuelve a pedir entonces que señale ojos, nariz, orejas y boca. El niño señala pero sin tocar el muñeco, por lo que es emergente.

La **tarea 6** consistente en señalar las partes en su propio cuerpo recibe la evaluación pasado, ella fue valorada durante la administración del ítem anterior.

Con el propósito de comprobar como el niño transfiere la ayuda ofrecida se retoma la tarea 4-B consistente en modelar una vasija de plastilina. Para ello el evaluador modela la vasija mientras el niño observa, al indicar sea ejecutada, comienza a modelar pero no realiza el asa, se llama su atención, pero no lo realiza por lo que se aprecia una transferencia parcial de la ayuda.

En la **tarea 7-A** pasa tanto para la función percepción visual como para la coordinación óculo-manual. El niño coloca las piezas del círculo, cuadrado y triángulo en el tablero durante el primer intento sin necesidad de ayuda, muestra interés por la tarea desde el inicio y satisfacción por el éxito.

Al concluir, el examinador deja las piezas en sus orificios de forma intencional con el objetivo de observar la reacción del niño, éste saca las piezas del tablero, las coloca encima de la mesa y vuelve a encajarlas. En la tercera realización, el evaluador le indica identificar expresivamente las tres formas geométricas (**tarea 7-B**) comenzando por el círculo, no responde a la pregunta, toma las tres piezas en sus manos, las manipula e intenta colocarlas nuevamente en el tablero por lo que insiste en continuar realizando la actividad éste es retirado de la mesa, el niño insiste en buscarlo, se levanta, examina la habitación para encontrarlo, se le indica permanecer sentado para continuar.

Durante un tiempo recorre la habitación de un lado a otro con las tres piezas en sus manos. Al pedir el círculo, se detiene, observa las tres piezas y se lo entrega en sus manos, cuando se le pide el triángulo, ofrece el cuadrado.

Se muestra irritado y ansioso, teniendo en cuenta la reacción del niño, se concluye la actividad con evaluación emergente.

Se toma un descanso durante el cual se le permite jugar en la computadora aproximadamente 10 min. También se le ofrece agua, ello permite al examinador tomar las 3 piezas geométricas que el niño mantiene en sus manos.

Después de transcurrido el tiempo establecido se procede a la administración de la **tarea 7-C**, donde tendrá que identificar receptivamente las 3 piezas geométricas ubicadas encima de la mesa.

En el primer intento luego de la consigna, entrega el círculo y el cuadrado. Al pedir el triángulo no lo entrega, se le señala la figura al tiempo que se le dice “dame el triángulo”, es así como lo da al evaluador.

Luego se vuelven a colocar las 3 piezas encima de la mesa y se le pide señale el triángulo, en esta ocasión señala el cuadrado en un primer intento, al ser ofrecidos *el primer y segundo nivel de ayuda*, toma en sus manos el triángulo y lo entrega por lo que es capaz de asimilar la ayuda ofrecida y mejorar la solución de la tarea.

Se manifiesta irritado, no responde a las frases de estímulos, recoge todos los materiales lo cual indica que desea terminar. Se concluye la aplicación, esta sesión tuvo una duración de 27 minutos.

Sesión 3

Al entrar en el local mantiene las mismas rutinas. Se administra la **tarea 8**, al entregar al niño la primera pieza (paraguas) para ser colocada en el tablero encajable, la retiene en sus manos, manipula y olfatea, es orientado nuevamente (*primer nivel de ayuda*), la entrega al evaluador en vez de encajarla, por lo que se administra el *segundo nivel de ayuda* donde se le devuelve y se llama su atención diciéndole “deberás ponerla en el tablero”, reacciona de forma adecuada, centra su atención en él, lo recorre con su mirada y encaja la pieza en el orificio correcto. El resto de las piezas es colocado sin dificultad, por lo que se apropia del modo de solución de la tarea. Este ítem es emergente.

La **tarea 9-A** recibe igual puntuación a la anterior, tanto en el área de percepción visual como en coordinación visomotriz, el menor completa correctamente el encajable de las 3 manoplas en el primer intento sin necesidad de ayuda, en ella se aprecia una transferencia total de la ayuda brindada en el ítem anterior.

Luego se pasa a la **tarea 9-B** donde deberá identificar expresivamente la pieza más grande y la más pequeña, se evalúa falla pues no es capaz de expresar las diferencias entre ambas piezas teniendo en cuenta su tamaño, sin embargo logra hacerlo receptivamente (**tarea 9-C**), pues da al examinador primeramente la pieza más pequeña y luego la grande en el primer intento sin necesidad de ofrecer ayuda, por ello se evalúa como pasa.

Manifiesta satisfacción al completar con éxito las tareas presentadas, sonrío, da palmadas y se coloca frente al espejo riendo, se observa atentamente realiza guiños.

Se le premia con frases de aprobación, así como la ejecución de su juego preferido en la computadora durante 10 min aproximadamente.

El examinador coloca las piezas del rompecabezas perteneciente a la **tarea 10** sobre la mesa con el objetivo de atraer su atención, se le invita juntar las piezas.

Durante el primer intento e inmediatamente después de la orden, une las piezas pero de forma incorrecta pues no hace coincidir dos de ellas, se aprecia interés por la tarea en un inicio, el evaluador realiza llamados de atención con el objetivo de hacerle notar donde está el error, para ello emplea frases tales como “mira bien”, “vamos a rectificar” (*segundo nivel de ayuda*) al percatarse del error, se muestra irritado, desarma el rompecabezas.

Se realiza la demostración (*cuarto nivel de ayuda*), el evaluador une todas las piezas del rompecabezas frente a él, se le invita a observar la figura durante un tiempo, luego se separan y se le indica armarlo nuevamente.

En el segundo intento comienza a armar el rompecabezas, coloca de forma incorrecta la tercera pieza, rectifica al llamado de atención que realiza el adulto.

Concluye la tarea con éxito por lo que se evalúa emergente tanto para la función representación cognitiva como para la función coordinación visomotriz. Se comprueba la transferencia parcial de la ayuda ofrecida.

La **tarea 11** también es calificada como emergente pues, al presentar el rompecabezas de seis piezas de una vaca, comienza a unir las después de la consigna, pero solo tres de las piezas coinciden, se ofrece el *segundo nivel de ayuda*, el niño rectifica pero solo logra colocar correctamente una de las tres piezas incorrectas, mira al examinador en busca de su aprobación.

Antes de ofrecer el próximo nivel de ayuda se le dice, “fíjate bien” y se ofrece el *tercer nivel de ayuda* donde se acercan las piezas sin llegar a unir las, luego se vuelven a separar.

Al indicar nuevamente que una de las piezas se molesta, reacciona levantándose del asiento, pide agua y señala la computadora.

Se le propone unir las piezas al unísono adulto-niño (*quinto nivel de ayuda*) el evaluador coloca dos y le indica colocar el resto, se le señala con el dedo el lugar indicado.

Se indica armarlo nuevamente, esta vez comienza solo, pero al ajustar la segunda pieza toma la mano del evaluador en señal de ayuda, ello demuestra cómo el niño en esta sesión es capaz de solicitar la ayuda del adulto cuando se encuentra frente a tareas con algún grado de dificultad. Al concluir se muestra cansado, ansioso y poco cooperador por lo que se concluye la sesión con una duración de 30 minutos.

Sesión 4

Al llegar a la habitación saluda al evaluador, le extiende la mano va hacia la computadora, la señala para que sea encendida. Se levanta y toma de la mano al adulto. Al apagar la computadora luego del tiempo establecido, se muestra resistente al cambio de actividad, no presta atención al examinador, va hacia la puerta e intenta abrir.

Después de estar sentado, se administra la **tarea 12-A**, donde se sustituyen las tazas y platos por cubos y círculos de cartulina con los colores indicados.

El niño observa atentamente como el examinador coloca los círculos encima de la mesa frente a él, al ofrecer el cubo de color amarillo para ser ubicado en el plato correspondiente, lo manipula, se levanta con él en su mano, se reorienta la actividad (*primer nivel de ayuda*), al sentarse se le indica “ponlo en el plato del mismo color”, busca con su vista el círculo correspondiente, y lo coloca pero al lado del plato.

Cuando se entrega el cubo rojo, lo coloca en el plato correspondiente sin necesidad de ayuda, lo mismo sucede con el de color azul, esta actividad se evalúa pasa.

Se retiran los cubos y platos para colocar tres platos con los colores verde y blanco, se mantiene el de color amarillo.

Se reorienta la actividad, al ofrecer el cubo de color blanco, lo toma en sus manos pero lo pone en el plato de color verde, se le llama la atención (*segundo nivel de ayuda*) pero no es capaz de rectificar, el evaluador entrega nuevamente el cubo le indica el plato de su color al tiempo que le dice “ponlo aquí” (*tercer nivel de ayuda*), de esta forma concluye la actividad de forma correcta.

Mientras el menor colocaba los cubos se hicieron sonar las claves (**tarea-14**) con el propósito de observar su reacción, en este ítem pasa pues se orientó correctamente hacia el sonido con una respuesta no verbal, pestañea y vuelve su cara en dirección hacia el sonido, cuan-

do éste se hace más intenso muestra desagrado, se tapa los oídos, se levanta de su asiento para tomar las claves en sus manos, al no ofrecerlas emite gemidos, se le dan durante unos instantes en los cuales imita al evaluador realizando los mismos movimientos.

Luego continúa la realización de la actividad.

En la **tarea 12-B**, deberá identificar expresivamente 5 colores, primero se le pide que identifique el color amarillo, al no identificarlo el examinador le dice “amarillo”, el menor no intenta repetir, ni muestra interés por la tarea en todo momento. En esta actividad falla.

Para resolver la **tarea 12-C**, el niño deberá entregar o señalar el color indicado por el evaluador, en el primer intento ofrece los platos con los colores amarillo, rojo y azul, no así cuando se le pide el verde y el blanco. La evaluación en esta tarea es emergente.

En la **tarea 13-A** falla al no imitar dos dígitos, teniendo en cuenta ello la siguiente tarea (13-B) no se administra.

Se concluye la sesión pues el niño manifiesta cansancio, va hacia la puerta, busca su pomo de agua y recoge los materiales.

Sesión 5

Al entrar al local realiza las mismas rutinas, examina lo que en el se encuentra, toca los objetos, trae una hoja de papel en una mano y en la otra el pomo de agua, expresa con un lenguaje ininteligible que desea pintar.

Se le indica guardar los materiales para realizar las actividades previstas.

Para atraer su atención, el evaluador le enseña el balón, lo golpea delante de él, luego lo lanza, pero no lo toma en sus manos, es así como se comienza a administrar la **tarea 15-A**, donde el niño deberá tomar el balón en sus manos luego de ser lanzado por el evaluador, al realizar el segundo intento no lo toma, se gesticula como agarrarlo (*primer y segundo nivel de ayuda*), en el tercer intento lo agarra pero inmediatamente lo devuelve lanzándolo hacia el adulto. Al realizar el tercer intento repite la misma operación, no retiene el balón en sus manos por lo que los ítems **15-A** y **15-B** son evaluados como pasa.

La actividad 15-C, consiste en golpear el balón, después de realizar la demostración, se entrega al niño, lo lanza al examinador, se vuelve

a entregar y se orienta nuevamente (*primer nivel de ayuda*), lo toma, pero no cumple la orden por lo que es necesario administrar el *segundo nivel de ayuda* consistente en conducir la tarea con gestos.

Al tratar de imitar al examinador deja caer el balón, se ofrece el *tercer nivel de ayuda*, se le entrega mientras que el adulto se coloca detrás y toma su mano para juntos golpearlo, acepta la realización de la actividad conjunta y muestra placer al realizarla, sonrío, al retirar la ayuda deja de golpear el balón y comienza a dar vueltas por la habitación tocando todo lo que en ella se encuentra.

Al intentar reiniciar la actividad manifiesta poco interés y rechazo hacia ella. Se evalúa emergente.

En las **tareas 16, 17 y 18** pasa pues es capaz de caminar solo, subir escaleras y aplaudir.

En la **tarea 19-A** le es demostrado cómo mantenerse sobre un pie, sonrío, muestra placer al imitar al adulto pero presenta dificultad por lo que se le ofrece una mano como soporte, al ser retirada abandona la posición, muestra temor a caerse, esta tarea recibe la evaluación emergente.

La **tarea 19-B**, consiste en saltar en el sitio con los dos pies juntos simultáneamente, para su realización se coloca un CD de canciones infantiles del agrado del niño. Se estimula a saltar juntos demostrándole cómo hacerlo, intenta saltar sin éxito con los dos pies, pero si lo hace con uno durante el tiempo de la canción, esta tarea es emergente. Al concluir la canción seleccionada continúa saltando, lleva al evaluador hasta la grabadora para que sea encendida nuevamente, muestra satisfacción e interés hacia la actividad física.

La **tarea 20** consiste en tocar el pulgar con los otros dedos secuencialmente, esta actividad le es demostrada, el niño presta atención, observa los dedos del examinador y después de un breve tiempo intenta hacerlo, realiza diferentes movimientos pero no logra la coordinación necesaria, se realizan tres demostraciones, toca con sus dedos otras partes del cuerpo como la cabeza, orejas y nariz, no acepta que el evaluador tome sus dedos para hacerlo juntos. En esta tarea se evalúa emerge.

Para la realización de la **tarea 21** se le invita a imitar los movimientos que realiza el evaluador al tiempo que escucha nuevamente el CD con canciones infantiles. Observa al adulto, levanta un brazo y toca su nariz en el primer intento, pero se le dificulta levantar un brazo y al

mismo tiempo tocar su nariz con el otro, realiza las dos acciones por separado, se motiva e interesa, baila al compás de la música y realiza otros movimientos no contemplados en la actividad como levantar los dos brazos, tocar sus orejas, hacer cucullas.

Mientras el niño realiza la tarea anterior, el examinador sopla fuertemente un silbato con el objetivo de observar su reacción (**tarea 22**), el menor se orienta hacia él, voltea la cabeza en dirección al sonido, pero continúa realizando los movimientos, en un segundo intento, se acerca al examinador y lo observa mientras sopla el silbato, se tapa los oídos y se aleja de él. En este ítem pasa.

En la **tarea 23** pasa, pues durante las sesiones anteriores se pudo comprobar como el menor responde a los gestos realizados por el evaluador.

Se concluye la sesión pues el menor no acepta sentarse para continuar la aplicación del instrumento, desea continuar realizando actividades de movimiento.

Sesión 6

Se comienza con la aplicación de la **tarea 24**, al darle un lápiz e indicarle que escriba en una hoja de papel comienza a garabatear de derecha a izquierda y viceversa sin necesidad de ayuda en el primer intento. Esta es una de sus actividades preferidas, por ello pasa.

Para realizar la **tarea 25** el niño deberá copiar una línea vertical en una hoja de papel después de la demostración del evaluador, en un inicio no muestra interés, no toma el lápiz en sus manos, señala la computadora para jugar en ella.

Es reorientado con instrucciones verbales (*primer nivel de ayuda*), se coloca el lápiz en sus manos, al instante comienza a garabatear la hoja, realiza trazos en diferentes direcciones.

Se brinda el *segundo nivel de ayuda* donde se le llama la atención acerca de la forma en que deberá realizar el trazo, se insiste en que debe hacer solo una línea. También se gesticulan los movimientos necesarios (*tercer nivel de ayuda*). El niño continúa la realización de trazos sin atender las indicaciones.

Al obtener su atención se le demuestra nuevamente el modo en que deberá trazar la línea vertical (*cuarto nivel de ayuda*) de arriba hacia abajo.

Antes de pasar al próximo nivel de ayuda se ofrece un segundo intento donde toma el lápiz en sus manos y comienza a trazar varias líneas, esta vez en posición vertical por lo que se aprecian cambios significativos en la forma de realización de la tarea, así como la asimilación paulatina de los niveles de ayuda que se le ofrecen.

Se toma la mano del niño (*quinto nivel de ayuda*) para juntos trazar la línea vertical, el adulto coloca el lápiz en su mano e insiste en la posición correcta, acepta la ayuda brindada.

Se le propone trazar nuevamente la línea esta vez solo, se llama la atención acerca de cómo tomar el lápiz de modo correcto, es capaz de dibujar una línea bastante similar a la del ejemplo. Durante esta actividad se realiza la valoración de la transferencia de la ayuda dentro de la misma tarea y se comprueba la preferencia del niño hacia la ejecución de trazos de forma espontánea, no así con modelos. La tarea es emergente.

Para la realización de la **tarea 26** se dibuja un círculo, luego se le indica que realice uno igual, se muestra sin interés al inicio, se ofrece el primer nivel de ayuda consistente en reorientar la actividad de forma verbal, intenta trazarlo pero abandona la actividad, se levanta del asiento, pide agua con el propósito de evadir la realización de la tarea, no se cumplen sus demandas hasta tanto sea capaz de ejecutar la tarea indicada, durante unos minutos se manifiesta ansioso, emite gemidos, se mira en el espejo.

Después de este tiempo responde a las órdenes del evaluador, regresa a su asiento, se le orienta la realización de la actividad con gestos no verbales (*tercer nivel de ayuda*), al no responder se realiza la demostración correspondiente al *cuarto nivel de ayuda*, se coloca el lápiz en sus manos y se le indica que lo realice igual. Traza un círculo pequeño de derecha a izquierda dejando una abertura.

Responde con una sonrisa al elogio, aunque se le propone mejorar la realización del trazado del círculo, para lo cual el adulto toma su mano (*quinto nivel de ayuda*).

Se retira la ayuda y continúa dibujando 2 círculos pequeños con una abertura mucho menor que el anterior con lo que se aprecia el mejoramiento en la realización de la tarea. En este ítem recibe evaluación emergente.

La **tarea 27** consiste en copiar un cuadrado igual al dibujado por el evaluador.

El niño lo observa, en el primer intento toma el lápiz, pero no ejecuta la actividad, se brinda el *primer nivel de ayuda*, intenta garabatear la hoja, pero se detiene ante el llamado de atención (*segundo nivel de ayuda*), se le dice “fíjate bien”, “hazlo igual”, también se le llama la atención en cuanto a la posición de los dedos al tomar el lápiz, traza entonces dos líneas pequeñas, una vertical y otra horizontal separadas.

Se brinda el *tercer nivel de ayuda* para lo cual el adulto realiza el trazo del cuadrado en el aire con el dedo y luego en la hoja de papel.

Se le estimula a realizarlo nuevamente, el niño toma la mano del evaluador para hacerlo juntos de esa forma demanda la ayuda. Se inicia el trazo al unísono y se guía su mano para cerrar el cuadrado.

Se orienta nuevamente la tarea para comprobar la asimilación y transferencia de la ayuda, esta vez traza un cuadrado con líneas onduladas y dos de los lados desiguales. Este ítem es emergente.

Para la realización de la **tarea 28**, el niño deberá copiar un triángulo luego de la demostración del adulto, se ofrece el *primer nivel de ayuda* pues no cumple la orden, realiza varios trazos en el papel en diferentes direcciones, se llama su atención para que observe el triángulo dibujado por el adulto (*segundo nivel de ayuda*), no responde a la ayuda ofrecida, ni muestra interés en la tarea, lanza el lápiz y estruja la hoja de papel, rechaza la actividad, se levanta a recoger sus materiales, señalando hacia la puerta. Teniendo en cuenta la actitud del niño, se concluye la sesión, este ítem será administrado en la próxima.

Sesión 7

Después de establecer rapport con el niño se le indica sentarse para comenzar la sesión de aplicación. El menor intenta arrebatarse el lápiz al evaluador mientras éste copia el triángulo.

Se le orienta la actividad (copiar el triángulo). En el primer intento comienza a garabatear la hoja. Se introduce el *primer nivel de ayuda* donde se reorienta la actividad. Continúa garabateando, se realizan llamados de atención (*segundo nivel de ayuda*), detiene el lápiz, pero no traza la figura, tampoco atiende al evaluador cuando le ofrece el *tercer nivel de ayuda*. Se realiza la demostración (*cuarto nivel de ayuda*). El niño solicita la ayuda para lo cual toma la mano del adulto. Esta actividad es evaluada emergente.

En el segundo intento, traza tres líneas inclinadas separadas, no es capaz de formar el triángulo, sin embargo logra transferir parcialmente la ayuda.

La **tarea 29** donde tendrá que trazar un rombo, no se administra.

Teniendo en cuenta lo anterior se pasa a administrar la **tarea 30**, consistente en colorear las partes indicadas en el dibujo de un gato.

Primeramente se orienta colorear las orejas, el niño toma el color pero comienza a colorear fuera de los contornos con trazos fuertes. Se le indica nuevamente las partes que deberán ser dibujadas (*primer nivel de ayuda*), esta vez comienza a colorear la cabeza, se administra el *segundo nivel de ayuda* donde se le llama la atención para que se centre solo en las orejas, reacciona ante la ayuda y comienza a dibujar una de las orejas saliéndose de los contornos.

Se le demuestra la actividad nuevamente, para ello el evaluador comienza a colorear la otra oreja del gato enfatizando en cómo debe hacerlo.

Se le da al niño otra hoja con el dibujo del gato para que lo realice solo, al ejecutar se aprecian mejoras en la realización de la actividad, pues aunque se sale de los contornos no lo hace como en los primeros intentos.

Muestra satisfacción al ejecutar la tarea, al concluir se le orienta dibuje las patas, cumple la orden, aunque nuevamente necesita la demostración. Se continúa el dibujo de las partes indicadas con una transferencia parcial de la ayuda. Al concluir abandona la actividad. Recibe evaluación emergente.

En la **tarea 31-A** deberá emparejar letras del alfabeto. En el primer intento, al ofrecer la letra S, la toma en sus manos y observa, luego la tira en la mesa. Se brinda el *primer nivel de ayuda* donde se reorienta la actividad, vuelve a tomar la letra en sus manos, pero la coloca en el lugar inapropiado. Se administra el *segundo nivel de ayuda* y luego el *tercero*. Vuelve a poner la ficha en el lugar incorrecto. Se ofrece el *quinto nivel de ayuda*, se toma su mano y se coloca encima de la letra S.

Luego se le da la letra J, la mantiene en sus manos, se brinda el *primer nivel de ayuda*, responde a él pero la coloca en el lugar de la letra V, se llama su atención (*segundo nivel de ayuda*), es capaz de rectificar, observa unos instantes y luego la pone en el lugar correcto. De la misma forma realiza con el resto de las letras. Esta tarea es emergente.

La **tarea 31-B** no se administra teniendo en cuenta las particularidades del menor.

En la **tarea 31-C** falla.

La **tarea 32** se evalúa emerge pues intenta copiar la letra A después de la orden, realiza trazos curvos. Se demuestra cómo copiar la letra, en el segundo intento mejora la realización de los trazos.

El evaluador toma su mano para conducir la tarea, acepta la ayuda. Se le orienta tazarla nuevamente pero esta vez solo, copia la letra A con dificultades, pero es identificable. Se repite el mismo procedimiento con las letras L; Y; E, presenta mayor dificultad con las letras B; D y G.

Sesión 8

Al entrar comienza a dar vueltas por la habitación, al ver el papel y lápiz se sienta. Para ejecutar la **tarea 33**, requiere el *primer nivel de ayuda* donde se le demuestra cómo dibujar una persona. Al tomar el lápiz garabatea la hoja, no responde al *segundo nivel de ayuda*. Se pasa a la realización conjunta del dibujo (*tercer nivel de ayuda*), lo acepta. Se le indica realizarlo solo, dibuja la cabeza y parte del cuerpo, abandona la actividad, no acepta nuevamente la ayuda del adulto. Esta actividad es emergente y será retomada nuevamente.

En la **tarea 34** falla.

En el **ítem 35** deberá identificar por el tacto 5 objetos colocados dentro de una bolsa, esta tarea se puntúa para las funciones representación cognitiva y motricidad fina.

El niño muestra interés por la bolsa e intenta quitarla al examinador antes de orientar la tarea. Al pedirle sacar el lápiz introduce su mano y saca un grupo de objetos. Se administra el *primer nivel de ayuda*.

En el segundo intento, voltea la bolsa sobre la mesa. Se le permite observar todos los objetos, luego se colocan nuevamente dentro de ella.

Al intentar nuevamente la actividad, espera la orden del adulto, pero al introducir su mano saca cualquier objeto. En esta tarea falla para las dos áreas.

La **tarea 36** consiste en cortar papel con tijeras, en el primer intento el niño toma las tijeras en sus manos, pero coloca los dedos en la posición incorrecta y no sabe como manipularla. Por ello se procede a brindar el *cuarto nivel de ayuda* donde se le demuestra como cortar

en el papel, al tomarlas de nuevo se le ayuda a colocar sus dedos, realiza varios cortes en la hoja, recibe evaluación emerge.

Para la realización de la **tarea 37-A**, deberá apilar 8 bloques. Después de ser orientada la actividad, el menor no responde, observa los bloques colocados encima de la mesa, toma uno en sus manos y lo manipula, se reorienta la actividad (*primer nivel de ayuda*), comienza a colocar los bloques, apila tres, pero caen, se irrita, toma dos y los tira hacia el suelo. Se le orienta recogerlos, cumple la orden.

Se realiza el segundo intento, antes se le demuestra como apilar los bloques uno arriba del otro. El niño comienza a ejecutar la actividad, es capaz de apilar 6 bloques con la ayuda del adulto. Esta tarea es emergente.

En la **tarea 37-B** pasa, el niño coloca los bloques en la caja en el primer intento sin necesidad de ayuda.

Se retoma la actividad 33 consistente en dibujar una persona, se le presenta el dibujo realizado por el examinador y se le indica hacerlo al lado. Traza la cabeza sin los detalles faciales y el cuerpo con líneas. Logra transferir la ayuda ofrecida de forma parcial.

La **tarea 37-C** es falla al no poder contar los bloques.

En la **37-D**, es emergente pues es capaz de entregar al examinador dos bloques en el primer intento después de ser orientado.

La **tarea 38** se evalúa como emergente pues el niño es capaz de poner la taza en el suelo al igual que el cubo, pero no coloca éste dentro de la taza.

En las **tareas 39 y 40** falla al no poder contar en alto del 1 al 10, ni identificar expresivamente estos números.

Potencialidades y problemáticas de los contextos familiar, comunitario, escolar y del niño en el estudio de caso realizado.

VARIABLES	POTENCIALIDADES	PROBLEMÁTICAS
CONTEXTO FAMILIAR	1. Altos ingresos monetarios en el hogar, así como artículos de primera necesidad y medios audiovisuales que garantizan el bienestar físico y emocional de sus miembros.	1. Conflictos frecuentes con el padre en presencia del niño debido a la no implicación de éste en la educación del hijo.

	<p>2. Adecuadas condiciones higiénicas sanitarias, así como amplitud de la vivienda.</p> <p>3. Preocupación constante por la salud y el bienestar físico del niño, satisfacción de sus necesidades materiales.</p> <p>4. El nivel cultural de los miembros de la familia facilita la comprensión de las orientaciones brindadas por los especialistas para la potenciación del desarrollo del niño.</p> <p>5. Disposición por aprender más acerca del autismo y de conocer estrategias para contribuir a su desarrollo, fundamentalmente en el área de la comunicación, las relaciones interpersonales y el autovalidismo.</p> <p>6. Conocimiento por parte de la mamá acerca de las características de su hijo lo cual le permite identificar los factores que desencadenan alteraciones en su comportamiento.</p> <p>7. Se favorecen las relaciones del niño con miembros de la familia, así como con vecinos y amigos.</p> <p>8. Realización de intercambios frecuentes con otras familias que poseen hijos(as) con igual diagnóstico.</p> <p>9. Liderazgo materno en las acciones educativas con el niño.</p>	<p>2. Escasez de información actualizada sobre el autismo, principalmente acerca de cómo educar al niño, estimular su socialización, buscar alternativas para la comunicación y manejar las conductas problemáticas.</p> <p>3. Insuficiente orientación por parte de los especialistas en la institución educativa a la que asiste, pues no se les prepara para enfrentar la educación del niño.</p> <p>5. Poco aprovechamiento de los recursos de la comunidad en la estimulación del desarrollo del niño.</p> <p>6. Insuficiente dominio de sus potencialidades, así como de sus principales necesidades educativas.</p> <p>7. Inconstancia en los métodos educativos empleados.</p> <p>8. Regulación de la conducta del niño mediante el empleo de métodos inadecuados como el castigo físico, amenazas y gritos.</p> <p>9. Poca sistematicidad y constancia en las exigencias hacia el niño las cuales quedan por debajo de sus posibilidades reales, así como en las acciones dirigidas a su independencia y autovalidismo.</p> <p>10. No se ponen en práctica estrategias de anticipación ante los cambios en el espacio físico.</p>
--	---	--

	<p>10. Abuelos reflexivos, pacientes, dedicados, comprometidos e involucrados en la educación del niño.</p>	<p>11. Poca receptividad de la madre a las críticas o señalamientos de familiares y especialistas con relación al manejo del hijo con autismo.</p> <p>12. Insuficiente acercamiento a la institución educativa.</p>
<p>CONTEXTO COMUNITARIO</p>	<p>1. Cuenta con servicios que garantizan la satisfacción de las principales necesidades de sus integrantes.</p> <p>2. Adecuado nivel cultural lo que propicia la comprensión y aceptación de las personas con autismo.</p> <p>3. Adecuadas relaciones entre vecinos y respeto a las normas de convivencia.</p> <p>4. Empleo del tiempo libre en actividades que propician el desarrollo humano y espiritual de sus miembros.</p> <p>5. La totalidad de sus vecinos pertenecen activamente a las organizaciones de masas.</p> <p>6. Conocimiento del niño con autismo por la mayoría de los integrantes de la comunidad.</p>	<p>1. Los servicios con que cuenta no están en función de satisfacer las necesidades del niño con autismo y su familia.</p> <p>2. Poco conocimiento acerca del autismo por parte de los vecinos y personal que labora en las diferentes instituciones con que cuenta la comunidad.</p> <p>3. Insuficiente apoyo por parte de las instituciones de salud y atención social.</p>
<p>CONTEXTO ESCOLAR</p>	<p>1. La comunidad donde se encuentra enclavada la escuela cuenta con instituciones de salud, educación, así como económicas, culturales y deportivas que propician la realización de actividades fuera del centro.</p> <p>2. Adecuada limpieza y organización de los locales.</p>	<p>1. Estado constructivo poco adecuado.</p> <p>2. Espacio físico reducido que limita el libre desplazamiento de los alumnos.</p> <p>3. Dificultades en cuanto a iluminación y ventilación de los locales (aulas y gabinetes de las especialidades).</p>

	<p>3. Correcta planificación de las actividades que conforman el régimen del día.</p> <p>4. Proporción maestro alumno adecuada.</p> <p>5. Cobertura docente y no docente cubierta al 100%.</p> <p>6. Más del 50% de los docentes son licenciados.</p> <p>7. Cinco de los licenciados son master en Ciencias de la Educación, en la mención Educación Especial y el resto cursa la maestría en Ciencias de la Educación, mención Educación Especial.</p> <p>8. Estrechas relaciones de colaboración entre los docentes que integran el colectivo.</p> <p>9. Los miembros de la estructura de dirección ejercen adecuadamente las funciones de organización, dirección y control.</p> <p>10. Alto sentido del deber, compromiso y entrega con la labor que desempeñan.</p>	<p>4. Carencia de locales y espacios para las actividades de descanso, deportivas, laborales y recreativas, así como para la Educación doméstica.</p> <p>5. No se cuenta con personal de salud propio (médico y enfermera).</p> <p>6. No se realizan adecuaciones al contexto físico en aras de lograr un mayor desarrollo de los niños y niñas con autismo.</p> <p>7. No se tiene en cuenta en la organización del régimen del día las particularidades de los niños(as) con autismo.</p> <p>8. Insuficiente flexibilización de horarios y espacios.</p> <p>9. Insuficientes conocimientos de los docentes acerca de las particularidades de los niños(as) con autismo y cómo desarrollar la intervención psicopedagógica.</p> <p>10. Los docentes no desarrollan investigaciones encaminadas a resolver las principales problemáticas relacionadas con la atención educativa a niños(as) con autismo.</p>
<p>NIÑO CON TEA</p>	<p>1. Establecimiento de relación con los adultos, acepta el contacto físico e inicia contacto ocular con las personas, aunque es fugaz.</p> <p>2. Empleo de gestos con intención comunicativa.</p> <p>3. Cumplimiento de órdenes del adulto siempre</p>	<p>1. Interés por su imagen en el espejo.</p> <p>2. No tolerancia a interrupciones y cambio de tareas o actividades que son de su agrado.</p> <p>3. Negativismo ante actividades que no le motivan.</p> <p>4. Reacción inapropiada ante exigencias por encima de sus posibilidades</p>

	<p>que sean comprensibles y no contengan demasiadas acciones.</p> <p>4. Preferencia por juegos y actividades que impliquen movimiento, así como por las Artes Plásticas.</p> <p>5. Interés y motivación por juegos y actividades con el uso de la computadora. Habilidades en el uso del Mouse.</p> <p>6. Coopera en la realización de actividades principalmente aquellas que son de su agrado.</p> <p>7. Acepta límites conductuales impuestos por el adulto.</p> <p>8. Es capaz de mejorar la realización de actividades por reforzamiento social.</p> <p>9. Solicita ayuda al adulto ante la realización de tareas que no sabe cómo resolver.</p> <p>10. Acepta y transfiere en la misma tarea o en otras semejantes las ayudas brindadas por el adulto. Es capaz de mejorar los modos de solución.</p> <p>11. Reacciona positivamente ante los llamados de atención.</p> <p>12. Imita movimientos motores, tanto gruesos como finos.</p> <p>13. Posee destrezas perceptuales básicas para cualquier aprendizaje, se orienta adecuadamente hacia los sonidos, sigue movimientos con su mirada, selecciona y diferencia tamaños y colores. Identifica receptivamente</p>	<p>reales o ante situaciones que no sabe cómo resolver.</p> <p>5. Formas en que explora el entorno y examina materiales.</p> <p>6. Necesidad de cambiar de actividad después de 15 a 20 min aproximadamente.</p> <p>7. Insuficiente desarrollo de habilidades lingüísticas y comunicativas.</p> <p>8. Dificultades en actividades o tareas que requieren respuesta verbal.</p> <p>9. Insuficiente desarrollo de destrezas motoras finas necesarias para escribir, realizar dibujos o colorear teniendo en cuenta los contornos.</p> <p>10. Insuficiente desarrollo de la autonomía personal; comer solo, acordonarse los zapatos, seleccionar prendas de vestir, peinarse.</p> <p>11. Insuficiente dominio de los conceptos arriba, abajo, delante, detrás, derecha e izquierda.</p> <p>12. Dificultades en la selección, manipulación y diferenciación de objetos por su textura.</p>
--	---	--

	<p>figuras geométricas (círculo, cuadrado y triángulo), así como los colores rojo, amarillo y azul.</p> <p>14. Colorea y realiza trazos con ayuda, aunque prefiere hacerlo de forma espontánea, sin ajustarse a reglas.</p> <p>15. Asocia objetos por su forma, tamaño y color con ayuda.</p> <p>16. Reconoce y señala las partes de su cuerpo.</p>	
--	---	--

Conclusiones

Las diversas investigaciones realizadas en las etapas por las que ha transitado la educación de alumnos con TEA desde el año 1943 hasta nuestros días han estimulado el desarrollo teórico, metodológico y explicativo del autismo, se revelan definiciones y transformaciones que hacen difícil una orientación única en su comprensión y tratamiento, el estudio realizado pone de manifiesto la influencia de diversas tendencias en las que se expresan concepciones y enfoques que se orientan hacia el empleo de métodos de enseñanza basados en técnicas de modificación de conducta, el máximo aprovechamiento de los contextos naturales con estrategias debidamente organizadas y estructuradas, así como la integración en centros de la enseñanza general con los correspondientes apoyos, necesarios para lograr la socialización de estas personas.

El diagnóstico psicopedagógico constituye el punto de partida para la intervención educativa en autismo, en la actualidad se plantea la necesidad de flexibilizar las condiciones en las que se realiza con un enfoque ecológico, en ambientes naturales, cercanos a la realidad cotidiana del niño(a) donde sus principales particularidades son su carácter flexible, individualizado, integral, dinámico, estructurado, interdisciplinario y participativo.

La metodología propuesta ofrece a la Pedagogía Especial una vía para la dirección del proceso de diagnóstico psicopedagógico en niños(as) con TEA, está fundamentada en los postulados del enfoque histórico-cultural; se estructura en tres fases que permiten realizar una valoración integral de cada caso en particular así como delimitar las

principales posibilidades y necesidades educativas del niño(a) y sus contextos para luego garantizar una adecuada intervención psicopedagógica, con una definición clara y precisa de los recursos de apoyo requeridos por el maestro para desarrollar la labor educativa.

Los criterios ofrecidos por los expertos y la realización de un estudio de caso permitieron obtener juicios de valor sobre la aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con TEA.

Referencias bibliográficas

- Akudovich, S. (2004). Fundamentos del proceso de diagnóstico de la Zona de Desarrollo Próximo de los alumnos con Retraso Mental en el contexto del diagnóstico escolar. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. Pinar del Río: Universidad "Hermanos Saíz Montes de Oca".
- Akudovich, S. (2006). El Enfoque Histórico-Cultural de L. S. Vigotsky y su impacto en la Educación Especial. Curso pre-evento. Congreso Educación y Pedagogía Especial. La Habana.
- Álvarez Cruz, C. (1998). Diagnóstico de la Zona de Desarrollo Próximo. Una alternativa metodológica en la validación de la metódica del cuarto excluido. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. La Habana: ICCP.
- Álvarez Cruz, C. (2006). Evaluación, diagnóstico y prevención. Tomado de Fundamentos de la Educación Especial. Maestría en Ciencias de la Educación. Módulo II. Cuarta Parte. La Habana: Pueblo y Educación.
- Álvarez Cruz, C., & Fabá Griñán, L. (2006). El diagnóstico psicopedagógico. Tendencias y perspectivas actuales. Curso pre-congreso. Congreso Educación y Pedagogía Especial. La Habana.
- Álvarez De Zayas, C. M. (1999). La escuela en la vida. Didáctica. La Habana: Pueblo y Educación.
- Anastasi, A. (1970). Test Psicológicos. La Habana: Edición Revolucionaria.
- Arias Beatón, G. (2001). Evaluación y diagnóstico en la Educación y el Desarrollo desde el enfoque histórico-cultural. Sao Paulo: CROMOSETE.
- Arias Beatón, G. (2002). Diversidad, cultura y desarrollo personal desde una perspectiva histórico-cultural. En Convocados por la diversidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Arnal, J. (1993). El estudio de casos. Tomado de Investigación educativa: Fundamentos y metodología. Barcelona: Labor.
- Artigas, J., et al. (2004). Un acercamiento al Síndrome de Asperger. Una guía teórica y práctica. España: Asociación Asperger. Madrid: Asociación Asperger.

- Attwood, T. (2001). El síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Madrid: Paidós Ibérica S.A.
- Bautista Jiménez, R. (1996). Necesidades Educativas Especiales. Alcoy: Aljibe.
- Bell Rodríguez, R. (1996). Sublime profesión de amor. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bell Rodríguez, R., & Musibay, I. (2002). Convocados por la diversidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bell Rodríguez, R., & Musibay, I. (2001). Pedagogía y Diversidad. La Habana: Abril.
- Bell Rodríguez, R., & Musibay, I. (1997). Educación Especial: Razones, visión actual y desafíos. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bermúdez Morris, R., & Pérez Martín, L. M. (2007). La orientación individual en contextos educativos. La Habana: Pueblo y Educación.
- Bernardo García, T., & Martín Rodríguez, C. (1993). El niño y la niña autista. En Necesidades Educativas Especiales. (251 -268). Alcoy: Aljibe.
- Betancourt Torres, J. (1992). Selección de temas de Psicología Especial. La Habana: Pueblo y Educación.
- Betancourt Torres, J., & González Urra, A. (2003). La comunicación educativa. La Habana: Pueblo y Educación.
- Betancourt Torres, J., & González Urra, A. (2003). Concepciones teóricas generales en relación con el desarrollo psíquico y el diagnóstico. En Dificultades en el aprendizaje y trastornos emocionales y de la conducta. (2 - 15). La Habana: Pueblo y Educación.
- Bettelheim, B. (1967). La fortaleza vacía: el autismo infantil y el nacimiento del sí mismo. Barcelona: Laia.
- Borges Rodríguez, R., Orozco Delgado, M., & Fabá Griñán, L. (2007). Atención integral a las personas con necesidades educativas especiales en Cuba. Curso #14. Congreso Internacional Pedagogía 2007. La Habana: MINED.
- Borges Rodríguez, S. (2006). Conferencia Inaugural del Congreso de Educación y Pedagogía Especial. La Habana: Educación cubana.

- Caballero Delgado, E. (2002). Diagnóstico y diversidad. Selección de lecturas. La Habana: Pueblo y Educación.
- Castro Alegret, P. L. et al. (2005). Para conocer mejor a la familia. En Familia y escuela: El trabajo con la familia en el sistema educativo. (115 - 164). La Habana: Pueblo y Educación.
- Castro Alegret, P. L. et al. (2008). El maestro y la familia del niño con discapacidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Castro Ruz, F. (2002). Discurso de Fidel Castro Ruz en la inauguración de la Escuela Especial para niños autistas Dora Alonso en Ciudad Escolar Libertad. *Trabajadores 7 de enero de 2002*. p.6-7.
- Colectivo de autores, 2005. Metodología de la investigación educativa. Desafío y polémicas actuales. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Colectivo de autores. (2003). Psicodiagnóstico: Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela.
- Colectivo de Autores. (1996). Psicología para educadores. La Habana: Pueblo y Educación.
- Colectivo de Autores, 1997. Diagnóstico escolar. La Habana: Universidad de La Habana.
- Colectivo de Autores. (1985). Sobre el perfeccionamiento de los CDO. La Habana: Pueblo y Educación.
- Cobas Ochoa, C. L., et al. (2008). Las adaptaciones curriculares y la igualdad de oportunidades en la escuela. La Habana: Pueblo y Educación.
- Collazo Delgado, B., & Puentes Albá, M. (1992). La orientación en la actividad pedagógica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Crespo Borges, C. (2007). Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Santa Clara: Instituto Superior Pedagógico "Félix Varela".
- Jiménez Martínez, P. (1996). Educación Especial – Integración escolar y social. ¿Dónde nos ubicamos? En Conferencia inaugural. 1er Evento Internacional de Educación Especial. Cienfuegos.
- De Urrutia Torres, L. Y., & González Olredo, G. (2003). Metodología de la investigación social I. Selección de lecturas. La Habana: Félix Varela.

- Delgado Martínez, R. L. (2006). Metodología para la enseñanza de las formas verbales a los alumnos sordos de quinto grado. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. Matanzas: Instituto Superior Pedagógico "Juan Marinello".
- Microsoft Corporation. (2005). Enciclopedia *Encarta*®.
- Edelson, S. M. (2000). Visión global del autismo. Salem: Centro para el Estudio del Autismo.
- Escudero, A. (1998). Pautas de intervención educativa con alumnos autistas o con Trastornos Generalizados de Desarrollo. En *Supuestos prácticos en Educación Especial*. Madrid: Escuela Española S.A.
- Fabá Griñán, L. (2005). La superación profesional de pedagogos y psicopedagogos de los Centros de Diagnóstico y Orientación para la realización del diagnóstico pedagógico de los niños con necesidades educativas especiales del primer ciclo de la Educación General Primaria. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. La Habana: Centro Latinoamericano para la Educación Especial.
- Fernández Díaz, A. et al. (2006). Familia, comunidad y psicoterapia escolar en la Educación Especial. En, *Fundamentos de la Educación Especial. Maestría en Ciencias de la Educación*. (21 - 27). La Habana: Pueblo y Educación.
- Fernández Garza, F. J. (2003). Manual avanzado para niños autistas. De la aceptación a la vida útil. Bogotá: PSICOM Editores.
- Ferreiro Gravié, R., Sicilia González, P.L., & Orozco Hechevarría, O. (1982). Anatomía y fisiología del desarrollo e higiene escolar. La Habana: Pueblo y Educación.
- Frith, U. (1991). La dificultad para hablar con los demás. Madrid: Alianza.
- Gadia, C.A., & Tuchman, R.S. (2003). Manejo de los niños con Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Neurología*. 36(2), 166-173. Recuperado de <https://miami.pure.elsevier.com/en/publications/management-of-children-with-autism-spectrum-disorders>
- Garanto, J., Comes, G., & Gisbert, M. (1993). Educación para la diversidad: perspectivas de futuro. En *La necesidad de una educación para la diversidad*. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.

- García Batista, G., et al. (2001). *Compendio de Pedagogía*. La Habana: Pueblo y Educación.
- García Morey, A. (2003). *Psicopatología infantil. Su evaluación y diagnóstico*. La Habana: Félix Varela.
- Gil Álvarez, J. L. (2004). *Sistema de evaluación de la calidad de la formación inicial del profesorado: un estudio de campo en la carrera Licenciatura en Educación Primaria*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos.
- Gómez Leyva, I. (2008). *Modelo de educación familiar desde un enfoque de autodesarrollo para la socialización del niño con autismo*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Matanzas: Instituto Superior Pedagógico "Juan Marinello".
- Gómez Leyva, I. (2005). *Un acercamiento al autismo*. La Habana: Pueblo y Educación.
- González Maura, V., et al. (1995). *Psicología para Educadores*. La Habana: Pueblo y Educación.
- González Sánchez, A. (1999). *El Perfil Psicoeducativo como herramienta de evaluación psicológica en autismo infantil*. Tesis en opción al título académico de Master en Educación Especial e Integración Escolar. Girona: Universidad de Gerona.
- Guerra Iglesias, S., et al. (2006). *Hacia una concepción didáctica potenciadora del desarrollo de los escolares con necesidades educativas especiales*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Ibarra, M., et al. (2001). *Metodología de la investigación social*. La Habana: Félix Varela.
- Jiménez Martínez, P. (1997). *Educación e integración escolar y social de personas con problemas psicótico-comportamentales*. Material de la Maestría en Educación Especial e Integración Escolar. Módulo 6. Girona: Universidad de Gerona.
- Jiménez Martínez, P. (1996). *Educación Especial – Integración escolar y social. ¿Dónde nos ubicamos?* 1er Evento Internacional de Educación Especial. Cienfuegos.
- Jiménez Martínez, P., & Vilá Suñé, M. (1999). *De educación especial a educación en la diversidad*. Malaga: Aljibe.

- Kanner, L. (1993). Autistic disturbances of affective contact. *Revista Siglo Cero*, (149). Recuperado de http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Psico/Kanner.pdf
- Lara Díaz, L. (2002). Diagnóstico y evaluación. Procesos para la toma de decisiones y mejora en el contexto educativo. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos.
- López Hurtado, J. Y., & Siverio A. M. (1996). El diagnóstico un instrumento de trabajo pedagógico a escolares. La Habana: Pueblo y Educación.
- López Machín, R. (2002a). De la Pedagogía de los defectos a la Pedagogía de las potencialidades. Nuevos conceptos en Educación Especial. En, *Convocados por la diversidad*. La Habana: Pueblo y Educación.
- López Machín, R. (2002b). Reconceptualización de la Educación Especial. En, *Educación de alumnos con necesidades educativas especiales. Selección de temas para los docentes*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Maciques Rodríguez, E. (2004). Reflexiones sobre un complejo problema. El autismo. *Revista Educación*, (112).
- Martos-Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Rev. Neurol*, 42 (2), 99-S101. Recuperado de <https://www.neurologia.com/articulo/2005781>
- Márquez Fernández, G. M. (2000). La orientación Familiar: Vía para lograr la coherencia educativa con la escuela. Tesis en opción al título académico de Master. La Habana: Universidad de La Habana.
- Martínez Iturriarría, G. (2013). El impacto social del autismo. México: Editorial Universidad Intercontinental.
- Martos, J. (1997). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Martos, J. (2006). La intervención educativa desde las posiciones explicativas neuropsicológicas en el autismo. *Revista de Neurología Clínica*, 2(1). Recuperado de https://psiquiatria.com/desarrollo_tr_generalizados/la-intervencion-educativa-desde-las-posiciones-explicativas-neuropsicologicas-en-autismo/
- Massani Enríquez, J. F. (2005). Contextualización histórica de la Educación Especial. Cienfuegos: Universidad de Cienfuegos.

- Massani Enríquez, J. F. (2006). La intervención psicoeducativa de niños autistas ante el reto de la diversidad. Evento Atención a la diversidad: Retos y alternativas. Cienfuegos: ISP "Conrado Benítez García".
- Massani Enríquez, J. F. (2007). La preparación del docente para la atención psicopedagógica integral a escolares con autismo. Taller Internacional Atención Integral al autismo infantil. La Habana.
- Mesa Villavicencio, P., Leyva, M., López, R., Álvarez, C., Ricardo, M., & Núñez, O (2006). El trabajo en los Centros de Diagnóstico y Orientación. La Habana: Pueblo y Educación.
- Moll, L. (1997). Vigotsky, la educación y la cultura en acción. En *Hacia el currículo cultural*. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.
- Moreno Ibarra, M. (1999). Evaluación psicológica integral en el autismo. Recuperado de <http://www.autismo.com/scripts/art%C3%AD-culo/smuestra.idc?n=marianela>
- Nieves Rivero, M. L. (1995). El diagnóstico como proceso de evaluación-intervención. La Habana: MINED.
- Nieves Rivero, M. L. (2000). El diagnóstico como proceso de evaluación-intervención: una nueva concepción. En, Educación de alumnos con necesidades educativas especiales. Fundamentos y actualidad. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Nocedo De León, I., (2001). Metodología de la investigación educacional. La Habana: Pueblo y Educación.
- Orozco Delgado, M. et al. (2008). Consideraciones pedagógicas para la atención a niños con diagnóstico de autismo. La Habana: MINED.
- Peeters, T. (2011). Decálogo del profesional especializado en autismo. Recuperado de <https://autismodiario.org/wp-content/uploads/2011/04/Decalogo-del-profesional.pdf>
- Pérez, G., et al. (1996). Metodología de la investigación educacional. La Habana: Pueblo y Educación.
- Rabelo, V., Chkut, T., & Escalona, E. (2006). La atención educativa integral a niños(as) con formas cualitativamente complejas de expresión de sus discapacidades. En Curso pre-evento. Congreso Educación y Pedagogía Especial. La Habana: MINED.

- Ramírez Ramírez, I. (2007). El estudio de casos como método científico de investigación en la escuela. La Habana: Pueblo y Educación.
- Rico Montero, P. (2003). La zona de desarrollo próximo. Procedimientos y tareas de aprendizaje. La Habana: Pueblo y Educación.
- Rico Montero, P., et al. (2000). Hacia el perfeccionamiento de la escuela primaria. La Habana: Pueblo y Educación.
- Rivero Rivero, M. (2001). Influencia de la modelación en el desarrollo intelectual de escolares retrasados mentales leves. Tesis en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Pedagógicas. Camagüey: Universidad de Camagüey.
- Riviere Gómez, A. (1997) Curso de desarrollo normal y autismo. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de Santa Cruz de Tenerife.
- Rodríguez Méndez, O. (2004). Autismo Infantil y del Adolescente: Abordaje Integral. Curso Pre evento. Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto Juvenil. La Habana.
- Rosental, M., & Iudin, P. (1981). Diccionario Filosófico. La Habana: Revolucionaria.
- Sanahuja Gavalda, J. M. (1994). La implantación de un sistema de comunicación alternativa en un sujeto autista. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sánchez Canillas, F., Botías Pelegrín, F. E., & Higuera Posada, M. (2004). Trastornos del Espectro Autista. Grupo de estudios de Trastornos del Espectro Autista. Madrid: Instituto de investigación de enfermedades raras.
- Shuare, M. (1990). La psicología soviética tal como yo la veo. Moscú: Progreso.
- Sigman, M., & Capps, L. (2000). Niños y niñas autistas. Madrid: Morata.
- Solé Arrondo, M. E. (1986). Psicodiagnóstico. Teoría y práctica. Moscú: Progreso.
- Segura Suárez, M. E., et al. (2005). Teorías Psicológicas y su influencia en la educación. La Habana: Pueblo y Educación.
- Swartz Stanley, L. (2001). Autismo y su tratamiento: retos para el siglo 21. California: State University. EE.UU.

- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2000). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Madrid: Paidós.
- Torres González, M. (2003). Familia, unidad, diversidad. La Habana: Pueblo y Educación.
- Torroella González-Mora, G. (2002). Aprender a convivir. La Habana: Pueblo y Educación.
- Valle, L. (2012). El desempeño profesional pedagógico del maestro en la atención educativa al niño con autismo, en: Una mirada a la atención educativa para personas con autismo. La Habana: Molinos Trade S.A.
- Velásquez Argota, J., & Lozano Pérez, T. (1996). El diagnóstico positivo de autismo infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 68(2), 21-25.
- Venguer, L. (1976). Temas de psicología preescolar. La Habana: Pueblo y Educación.
- Vigotsky, L. S. (1995). Obras Completas. Fundamentos de Defectología. La Habana: Pueblo y Educación.
- Vigotsky, L. S. (1998). Pensamiento y lenguaje. La Habana: Pueblo y Educación.
- Wing, L., & Potter, D. (1999). Apuntes sobre la prevalencia del espectro autista. Recuperado de <http://espectroautista.info/prevalencia.html>

Índice

Introducción	3
Capítulo I. Fundamentos teóricos acerca de la atención psicopedagógica a niños y niñas con trastornos del espectro autista	6
1.1. El autismo: aproximación gnoseológica	6
1.2. Tendencias en la atención educativa a niñas y niños con diagnóstico de autismo	10
1.3. Particularidades de la atención educativa a niños(as) con autismo en Cuba	17
1.4. El proceso de diagnóstico psicopedagógico de los alumnos con necesidades educativas especiales	20
1.5. Reflexiones en torno al diagnóstico y la evaluación	25
1.6. Acerca del diagnóstico psicopedagógico del TEA. Particularidades	26
1.7. Análisis crítico del Perfil Psicoeducativo (PEP) como herramienta para el diagnóstico psicopedagógico en niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista	32
Capítulo II. Metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niñas y niños con Trastorno del Espectro Autista	39
2.1. Fundamentos de la metodología para la realización del proceso de diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con Trastorno del Espectro Autista	39
2.2. Componentes estructurales de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo	49
Capítulo III. La aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) CON Trastorno del Espectro Autista. Presentación de un estudio de caso	107
3.1. Resultados de la aplicabilidad de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con autismo. Criterio de expertos	107

3.2. La implementación de la metodología para el diagnóstico psicopedagógico de niños(as) con Trastorno del Espectro Autista. Presentación de un estudio de caso..... 120

Conclusiones169

Referencias bibliográficas170

Este libro constituye los resultados de las investigaciones de sus autores en el tema que se declara. Presenta tres partes. En la primera se realiza un análisis histórico lógico de la historia clínico-educativa del autismo y se determinan las tendencias en la atención educativa. También se analizan las concepciones actuales en relación con el diagnóstico psicopedagógico de los alumnos con necesidades educativas especiales en general, y en particular el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, se realiza una valoración crítica del Perfil Psicoeducativo (PEP). En la segunda parte, se presenta los componentes estructurales de una metodología para el diagnóstico psicopedagógico de las niñas y niños con TEA y por último, en la tercera parte, se particulariza la valoración de la metodología propuesta, por el método de criterio de expertos, así como la presentación de un estudio de caso realizado a un niño diagnosticado con TEA, donde se incluye el diseño de una estrategia de intervención.

EDITORIAL



UNIVERSO
S U R



FUNDACIÓN
METROPOLITANA
Fomentando la Educación Superior

ISBN: 978-959-257-528-8

