

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



“MEMORIA LABORAL”

P.E.T.A.E.N.G.

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA EN NIÑOS CON
AUTISMO MODERADO DEL CENTRO DE EDUCACIÓN
ESPECIAL MURURATA**

Para obtener el Título de Licenciatura

POR: TANIA QUENALLATA CASTRO

TUTOR: Dra. MARGARETT TERESA HURTADO LOPEZ

LA PAZ – BOLIVIA

Junio - 2021

DEDICATORIA

Dedicado a mis tres hijos, que son mi mayor bendición, el motivo de lucha y superación, por que algún día logren seguir mis pasos siendo grandes profesionales y personas de bien, y en especial a ese ser que me dio la vida mi adorada mamá que desde un principio siempre me apoyo y aunque ahora ya no está a mi lado le digo gracias por permitirme concluir este proyecto ya que sé que desde el cielo me siguió bendiciendo para poder lograrlo.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer en primer lugar a mis queridas hermanas, que siempre estuvieron impulsándome, dándome palabras de ánimo, brindándome su apoyo moral y sobre todo demostrándome su cariño día a día, por ser parte de mi vida y el motivo para seguir adelante, a mis compañeras de trabajo ya que más que un Equipo Multidisciplinario llegamos a formar un lazo de amistad, brindándonos apoyo, colaborándonos en momentos difíciles, compartiendo experiencias y aprendizajes lo que fortaleció mis conocimientos, a la Coordinadora del Centro donde trabajo, por ser una persona con muchos principios, la misma que siempre me dio su apoyo, su confianza y nuevas oportunidades para cumplir mis expectativas y sobre todo valorando el rol que desempeño como Psicóloga en el Centro, a DIOS que me levanto en momentos difíciles poniéndome pruebas, pero al mismo tiempo me fortaleció para seguir adelante. Y por último al Director de la Carrera por haber aperturado esta modalidad de Titulación, a mis coordinadores, tutora, y tribunales que aportaron Metodológicamente y con su experiencia para que pueda culminar este trabajo. Muchas gracias y que Dios siempre bendiga sus vidas.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO INSTITUCIONAL.....	3
1.1. Descripción de la Institución.....	3
1.1.1 Características de la población.....	4
1.1.2 Características de los profesionales del Centro.....	5
1.1.3 Naturaleza del Centro.....	5
1.1.4 Formas de agrupamiento.....	6
1.1.5 Características del Centro.....	8
1.1.5.1. Misión de la Institución.....	9
1.1.5.2. Visión de la Institución.....	9
1.1.6 Objetivos del Centro.....	9
1.1.6.1. Objetivo General.....	9
1.1.6.2. Objetivos Específicos.....	9
1.1.7 Enfoque educativo.....	10
1.2. Identificación del problema.....	13
1.2.1. Selección de los participantes y/o población de estudio.....	14
1.2.2. Descripción de las problemáticas identificadas.....	17
1.2.2.1. Conductas destructivas.....	17
1.2.2.2. Conductas de escape.....	18
1.2.2.3. Agresiones.....	18
1.2.2.4. Autolesiones.....	19
1.2.2.5. Problemas de Lenguaje y comunicación.....	20
1.2.2.6. Dificultad en la Integración Sensorial.....	21
1.2.3. Estudio de casos.....	22
1.2.4. Niveles de Gravedad del TEA.....	23
1.2.5. Descripción General del Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	25
1.2.6. Aplicación de los Instrumentos de Evaluación.....	30
1.2.6.1. Registro de Observación.....	30
1.2.6.2. Escala de valoración del autismo infantil “C.A.R.S.”.....	31

1.2.6.3.	Test de Matrices Progresivas /RAVEN.....	35
1.2.6.4.	Índice de hiperactividad / EDAH.....	36
1.2.7.	Propuesta de Solución.....	39
1.2.8.	Programa de Intervención.....	40
1..2.9.	Objetivos de Intervención.....	45
1.2.9.	Planes de Intervención.....	45
1.2.9.1.	Abordaje con el niño.....	45
1.2.9.2.	Abordaje con la familia.....	46
1.2.10.	Métodos de Intervención.....	47
1.2.10.1.	TERAPIAS CONDUCTUALES.....	47
1.2.10.1.1.	Terapia Cognitivo Conductual.....	47
1.2.10.1.2.	Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	49
1.2.10.1.3.	Entrenamiento Familiar.....	50
1.2.10.2.	ESTRATEGIAS.....	51
1.2.11.2.1.	Adaptaciones Ambientales.....	51
1.2.11.2.2.	Cambiar su estado emocional.....	51
1.2.11.2.3.	Utilización de estructuras, rutinas y ayudas visuales.....	52
1.2.11.2.4.	Utilizar instrucciones proactivas positivas.....	52
1.2.11.2.5.	Respuesta a la crisis.....	52
1.2.11.3.	TÉCNICAS.....	53
1.2.11.3.1.	Técnicas de inhibición de respuesta.....	53
1.2.11.3.2.	Técnicas de estimulación sensorial.....	53
1.2.11.3.2.1.	Técnica del Cepillado.....	53
1.2.11.3.3.	Técnicas de relajación y vuelta a la calma.....	55
1.2.11.3.4.	Técnicas para reconducir las Autolesiones.....	56
1.2.11.3.5.	Técnica de regulación emocional.....	56
1.2.11.3.6.	Técnicas de relajación y control del estrés y la ansiedad.....	58
1.2.11.3.7.	Técnicas de estimulación cognitiva.....	60
1.2.11.3.7.1.	Juegos de madera para niños.....	60
1.2.11.3.7.2.	Fichas de estimulación cognitiva.....	61
CAPITULO II.....		63
DESARROLLO LABORAL.....		63

2.1.	Objetivo de la Intervención Laboral.....	63
2.1.2.	Objetivos Específicos.....	63
2.2.	Descripción de las funciones y tareas.....	64
2.2.1.	Proceso de observación.....	64
2.2.2.	Anamnesis.....	64
2.2.3.	Entrevista.....	65
2.2.4.	Evaluación y Diagnostico.....	65
2.2.5.	Elaboración del Programa de Intervención.....	66
2.2.6.	Sesiones Terapéuticas.....	66
2.2.7.	Seguimiento de las sesiones	66
2.2.8.	Informe Final.....	67
2.3.	Resultados alcanzados.....	68
2.4.	Lecciones aprendidas y buenas prácticas.....	70
2.4.1.	Lecciones aprendidas.....	70
2.4.2.	Buenas practicas.....	71
CAPÍTULO III.....		73
DESEMPEÑO LABORAL.....		73
3.1.	Aprendizaje Laboral.....	73
3.2.	Logros Profesionales.....	78
3.3.	Límites y dificultades.....	80
CAPÍTULO IV.....		82
DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL.....		82
4.1.	Planteamientos de futuros desafíos a nivel profesional.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		84

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración Nro. 1 Logo del Centro de Educación Mururata.....	3
Ilustración Nro. 2 Infraestructura Centro de Educación Especial Mururata.....	4
Ilustración Nro. 3 Orientaciones a las familias de los estudiantes	11
Ilustración Nro. 4 Juegos de Madera para niños Clasificar Formas.....	61
Ilustración Nro. 5 Campaña Tocamos la Campana	80

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 1 Niveles de gravedad del Trastorno del Espectro del Autista	22
Tabla Nro. 2 Resultados del Programas de Intervención.....	73
Tabla Nro. 3 Proceso de Intervención.....	75

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro Nro.1 Descripción General de los niños con Trastorno del Espectro Autista...	23
Cuadro Nro.2 Registro de Observación.....	31
Cuadro Nro.3 Programa de Intervención Terapias.....	42

RESUMEN

El presente trabajo de Memoria Laboral, está orientado al desarrollo de un Programa de Intervención Psicoterapéutico adaptado a niños con Trastorno del Espectro Autista con nivel de funcionalidad Moderado del Centro de Educación Especial Mururata, que atiende a niños y jóvenes con discapacidad Intelectual y múltiple, dando apoyo en aula y a nivel de especialidades. En primer lugar, se comenzó con el proceso de observación y diagnóstico identificando casos específicos que estaban provocando disfuncionalidad en los diferentes ambientes del Centro, para la obtención de información se realizó entrevistas estructuradas a las familias, personal docente y especialistas que sirvieron de apoyo en la selección y diagnóstico de los participantes. En segundo lugar, se hace la descripción de la población seleccionada que sería 10 niños entre 6 a 10 años con autismo moderado, que presentaban diferentes problemáticas como ser, problemas conductuales, falta de regulación emocional y déficit cognitivo, describiendo teóricamente conceptos, causas, prevalencia, características y la sintomatología básica, que sirvió de guía para poder entender la patología de los niños seleccionados, también se detalla como respaldo tres historias de niños que presentan las características expuestas anteriormente, las mismas que sirvieron de guía para explicar el proceso de intervención que se desarrolla en las terapias y el manejo de las mismas. Posteriormente como propuesta de solución se hace el planteamiento del Programa de Intervención que fue adaptado y aplicado de manera individual a cada niño, especificando mediante cuadros y gráficos las estrategias, técnicas y actividades que se realizan y los resultados alcanzados hasta el momento. Los objetivos principales están orientado al proceso de Intervención, implementación del Programa, desarrollo, socialización y entrega de informes finales a las familias y personal del Centro. Y ya finalizando el abordaje de sistematización se hace una descripción de la labor general que se realiza en el Centro, describiendo logros, dificultades, límites, aprendizaje y Proyección Laboral que se tiene a futuro.

Palabras claves

Trastorno del Espectro Autista, Intervención, Sintomatología, Regulación emocional, Déficit Cognitivo, Programa, Patología.

SUMMARY

The present work of Work Memory is oriented to the development of a Psychotherapeutic Intervention Program adapted to children with Autism Spectrum Disorder with a Moderate level of functionality of the Mururata Special Education Center, which serves children and young people with Intellectual and multiple disabilities, giving support in the classroom and at the level of specialties. In the first place, the process of observation and diagnosis began, identifying specific cases that were causing dysfunction in the different environments of the Center, to obtain information, structured interviews were carried out with families, teaching staff and specialists who served as support in the selection and diagnosis of participants. Secondly, the description of the selected population is made, which would be 10 children between 6 and 10 years old with moderate autism, who presented different problems such as behavioral problems, lack of emotional regulation and cognitive deficit, theoretically describing concepts, causes, prevalence, characteristics and basic symptoms, which served as a guide to be able to understand the pathology of the selected children, it is also detailed as support three stories of children who present the characteristics set out above, the same ones that served as a guide to explain the intervention process that it is developed in therapies and their management. Subsequently, as a solution proposal, the Intervention Program approach is made, which was adapted and applied individually to each child, specifying by means of charts and graphs the strategies, techniques and activities that are carried out and the results achieved so far. The main objectives are oriented to the process of Intervention, implementation of the Program, development, socialization and delivery of final reports to the families and staff of the Center. And after completing the systematization approach, a description of the general work carried out in the Center is made, describing achievements, difficulties, limits, learning and Future Labor Projection.

Keywords

Autism Spectrum Disorder, Intervention, Symptoms, Emotional regulation, Cognitive deficit, Program, Pathology.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Memoria Laboral busca sistematizar todo el proceso realizado anualmente en el área de Psicología en el Centro de Educación Especial Mururata, realizando como labor principal la Intervención Psicoterapéutica a niños y jóvenes con discapacidad Intelectual y Múltiple, como ser Síndrome de Down, Autismo, y Parálisis Cerebral, con grados de funcionalidad desde leve, moderado a grave.

El Centro Mururata cuenta con más de 150 alumnos inscritos en aula, de los cuales un 50 por ciento toman terapia en las diferentes especialidades los mismos que son evaluados de acuerdo a las diferentes problemáticas y grados de dificultad que van presentando y a la vez van alterando el desarrollo de las actividades programadas a nivel curricular, en sus hogares y en su entorno social, es así que desde el inicio de gestión se comienza con la selección de casos, programando horarios para realizar las respectivas evaluaciones que servirán de apoyo para determinar la forma de abordaje y plan de intervención que se realizara.

El proceso que se describirá posteriormente comienza con la entrevista inicial y anamnesis a los padres, madres o tutores para la coordinación de la evaluación inicial y así contar con datos específicos desde la etapa de gestación, proceso de desarrollo, aprendizaje, historia familiar y aspectos que son muy importantes que servirán de guía para conocer causas y el tiempo de inicio de los síntomas, luego se seguirá con la aplicación de instrumentos de evaluación como ser las pruebas Proyectivas, de Inteligencia, Escala de Medición de Nelson Ortiz, WISK 5, etc. los mismos que fueron adaptados de acuerdo al nivel de comprensión, para poder obtener datos que ayuden a dar un diagnostico específico de la situación actual del alumno.

También se describe como se realiza el proceso de observación y seguimiento en las diferentes aulas del Centro, que técnicas se utilizan para poder identificar problemáticas o situaciones que se estén presentando, más la información del profesor o personal de apoyo y del equipo multidisciplinario que servita de guía para obtener datos necesarios que complementaran a los obtenidos anteriormente. Finalizando todo el proceso se hace una descripción de los resultados y diagnósticos obtenidos, la población con la que se trabajara,

edades, tipo de discapacidad y grado de disfuncionalidad, datos que servirán de base para poder comenzar con la elaboración del Programa de Intervención, el mismo que será desarrollado de forma individual, con objetivos planteados en relación a las problemáticas identificadas a nivel conductual y cognitivo, trabajo y apoyo a las familias, las estrategias y técnicas de abordaje utilizadas, resultados alcanzados y lecciones aprendidas durante todo el proceso realizado.

Y por último en los dos últimos capítulos se detallará como fue el desempeño laboral en el trascurso de la intervención como aprendizajes, logros y limites que se hubiesen presentado, más la descripción de la proyección profesional que se tiene a futuro de acuerdo a las expectativas planteadas. Como material de apoyo de adjuntara en anexos fotos, gráficos y material utilizado en todo el proceso terapéutico.

CAPÍTULO I

MARCO INSTITUCIONAL

1.1.Descripción de la Institución

El presente trabajo de Memoria Laboral se fundamenta en la labor realizada como Psicóloga en el Centro de Educación Especial Mururata de la ciudad de El Alto desde el año 2019, por lo que a continuación se hará una descripción de la Institución que servirá de referencia para conocer las características y funciones del mismo.

Ilustración No. 1 Logos del Centro de Educación Especial Mururata



Fuente: Elaboración Propia

Institución:	Centro de Educación Especial “Mururata”
Ciudad:	El Alto
Provincia:	Murillo
Departamento:	La Paz
Distrito Educativo:	El Alto – 2
Fecha de Fundación:	19 de julio de 2003
Población:	150 estudiantes (Niñas, Niños, Adolescentes, Jóvenes y Adultos).
Dirección:	Zona- Mururata- Calle Vicente Camargo N° 1600

1.1.1 Características de la población

- La población que asiste al Centro Mururata en su mayoría son provenientes de sectores urbano periféricos, se caracterizan por tener necesidades básicas de tipo individual ya que existen carencias básicas de alimentación, educación, transporte y recreación. Los estudiantes provienen de familias de tipo nuclear, monoparental y una mayoría de hogares disfuncionales.
- Se atiende a un total de 150 niñas, niños, adolescentes y jóvenes con Discapacidad Intelectual y Múltiple a partir de los 3 años hasta los 40.

Ilustración Nro. 2 Centro de Educación Especial Mururata



Fuente: Elaboración Propia

1.1.2 Características de los profesionales del Centro

Los profesionales del Centro forman un equipo con pertinencia académica, cualificadas adecuadamente para su trabajo:

- Personal docente, en su mayoría profesionales de la Normal Superior Simón Bolívar de la ciudad de La Paz y El Alto y de Institutos de Educación Especial y alternativa.
- Equipo Multidisciplinario, que cuenta actualmente con cuatro especialidades como ser Fisioterapia, Psicología, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, las mismas que dan su servicio mediante Terapias a la población del Centro que así lo requiera, contando con los instrumentos físicos y técnicos necesarios para poder abordar de manera idónea los diferentes casos.

1.1.3 Naturaleza del Centro

El Centro Mururata nace el año 1999, como respuesta a la necesidad de atención y demanda de las familias con niñas y niños con discapacidad, en la Urbanización que lleva el mismo nombre, en un terreno cedido por la Junta de Vecinos, donde se construye la primera edificación, impulsada por la Obra de colaboración Apostólica Seglar Hispano Americana, a la cabeza del matrimonio Juan Zapatero y Mónica Lamas, voluntarios españoles con la contribución del Párroco de Nazaria Ignacia, Juan Carlos Devesa De La Cruz.. Inició sus actividades académicas con 46 estudiantes con dificultades en el aprendizaje, a quienes se buscaron casa por casa en los alrededores del Centro.

Posteriormente el año 2003 se amplía la edificación a iniciativa de los misioneros de OCASHA con Pedro del Rio y Elena Granado, quienes impulsan el acondicionamiento del Centro para la atención a niños y niñas con Discapacidad, a partir de entonces el Centro funciona oficialmente.

El 2004, el Centro de Educación Especial Mururata, inicia clases para niños, niñas y adolescente con discapacidad, con 40 alumnos, de 2 a 18 años. El 2007 se logra la Resolución Administrativa de funcionamiento 44/2007 y cuenta con el código SIE 40730475. Ese mismo año, pasa a formar parte de la Fundación Sembrando Esperanza, obra

Social de la Iglesia Católica, brazo operativo de la Parroquia Jesús Obrero siendo el Párroco y presidente de la Institución el Rvdo. Padre José Fuentes Cano.

A partir del 2015, el Centro de Educación Especial “Mururata” atiende en promedio anual a 150 niñas, niños, adolescentes, jóvenes y señoritas con Discapacidad Intelectual y Múltiple y otras asociadas, a partir de los 3 años de edad hasta los 40 años, en el Centro nuestros estudiantes reciben los servicios de educación especial, especialidades y otros servicios complementarios. Cuenta con 26 docentes del Ministerio de Educación, 5 funcionarios de la Fundación Sembrando Esperanza y 3 Educadoras del Programa PAN MANITOS del GAMEA.

En cada aula se atiende de manera directa a niños, niñas, adolescentes, jóvenes y señoritas con discapacidad Intelectual y Múltiple, estudiantes con parálisis cerebral infantil, o trastornos generalizados del desarrollo asociados a Discapacidad Intelectual, desde leve a muy grave. La relación docente estudiantes está acorde con lo determinado en los Lineamientos Curriculares.

1.1.4 Formas de agrupamiento

Cada aula está en la capacidad de atender como máximo doce alumnos con el objetivo de facilitar un tratamiento personalizado y un ambiente estructurado y predecible.

Para construir los objetivos por Ciclo se toma en cuenta la edad cronológica (características y necesidades), la niñez tiene necesidades e intereses diferentes a los adolescentes, además la sociedad introduce valores y tiene expectativas para cada grupo de edad. También la edad dará pautas para elegir y diseñar materiales, métodos de enseñanza y tipos de comunicación que se priorizarán para el proceso educativo.

1.1.4.1. Turno Tarde: Talleres

- Taller de Panadería y repostería, cuenta con una malla curricular en la que se profundiza el desarrollo de las habilidades para la elaboración, comercialización de productos propios del taller.

- Taller de Agricultura urbana. Este taller cuenta también con la crianza de animales menores como Cuy, cuenta con una malla curricular para el desarrollo de las habilidades en el cultivo de hortalizas y la crianza de gallinas para su comercialización.
- Taller de Limpieza. Desarrolla habilidades para la limpieza de ambientes e instituciones, también cuenta con una malla curricular para la graduación de los estudiantes.
- Taller Ocupacional. Este taller está adaptado para los estudiantes con discapacidad múltiple, cuyo objetivo es el desarrollo de habilidades de la vida diaria y social para la graduación.

1.1.4.2. Turno Mañana

- Primer nivel de Independencia Personal: 1° y 2° grado de nivel inicial (6 – 8 años de edad)

Este programa se aplica a niños que requieren adquirir conductas básicas de independencia personal, encarando los procesos de intervención sobre su desarrollo integral con participación activa de sus padres, la familia y de forma intersectorial, evaluando psicopedagógica e integralmente a cada niña y niño, para mejorar los procesos educativos y preventivos, desde que es detectado y evaluado, hasta aproximadamente los 5-6 años de edad.

- Segundo nivel de Independencia Personal: 1°, 2° y 3er. grado (6 a 9 – 11 años de edad)

En este nivel, las y los estudiantes, dependiendo del grado de discapacidad intelectual, se pueden concentrar en grupos de acuerdo a sus necesidades de apoyo educativo y potencialidades identificadas en la evaluación psicopedagógica integral, aproximadamente hasta los 6 a 11 años de edad.

Este nivel promueve la adquisición de las funciones integrales mínimas de independencia personal en el sentido psicológico y fisiológico.

- Tercer nivel de Independencia Social: 4°, 5° y 6° grado (9 a 12 – 14 años de edad)

El desarrollo social en personas con discapacidad intelectual se inicia desde el periodo prenatal como en cualquier ser humano, consolidándose aproximadamente entre los 9 a 12 hasta los 14-15 años de edad, dependiendo del grado de afección neuro-psicológica. Las niñas y niños con o sin discapacidad desarrollan su afectividad y emociones a través de la interacción social; es por eso de que se habla de desarrollo socioemocional.

En este nivel, que se extiende durante 3 gestiones anuales, se consolidan los saberes, conocimientos, habilidades instrumentales como la lectura y el cálculo, que se constituyen en medios para acceder a diferentes ámbitos de la vida social, cultural y comunitaria.

1.1.5 Características del Centro.

Devesa De La Cruz. Inició sus actividades académicas con 46 estudiantes con dificultades en el aprendizaje, a quienes se buscaron casa por casa en los alrededores del Centro.

Posteriormente el año 2003 se amplía la edificación a iniciativa de los misioneros de OCASHA con Pedro del Rio y Elena Granado, quienes impulsan el acondicionamiento del Centro para la atención a niños y niñas con Discapacidad, a partir de entonces el Centro funciona oficialmente.

En 2004, el Centro de Educación Especial Mururata, inicia clases para niños, niñas y adolescentes con discapacidad, con 40 alumnos, de 2 a 18 años. El 2007 se logra la Resolución Administrativa de funcionamiento 44/2007 y cuenta con el código SIE 40730475. Ese mismo año, pasa a formar parte de la Fundación Sembrando Esperanza, obra Social de la Iglesia Católica, brazo operativo de la Parroquia Jesús Obrero siendo el Párroco y presidente de la Institución el Rvdo. Padre José Fuentes Cano.

A partir del 2015, el Centro de Educación Especial “Mururata” atiende en promedio anual a 150 niñas, niños, adolescentes, jóvenes y señoritas con Discapacidad Intelectual y Múltiple y otras asociadas, a partir de los 3 años de edad hasta los 27 años, en el Centro nuestros estudiantes reciben los servicios de educación especial, especialidades y otros servicios complementarios. Cuenta con 26 docentes del Ministerio de Educación, 5 funcionarios de la Fundación Sembrando Esperanza y 3 Educadoras del Programa PAN MANITOS del GAMEA.

1.1.5.1.Misión de la institución

Somos un centro de educación especial de convenio parroquial, que trabaja por el reconocimiento de la dignidad e inclusión social de las personas con discapacidad intelectual y múltiple y lo hace con vocación de servicio.

1.1.5.2.Visión de la Institución

Los estudiantes del centro Mururata cuentan con mejores oportunidades de inclusión educativa, social, laboral y emprendimientos productivos, con capacidades de independencia personal.

1.1.6 Objetivos del centro

1.1.6.1.Objetivo General

Brindar servicios con calidad y calidez a niñas, niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual y múltiple, desde una educación interdisciplinaria corresponsable con la comunidad educativa y así facilitar su inclusión educativa, social y laboral.

1.1.6.2. Objetivos Específicos

- Ofrecer servicios educativos en los niveles: Programa de Atención Temprana, Nivel Independencia Personal, Independencia Social, Educación Técnica Productiva
- Brindar servicios terapéuticos grupales e individuales en las áreas de: fisioterapia, psicología y fonoaudiología.

- Otorgar seguimiento y orientación a fin de obtener una mayor participación y corresponsabilidad de los miembros de la familia en el desarrollo integral de los estudiantes.
- Sensibilizar a la población a través de ferias expositivas, campañas de educación encaminadas y eliminar prejuicios, estereotipos y otras actitudes que atentan contra el derecho de las personas a ser iguales proporcionando de esta forma el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad intelectual y múltiple.
- Crear espacios de participación activa y protagónica de los estudiantes del Centro en diferentes contextos.

1.1.7 Enfoque educativo

El Centro de Educación Especial Mururata perteneciente a la Fundación Sembrando Esperanza, está pensado y concebido para contribuir a la educación integral, acorde a las necesidades educativas, es decir, al desarrollo armónico de todas las potencialidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes con discapacidad que asisten al Centro.

El enfoque educativo con el cual se trabaja, va acorde con la Ley Avelino Siñani – Elizardo Pérez Ley 070, se basa en:

- La formación del estudiante es a través de su interacción con otras personas y con el ambiente, tomando como fundamentales los conocimientos previos, para dar sentido al aprendizaje.
- Desarrollar y estimular las funciones básicas tomando en cuenta que el desarrollo es un proceso integral y continuo.
- La comprensión de que todos los estudiantes tienen necesidades básicas que son diferentes de acuerdo a su edad, intereses y particularidades.
- Un planteamiento pedagógico-didáctico centrado en los procesos, en el que importa conocer el camino que recorre el niño y cómo lo recorre cuando construye su aprendizaje.

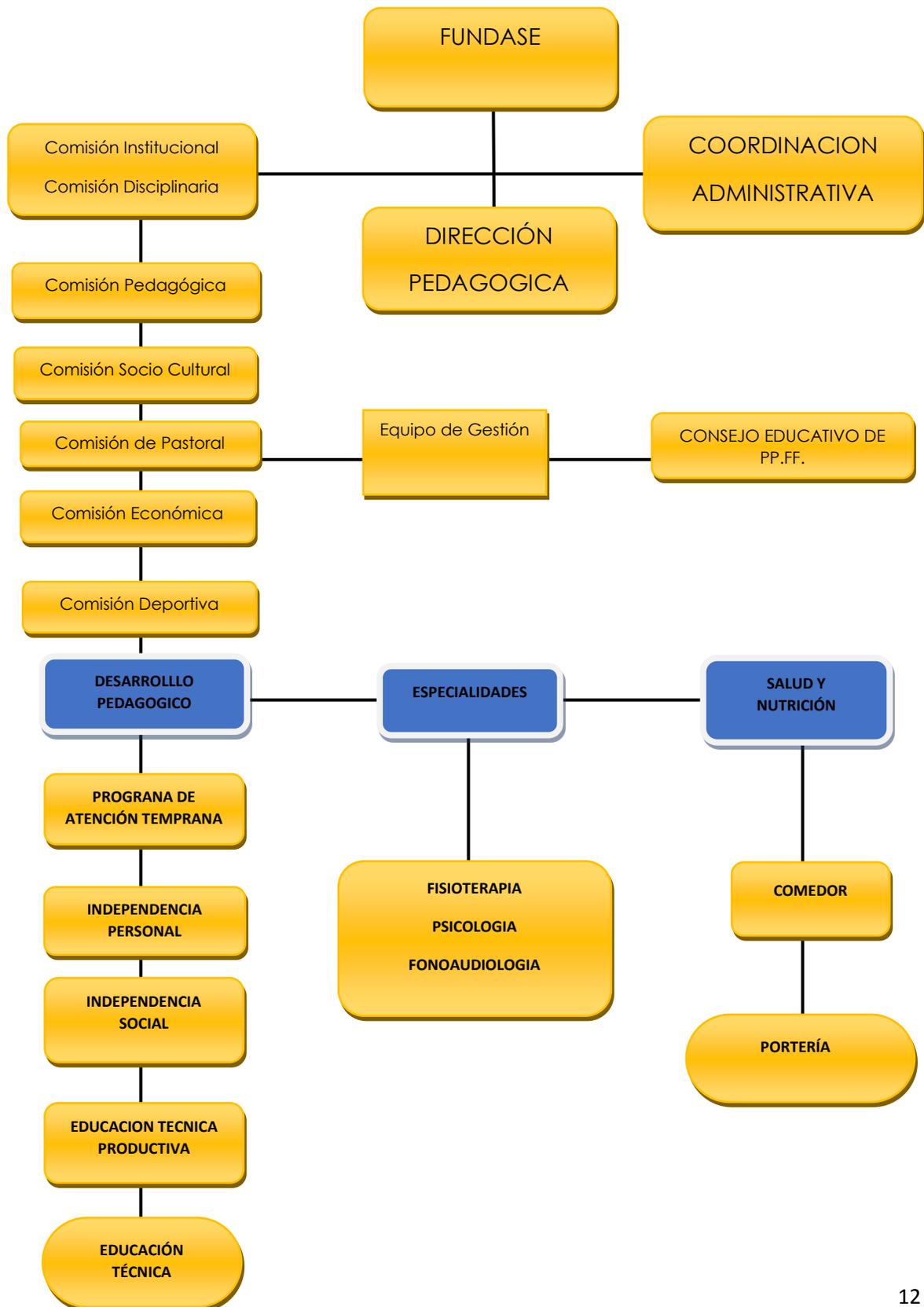
- El juego como herramienta de expresión y de conocimiento.
- El reconocimiento y la valoración de la existencia de varias y diferentes culturas en nuestro país.
- Abordar el medio social y natural en toda su complejidad.

Ilustración Nro. 3 Orientaciones a las familias de los estudiantes



Fuente: Elaboración Propia

1.1.8 Estructura Funcional Interna



1.2. Identificación del problema

El desarrollo de las actividades en el área de Psicología del Centro de Educación Especial Mururata, comenzó realizando reconocimiento de los diferentes ambientes y aulas donde desarrollan sus actividades los estudiantes, recabando datos, observando la forma en que se desenvuelven desde que inician su jornada hasta que la terminan, el relacionamiento con su grupo de pares, habilidades y aprendizajes adquiridos, conducta y adaptación en aula, materiales que utilizan, manejo pedagógico por parte de los profesores y muchos más aspectos que ayudaron a indagar y conocer la hermenéutica de trabajo y como se van desarrollando los estudiantes día a día.

El Centro Mururata cuenta con una población grande en los dos turnos entre jóvenes y niños con diferentes grados de discapacidad, de los cuales se pudo identificar que un cincuenta por ciento requieren de algún tipo de terapia en las diferentes especialidades, pero donde mayor requerimiento se fue dando es en Psicología por la cantidad de problemas que se van presentando a medida que se realizan las actividades en el Centro.

Entre las problemáticas que más se detectaron a nivel general en aula está la falta de autocontrol, el no seguir reglas ni normas que son ejercidos por los profesores, lesiones entre compañeros, romper material pedagógico, escaparse de aula, autolesionarse, déficit atencional, cambios emocionales y muchas más actitudes y conductas que son recurrentes y de difícil manejo ya que en algunos casos ni los mismos padres pueden contenerlos y a lo contrario prefieren dejarlos en casa encerrados o castigarlos.

Esta situación también se pudo percibir en los ambientes de las diferentes especialidades, ya que poder continuar con el tratamiento se les hace difícil a las especialistas ya que no logran en algunos casos contener o identificar el motivo de los diferentes síntomas que se van presentando e incrementando en las sesiones, por lo que tienen que dar de baja hasta identificar el motivo del mismo.

El abordar cada caso se hace complejo ya que trabajar con un niño o joven con discapacidad y plantearse objetivos no siempre es efectivo, ya que se debe identificar causantes que pueden estar relacionados a nivel patológico o neuronal, donde se debe recurrir a otros especialistas para determinar el nivel de gravedad.

Hace unas décadas se entendía la discapacidad como incapacidad o impedimento, como “...dificultad permanente para desarrollar actividades en el rango de la normalidad, como una consecuencia de efectos irreversibles de una enfermedad incurable, congénita o adquirida” (OPS/ OMS, 2002).

Hoy, tal como lo entiende el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, define como limitación determinada por el contexto, como resultado de una interacción entre un individuo con una condición de salud dada y los factores contextuales, ambientales y personales (M.S.D, 2012).

El Estudio de la Misión Solidaria del ALBA “Moto Méndez” establece que tres cuartas partes de las discapacidades en Bolivia tienen un origen postnatal (el 76%), siendo la principal causa los accidentes, un 21% tiene origen prenatal y un 1,58% perinatal (MISION SOLIDARIA MOTO MENDEZ, 2010).

En el Centro se trata de abordar desde una visión general cada caso, proponiendo estrategias de trabajo que ayuden a manejar dichas situaciones, viendo la discapacidad no como un impedimento, sino como un motivo para poder integrar al estudiante en todos los espacios y actividades que ayuden a mejorar el nivel de vida del mismo y de cada familia.

Es así que se vio necesario poder identificar problemáticas específicas e identificar los participantes con los que se trabajara para poder abordar y plantear estrategias y técnicas que ayuden a manejar las mismas de forma idónea y práctica.

1.2.1. Selección de los participantes y/o población de estudio

La selección de los participantes se realizó mediante el proceso de observación y evaluación de forma individual, analizando sintomatologías comunes y tomando en cuenta las necesidades inmediatas en aula, especialidades y a nivel familiar, de los cuales se obtuvo como resultado que la mayor cantidad de problemáticas se encuentra en el turno de la mañana, en el segundo nivel de Independencia Personal, donde las edades oscilan entre los 6 a 11 años, con un nivel de funcionalidad moderado y con diagnóstico de base Trastorno del Espectro Autista.

- Segundo nivel de Independencia Personal

1º, 2º y 3er. grado (6 a 9 – 11 años de edad)

En este nivel, a los estudiantes dependiendo del grado de discapacidad intelectual, normalmente y según la curricula de aula se los concentra en grupos de acuerdo a sus necesidades de apoyo educativo y potencialidades identificadas en la evaluación psicopedagógica integral, aproximadamente hasta los 10 años de edad.

Este nivel promueve la adquisición de las funciones integrales mínimas de independencia personal en el sentido psicológico y fisiológico estructurado con un repertorio de actividades variadas y motivantes, mediadas fundamentalmente por las adaptaciones curriculares, con este fin se proporcionan distintos tipos de actividades catalogadas de acuerdo a las áreas y objetivos como ser : perceptivos (visual, auditiva, táctil, espacial general y gráfica, temporal), motrices (coordinaciones generales, esquema corporal, coordinación viso-manual, pre-escritura), verbales (comprensión y razonamiento verbal, lectura, logopedia, fluidez verbal y escritura), cognoscitivos (memoria visual, verbal, numérica, significativa, concepto de número, cálculo y razonamiento abstracto) y afectivos (afectivo-emocional y área social).

El objetivo principal del nivel de independencia personal consiste en impulsar el desarrollo de habilidades cognitivas, perceptivas, motrices, afectivas, sociales y de la vida diaria, mediante prácticas educativas secuenciales, oportunas y pertinentes orientadas a alcanzar la autonomía e independencia en niñas y niños con discapacidad intelectual y múltiple. **(Proyecto Educativo del Centro Mururata).**

Durante la infancia, los niños autistas pueden quedarse atrás del grupo de niños de la misma edad respecto a la comunicación, las habilidades sociales y la cognición, además, las conductas disfuncionales pueden comenzar a aparecer, como conductas auto estimulantes (por ejemplo, conducta repetitiva no dirigida a una meta, como mecerse y gesticular), autolesionarse, (por ejemplo, morderse la mano, golpear la cabeza), problemas al dormir o comer, contacto ocular pobre, insensibilidad al dolor, hiperactividad y trastornos de atención. Muchos niños llegan a insistir excesivamente en rutinas; si se cambia una, aunque sea un poco, el niño puede ponerse trastornado y hacer un berrinche. Unos ejemplos comunes son:

beber y/o comer los mismos alimentos en cada comida, usar cierta ropa o insistir en que otros usen la misma ropa e ir a la escuela usando la misma ruta.

En la actualidad los niños con TEA son dependientes de sus familiares, profesionales y personal especializado, con expectativas a desarrollar las capacidades de lograr su crecimiento físico, emocional, intelectual y social para enfrentar el reto del día de hoy, el desarrollo de las potencialidades en la vida cotidiana se da a través de las emociones y la promoción de la independencia, del intelecto y la capacidad cognoscitiva del mismo.

A nivel familiar las problemáticas son las mismas, los padres no saben en muchos casos como manejar dichas situaciones, ya sea por la falta de conocimiento, la falta de tiempo o en algunos casos por la frustración que sufren al tener que criar un hijo con discapacidad, que también provoca que no puedan dar el apoyo desde una edad temprana.

Según datos del DSM V (2013)

El concepto clásico de autismo ha variado significativamente desde sus descripciones originales y en la actualidad, se habla de un continuo, por lo que se prefiere usar el término trastornos del espectro autista (TEA), dada la variable afectación cognitiva y del lenguaje.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) se encuentra en su quinta versión y junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente en su décima versión (CIE-10), conforman dos de los manuales más usados en psiquiatría para la clasificación y diagnóstico de enfermedades mentales.

El autismo es un trastorno del desarrollo que estadísticamente afecta a 4 de cada mil niños y niñas- En Bolivia, uno de cada diez niños padece de un tipo de deficiencia congénita o adquirida de carácter físico, mental o sensorial debido a factores tales como la nutrición inadecuada, las enfermedades que pueden evitarse y los accidentes (**Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF 1990**).

1.2.2. Descripción de las problemáticas identificadas.

Al tener delimitado la metodología de trabajo en cada aula y los objetivos propuestos, para los docentes, se les hace muy difícil proseguir con las actividades programadas, ya que como principal problema se pudo identificar alteraciones conductuales disruptivas como ser, la falta de autocontrol, conductas impulsivas, agresiones, autolesiones que generan día a día disfuncionalidad en el aula, al ser niños con Trastorno Autista presentan muchas dificultades en su diario vivir y el trabajar con ellos es sumamente complicado porque no solo se debe ver lo funcional también conocer las necesidades individuales, involucrarse a nivel familiar, aprender acerca de las emociones propias, los motivos que las generan lo que conllevará intervenir de forma práctica cada caso.

En conjunto la conducta disruptiva en los niños con TEA comunica algo, por lo que se ve importante poder saber qué comunica, solamente descifrando el mensaje que contienen se podrá abordar, corregir, extinguir o cambiar por otras apropiadas y socialmente aceptadas, es decir contraviene las normas de comportamiento esperado y no siempre la presencia de discapacidad es suficiente argumento para justificarla; en ese caso no corregirla, extinguirla o sustituirla por otra expresión conductual apropiada puede contribuir a la exclusión social del niño.

Es así para poder entender y comprender las problemáticas identificadas se hará una descripción de cada una explicando sus características y gravedad.

1.2.2.1. Conductas destructivas

Mediante el proceso de observación, evaluación realizada y la descripción de los profesores, se pudo ver que el mayor conflicto lo presenta en aula ya que los niños no logran adaptarse a la hermenéutica propuesta para realizar actividades, sus conductas son recurrentes y destructivas, no se mantienen quietos, en muchos casos sólo logran estar sentados o realizando una actividad máxima por 10 minutos, posterior a eso se levantan y empiezan a correr, a manipular todo lo que ven cerca lo rompen, botan objetos, muebles, material de trabajo y muchas más acciones que se

hace difícil contenerlos. Este tipo de conductas no solo alteran el desarrollo en aula sino así también a nivel general en el Centro ya que repercute en los demás compañeros poniéndolos ansiosos o incrementando las respuestas agresivas en los mismos.

También esta situación se pudo ver en los diferentes ambientes de especialidades, donde se ven obligadas a guardar material o hacerlos trabajar en espacios reducidos de forma preventiva para realizar su plan de tratamiento.

1.2.2.2. Conductas de escape

Esta situación se da a menudo ya que los niños salen de aula y corren ya sea al patio, los baños o el área de comedor, muchas veces se cierran la puerta y las profesoras o familiares tienen que darse modos para sacarlos de esos ambientes sin que generen mayor problema, normalmente esta situación ocurre cuando no quieren realizar una actividad, por aburrimiento, problemas sensoriales, ansiedad, pánico o porque les gusta correr o explorar, ya que al ser una característica del autismo lo rutinario, cuando se les cambia de actividad o corrige deciden no hacerlo y es ahí donde proceden a escaparse, también entre otras situaciones se da cuando realizan actividades o festivales en el Centro al ser en muchos casos hipersensibles, no toleran y se aíslan o escapan a ambientes que les genere tranquilidad.

1.2.2.3. Agresiones

Una de las situaciones más difíciles de manejar son las agresiones físicas como ser arañar, morder, golpear o patear, ya sea a sus compañeros, maestros o familias, se ha podido determinar que esas actitudes fueron aprendidas en casa, ya que como los padres ejercían de la misma forma cuando no podían controlar al hijo, vienen al Centro y replican lo vivido. Esta situación ha ido empeorando con el inicio de la pandemia, ya que como no podían salir de las casas, tuvieron que mantenerse en espacios reducidos y sin hacer nada, lo que provocó que sus reacciones sean más violentas.

La agresividad en los niños con autismo es muy común sobre todo si carecen de la comunicación verbal, en muchos casos surgen en un intento de proteger su seguridad, su felicidad o bienestar. Esto puede convertirse en un problema grave cuando es una conducta repetitiva y sin control, es un riesgo o peligro potencial tanto para el niño con autismo como para otros a su alrededor.

Cuando existe una hostilidad verbal hablamos de rabietas, gritos, llantos que pueden tener diversas causas: el deseo de llamar la atención, cambios en la rutina que no aceptan, no conseguir algo que quieren, por imitación, como respuesta a una frustración, como consecuencia a la presión de grupo, sentimiento de abandono e incluso dolor, reacción a un ruido, un contacto físico, malestar fisiológico.

A nivel general por lo menos un setenta por ciento de los profesores o especialistas han sufrido algún tipo de agresión por parte de los niños, ya sea rasguños, mordiscos, patadas, jalones de pelo o golpes.

1.2.2.4. Autolesiones

Conducta que ha ido empeorando a medida que va pasando el tiempo, aun principio se identificó algunos factores que estaban provocando dichas actitudes, pero volvieron a aparecer, situación que preocupa ya que en el caso B.R. lo hace con las manos doblándoselas bruscamente, o dando cabezazos a la pared o algunas veces dirigido hacia alguien.

Las conductas auto lesivas en el autismo son compulsivas, es decir no planificadas, y suelen ser rítmicas y repetitivas, como por ejemplo golpearse varias veces por minuto en un mismo punto. Normalmente la intensidad o fuerza con la que la ejercen dependen del estado de estrés que presente en el momento de realizarla, existiendo una relación directa entre el estado de alerta y el nivel de ansiedad con la cantidad e intensidad de conductas auto-lesivas.

El porqué de la autolesión podría darse a diversas causas como ser, la predisposición biológica, determinados estados psicológicos de estrés, un procesamiento sensorial atípico, alteraciones en la comunicación, problemas médicos, limitaciones en la regulación emocional, entre otros, pueden llevar a los niños con autismo a dañarse.

Un estudio ha abordado un modelo integral de comprensión de la autolesión en el autismo basado, en primer lugar, en diferenciar la autolesión relacionada con alteraciones del neurodesarrollo, como el autismo, y la autolesión vinculada a otras condiciones psiquiátricas. Algunas de las hipótesis explicativas de la autolesión en el autismo están centradas en el procesamiento sensorial atípico, en alteraciones de la comunicación y problemas médicos, y en la desregulación emocional.

El manual diagnóstico DSM-5 establece una serie de nuevos criterios diagnósticos para el trastorno del espectro autista (TEA) dentro de los cuales encontramos la h́iper o hipo reactividad a los est́imulos sensoriales y el interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno, adeḿas de las conductas estereotipadas. Es complicado en muchos casos establecer la diferencia entre una estereotipia propia del TEA y una auto-estimulaci3n, principalmente porque no se sabe la causa de ambas.

1.2.2.5. Problemas de Lenguaje y comunicaci3n

Se ha podido ver que tambi3n la falta de adquisici3n de lenguaje hace que no puedan comunicarse para pedir o expresar lo que necesitan, esta situaci3n hace que presenten dichas reacciones o actitudes, ya que como no han aprendido a desarrollar otros modos de comunicaci3n lo hacen f́isicamente o mediante acciones.

Aunque los ni1os con TEA son muy variables en cuanto a su nivel lingüístico, todas ellas presentan dificultades de comunicaci3n, que pueden manifestarse de muchas maneras:

En cuanto a la comprensi3n:

- Pueden tener problemas para comprender mensajes que se transmiten de forma oral

- Aunque entiendan las palabras de forma aislada, pueden tener dificultades para integrarlas dentro de la frase o el contexto y extraer el significado completo.
- Pueden tener dificultades para comprender el significado no literal del lenguaje oral, mostrando problemas de comprensión de bromas, chistes, metáforas o sarcasmos.
- Pueden tener dificultades para entender la comunicación no verbal (gestos, indicaciones, expresiones emocionales).
- En cuanto a la expresión:
- Pueden tener problemas para expresarse oralmente
- Aunque su expresión sea correcta, pueden utilizar un lenguaje excesivamente formal, no ajustado a la situación o con una entonación que resulta inusual.
- Pueden hablar mucho tiempo de sus temas de interés y tener dificultad para saber cuándo terminar. Le cuesta elegir temas de los que “hablar por hablar”.

1.2.2.6.Dificultad en la Integración Sensorial.

El niño con autismo es inconsistente en captar muchas de las sensaciones de su ambiente, él no puede integrar esas sensaciones para formar una percepción clara del espacio y de sí mismo con relación al espacio, puede demorar un largo tiempo en establecer una percepción visual, e incluso cuando él percibe algo, no percibirlo bien. Cualquiera situación nueva como cuando se le da la primera sesión de terapia, presenta el niño una serie desconcertante de estímulos sensoriales no organizados, especialmente estímulos visuales donde reaccione con ansiedad y resistencia hasta que experimenta el ambiente repetidamente y puede reconocerlo como un lugar familiar y seguro.

Algunos niños tienen tantos problemas que registran los elementos espaciales del ambiente donde se enojan cuando algo se cambie en la terapia o aula, en si cualquier cambio en el orden de las cosas los hace sentir inseguros. Él niño no puede modular bien la entrada de la información sensorial, las sensaciones especialmente vestibular y táctil, le provocan inseguridad gravitacional o defensa táctil. La parte de su cerebro que los hace querer hacer cosas, especialmente nuevas o

diferentes, no funciona normalmente, por esto el niño tiene poco o ningún interés de hacer cosas que son determinadas o constructivas.

1.2.2.7.Dificultad cognitiva

En el proceso de aprendizaje es una dificultad que interfiere de gran manera ya que no retienen lo aprendido, a pesar de darles actividades sencillas como rompecabezas o juegos lúdicos, no lo pueden realizar, en mucho casón logran realizarlo, pero después de mucho tiempo, también influye la deficiencia en la habilidad motriz que hace que sus movimientos sean torpes y falte coordinación, el déficit de atención es otro de los factores también que influye para que no logren una mejor asimilación de lo trabajado, ya que son muy susceptibles a estímulos.

1.2.3. Estudio de casos

Para poder establecer causas o factores que provocan las conductas descritas se realizó estudios de caso de 3 de los 10 niños participantes que sirvió de guía para poder elaborar el programa de rehabilitación.

Caso 1: B.R. es un niño que fue Diagnostico con Autismo y TDH, ingresa al Centro el año 2020 con 7 años de edad al inicio de la gestión escolar se notaba su gran inquietud, con cortos periodos de atención, aunque regularmente cumplía con sus tareas ya que las actividades eran mínimas y simples, sim embargo en el transcurso de los meses su conducta fue empeorando, se mostraba más impulsivo, no podía mantenerse quieto, se autolesionaba golpeando su cabeza a la pared o jalándose el pelo cuando no podía hacer una actividad o ante la presencia de estímulos nuevos o fuertes, es así que fue derivado al área de Psicología, para poder evaluarlo y dar un diagnóstico preciso, tras la entrevista con los padres expresaron preocupación ya que en el hogar sus conductas eran las mismas y existía temor por parte del hermano ya que muchas veces lo quiso agredir, en la calle la situación era la misma provocando en ocasiones temor ya que a nivel social no entendían el problema, actualmente se tomó en cuenta al niño para implementar el programa de intervención.

Caso 2: D.L. es un niño que ingreso al Centro Mururata el año 2019 con 7 años de edad, su diagnóstico de base indica Trastorno del Espectro Autista, fue inscrito al segundo nivel de independencia personal para lograr habilidades de la vida diaria, en las primeras semanas empezó a mostrar conductas de escape, impulsivas y desobedientes que provocaba malestar en aula, por lo que fue derivado al área de psicología, para comenzar el tratamiento, después de realizar la evaluación y diagnóstico psicológico, se pudo identificar como mayor problema déficit atencional y conductas desafiantes, tras la entrevista con la madre indica que anteriormente solo asistió a una guardería que no pudo adaptarse ni lograr ningún tipo de aprendizaje, la falta de expresión lingüística también fue un factor para que sus conductas vayan empeorando por lo que decidió mantenerlo en casa y apoyarlo de acuerdo a sus posibilidades, pero no logro muchos avances, esa situación hizo que busque apoyo especializado en el Centro.

Caso 3. E.M. es un niño que ingreso al Centro Mururata ya el año 2017 con 7 años de edad, con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista con grado de funcionalidad moderado, desde entonces presenta conductas disruptivas, no obedecía en aula, presentando conductas de escape, falta de control de impulsos y agresiones, a nivel de aprendizaje pudo lograr avances mínimos ya que la falta de lenguaje también fue un impedimento para que pueda comunicarse de forma eficaz, normalmente solo obedecía al papá o a una figura masculina, la mamá se muestra preocupada ya que en ocasiones fue agredida por el hijo en diferentes espacios, es así que se prioriza la atención en el área de psicología, actualmente algunas conductas mejoraron pero según referencia de los padres tras el comienzo de la pandemia se presentaron nuevos patrones conductuales más dañinos llegando a agredir en especial a la mamá y hermana cuando se le ponía límites, . La familia se muestra preocupada ya que hasta salir a la calle en ocasiones se les hace complicado por la intolerancia a algunos estímulos externos.

1.2.4. Niveles de Gravedad del TEA

En estos tres casos expuestos se puede ver que existen síntomas comunes que provocan casi el mismo nivel de disfuncionalidad, en común tienen el mismo diagnóstico y como grado de

discapacidad moderado. En la siguiente tabla se hace una descripción de los niveles de gravedad que se presentan en el TEA.

Tabla Nro. 1 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Categoría dimensional del TEA en el DSM5	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Mínima comunicación social	Marcada interferencia en la vida diaria por inflexibilidad y dificultades de cambio y foco atención
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Marcado déficit con limitada iniciación o respuestas reducidas o atípicas	Interferencia frecuente relacionada con la inflexibilidad y dificultades del cambio de foco
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin apoyo <i>in situ</i> , aunque presenta alteraciones significativas en el área de la comunicación social	Interferencia significativa en, al menos, un contexto
Síntomas subclínicos	Algunos síntomas en este o ambas dimensiones, pero sin alteraciones significativas	Presenta un inusual o excesivo interés, pero no interfiere
Dentro de la normalidad	Puede ser peculiar o aislado, pero sin interferencia	No interferencia

Fuente: American Psychiatric Association, 2014

1.2.5. Descripción General del Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Para poder realizar una intervención adecuada se debe conocer las características generales del niño con TEA, es así que a continuación se describe los principales rasgos que identifican a los mismos.

Cuadro.1 Descripción General de los niños con Trastorno del Espectro Autista

<p>DEFINICION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El trastorno del Espectro Autista, es una afección relacionada con el desarrollo del cerebro que afecta la manera en la que una persona percibe y socializa con otras personas. • Es una discapacidad del desarrollo que puede afectar las habilidades sociales, la comunicación y el comportamiento de un niño. • El término «espectro» en el trastorno del espectro autista se refiere a un amplio abanico de síntomas y gravedad. • Comprende patrones de conducta restringidos y repetitivos.
<p>INICIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza en los primeros años de la infancia, un número reducido de niños parecen desarrollarse de forma normal en el primer año y luego pasan por un período de regresión entre los 18 y los 24 meses de edad, cuando aparecen los síntomas de autismo.
<p>CARACTERISITCAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muestran problemas a la hora de desarrollar el lenguaje y la comunicación (tanto a nivel verbal como no verbal). • Insistencia en la uniformidad, conducta perseverante.

	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamiento inflexible, rígido y absoluto. • Les cuesta expresar lo que sienten, así como también entender lo que les pasa o sienten los demás. • Gustos e intereses restringidos. Por ejemplo, un niño puede interesarse específicamente por los dinosaurios y casi por nada más. • Realización de tareas repetitivas, por ejemplo, ordenar cajas en fila una y otra vez.
<p style="text-align: center;">COMUNICACIÓN</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p style="text-align: center;">EINTERACCIÓN</p> <p style="text-align: center;">SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No responde a su nombre, en ocasiones, parece no escuchar. • Resistencia a los abrazos y las caricias; además, parece que prefiere jugar solo y se abstraerse en su propio mundo. • No suele hacer contacto visual y carece de expresión facial • No habla o tiene un desarrollo tardío del habla, o bien pierde la capacidad que tenía para decir palabras u oraciones. • No puede mantener ni iniciar una conversación o inicia una solamente para pedir algo o nombrar elementos. • Tono o ritmo anormal al hablar y es posible que utilice una voz cantarina o que hable como un robot.

	<ul style="list-style-type: none"> • Repite palabras o frases textuales, pero no comprende cómo usarlas. • Aborda interacciones sociales de forma inadecuada comportándose de manera pasiva, agresiva o perturbadora. • Tiene dificultad para reconocer señales no verbales, como la interpretación de las expresiones faciales de otras personas, las posturas corporales o el tono de voz.
<p style="text-align: center;">PATRONES DE COMPORTAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos repetitivos, como balancearse, girar o aletear con las manos • Actividades que podrían causarle daño, como morderse o golpearse la cabeza. • Desarrollo de rutinas o rituales específicos, alteración con el mínimo cambio. • Problemas con la coordinación o muestra de patrones de movimientos extraños, como torpeza al caminar en puntas de pie, lenguaje corporal extraño, rígido o exagerado. • Se deslumbra con los detalles de un objeto, como las ruedas que giran en un auto de juguete, pero no entiende el propósito general o el funcionamiento del objeto. • Es más sensible que lo habitual a la luz, el sonido o el contacto físico, pero puede ser indiferente al dolor o la temperatura. • No participa en juegos de imitación o de simulación.

CAUSAS

- Se obsesiona con un objeto o una actividad con una intensidad o concentración anormales.
- Tiene preferencias específicas con respecto a los alimentos, como comer solamente unos pocos alimentos o no comer alimentos.

- No existe una causa única conocida del autismo, hay pruebas crecientes de que puede ser causado por una variedad de problemas como ser:
- Podría generarse a causa de influencias genéticas en el autismo. Por ejemplo, hay una mayor probabilidad que dos gemelos monocigóticos (idénticos) tengan el autismo que dos gemelos dicigóticos fraternos.
- La depresión y/o la dislexia son bastante comunes en uno o ambos lados de una familia cuando está presente el autismo.
- Existe un riesgo aumentado de tener un hijo autista si la madre estuvo expuesta al virus de la rubéola durante el primer trimestre del embarazo.
- Actualmente, los investigadores estudian si factores, como las infecciones virales, los medicamentos, las complicaciones durante el embarazo o los contaminantes del aire, desempeñan un papel en el desencadenamiento del trastorno del espectro autista.

<p>SINTOMAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en el desarrollo: <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad intelectual, presente en casi la mitad de estos niños. • Problemas de lenguaje. • Déficit de atención e hiperactividad. • Tics. • Problemas de movilidad. • Problemas médicos generales: <ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia. Sobre todo, si existen problemas intelectuales y retraso mental asociado. • Problemas digestivos, como diarrea, estreñimiento, gastritis, reflujo gastroesofágico, enfermedad de Crohn, etc. • Alergias y enfermedades autoinmunes. • Síndromes genéticos. • Insomnio. • Problemas psiquiátricos: <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Depresión. • Trastorno obsesivo-compulsivo. • Esquizofrenia y otras psicosis. • Trastornos de la alimentación. • Abuso de sustancias.
------------------------	---

Fuente: Elaboración Propia

1.2.6. Aplicación de los Instrumentos de Evaluación

Para poder conocer las problemáticas y características de los casos seleccionados se vio necesario aplicar instrumentos que ayuden en el proceso de evaluaciones como ser un Registro de Observación, la Escala de Rasgos del Autismo Infantil CARS, Test de Inteligencia RAVEN coloreado e Índice de Hiperactividad EDAH.

1.2.6.1.Registro de Observación.

El registro de observación se realizó de forma directa en los diferentes ambientes del Centro, observando comportamientos en el medio natural, el mismo que apporto información precisa para determinar las causantes o factores que se estaban presentando, este tipo de observación al ser estructurada, pudo crear o provocar situaciones especiales que delimitaron con la máxima exactitud las condiciones que mantienen o eliminan determinadas conductas.

Este proceso se realiza las primeras semanas de inicio de gestión escolar , comenzando la observación en las aulas, el patio, ambientes de especialidades y en el área psicología, ya que cada espacio es diferente a nivel de estructura y acondicionamiento, el proceso se repite unas 5 veces, en diferentes días y ámbitos, ya que a veces en el primer encuentro los niños se muestran reacios, pasivos o a lo contrario ansiosos por diferentes motivos o estímulos que no van acorde con el diagnostico de base que tienen. Se debe tomar en cuenta cada signo y síntoma que se puede ir presentando a nivel de relacionamiento e individual, cada factor es importante para poder obtener los datos necesarios que sirvan de apoyo para realizar el proceso de evaluación completo.

A continuación, se pone de ejemplo un modelo resumido de la planilla de observación, el mismo que será puesto como documento adjunto en anexos.

Cuadro Nro. 2: Registro de Observación

REGISTRO DE OBSERVACIÓN				
Nombre:		Observador:		
Centro:		Fecha de Observación:		
Lugar de Observación:				
Hora de Observación:				
	Indicadores	Criterios	Observación	Descripción de Características
Observación del niño				
	Conducta	Agresividad física		
		Agresividad Verbal		
	Comportamiento del niño en aula	Hiperactividad		
		Autodestrucción		
	Comportamiento del niño en el patio	Agresividad		
Comportamiento del niño en las terapias				

Fuente: *Elaboración Propia*

1.2.6.2. Escala de valoración del autismo infantil “C.A.R.S.”

Esta Escala está dirigida a la población directa a estudiar; es un test psicométrico y estandarizado validado porque está adaptado a la realidad directa de los involucrados, en este caso niños con TEA.

El objetivo del C.A.R.S. es el de identificar los 15 ítems que tiene el cuestionario, para ver el nivel de rasgos significativos que tiene el niño con autismo. Evaluando el nivel social,

Nivel de motricidad, nivel de adaptación al cambio, nivel visual, Los procesos de adaptación socioeducativa y la autonomía personal en niños con autismo.

Categorías de puntuación de rasgos:

1 Normal

1.5 ~ 2 Ligera

2.5 ~ 3 Media

3.5 ~ 4 Grave

CASO 1

Resultado

- **Relación con las personas.** Se muestra a un principio tímido, luego una vez que gana confianza se vuelve inquieto, camina, manipula objetos y cosas sin permiso.
- **Imitación.** Imita acciones cuando se le pide
- **Respuesta emocional.** Ante estímulos fuertes, como ruidos golpes se muestra tranquilo y pasivo
- **Uso del cuerpo.** Se percibió movimientos estereotipados de manos y dedos, en especial cuando desea algo
- **Uso de objetos.** Manipula objetos de su interés, como juguetes y rompecabezas, expresa emoción al manejarlos
- **Adaptación al cambio.** Se muestra receptivo a los cambios, pero se le debe insistir para que acceda, de momentos se pone terco
- **Respuesta visual.** Respuesta positiva cuando se le muestra dibujos u objetos, centra su mirada, aunque no de forma constante, poco contacto visual.
- **Respuesta auditiva.** Reacciona de forma tardía ante un pedido, ruido o cuando se lo llama por su nombre
- **Respuesta y uso del tacto, gusto y olfato.** No reacciona de forma espontánea a menos que se le diga o direccione.
- **Ansiedad y miedos.** Normalmente se muestra calmado, solo expresa miedo cuando la mamá le dice que lo castigara

- **Comunicación verbal**, Existe imitación de palabras, ecolalia cuando se le pregunta algo también cuando escucha hablar a las personas, no existe un lenguaje fluido
- **Comunicación no verbal**. Cuando desea algo señala con el dedo y se acerca al objeto
- **Nivel de actividad**. Presenta conductas impulsivas, le cuesta estar quieto, se muestra activo, camina, hurga cosas, no obedece fácilmente, se le debe condicionar
- **Nivel y consistencia de la respuesta intelectual**. Puede realizar actividades simples de forma espontánea, comprende, pero con algo de dificultad, se le debe dirigir

CASO 2

Resultados

- **Relación con las personas**. Sus conductas son de evitación, no socializa, se aísla
- **Imitación**. No imita acciones, su atención es dispersa.
- **Respuesta emocional**. Ante estímulos fuertes, como ruidos golpes se muestra impaciente, grita, se irrita.
- **Uso del cuerpo**. Empuja, no controla impulsos
- **Uso de objetos**. Manipula objetos de su interés, como juguetes y rompecabezas, pero solo lo realiza de forma automática.
- **Adaptación al cambio**. Se muestra receptivo a los cambios, pero se le debe insistir para que acceda, de momentos se pone terco.
- **Respuesta visual**. Solo responde visualmente cuando se le muestra objetos de su interés, luego se porta indiferente.
- **Respuesta auditiva**. Reacciona rápidamente al estímulo, sigue el sonido o ruido, se sube a asientos con el fin de identificar lo que le llama la atención.
- **Respuesta y uso del tacto, gusto y olfato**. Reacciona más a nivel del olfato, huele todo lo que se le da, algunas veces introduce a la boca.
- **Ansiedad y miedos**. No tolera ruidos muy fuertes, se pone ansioso, grita.
- **Comunicación verbal**, Existe imitación de palabras, ecolalia cuando se le pregunta algo también cuando escucha hablar a las personas.
- **Comunicación no verbal**. Cuando desea algo pronuncia algunas palabras, pero más lo hace corporalmente.

- **Nivel de actividad.** Presenta conductas impulsivas, le cuesta estar quieto, se muestra activo, camina, hurga cosas, no obedece fácilmente, se le debe condicionar.
- **Nivel y consistencia de la respuesta intelectual.** Puede realizar actividades simples, es más rutinario, solo comprende algunas consignas.

CASO 3

Resultados

- **Relación con las personas.** Solo saluda a las personas, no socializa, mira, pero no se acerca.
- **Imitación.** Le cuesta imitar, no entiende las consignas, solo actúa cuando se le guía.
- **Respuesta emocional.** Ante estímulos fuertes, como ruidos golpes se muestra intranquilo, grita, se irrita.
- **Uso del cuerpo.** Se percibió movimientos estereotipados de manos y dedos, en especial cuando desea algo.
- **Uso de objetos.** Manipula objetos solo cuando se le da, no es espontánea, espera y solo mira cuando desea algo.
- **Adaptación al cambio.** Se muestra receptivo a los cambios, pero se le debe insistir para que acceda, grita, se irrita, tiene intenciones de lesionar a la persona que esté cerca de él.
- **Respuesta visual.** Respuesta positiva cuando se le muestra rompecabezas o revistas.
- **Respuesta auditiva.** Solo es momentáneo, se centra más en lo que está haciendo.
- **Respuesta y uso del tacto, gusto y olfato.** Sus respuestas son más táctiles, toca, siente, se ríe cuando le agrada.
- **Ansiedad y miedos.** Presenta ansiedad cuando hay muchas personas cerca de él, no le gusta que le observen se irrita.
- **Comunicación verbal,** su comunicación es ecológica, solo pronuncia algunas palabras, pero son poco entendibles.
- **Comunicación no verbal.** Cuando desea algo solo mira.
- **Nivel de actividad.** Normalmente está tranquilo.
- **Nivel y consistencia de la respuesta intelectual.** Solo realiza actividades simples, le falta comprensión todo lo hace guiado.

1.2.6.3. Test de Matrices Progresivas /RAVEN

- Mediante la aplicación de este Test se pudo identificar el nivel de funcionalidad intelectual que tiene el niño, lo que sirvió de base establecer el grado de dificultad.
- Este Test tiene como objetivo la evaluación del desarrollo cognitivo-perceptivo y de razonamiento de los niños hasta los 12 años de edad
- Consta de tres series de matrices de 12 ítems cada una de ellas. Se denominan A, Ab y B.
- En el Raven Color, esta matriz están coloreadas, por lo que son más fáciles de resolver, y por ello esta prueba es aplicable desde los 4 hasta los 11 años.
- El formato más utilizado es el de cuadernillo, que contiene 36 láminas encuadernadas. Pero también existe una forma de tablero, en la que las láminas se presentan encuadernadas sobre planchas de cartón con excavaciones, como una prueba tipo encaje, que serían más apropiada para niños menores de 9 años o muy deficitarios.
- Los ítems de la prueba consisten en un dibujo o figura a la que le falta un trozo y hay que encontrarlo entre 6 más o menos parecidos.
- En los ítems más fáciles se trata de un razonamiento visual (hay que elegir la alternativa de respuesta según el entramado del dibujo, por ejemplo).
- Conforme avanza la prueba se pide ya un razonamiento fundamentalmente de tipo espacial, siendo las más difíciles tareas de razonamiento analógico de carácter no-verbal.

Resultados

CASO 1, 2 y 3

Mediante la prueba de Inteligencia, se determinó que a nivel cognitivo presentan un perfil medio-bajo en cada una de las áreas evaluadas, se comprobó una competencia verbal, manipulativa y de lenguaje muy baja, mientras que en velocidad de procesamiento los resultados son medio-bajo, esto provoca dificultad en la comunicación e interacción con su entorno ya que la comprensión y forma de razonar no es óptima.

1.2.6.4. Índice de hiperactividad / EDAH

Uno de los criterios diagnósticos contemplados en el DSM-IV para el TDAH es que algún casa, escuela o trabajo.

EDAH: Tiene el objetivo de medir los principales rasgos del TDAH y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.

- Está destinada a la evaluación de niños de 6 a 12 años.
- Aplicación: Individual
- Duración: 5 a 10 minutos.
- Finalidad: Medida de los principales rasgos del TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y de los trastornos de conducta que puedan coexistir con el síndrome.

Criterios diagnósticos DSM-IV: Según este manual el TDAH está compuesto por una triada sintomática caracterizada por hiperactividad, impulsividad y dificultad para sostener la atención. Los síntomas se presentan de modo heterogéneo en uno u otro participante, con mayor o menor intensidad para uno u otro componente de la triada.

De esta heterogeneidad se desprenden los tres subtipos:

TDAH de predominio inatento.

TDAH de predominio hiperactivo- impulsivo.

- Interpretación del Índice de Hiperactividad

CASO 1.

En la evaluación de habilidades básicas, registra un puntaje que lo ubica en la categoría “Promedio” con relación a niños de su misma edad. Analizando los resultados obtenidos encontramos que es capaz de realizar contacto visual con objetos y personas por un tiempo aproximado de 2 minutos; asimismo, logra fijar la mirada en objetos como el repasar con la mirada láminas de colores.

1. **En la evaluación y seguimiento de instrucciones**, logra realizar instrucciones simples, es decir, de 1 a 2 consignas. Sin embargo, en lo que respecta a instrucciones complejas de 3 a 6 consignas, muestra dificultad en su ejecución, que lo ubica en un nivel bajo con respecto a su edad cronológica.
2. **Percepción Visual**, presenta un resultado Inferior al promedio con relación a los niños de su misma edad. Analizando el resultado encontramos que presenta apropiada agudeza visual puesto que no fallo en la búsqueda del elemento solicitado pero su ritmo de trabajo es lento, así como la falta de direccionalidad en el seguimiento visual.
3. **Atención- concentración:** En la evaluación de los indicadores para descarta Déficit de Atención. B.R. arroja 9 de 9 ítems establecidos en el manual del DSM-IV, presentando dificultad en su atención sostenida para realizar los trabajos y deberes, esto se debe a la falta de concentración que manifiesta en diferentes ocasiones, lo que la lleva a olvidar sus actividades diarias ya sea en casa o en el Centro.
4. **Hiperactividad – impulsividad**, de los ítems evaluados correspondientes a hiperactividad – impulsividad, arroja 8 de los 9 ítems, mostrando hiperactividad e impulsividad en su entorno familiar y Centro.

CASO 2.

1. **En la evaluación de habilidades básicas**, registra un puntaje que lo ubica en la categoría “Promedio” es capaz de realizar contacto visual con objetos y personas por un tiempo aproximado de 1 minuto, centra más la mirada en juguetes específicos como autos o pelotas, no realiza seguimiento visual de otros objetos.
2. **En la evaluación de seguimiento de instrucciones**, logra realizar instrucciones simples máximo tres consignas, posterior a eso se levanta y no quiere realizar nada más.
3. **Percepción Visual**, presenta un resultado Inferior al promedio con relación a los niños de su misma edad. Analizando el resultado encontramos que no presenta

agudeza visual ya que fallo en la búsqueda del elemento solicitado, su ritmo de trabajo es lento, así como la falta de direccionalidad en el seguimiento visual.

4. **Atención- concentración:** presenta dificultad en su atención sostenida, de momentos esta ensimismado, se lo debo condicionar o estimular con sonidos o instrumentos que pueda observar.
5. **Hiperactividad – impulsividad,** de los ítems evaluados correspondientes a hiperactividad – impulsividad, arroja 5 de los 9 ítems, mostrando hiperactividad sin impulsividad en su entorno familiar.

CASO 3.

1. **En la evaluación de habilidades básicas,** Analizando los resultados obtenidos se encuentra que es capaz de realizar contacto visual solo con personas por un tiempo de 1 minuto; asimismo, logra fijar la mirada más en los muebles, o juegos didácticos.
2. **En la evaluación de seguimiento de instrucciones,** logra realizar instrucciones simples, es decir, de 1 a 2 consignas. Sin embargo, en lo que respecta a instrucciones complejas de 3 a 6 consignas, muestra dificultad en su ejecución, que lo ubica en un nivel bajo con respecto a su edad cronológica.
3. **Percepción Visual,** presenta un resultado Inferior al promedio con relación a los niños de su misma edad. Analizando el resultado encontramos que no presenta apropiada agudeza visual puesto que fallo en la búsqueda del elemento solicitado pero su ritmo de trabajo es lento, así como la falta de direccionalidad en el seguimiento visual.
4. **Atención- concentración:** presenta un riesgo medio en cuanto a déficit de atención en el área ya que presenta dificultad en los procesos de aprendizaje, mostrando escasa atención y comprensión de los temas.
5. **Hiperactividad – impulsividad,** de los ítems evaluados correspondientes a hiperactividad – impulsividad, arroja 6 de los 9 ítems, mostrando solo impulsividad en su entorno familiar y Centro.

1.2.7. Propuesta de Solución

Se ha podido observar que en mucho de los casos están presentando problemas que van más allá de los relacionados con la discapacidad física, intelectual o de desarrollo, ya que para muchos los profundos sentimientos de frustración, enojo tristeza o vergüenza, están provocando trastornos psicológicos tales como ansiedad, depresión o baja autoestima, mayores niveles de soledad, además de problemas conductuales, esta situación hace que se busque mecanismos que vayan directamente a prevenir y sobrellevar estos eventos antes que se crucifiquen, ya desde la primera etapa de desarrollo y aprendizaje.

Para apoyar al alumno de manera eficaz es necesario entender alguno de los presuntos motivos que originan los retos emocionales y psicológicos, a los que ella o el puedan enfrentarse.

Es por eso que mediante la intervención psicológica temprana se pretende orientar a la familia, al maestro y grupo de pares en todo el proceso, con charlas directas, proponiendo estrategias y aplicando métodos que sean individualizados a corto y mediano plazo.

A nivel emocional el trabajo se centrará en identificar la situación que está originando esos estados, una vez identificado se trabaja de manera conjunta con el alumno, la familia y el maestro, para poder cambiar y entender algunas actitudes que inestabilidad no solo al alumno también al grupo de pares.

La familia involucrada directamente tiene el objetivo de apoyar, comprender y acompañar en todo el proceso de manera también empática, no justificando acciones, ni sobreprotegiendo al hijo, sino reforzando sentimientos, actitudes positivas e incluyéndolo sin excepción en actividades y en situaciones de convivencia familiar o social.

A nivel emocional el poder identificar situaciones que están provocando falta de interés, aislamiento o conductas impulsiva o evitativas es el primer paso para poder trabajar con el niño, al ser su nivel de comprensión más lento en muchos casos se debe actuar con cautela, sin obligar, ni justificar acciones, pero si orientar y hacer sentir al niño que es entendido y comprendido, es de esta forma que se podrá ir fortaleciendo el autoestima lo que conllevará a formarlo más seguro lo que implicará que el mismo buscara los medios para incluirse y

adaptarse a cada nuevo proceso y no así frustrarse y excluirse del medio por temor a no poder ser capaz de realizar lo que se le pide o se propone.

Los padres también deben entender que muchas veces la sobreprotección es el primer factor que provoca que el niño a niña se frustre o tenga conductas indeseables ya sea en el centro, la familia o medio social, y la única solución a veces es ejercer violencia, o simplemente aislarlos en sus hogares, en estos casos se debe trabajar con la familia no solo los padres ya que los hermanos o familia cercana.

Para coadyuvar en la solución del problema se propone trabajar con:

1.2.8. Programa de Intervención

Como propuesta de solución se propuso implementar un Programa de intervención individualizado, conjugando los intereses, las capacidades, las necesidades, el estilo de aprendizaje y el ritmo de trabajo de los niños con TEA.

Su planificación se centra en conseguir logros que sean relevantes en la vida del niño y a evaluar el impacto que la intervención tiene en cada una de las dimensiones de calidad de vida, se evaluará su desarrollo y organización, mediante instrumentos que recojan todos los aspectos relacionados con la organización y con el funcionamiento del programa, que permita analizar su evolución e identificar todas aquellas condiciones que pueden enriquecerlos y por tanto, incidir en la mejora de la calidad de vida del niño con autismo moderado.

Para la realización se tomó en cuenta los siguientes aspectos:

- Los intereses de los niños con autismo deben ser tomados en cuenta para el diseño de las actividades.
- El abordaje de las dificultades conductuales debe seguir los principios y prácticas del apoyo conductual, debe abordarse con un enfoque funcional, analizando los factores desencadenantes y el sentido de la conducta en su contexto, mediante estrategias y técnicas de apoyo conductual.

- Se construirá habilidades de comunicación espontánea y funcional para la efectividad del tratamiento.
- Empleando métodos basados en objetivos reales y adaptados a las necesidades de cada niño, cumpliendo parámetros que ayuden a mejorar el desarrollo adaptativo a nivel familiar y social.
- Promoviendo apoyo de las diferentes especialidades para desarrollar un plan ajustado y apto a las necesidades de cada niño, donde no solo sea aplicable para la población de estudio sino así también para nuevos casos que se puedan presentar.
- Mediante las técnicas y estrategia aplicadas se fortalecerá las áreas de dificultad junto al apoyo de los profesores y padres de familia.

Este programa recoge, por lo tanto, una propuesta de intervención ideada para ir superando las diferentes fases de cada objetivo prolongando a lo largo del tiempo conforme sea necesario cada propuesta y método utilizado como medida preventiva de trabajo.

Previamente a esta programación, y tras el análisis de las necesidades individuales, se lleva a cabo una planificación individualizada de apoyos naturales, profesionales y materiales que son elaborados en base a las problemáticas identificadas tomando en cuenta factores ambientales y sociales.

Cuadro No. 3 Programa de Intervención Terapias

FASES	INDICADORES	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS	MATERIALES	EVALUACION	TIEMPO
1era. Fase Observación en el área de Psicología y aula	Comportamientos y actitudes	Conocer las actitudes y conductas mediante el proceso de observación de los estudiantes que asisten a terapia psicológica y en aula.	Registro de Observación	Hojas bond Bolígrafos Lápiz	Conducta Afectividad Social	2 s e m a n a s
	Comportamientos de los estudiantes hacia el profesor	Identificar en aula las conductas y actitudes del estudiante hacia el profesor	Cuestionario de Observación Entrevista estructurada	Papel bond Bolígrafos Marcadores	Agresividad Fisca Agresividad verbal	
2da. Fase	Comportamiento en aula entre compañeros	Detectar indicadores conductuales disruptivos o de violencia.	Cuestionario de observación	Hojas bond Bolígrafos Lápiz	Agresividad Fisca Agresividad verbal Indiferencia Temor	2
Evaluación y Diagnóstico	Interacción Social	Determinar la forma de comunicación y relacionamiento social que presenta el estudiante en	Sistema alternativo de comunicación PECS	Hojas impresas Bolígrafos Lápiz Goma	Demanda de atención Respuesta a peticiones Expresión de rechazo	s e m a n a s

		los diferentes espacios del Centro.				
	Afectivo	Identificar y regular formas de expresión de los estudiantes ante diferentes estímulos o circunstancias del entorno.	Test proyectivos	Hoja de respuestas Lápiz Goma Papel bond	Emociones Estructura	
	Manejo de los procesos Cognitivos	Potenciar en los estudiantes las habilidades cognitivas a través de las terapias psicológicas	Test de Matrices Progresivas Raven	Hoja de respuestas Lápiz Goma	Memoria Atención Razonamiento	
3era. Fase	Recursos didácticos utilizados	Elaboración y desarrollo del plan de actividades de los alumnos que asisten a terapias tomando en cuenta datos obtenidos del proceso de evaluación.	Registro de resultados	Hojas bond Registro de observación Pruebas aplicadas Bolígrafos Lápiz	Implementación de Estrategias, técnicas y actividades para la elaboración del plan de acción.	2 s e m a n a s
4ta. Fase	Método de trabajo	Coordinar e informar a las familias sobre los resultados obtenidos en el proceso de	Grupos Focales	Papelografo Marcadores	Seguimiento y control de las sesiones mediante reuniones	

		evaluación y el plan de trabajo que se realizara en las terapias.			informativas con las familias	
5ta. Fase	Manejo de Técnicas y Estrategias	Implementar técnicas, estrategias y actividades como método de trabajo terapéutico que sea adaptable a cada estudiante.	<p>Refuerzo positivo y negativo</p> <p>Tiempo fuera</p> <p>Economía de fichas</p> <p>Manejo de Habilidades sociales</p> <p>Estimulación cognitiva</p>	<p>Imágenes</p> <p>Láminas de estimulación sensorial</p> <p>Juegos de construcción</p> <p>Juegos de mesa</p> <p>Tarjetas de emociones</p> <p>Fotografías</p> <p>Videos</p>	Proceso terapéutico individual una vez por semana duración 50 min.	8 meses
Sexta Fase	Elaboración Informe Anual	Elaboración de informe del informe psicológico, incorporando logros, dificultades y recomendaciones.	Planilla de registro y seguimiento de datos	Hojas bond Impresora Sellos Files del estudiante	Se desarrolla una síntesis de los objetivos planteados, describiendo los logros obtenidos, dificultades que se presentaron y recomendaciones generales.	1 mes

Fuente: Elaboración propia

1.2.9. Objetivos de Intervención

- Recoger información para determinar cuál es la función de la conducta problemática, por ejemplo, si existe una autolesión que representa una manera de comunicarse ante estímulos sensoriales estresantes.
- Identificar antecedentes de la conducta, como tiempo, causas, grado de dificultad y cuáles son los factores desencadenantes.
- Identificar las consecuencias en el entorno después de la conducta, cuáles se relacionan con un incremento o descenso de la conducta
- Identificar una conducta alternativa que puede hacer la misma función; por ejemplo, otros estímulos similares que pueden ser estimuladores, pero funcionalmente.
- Incorporar técnicas y estrategias adaptadas a las necesidades de la población seleccionada, tomando en cuenta el grado de discapacidad y disfuncionalidad que provoca en el entorno del centro y a nivel social.

La comprensión del funcionamiento psicológico de niño con autismo es básica para el tratamiento, es necesario ir más allá de la conducta y comprender el modo de sentir y entender el mundo de estas personas, así como la forma que tienen de construir el aprendizaje y el desarrollo social.

1.2.9. Planes de Intervención

Las sesiones en el área de psicología, son individualizadas dura 50 minutos 1 vez por semana, se hace partícipe de los objetivos y actividades planteadas para todo el transcurso del proceso a los padres, se crea un plan de intervención de acuerdo a las dificultades identificadas.

1.2.9.1. Abordaje con el niño

El proceso de intervención se realiza acorde a las necesidades del niño, implementando estrategias, técnicas y actividades adaptados a su nivel de comprensión y en lo posible vaya direccionado al desarrollo de las habilidades adaptativas que ayuden a mejorar su la calidad de vida, independencia y aprendizaje.

Busca que el niño desarrolle las capacidades para centrar su atención y permanecer calmado, relacionarse con otros e iniciar y responder a todos los tipos de comunicación. asimismo, iniciándolo con gestos sociales y emocionales, promueve su vinculación en la resolución de problemas compartidos que involucren muchas interacciones consecutivas.

Se estructurará en sesiones enfocadas en alentar la iniciativa del niño, profundizar sus relaciones personales, alargar la atención mutua y realizar capacidades simbólicas con juegos y conversaciones simuladas.

1.2.9.2. Abordaje con la familia

En el abordaje con las familias se propone promover su participación activa en la toma de decisiones que acompaña a la evaluación y el diseño y desarrollo de la intervención, apoyándolas para alcanzar las metas que se proponen en relación con ellas mismas y sus hijos e hijas. Esto supone que las actividades en las que se coopera con la familia son de varios tipos:

- Prácticas centradas en la familia, es decir, conducir las e implicarlas en la toma de decisiones y seguimiento de la intervención.,
- Prácticas formativas y capacitadoras para desarrollar sus habilidades de parentalidad positiva y como sujetos exitosos en la promoción del desarrollo de sus niños.
- Prácticas de colaboración en las que familia cooperan en el desarrollo de la intervención para facilitar el logro de las metas propuestas de común acuerdo.
- Se propone construir una relación estrecha y respetuosa con las familias teniendo en cuenta su diversidad cultural, lingüística y socioeconómica.
- Proporcionar a las familias información actualizada y comprensiva de un modo que puedan comprenderla y tomar las decisiones correspondientes.
- Tener en cuenta las preocupaciones, prioridades y circunstancias de las familias.

- Proporcionar a las familias oportunidades para desarrollar sus conocimientos y habilidades como padres y madres.

1.2.10. Métodos de Intervención

1.2.10.1. TERAPIAS CONDUCTUALES

1.2.10.1.1. Terapia Cognitivo Conductual

Los enfoques conductuales se caracterizan por una evaluación detallada de las respuestas problemáticas y de las situaciones ambientales que pueden suscitar y mantener el desarrollo de estrategias que produzcan cambios en el entorno y por tanto, en la conducta del niño y la evaluación continuada de la eficacia de la intervención.

El tratamiento conductual aplicado es un método altamente sistematizado de modificación de la conducta, se usa principalmente para el mejoramiento de problemas conductuales, está basada en el rendimiento, ya que los cambios en las conductas concretas son evaluados objetivamente mediante un método analítico que emplea mediciones directas y repetidas experimentalmente.

Al aplicar un tratamiento conductual, el uso de reforzadores es de suma importancia ya que cuando se presenta un estímulo, o este aparece como consecuencia o dependiente de una respuesta y cuando el porcentaje de esa respuesta aumenta, se dice que hay un reforzamiento positivo.

Aspectos que se debe trabajar:

- Orientación personal
- Resolución de conflictos
- Entrenamiento en auto-instrucciones
- Organización y planificación de la conducta en función de objetivos y metas
- Autorregulación emocional
- Entrenamiento en habilidades y estrategias internas

Procedimiento:

Las conductas para ser intervenidas no deben elegirse en forma arbitraria, porque eso solo dificultaría el proceso. Se debe tener en consideración que unas conductas son prerrequisito de otras, para que sobre ellas se estructure el aprendizaje que se quiere obtener.

- Primer paso: Selección de las conductas a intervenir

Se elaboró un registro de observación, que consistió en ir anotando todas las cosas que el niño hace en un tiempo determinado, esta labor permite tener una visión global del comportamiento en un ambiente específico, este paso se realizó en el Centro y el ambiente de Psicología lo que ayudo a delimitar con anticipación las condiciones en las que se hizo la observación.

- a. Camina constantemente
- b. No permanece sentada
- c. Se balancea
- d. No acepta el contacto físico,
- e. No establece contacto visual
- f. No sigue instrucciones.

- Segundo paso: Ordenar las conductas

Se ordenó las conductas estableciendo una jerarquía de acuerdo con el grado de dificultad o si una necesita ser antecedida de otra.

El orden lógico sería:

- En primer lugar, sentarlo
- En segundo lugar, establecer contacto ocular adecuado
- Tercero, enseñarle a seguir instrucciones.
- Cuarto, que acepte contacto físico

Fue necesario, una vez seleccionada la conducta, definirla, lo que permitió saber en qué momento y en qué forma debe ser intervenida.

- **Tercer paso:**

- Las conductas fueron definidas en términos observables y medibles.
- Es decir que se pudieron contar las veces que ocurrió una conducta determinada en un intervalo de tiempo específico como ser: Gritos emitidos por el niño, lo suficientemente altos, que se oyen a una distancia de 10 a 15 metros, y cuya duración es mayor de 5 minutos.
- Mediante este paso se pudo determinar cuántas veces lo hizo el niño al día que fueron 6 veces y el tiempo que duro, que fue 5 minutos.

- **Cuarto paso:**

Seleccionando los reforzadores:

Antes de seleccionar el reforzador fue necesario hacer un muestreo de reforzadores, de tal manera que sepamos qué es importante y qué no es importante para el niño.

Se elaboró una lista de las cosas que son importantes para el niño los mismos que fueron comestibles como ser: galletas, jugos, chocolates, juguetes diversos, o actividades como ver televisión y jugar con la pelota, o actividades recreativas como ir a algún lugar específico.

Para ello, Blackman y Silverman (1973) apuntan que... “un estímulo no posee ninguna propiedad reforzadora inherente. Tenemos que determinarla o descubrirla (es decir, debemos llegar a conocer las capacidades que tiene el estímulo de acrecentar la probabilidad de la respuesta).”

1.2.10.1.2. Entrenamiento en Habilidades Sociales

El área social es una de las áreas donde mayores dificultades tienen los niños, la adquisición de pautas, estrategias y habilidades para relacionarse de manera adecuada mediante un proceso de entrenamiento favorecerá la interacción social y evitará problemas de rechazo social, aislamiento y baja autoestima.

Aspectos que se debe trabajar:

- Autoestima, comunicación emocional
- Entrenamiento asertivo
- Reglas de sociabilización
- Entrenamiento en conductas pro sociales

1.2.10.1.3. Entrenamiento Familiar

- De acuerdo a la valoración y entrevista realizada a los padres se realizará un entrenamiento a nivel familiar dando sugerencias y estableciendo un marco de trabajo que sirva de guía para trabajar la relación paterna filial mediante una mejor comunicación y atención.
- En el entrenamiento para padres y madres de familia se trabaja sobre los siguientes puntos:
- Identificar las situaciones que generan problemas específicos, así como los elementos que precipitan las conductas disruptivas, es importante registrar la evolución constantemente.
- Analizar las consecuencias positivas y negativas de los comportamientos apropiados y no apropiados con los padres.
- En caso de que en la relación padre-hijo se produzcan muchos roces y pocas interacciones positivas, se trabaja para reforzar las habilidades de los padres durante las sesiones para el mejor manejo de las situaciones.
- Enseñar a los padres métodos de comunicación efectiva para establecer normas y llevar el mando estableciendo contacto visual y dando órdenes en un contexto positivo.
- Establecer consecuencias negativas apropiadas para cada problema de comportamiento específico, Las consecuencias deben estar estrechamente relacionadas con el problema en sí.
- Utilizar sistemas de economía de fichas para los problemas de conducta constantes, los padres pueden así aprender a penalizar y recompensar conductas negativas y positiva

1.2.10.2. ESTRATEGIAS

1.2.11.2.1. Adaptaciones Ambientales.

En el entorno, los estímulos sensoriales, cambios inesperados de rutina, estrés ambiental, falta de estructura, excesivas demandas que no pueden cumplir, negaciones, malinterpretación de su entorno y situaciones que provocan ansiedad y miedo, suelen precipitar los problemas de conducta o adaptación.

Para reconducir los problemas de conducta en TEA se han utilizado modelos de hipo estimulación, es decir, reducir peticiones y órdenes, evitar situaciones hiperactivas (contacto ocular, hablar alto, contacto físico, personas que los miran), evitar conductas no verbales que pueden llevar a un conflicto (posturas agresivas, miradas) y reducir la hiperestimulación externa mediante espacios sensoriales con poca estimulación.

El ejercicio físico también puede ser una manera de reducir la excitación fisiológica, la ansiedad y las conductas estereotipadas, y de mantener una estructura funcional.

La excesiva adaptación del ambiente, evitando todos los estímulos que les alteren, puede conllevar al aislamiento de la persona con TEA, reforzando la no tolerancia al cambio. En estos casos, la exposición al entorno debe ser gradual, anticipándolos paulatinamente a cambios, nuevas rutinas y nuevas personas.

1.2.11.2.2. Cambiar su estado emocional.

Ante los problemas de regulación emocional, actividades que cambian el estado emocional favorecen la autorregulación positiva. Debe tenerse en cuenta su estado emocional y exponerlos a situaciones estresantes o cambios cuando están más contentos, y no hacerlo cuando están en un estado de ánimo negativo.

1.2.11.2.3. Utilización de estructuras, rutinas y ayudas visuales.

La estructura les ayuda a entender su entorno y adecuarse a las transiciones, los horarios les ayudan a anticipar secuencias y las imágenes pueden utilizarse como recordatorios o transiciones, deben tener una estructura de actividades motivadoras, combinando actividades más tranquilas y movidas, algunas al aire libre y trabajando también la autonomía.

En ocasiones, al ser muy dependientes de la atención del adulto y cualquier retirada de atención les provoca irritabilidad, por lo que habrá que trabajar paulatinamente su autonomía.

1.2.11.2.4. Utilizar instrucciones proactivas positivas.

Ser positivo cuando queremos cambiar, por ejemplo, la no obediencia, recurriendo a aspectos positivos de su interés, como bromas o juegos que les gusten, que los vuelva más receptivos emocionalmente. Si se bloquean, distraerlos con actividades placenteras y luego intentarlo de nuevo. Ir utilizando aproximaciones hacia la conducta deseada. La utilización de un lenguaje positivo, claro y conciso, con un tono de voz bajo, es esencial en la disminución de conductas agresivas.

1.2.11.2.5. Respuesta a la crisis.

Cuando los niños con TEA se encuentren alterados es necesario dejarlos solos con algún distractor que pueda tranquilizarlos, tomando previsiones como para mantener su seguridad, como cerrar puertas, alejar a las personas que estén cerca de el en especial niño, se debe protegerlos de objetos que puedan dañarlos, como tijeras, botellas, etc. Si esta técnica no da resultados y los riesgos de hacerse daño aún persiste se debe proseguir con la sujeción física, en caso de que se encuentren en el hogar los padres o algún miembro debe realizarlo, en las terapias lo que se hace es abrazar al niño y alejarlo de todo estímulo, se le habla calmadamente hasta que se logre contener su ansiedad.

1.2.11.3. TÉCNICAS

1.2.11.3.1. Técnicas de inhibición de respuesta

Básicamente este entrenamiento consiste en “párate y piensa”, que consiste en realizar un entrenamiento ante una señal visual de stop para inhibir una respuesta y tomar decisiones.

Pararse. De esta forma se inhibe la respuesta que inicialmente se iba a tener, en ese momento se debe analizar qué es lo que ha ocurrido y tomar consciencia de la situación.

No actuar. Entrenar así la capacidad de demora, controlando el impulso y recapitando sobre la respuesta adecuada que se debe dar.

Pensar. Pensar en cómo se puede solucionar el problema y las alternativas posibles, y las consecuencias que pueden tener cada una de ellas.

Planificar. Decidir cuál de las alternativas es la mejor y decidir cómo se debe actuar.

Actuar. Es importante mantener la atención frente a la distracción o la tentación de hacer algo.

1.2.11.3.2. Técnicas de estimulación sensorial

Las funciones ejecutivas son habilidades autorreguladoras que se usa para llevar a cabo tareas, desde vestirse a hacer los deberes. Esto incluye planificación, organizar el tiempo y materiales, tomar decisiones, cambiar de una situación a otra y controlar emociones.

Con los niños de 6 a 10 años, normalmente se trabaja junto con los padres, para establecer rutinas y herramientas que les permitan terminar las tareas minimizando los conflictos.

1.2.11.3.2.1. Técnica del Cepillado

Es una técnica desarrollada por Patricia Wilbarger, que no sólo consiste en un cepillado de ciertas partes del cuerpo, como brazos, piernas, espalda, etc., sino también la compresión de

las articulaciones. Esta técnica requiere un cepillo especial de tipo quirúrgico, este no debe arañar, hacer cosquillas o picar cuando se aplica con firmeza sobre la piel. La presión debe ser lo suficientemente firme como para que se doblen las cerdas del cepillo y que apriete todos los receptores táctiles de la zona, el cepillado debe ser rápido, moviendo el cepillo de un lado a otro por toda la zona, evitando repetir las pasadas sobre la misma área.

El objetivo es cubrir una zona extensa rápidamente y seguir inmediatamente con compresión/tensión de las articulaciones, es importante que sea uniforme y eventualmente aplicar presión profunda. Por lo tanto, se debe mantener el cepillo en posición horizontal cuando se pasa sobre la piel y continuar moviéndolo, es mejor cepillar sobre la piel directamente, pero puede hacerse sobre la ropa si fuera necesario, aunque la efectividad no es la misma. Cepillar el brazo, pierna y espalda, empezando desde arriba hacia abajo asegurarse de cepillar las palmas de las manos y, si es posible, la planta de los pies.

Si esta técnica se hace correctamente, no se siente el cepillado sino una presión con un flujo de sensaciones táctiles que se esparcen sobre el área para conseguirlo, el cepillado debe ser hecho de forma rápida y sobre zonas amplias, con constante movimiento.

Una vez efectuado el cepillado, hay que seguir inmediatamente con compresión, la cual se da mediante presiones rápidas de las articulaciones de las extremidades superiores e inferiores. Es importante hacer compresión en los hombros, codos y muñecas, y también en la cadera, rodillas y tobillos. El objetivo es mantener la calma en el niño y ayudarlo a mantenerse en la zona óptima de modulación sensorial (que es de calma y alerta, pero no sobre- excitación).

- **Objetivos:**

- Proporcionar input sensorial controlado y organizado para ayudar a “estabilizar o normalizar” el sistema sensorial y permitirle interactuar más efectivamente en su entorno.
- Ayuda a liberar naturalmente endorfinas las cuales poseen varios péptidos que segrega el cerebro. Tiene un efecto de alivio natural del dolor.

- **Descripción de la técnica:**

- 1) Colocar el brazo con la mano del niño en pronación, empezar por el dedo meñique e ir por encima de la mano. Subir hasta el brazo y bajar de nuevo. Rotar el brazo durante el procedimiento para cepillar el costado y el lado frontal, llegando a la palma. (ambas caras). Cepillar todo el brazo de arriba abajo.
- 2) Repetir el paso 1 con el otro brazo, mano y palma. Para trasladarse del brazo a la pierna colocar la mano del niño sobre su muslo y deslizar el cepillo de la mano a la pierna, se debe asegurar que se mantienen una presión firme con el cepillo al hacer la transición.
- 3) Empezar cepillando el lado externo de la pierna. Cepillar desde la parte más alta de la pierna hasta la punta del pie y regresar. Mover el cepillo hacia la cara interna de la pierna progresivamente, finalmente hacia atrás de la pierna hasta la base del pie. Repetir el paso 3 en la otra pierna.

1.2.11.3.3. Técnicas de relajación y vuelta a la calma.

La intervención debe partir siempre desde el respeto al niño, se debe evitar buscar una solución que implique “cortar la conducta de raíz” sin darle un sentido a su existencia o un valor a su posible reconducción, se debe encontrar conductas alternativas que posibiliten una funcionalidad igual o superior que la que tenía la conducta auto lesiva.

- Es necesario partir de la base al discernir entre autolesión y auto estimulación. Por ejemplo: cabecear de forma repetitiva sin llegar a golpearse no se considera una autolesión.
- En la medida de lo posible, se debe dialogar con el niño sobre el impacto que tiene sobre su conducta auto lesiva.

- Es muy importante mantener la calma cuando presenciemos autolesiones llamativas: golpes en la cabeza, pequeños cortes, mordiscos, tirones del pelo...etc.
- En el momento en el que la lesión se dirige a otros, se considera heteroagresión. En estos casos, la intervención parte de una base distinta.

1.2.11.3.4. Técnicas para reconducir las Autolesiones.

- Se reconduce al niño hacia un rincón despejado.
- Se debe poner en práctica la técnica de relajación y vuelta a la calma.
- Dirigir el foco de atención hacia otra cosa de su interés.
- Si se desencadena en autolesión, se debe manipular ese estímulo aversivo. (Ejemplo: si se trata de un ruido molesto, se le pone auriculares aislantes del sonido o aléjale de ese ruido.)
- Si se debe a que la actividad es aversiva para él niño se debe llegar a un acuerdo o cambiar la actividad. (Esto depende mucho del caso concreto)
- En el caso de autolesiones de gravedad, un abrazo intenso puede reconfortarle a la vez que evitas que corra algún riesgo.

1.2.11.3.5. Técnica de regulación emocional

- Esta técnica comienza con la observación al niño e identificando qué cosas le calman, le gustan o le transmiten tranquilidad, cualquier cosa que pueda llevar siempre encima y que pueda recurrir a ese objeto o cosa que le tranquiliza.
- Es importante que el niño tenga diferentes vías de escape.
- Proporcionarle espacios tranquilos tanto en casa como en el Centro a los que sabe que puede ir si lo necesita también puede ayudarle.
- Caminar – presionar bien los pies sobre el suelo. Se puede combinar con una cuenta atrás del 10 al 0.
- Beber agua

- Abrir mucho los ojos
- Tocar y percibir diferentes texturas que no estén rodeando
- Concentrarse en diferentes sonidos
- Mirar alrededor y descubrir 7 colores distintos (y nombrarlos) – también pueden ser diferentes objetos
- Soplar: circuitos de soplos, bolsas de soplos, etc.
- Masaje suave pero firme, abrazos de oso, sentir los límites del cuerpo o abrazos de oso proporcionan al niño una entrada táctil y propioceptiva reconfortante.
- Botellas sensoriales y otras actividades calmantes visuales
- Hacer carotas delante del espejo
- Amasar, apretar, estampar
- Empujar, tirar, y otras actividades táctiles y propioceptivas
- Trasladar peso o sentir peso (Media ponderada)
- Escuchar música o dibujar

- **Alternativa a las que funcionan como vía de comunicación**

- Es importante identificar los patrones que suele presentar el niño, para así poder darle una alternativa. Por ejemplo, si se sabe que cuando tiene hambre se muerde las manos, se puede buscar una alternativa concreta para ese caso.
- Se debe crear tarjetas de colores para que sepan pedir mediante las mismas mostrándoles cuando tenga hambre, sed o deseen algo.
- Se debe eliminar la confusión solo enseñando 1 nueva conducta por 1 antigua autolesiva.
- También se recomienda recrear situaciones seguras y de menor impacto en las que sabes que puede darse una conducta autolesiva y así enseñarles la nueva conducta alternativa.

1.2.11.3.6. Técnicas de relajación y control del estrés y la ansiedad

Las técnicas de relajación y trabajo corporal ayudan a controlar y canalizar el exceso de actividad, los estados de agitación, nerviosismo y ansiedad y favorecen las emociones positivas y mejoran la comunicación y el ambiente familiar.

Aspectos que se debe trabajar:

- Relajación y respiración, se utilizó la técnica de conteo en este caso del 1 al 10
- Se les pidió a los niños dando ejemplos la forma de respiración que deben realizar, se les dio la consigna diciendo que respiren profundamente y luego voten el aire, fue muy difícil lograr que lleguen a un conteo mayor, pero sirvió como practica para que lo desarrollen.
- Realización de actividades externas como actividades deportivas y baile. Se aconsejó y se dio pautas a las familias para que puedan realizar diferentes actividades ya sea de recreación, deportes o carreras que ayuden a bajar su nivel de energía y a la vez encuentre algo nuevo en que distraerse. En todos los casos no lo realizaron según referencia de las madres de manera funcional ya que aún principio se negaron al hacerlo.

1.2.11.3.6.1. Musicoterapia

La musicoterapia es una herramienta terapéutica que ha permitido establecer una nueva forma de interrelación especialmente en casos de niños con trastorno del espectro autista ya que muestran una preferencia, una predisposición y una capacidad de respuesta mayor a los distintos estímulos sonoros, cuando éstos son musicales como.

- Repetición de fragmentos de canciones escuchadas.
- Reproducción de ritmo espontáneo.
- Atracción por ciertos sonidos, timbres o fuentes sonoras.

- Realización de movimientos espontáneos ante cierto tipo de música.

Beneficios de la Musicoterapia: Los objetivos terapéuticos que persigue la musicoterapia en niños autistas son:

- Colaborar en su proceso de conexión con el mundo que lo rodea.
- Favorecer la relación con su familia y con otras personas.
- Estimular un desarrollo lo más armónico posible instaurando nuevas formas de expresión de las emociones, comunicación y movimiento.
- Desarrollar y afianzar la motricidad gruesa.
- Conseguir un mejor desarrollo neuromotor mediante juegos funcionales.
- Estimular de manera general y según la problemática particular, aspectos del desarrollo del menor como por ejemplo la comunicación, las destrezas para establecer relaciones sociales o el lenguaje expresivo y receptivo.
- Estructurar adecuadamente la sensorialidad en su esquema corporal.
- Desarrollar la agudeza de los sentidos: visual-auditivo-gustativo-olfativo.
- Estimular el diálogo rítmico del niño con su entorno.
- Favorecer conductas de autodeterminación y creatividad.

Funciones:

Empleo de patrones musicales (vocalizaciones repetitivas, ritmos de golpear objetos, ecolalias...) para desarrollar música a partir de ellos.

Uso de canciones sencillas que ayuden a mejorar la comprensión tanto del mensaje verbal como no verbal.

Distracción provista por el estímulo musical que provoca que disminuyan los comportamientos repetitivos gracias a que el cerebro está ocupado procesando la información del estímulo musical.

Utilización de improvisaciones rítmicas que permitirán descargar la agresividad y descubrir sonidos creados por ellos mismos.

1.2.11.3.7. Técnicas de estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva engloba todas aquellas actividades dirigidas a estimular y mantener las capacidades cognitivas existentes. La atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas son entre otros procesos mentales, susceptibles de ser estimulados y potenciados mediante técnicas o programas de estimulación cognitiva.

Objetivos.

- Mejorar la capacidad comunicativa del niño.
- Permitir el desarrollo de los aprendizajes.
- Desarrollar competencias comunicativas, interactivas y cognitivas para que lleguen a comprender en el entorno que les rodea.
- Aumentar la calidad de vida del niño y su bienestar.

Las actividades de estimulación para niños, dentro del área de funciones cognitivas (atención, memoria y percepción) son los siguientes:

1.2.11.3.7.1. Juegos de madera para niños

Clasificar formas

Los juegos de madera para niños son piezas de 5 formas y colores diferentes, Círculo, Cuadrado, triángulo, rectángulo y pentágono. Rosa claro, rosa oscuro, azul, amarillo y verde.

Para dar estructura a la actividad y conciencia del contexto, utilizamos el apoyo visual de “trabajar en mesa”, es importante adecuar los apoyos a las necesidades de cada niño con autismo.

Solo es necesario emplear apoyos visuales cuando estos se requieran

Este tipo de actividad resulta útil ya que además las fichas encajan sobre un número de pequeños palos de madera, de este modo además de trabajar los conceptos se puede utilizar la forma, y también iniciar la comprensión de números y cantidades.

Ilustración Nro. 3: Juegos de Madera para niños Clasificar Formas



Fuente: Elaboración Propia

1.2.11.3.7.2. Fichas de estimulación cognitiva

- Están diseñadas para mejorar la capacidad comunicativa del niño.
- Es fundamental emplear el modelado, al trabajar con el niño se le dio el ejemplo a seguir, primero se realizó las tareas para que el niño le imite.
- Realizar construcciones, se realizó junto al niño, pero sin invadir su espacio, de esta manera se captó su atención y al mismo tiempo se lo fue estimulando.
- Ante la hipersensibilidad acústica, se evitó lugares con grandes multitudes ya que normalmente los niños se sienten incómodos, pero se le anticipo en algunas ocasiones para ayudarlo a sentirse más seguro.
- Se respetó su orden y su ritual, es decir, si el niño prefería guardar los juguetes de una determinada manera se hizo lo mismo. De esa forma se consiguió empatizar y poder hacer tareas juntos. Se procedió a observarlos y aprender a saber cuáles son aquellas rutinas que les ayudaban a sentirse mejor.

- Se elaboró láminas con dibujos y pictogramas de elementos básicos como comer, bañarse, vestirse incluso de alimentos, se pegó en un lugar donde los niños podían verlos se les hizo más fácil pedir lo que deseaban.

CAPITULO II

DESARROLLO LABORAL

2.1.Objetivo de la Intervención Laboral

2.1.1. Objetivo General

Desarrollar un Programa de Intervención Psicoterapéutico adaptado para niños entre 6 a 10 años con Trastorno del Espectro Autista con grado de funcionalidad moderado del Centro de Educación Especial Mururata.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Elaborar un Programa de Intervención individualizado y adaptado a las necesidades de los niños con Autismo grado moderado, realizando un proceso de evaluación y diagnóstico previo, para implementarlo y aplicarlo en el transcurso de las Terapias.

- Incorporar técnicas, estrategias y actividades que sean de beneficio directo para los niños con TEA, abordando las problemáticas identificadas que ayuden a mejorar su adaptación en el Centro y a nivel social.

- Involucrar a las familias en el proceso terapéutico dando pautas y orientando sobre el manejo de los métodos utilizados en las sesiones para que puedan replicarlos en casa hasta lograr los resultados esperados.

- Socializar en aula con los profesores las estrategias y técnicas realizadas para que puedan aplicarlas y a la vez continuar durante el transcurso de sus actividades de manera general con alumnos que así lo necesiten.

2.2.Descripción de las funciones y tareas

Las funciones que se desarrollaron consistieron en organizar y programar todo el proceso a seguir desde la etapa de observación, diagnóstico, las técnicas e instrumentos de evaluación preparar el material, elaborar el programa de Intervención, aplicar los instrumentos, interpretar, analizar los resultados y finalmente elaborar un informe que fue socializado con los padres de familia y plantel docente antes y a la culminación del proceso.

2.2.1. Proceso de observación

El proceso de observación fue el primer paso que se realizó en los diferentes ambientes y espacios que tiene el Centro, que sirvió de guía para poder conocer e identificar la forma de interacción, conducta y actitudes en general de los niños de forma natural y espontánea que sirvieron de base para poder realizar un diagnóstico más preciso e individualizado.

Posteriormente ya en el área de psicología se continuó con este proceso donde a los niños se permitió desenvolverse sin restricciones acompañados de los papas para poder conocer como manejaban las mismas situaciones que se iban presentando, a la vez se pudo realizar la entrevista donde se recabó datos generales en relación a problemáticas que fueron advirtiendo, situación familiar y aspectos que sirvieron como antecedentes para poder coordinar la incorporación a terapias.

2.2.2. Anamnesis.

La anamnesis es un proceso mediante el cual se obtuvo información de la familia y el niño viendo hábitos de vida y presencia de antecedentes familiares para poder establecer un diagnóstico del problema a tratar o trabajar.

Se trata de la primera etapa del proceso diagnóstico, imprescindible para comprender la situación vital del niño, su problema y la forma en que este afecta o es afectado por los acontecimientos y la historia personal. Mediante los datos obtenidos en la anamnesis se pudo recabar información necesaria desde la etapa gestacional y durante toda la etapa de desarrollo, relación familiar, conducta del niño, aprendizajes, nivel de funcionalidad, independencia y

aspectos necesarios que ayudaron y aportaron al momento de elaborar sus planes de intervención.

El conocer la historia desde la etapa gestacional y durante toda la etapa de desarrollo sirvió de guía para poder determinar qué factores influyeron en el deterioro de las diferentes problemáticas identificadas.

2.2.3. Entrevista

Mediante la entrevista realizada a las familias se pudo recolectar información necesaria para determinar aspectos importantes que sirvieron de guía para identificar las causas de las diferentes problemáticas descritas en los niños que fueron seleccionados, la mayoría de las familias coincidieron en que uno de los factores principales es el vivir en un ambiente no adecuado por la falta de dinero, lo que conlleva a vivir en espacios pequeños, donde los niños no pueden movilizarse adecuadamente, es ahí que cuando salen muchas veces aprovechan espacios abiertos para expandirse pero de forma excesiva, también un factor importante que fue identificado es el conformar familias monoparentales, ya sea por abandono, muerte o separación, siendo necesario en caso del padre o madre de hacer responsable de la crianza y a la vez trabajar para sostener a la familia, siendo un factor de abandono y falta de apoyo.

Para poder contar con información completa se solicitó la participación de los miembros más cercanos al niño los mismos que aportaron aspectos importantes en relación al desenvolvimiento en las diferentes actividades desarrolladas a nivel familiar. Muchos miembros mostraron preocupaciones o frustración por no saber cómo manejar el tipo de discapacidad de sus niños. También la falta de información de las características y expectativas que se puede tener fueron datos importantes para poder ir preparando la forma de intervención que se realizó.

2.2.4. Evaluación y Diagnostico

Las evaluaciones que se realizaron con los instrumentos descritos anteriormente, sirvieron de guía y base para poder determinar aspectos necesarios del estado actual del niño, a nivel social, conductual y cognitivo, el poder manejarlos e interpretar resultados sirvió de apoyo para identificar la población y problemática de intervención, por el cual se pudo elaborar el plan con el que se trabaja en las sesiones.

Se utilizaron instrumentos de fácil manejo de acuerdo al tipo de población seleccionada, se dieron pautas y consignas guiadas y en algunos casos los padres ayudaron a complementar datos necesarios para poder determinar el grado de dificultad. Una vez recabados todos los datos y resultados de las evaluaciones se dan el diagnóstico psicológico que sirve de guía para poder abordar en las terapias y realizar los informes anuales o plan de acción.

2.2.5. Elaboración del Programa de Intervención

El Programa de Intervención, se elaboró tomando en cuenta todos los datos obtenidos en el proceso de observación, evaluación y anamnesis, mediante lo recolectado se determinó ejecutar los planes individualizados y adaptados de acuerdo a las problemáticas identificadas, proponiendo técnicas, materiales y estrategias y actividades que ayudaron a manejar todo el proceso a seguir en el proceso terapéutico.

2.2.6. Sesiones Terapéuticas

Las sesiones se realizaron en el área de Psicología, espacio adaptado para trabajar con la comodidad y materiales que se necesitan, la ambientación se realizó solo con pocos objetos, como ser material de archivo, juegos didácticos y lúdicos, un escritorio, mesa y sillas necesarias para las entrevistas, ya que lo importante es no tener muchos estímulos que distraigan a los niños. Las terapias tuvieron una duración de 50 minutos, una vez por semana, 4 veces al mes

2.2.7. Seguimiento de casos

En el transcurso de las terapias se realizó el seguimiento de cada caso en las sesiones, involucrando a las familias en el proceso, informando sobre los objetivos cumplidos y las dificultades presentadas, se les pidió también trabajar en casa de la misma forma, replicando las actividades realizadas y elaborando material para dar continuidad de lo aprendido y logrado, se socializo en algunos casos en aula y con el equipo multidisciplinario para poder ver conocer si se estaba cumpliendo los objetivos que se hubiesen planteado, en algunos casos aún se fueron presentando dificultad ya que no lograban las especialistas contener algunas actitudes por lo que se tuvo que hacer acompañamiento y guía para que así se pueda trabajar de forma conjunta.

Se elaboró un registro de control de asistencia que especificaba la fecha, los objetivos, logros o dificultades que se presentaron en las sesiones, el mismo que se adjuntó en los Files de cada niño,

2.2.8. Informe Final

Una vez terminada la gestión se realizó un informe anual, describiendo todo el proceso realizado en las terapias, mediante el programa de intervención en el transcurso de los meses, detallando logros dificultades que se fueron presentado, los objetivos que se cumplieron y las recomendaciones que sirven de guía para dar continuidad esta vez en las casas.

Este informe fue socializado en aula y con los padres de familia, explicando cada aspecto que se trabajó de forma cronológica, se explicó a los padres la metodología que se utilizó de acuerdo a los objetivos planteados y al final se les explico sobre las recomendaciones dadas las mismas que se les pidió sean tomadas en cuenta para aplicarlas y así en la próxima gestión se pueda dar continuidad a las mismas.

En algunos casos el informe sirvió de referencia para trabajar en aula, ya que los profesores pidieron una copia para tener de guía para la realización del plan curricular de aula de la próxima gestión. También estos informes fueron socializados con dirección y coordinación del Centro.

2.3.Resultados alcanzados

Durante el trabajo desarrollado con niños entre 6 a 10 años con Trastorno del Espectro Autista con grado de funcionalidad moderado del Centro Mururata, se pudo identificar y evidenciar que el tratamiento fue efectivo en la mayoría de los niños seleccionados, ya que muchas de las actitudes y conductas consecuentemente disminuyeron como ser la conducta disruptiva que normalmente presentaba en aula, como seguir instrucciones, trabajar en su lugar sin moverse, salir del aula escapándose, etc., las técnicas y estrategias utilizadas sirvieron como condicionante ya que fueron reforzados constantemente no solo en aula sino así también en los hogares, los niños aprendieron a regular sus emociones expresando ya sea de manera verbal o mediante expresiones lo que deseaban, los padres aprendieron a descifrar los códigos expresados, lo que conllevó a tener una mejor comunicación y lazo afectivo.

Los profesores informan de mejoras, a corto plazo, en la conducta de los 10 niños que han participado en el tratamiento, estos cambios se ponen de manifiesto en el descenso 90 por ciento de las problemáticas, dichos cambios también indican una disminución de las conductas relacionadas con el TEA tras la intervención menor desatención, impulsividad y conductas disruptivas, y un mantenimiento de tal disminución en la fase de seguimiento.

Si bien los resultados obtenidos en el Programa son satisfactorios, se debe hacer ciertas puntualizaciones al respecto:

En primer lugar, este tratamiento fue aplicado a niños entre 6 y 10 años; por lo que no se debería generalizar las mejoras observadas a niños de otras edades. La aplicación del programa a otras edades implicaría necesariamente una adaptación tanto de las técnicas utilizadas como de las situaciones y problemas que se plantean.

Los autores como Lambert (1988, 1994) afirman que la estimación de los cambios clínicos se puede realizar a partir de la comparación de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios utilizados, siempre y cuando éstos dispongan de datos normativos y, por otro lado, sostienen que no es esperable en el transcurso de tan pocos meses un cambio evolutivo tan significativo.

El interés manifestado por todas estas familias se explica, en parte, por los criterios de selección utilizados en la fase de evaluación. Esta fase ayudó a incrementar la motivación, la implicación, y a crear altas expectativas respecto a la eficacia del programa. Incluso los profesores, que a priori estaban menos motivados, también detectaron mejoras en los niños a la aplicación del programa.

Los resultados obtenidos tras la intervención y durante la fase de seguimiento muestran una serie de cambios en los 10 niños que han participado en este programa, en este sentido los 10 padres perciben mejoras en la conducta de sus hijos tras la intervención, estos cambios se manifiestan en el descenso del número de problemas de comportamiento que atribuyen a sus hijos, especialmente en el número total de problemas.

Cada trimestre fue diferente ya que los resultados fueron variando de acuerdo a la asistencia, apoyo y aparición de nuevos síntomas que se fueron presentando, no se pudo lograr avances paralelos ya que al ser la población con grado moderado se pudo enfocar más en la problemática que generaba disfuncionalidad.

Se logró desarrollar algunas habilidades cognitivas en especial en aquellos niños que fueron constantes y recibieron el apoyo también en casa como generar mayor tiempo de atención, mejor comprensión para seguir consignas en actividades sencillas, condicionar algunas conductas desafiantes con las técnicas conductuales mediante rutinas desarrolladas en casa y el lograr que algunos niños mejoren la forma de comunicación con su grupo de pares, familia y profesores dependiendo al contexto y estímulo expuesto.

Tabla 2: Resultados Programa de Intervención

PROBLEMATICA	PRE TRATAMIENTO	POST TRATAMIENTO	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Conductas Disruptivas	10		9	7	4
Agresiones	8		7	6	4
Autolesiones	6		6	4	3
Lenguaje y comunicación	5		4	4	3
Sensorial	7		6	5	3
Cognitivo	7		7	5	4

Fuente: Elaboración propia

2.4. Lecciones aprendidas y buenas prácticas

2.4.1. Lecciones aprendidas

En el desarrollo de las actividades realizadas en el área de Psicología se pudo identificar diferentes situaciones que imposibilitan el poder trabajar de una forma plena y acorde a las problemáticas que se van presentando en el transcurso de las sesiones, ya que al ser una población diversa con diferentes tipos de patologías y grados las estrategias y técnicas que se aplican no son suficientes para poder controlar algunas situaciones que son recurrentes y crónicas, se ha visto necesario incorporar nuevos abordajes metodológicos y teóricos que sirvan de soporte antes de plantearse objetivos, en especial en el manejo de conductas disruptivas, como agresiones y autolesiones, que se fueron incrementando los síntomas en algunos casos después del aislamiento por el Covid 19, donde los padres mostraron preocupación al no saber cómo manejar estas actitudes que anteriormente no presentaban, es así que se vio necesario antes de poder realizar la planificación recabar información y basarse en los informes médicos actualizados conociendo la patología de base y los síndromes asociados para poder sugerir derivación a otra especialidad como Neurología o

Psiquiatría, que en muchos casos ven necesario medicarlos para poder controlar dichas conductas o actitudes.

También se vio necesario el poder trabajar con las familias en su conjunto conociendo el rol que desempeñan cada miembro y la forma en que apoyan en el proceso de rehabilitación, ya que en muchos casos la madre es la única que se encargaba de realizar el apoyo, provocando síntomas emocionales graves como depresión, estrés o ansiedad al sentirse solas y sin los medios necesarios ni económicos para poder solventar las diferentes necesidades del hijo.

Tomando en cuenta lo expuesto se propuso realizar abordajes más completos y evaluaciones más precisas que ayuden a determinar la forma de Intervención adecuada ante la presencia de casos específicos, donde se involucre a la familia en su conjunto para que conozcan el proceso y forma de intervención que se ira realizando en el transcurso de las sesiones.

2.4.2. Buenas practicas

Realizar el proceso de Intervención comenzando con la observación directa de los niños en el aula, y ambientes del Centro sirvió de mucho para poder identificar las diferentes problemáticas que se estaban presentando de manera paulatina, las mismas que estaban siendo motivo de conflicto al no poder realizarse actividades de acuerdo a lo planificado, fue importante poder realizar la forma de intervención de manera individual ya que cada caso es diferente y solo recepcionar datos mediante la entrevista a los padres o familiares no fue suficiente para poder plantearse objetivos concretos y específicos.

El manejo de las estrategias y técnicas adaptadas a las necesidades de cada caso fue un soporte que ayudo a llevar a cabo el Programa de Intervención, ya que los niños con TEA al ser una población que presenta muchas dificultades a nivel adaptativo y social no pueden realizar actividades sin un apoyo directo lo que condiciona a que exista en muchos casos retroceso o frustración no solo en los niños sino a si también con las familias.

El abordar de manera integral las diferentes problemáticas facilitó a que se pueda trabajar con las demás especialidades y plantel docente cada aspecto o síntoma identificado, previniendo así la aparición de factores de riesgo que sigan deteriorando el proceso de aprendizaje e inserción en las diferentes actividades planificadas. Fue importante el poder actualizar información respecto a la población con la que se fue trabajando para poder ir mejorando las actividades propuestas y así sean los resultados más efectivos.

CAPÍTULO III

DESEMPEÑO LABORAL

3.1. Aprendizaje Laboral

En el desarrollo del proceso de Intervención Terapéutica, se logró abordar diferentes tipos de casos no solo con los estudiantes, sino así también con las familias, plantel docente y equipo de Especialidades, incorporando nuevos planteamientos de trabajo acorde a las necesidades requeridas, implementando abordajes grupales con temáticas específicas que se fueron presentando en el transcurso de la gestión.

Entre las actividades masa relevantes que se pudieron realizar esta:

Tabla Nro. 3. Proceso de Intervención

TERAPIAS

El poder dar Terapias Psicológicas a niños y jóvenes con discapacidad fue un aprendizaje sumamente importante ya que al ser una población que presenta tantas limitaciones fue necesario adaptar, conocer e implementar nuevas estrategias de trabajo acordes a las necesidades de cada caso, el ser parte de sus necesidades y características ayudo a interiorizarse de gran manera con cada familia viendo las necesidades y apoyando de manera constante para poder de alguna forma manejar situaciones que se iban presentando día a día.

El ser partícipe de las clases en aula ayudo de gran manera para poder comenzar el proceso ya que fue un abordaje directo que ayudo a identificar conductas o dificultades que se estaban presentando apoyado con los conocimientos de los y las profesoras que ya habían trabajado por mucho tiempo con esta población.

También el poder implementar y aplicar instrumentos de evaluación fue un aprendizaje que fortaleció conocimientos, ya que en muchos casos debían ser específicos para cada tipo de discapacidad, los mismos que sirvieron de ayuda para dar diagnósticos psicológicos específicos.

***APOYO FAMILIAR
Y TALLERES***

En el desarrollo del plan de Intervención, se trabajó con las familias poniendo al tanto de los objetivos a realizar, se elabora un plan de actividades por fechas de acuerdo a la disponibilidad y acceso de cada familia para que puedan ser partícipes de los avances y a la vez dando pautas para que puedan trabajarlos en sus hogares.

Se logró involucrar de forma positiva no solo a los padres también así a los hermanos o algún familiar cercano ya que estuvieron presentes en la mayoría de las sesiones apoyando en el avance, se dio también charlas en relación a la problemática identificada en el niño, direccionado en algunos casos conductas o actitudes de los padres que estaban causando algunas respuestas o actitudes negativas.

Se pudo trabajar organizando talleres, donde las familias propusieron algunas temáticas a abordar y otras de acuerdo a casos identificados, estos talleres se realizaron en los ambientes del Centro con la participación activa de las familias y en algunos casos junto al equipo multidisciplinario

TALLER 1

Temática: Pautas de afrontamiento para manejar síntomas de Estrés

Tiempo: 2 sesiones

Población: Padres de familia

Este taller se realizó con la finalidad de que los padres desarrollen las herramientas necesarias para afrontar el estrés mediante diferentes técnicas que ayuden a controlarlo o disminuirlo significativamente los síntomas también para potenciar las habilidades, puesto que el estrés es un factor importante que afecta funcionalmente a la persona en varios aspectos de su vida.

Las técnicas que se utilizaron fueron relajación muscular, manejo de emociones y zumba.

El objetivo de las técnicas de relajación fue de enseñar a los papás a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación inducida de condiciones fisiológicas como la tensión-distensión de los músculos, y ciertas sensaciones de peso y calor.

Los resultados fueron óptimos ya que hubo una participación activa, replicando en casa lo realizado.

TALLER 2

Temática: Formas de crianza asertivas

El objetivo de este taller consistió en desarrollar pautas que ayuden a mejorar los estilos y formas de crianza de sus hijos de forma adecuada incorporando información que ayudaron a identificar aspectos que no eran manejados de forma correcta, Se desarrollaron actividades donde participaron todos los

***INTERVENCIÓN
PRESENCIAL Y
VIRTUAL***

padres, compartiendo experiencias, inquietudes y preocupaciones.

El poder organizar dichos talleres ayudo a fortalecer conocimientos y el trabajar de forma colectiva con las familias conociendo y entendiendo muchas situaciones que a simple vista no eran percibidas, se logró mayor acercamiento y empatía que fortaleció el relacionamiento en el transcurso de las terapias logrando así un mayor compromiso hacia sus hijos para apoyar de forma adecuada en casa.

Tras el inicio de la pandemia el año 2020 se incorporó las terapias virtuales utilizando plataformas de fácil manejo y accesibilidad para continuar con el proceso de intervención que se fue realizando, se elaboró videos cortos sobre las diferentes problemáticas identificadas, que sirvieron de guía y a la vez fueron replicadas en casa por los padres.

Se desarrolló talleres virtuales dirigido a jóvenes del Centro, sobre temas actuales, que se fueron presentando, como Estrés en las familias pos Covid 19, etapa de duelo y autoestima.

La participación fue aceptable, a pesar de la dificultad del manejo de los medios digitales, pero de forma paralelo se logró adecuar a las posibilidades de cada alumno, la participación fue a nivel general sin restricciones ya que se priorizo los casos para poder dar el apoyo necesario, aunque sea de forma virtual.

El adaptar y elaborar material sirvió de ayuda para la comprensión de lo que se quería enseñar, se apoyó también

con cortometrajes relacionadas a las temáticas expuestas, donde en muchos de los casos según referencia de los padres sirvió de guía y apoyo para poder trabajarlos en casa.

APOYO DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El trabajar con el equipo multidisciplinario ha sido un factor muy importante en el abordaje del plan de intervención, cada especialidad aportó con conocimientos, técnicas y estrategias que ayudaron a fortalecer conocimiento que fueron incorporados en el programa elaborado,

Actualmente se cuenta con 4 especialidades Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología y Terapia Ocupacional, cada especialidad trabajo con un plan individual pero la coordinación para el planteamiento de objetivos se realizó acorde a cada caso, por lo que se pudo trabajar en la misma línea de acuerdo a las necesidades de cada niño o familia. Como punto de inicio para poder determinar el abordaje y ver las necesidades de los niños se comenzó con la evaluación en Psicología para posteriormente derivar a las demás especialidades teniendo ya diagnósticos que ayudaron a poder desarrollar la forma de trabajo de las demás especialidades.

Gracias al trabajo conjunto se pudo elaborar informes multidisciplinarios que sirvieron de apoyo en aula y a las familias para que conozcan de esa forma los logros o dificultades que se fueron presentando y las recomendaciones generales que se dieron en beneficios de sus hijos.

3.2. Logros Profesionales

Uno de los principales logros es haber podido ser parte del Centro Mururata y haber llegado a ejercer como Psicóloga aun siendo egresada, fue un reto a un principio difícil, por la población variada a la que se debía atender, pero a medida que fue pasando el tiempo se pudo ir adaptando y organizando de manera acertada la metodología de trabajo que se debía seguir, el tener la oportunidad de poner en práctica los conocimientos hasta el momento adquiridos y a la vez adquirir nuevos aprendizajes contando con el apoyo de todo el personal docente, equipo multidisciplinario y coordinación fue muy importante para alcanzar los objetivos y expectativas planteadas en las terapias hasta el momento.

El trabajar en una línea acorde a las necesidades, tiempo y posibilidades de cada familia, incluyéndolos continuamente en este proceso, proporciono mayores expectativas, ya que se logró el compromiso en algunos casos no solo de los padres, sino así también de los hermanos, cada miembro se comprometió a acompañar en todo el proceso ya que de esa forma se pudo cambiar, fortalecer y lograr resultados idóneos que ahora son de beneficio para la población con la que se trabaja, ya que se logró modificar muchos aspectos a nivel emocional, conductual, de aprendizaje y sobre todo a nivel de adaptabilidad de algunos niños y jóvenes.

A nivel familiar también se logró una estabilidad emocional lo que es primordial para poder asumir el rol que les tocó vivir, sin culpas, frustraciones o impedimentos que muchas veces son los causantes de una disfuncionalidad familiar, ya que también la mayor limitación lo ponen la familia y no dejan que sus hijos logren las metas planteadas, poniendo como excusa la falta de tiempo, el trabajo, lo económico como justificativo, al ser el Centro Mururata un lugar de apoyo educativo e inclusión se debe tomar en cuenta que se está brindando mucho más que un lugar donde van y dejan a sus hijos por no poderlos cuidar, cada padre pudo ser más consciente de lo que quiere y espera para su hijo y en ese marco los resultados fueron mucho más óptimos.

El ser parte del plan curricular del Centro, fue un aporte muy importante ya que se pudo ser participe de ferias, talleres a padres de familia y plantel docente, concursos, con temáticas referidas a la convivencia familiar, estrés, resolución de conflictos, afrontamiento y proceso

de duelo, que se fue realizando en el transcurso del año una vez cada tres meses, donde como resultado se obtuvo buena respuesta ya que la participación fue en un 80 por ciento, entre las estrategias aplicadas estuvieron , musicoterapias, técnicas de relajación, grupos focales , zumba y dinámicas grupales, teatro, danza, etc.

También se dio la posibilidad de poder participar en actividades fuera del Centro trabajando de forma conjunta con Instituciones que apoyan y hacen abordaje metodológico para la Inclusión Educativa de los niños y jóvenes con discapacidad, organizando estrategias para la difusión de propuestas de inclusión mediante talleres y eventos como el que se realiza anualmente de Tocamos la Campana, el mismo que es difundido a nivel Nacional e Internacional con el objetivo de sensibilizar a las autoridades y sociedad en si para lograr de forma efectiva la Inclusión Educativa acorde a las necesidades de cada estudiante con discapacidad.

El trabajar en el Centro también sirvió de referencia para poder realizar evaluaciones, terapias e informes a niños de escuelas regulares aledañas, que eran derivados por diferentes problemáticas como ser, problemas de conducta, emocionales, familiares o dificultades de aprendizaje, las mismas que eran abordadas de forma conjunta con las familias, ya que era necesario saber y conocer las causas y origen de dichas situaciones, normalmente se realizaba evaluaciones en tres sesiones aplicando instrumentos de evaluación como proyectivos, inteligencia y de desarrollo, de acuerdo al caso se determinaba si se iba a dar continuidad con terapias o solo se necesitaba el informe que serviría de referencia en la escuela para conocer el diagnóstico dado y las recomendaciones que debían seguir.

Ilustración Nro. 4: Campaña Tocamos la Campana



Fuente: Elaboración Propia

3.3. Límites y dificultades

Entre los límites que se fue presentado y se pudo identificar en el presente trabajo seria en primer lugar a nivel de:

Infraestructura, Ya que no se cuenta con los ambientes necesarios, ni espacios adaptados para poder trabajar de forma adecuada, en el área de psicología solo se cuenta con una oficina mediana donde se atienden todos los casos, se llevan a cabo las terapias y a la vez se realiza la entrevista a los padres o familiares, se trató de ambientar y adecuar con el material y muebles necesarios, pero aun así existe dificultad y mucho más cuando se empezó a trabajar con la población de estudio ya que existía sobre estimulación a nivel del Centro y externamente, lo que provoco que el niño se altere y no quiere realizar ya nada, concluyendo las sesiones hasta que logre calmarse. Los padres en relación a esta situación muchas veces no los traían al Centro ya que referían que preferían tenerlos en casa en espacios cerrados y sin mucho estímulo para mantenerlos calmados.

Otro de los limites fue la falta de apoyo de los padres, ya que como propuesta y objetivo estaba también trabajar de forma conjunta con la familia para poder replicar lo aprendido en casa, en muchos de los casos solo vivieron el momento de la inscripción, evaluación y

anamnesis, posterior a eso se les solicitaba que acudan a las sesiones, pero por diferentes situaciones o excusas no lo hicieron, solo pocos mostraron interés en el proceso lo que no favoreció en el avance y resultados que se obtuvieron.

También a nivel de las sesiones no se pudo llevar a cabo lo planificado por la presencia de otras actividades que se fueron presentando de forma programada o externamente, donde se tuvo que asistir por disposiciones superiores en los horarios y días que me decían, postergando, suspendiendo o reprogramando para otros días, pero en muchos casos ya no se pudo subsanar dicha situación, que fue también motivo de descontento y malestar en los padres o familias.

Entre las dificultades que se presentaron desde un inicio fue la falta de coordinación con el Director del Centro para poder realizar los talleres con los padres como fue planificado, ya que las fechas que se habían programado inicialmente tuvieron que ser cambiadas o suspendidas por la presencia de nuevas actividades no programadas en su currícula, lo que imposibilitó tener un abordaje completo sobre las temáticas que se propusieron que servían de apoyo a los objetivos planteados en el programa de intervención.

También el no contar con el material de apoyo necesario para poder trabajar en las sesiones fue una dificultad constante ya que a pesar que se solicitó a coordinación en muchas ocasiones solo mandaban lo mínimo lo que no fue suficiente para desarrollar las actividades planteadas, ya que el material al ser ya conocido por los niños no era óptimo para ser utilizado de forma constante ya que solo lo realizaban de forma automática, se trató de subsanar dichas situaciones elaborando con lo que se tenía a la mano, utilizando materiales de las otras especialidades o recurriendo a las familias para la obtención.

CAPÍTULO IV

DESCRIPCIÓN DE LA PROYECCIÓN PROFESIONAL

4.1. Planteamientos de futuros desafíos a nivel profesional

Como profesional en el área de psicología tras la experiencia laboral que se fue obteniendo, como primer proyecto se planteó, crear un Centro de Educación Especial, donde pueda habilitar nuevos espacios y trabajar con la misma población y grado de discapacidad, manejando estrategias ya utilizadas e implementando y adaptando nuevas de acuerdo a la necesidad del participante, incorporando como equipo de trabajo especialistas del área como ser Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionales, Médicos y Trabajadores Sociales, llegando a conformar un equipo interdisciplinario completo, del cual las familias sean las más beneficiadas ya que abarcarían todas las áreas involucradas en el tema de discapacidad.

Es un proyecto que talvez no se pueda dar a corto o mediano plazo, por todo lo que involucra, como ser ambientes, lo económico y los trámites administrativos, pero como opción se plantea buscar instituciones que puedan respaldar este proyecto de las cuales en algún momento se tuvo contacto y expresaron su apoyo. Como punto importante para poder conseguir lo que se propone se pensó en lograr una especialización en el área de Discapacidad, con cursos de actualización, Pos grados y si se diera un Diplomado, que serviría de respaldo académico y profesional importante al momento de ejercer y continuar con los objetivos planteados, ya que el trabajar con el área de Discapacidad no es una tarea fácil y los métodos que a veces se utilizan ya son muy antiguos o no son adecuados a la hora de aplicarlos.

Como otra meta planteada está el poder tener un Consultorio Psicológico propio, donde se pueda trabajar abarcando a la población en general, ya sea niños, jóvenes o adultos, interviniendo en diferentes problemáticas como ya se fue realizando, tomando en cuenta la situación actual ya que se fueron incrementando tras el inicio de la pandemia los casos a nivel mental, emocional y conductual, como primer paso sería el buscar un ambiente optimo

y en una zona estratégica y accesible, ambientar el lugar con los materiales, muebles y todo lo que se necesite para lograr un espacio agradable y cálido.

Para poder llevar a cabo estos proyectos o metas es necesario poder actualizar mucho más los conocimientos tomando cursos y diplomados en el ámbito de la psicología adquiriendo nuevas habilidades, competencias y aptitudes que se necesitan para desempeñarse como profesional del área de la salud mental, una área tan noble y necesaria y mucho mas hoy en día por la situación actual que estamos pasando donde las personas no sabe cómo lidiar ante síntomas o situaciones que nunca pensaron tener y que está repercutiendo tanto a nivel familiar como a nivel social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.*
- *Buckely, N.K. y Walker, H.M. (1970). Modificación de conducta en el salón de clase. Manual de procedimientos para el maestro. México: Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales. Curxart, F. (1996). Los autistas severamente afectados. Problemas conductuales*
- *Cfr.the interdisciplinary council on development and learning: <http://www.icdl.com>*
- *DSM-V. (2013). Manual diagnóstico y estadístico e los trastornos mentales (5ta ed.). Editorial Médica Panamericana.*
- *El C.A.R.S. (Escala de Rasgos del Autismo Infantil) es un instrumento de diagnóstico para niños con autismo creado por Kanner (1943), mejorados por Creak (1961) y Rutter (1978).*
- *Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (1990).*
- *Greenspan, S. (1999). A Contextualist Perspective on Adaptive Behavior. In R. Schalock (ed.) Adaptive Behavior and Its Measurement. Implications for the Field of Mental Retardation, (pp. 61-80). Washington, D. C.: AAMR*
- *Ives Bosa C. autismo: intervenções psicoeducacionais. Bras psiquiatr (2006).*
- *Manual para la aplicación, calificación e interpretación de la Escala de Connors para padres/maestros, abreviada. <https://es.slideshare.net/denysmontoyagalan/manual-escala-conner>(Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la infancia; UNICEF: 1990).*

- *Plan Curricular Anual del Centro de Educación Especial Mururata (2019).*
- *RED CENIT, Centros de Desarrollo Cognitivo (CEDECO), Centros de Integración Sensorial (CIS), Valencia, España*

ANEXOS

ANEXO 2 ANAMNESIS



CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL MURURATA
Fundación Sembrando Esperanza - Obra Social de la Iglesia Católica
EDUCACION ESPECIAL SIE40730475 – RA 44 – 2007
DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MULTIPLE
C – Vicente Camargo No. 1600 - Zona MURURATA – Telf. 2831179
EL Alto - Bolivia

ANAMNESIS

AREA DE PSICOLOGÍA

I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. HISTORIA FAMILIAR

1. Padre:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Grado de Instrucción: _____

Ocupación: _____ Carácter: _____

2. Madre:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____ Carácter: _____

3. Hermanos

Nombres - Edad - Ocupación - Carácter

- a) -----
- b) -----
- c) -----
- d) -----

4. Otras personas que viven en el hogar:

Nombres – Edad - Ocupación - Carácter

- a) -----
- b) -----

5. **Vive con:**

- a) Ambos padres: _____
- b) Solo con papá: _____
- c) Solo con mamá: _____
- d) Otros: _____

6. **Relación con:**

Papá: Buena / regular / mala
 Mamá: Buena / regular / mala
 Hermanos: Buena / regular / mala
 Otros: Buena / regular / mala

III. ETAPA DE GESTACION

¿Cómo fue su embarazo? ¿Fue planificado?

Tipos de control durante el embarazo:

Médico ----- Partera ----- otros -----

En su embarazo presento:

Vómitos ----- Nauseas ----- Mareos ----- Desmayos ----- Convulsiones -----
 Hemorragia ----- Hinchazón de manos y piernas -----

Accidentes, caídas, golpes durante el embarazo:

Intoxicaciones:

Tomó medicamentos durante el embarazo:

Le aplicaron inyecciones:

Tuvo operaciones _____

Alcohol: SI NO

Cigarrillos – Drogas: SI NO

Fue hijo deseado: SI NO

Estado de ánimo:

Triste - Alegre – Preocupada - Angustia - Cansada

Otros:

Ha tenido abortos: Espontáneo - Provocados

Tiempo que duró el embarazo:

IV. PARTO

Tipo de parto _____

El parto fue atendido por:

Medico _____ Partera _____ otros _____

Lloró el bebé en seguida al nacer _____

Necesidad de incubadora: _____ tiempo: _____

Coloración que presentó al momento de nacer: _____

Tiempo que duró la coloración: _____ Tuvo convulsiones:

_____ hubo asfixia: _____ peso: _____

talla: _____

Como fue la relación madre e hijo durante el primer año de vida:

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL LENGUAJE

Desarrollo motor:

A qué edad sostuvo su cabeza: _____ Se sentó solo: _____ Gateó: _____

Se paró: _____ Caminó: _____ Corrió: _____ Tendencia al caerse o

golpearse: _____ Dificultades en el movimiento: _____

Desarrollo de lenguaje:

Edad a la que balbuceó: _____ primeras palabras: _____

Tuvo dificultades para pronunciar palabras: _____

Actualmente _____

Historia alimentaria:

Tipo de lactancia recibida: _____ duración: _____

Tuvo dificultades para mamar: _____ se le quito el pecho bruscamente:

Edad a la que empezó a darle alimentos sólidos: _____

Tiene apetito: _____ come solo _____ mastica: _____ Alergias alimentarias:

Entrenamiento en hábitos urinarios y fecales:

Edad de comienzo: _____
Manera en que se condujo: _____
Reacción del niño: _____ edad de control urinario: _____
Diurno: _____ nocturno: _____

Alteraciones de conducta:

Presenta conductas adaptativas _____ comerse las uñas _____
succionar los dedos _____ rabieta _____ Temores _____ sudor de
manos _____ temblor en manos y piernas _____ agresión sin motivo
_____ caerse con frecuencia _____ golpearse con frecuencia
_____ tartamudez _____ empuja: _____ pateo
_____ escupe _____ araña _____

Sueño:

Como era el sueño del niño en los primeros 4 meses _____
Durante los primeros años de vida _____
Actualmente duerme bien: _____ cuantas horas: _____ siestas: _____
Se resiste a acostarse a una hora determinada: _____
Se despierta con frecuencia: _____ con quien duerme: _____
Cuando duerme habla: _____ transpira: _____
Grita: _____ ronca: _____ tiene temores nocturnos: _____ tiene pesadillas:
_____ insomnio: _____ sonambulismo _____
Cuantas horas duerme actualmente: _____
Normas y actitudes de la familia hacia el sueño del niño:

Salud:

Salud del niño o niña actualmente:

VI. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL

Relaciones afectivas con sus compañeros:

Relaciones afectivas con los padres:

Relaciones afectivas con los hermanos/as)

Juegos preferidos: _____

VII. CONDUCTA SOCIO-ADAPTATIVA

Come solo _____

Se viste y desviste solo o sola: _____

Tiene noción de peligro: _____

¿Ayuda en la casa? ¿En qué?

Es independiente o necesita ayuda para realizar actividades: _____

VIII. EMOCIONES Y PERSONALIDAD

Apreciación de los padres:

Rebelde	Caprichos
Obediente	Activo
Manipulador	Tímido
Generoso	Nervioso
Asustadizo	Tranquilo

¿Qué le pone feliz? _____

¿Qué le pone triste? _____

IX. ESCOLARIDAD

¿Asistió a la guardería? _____

¿A qué edad? _____

¿Logro integrarse? _____

¿Demostró agrado al asistir? _____

¿Asistió a pre inicial e inicial? _____

¿A qué edad? _____ ¿Logro integrarse? _____

¿Asistió al nivel primario? _____

¿Cómo fue su adaptabilidad? _____

¿Actualmente cuál es el rendimiento académico? _____

Tiene dificultades con:

La maestra o maestro:

Con los compañeros: _____

Dificultades de aprendizaje: _____

¿Qué áreas? _____

Es zurdo: _____ diestro: _____

Conducta en el salón de clase: _____

Conducta en el recreo: _____

A repetido algún año: _____ cual: _____

Tiene dificultades en el curso: _____ cual: _____

Tiene muchos amigos: _____

Qué grado de instrucción ha terminado

Primaria - Secundaria

¿Abandonó el colegio? _____ Volvió a retomar _____

¿Qué aspiraciones tiene en relación a su hijo o hija?

OBSERVACIONES:

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADO

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

ANEXO 3. PRUEBAS APLICADAS



ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA E D A H INDICE DE HIPERACTIVIDAD

Nombres y apellidos:.....

Fecha de nacimiento:

Edad:..... Sexo: F M

Nivel escolar:.....

Fecha:/...../.....

Diagnóstico:.....

**RESPONDA A CADA CUESTION RODEANDO
CON UN CIRCULO EL GRADO EN QUE EL
ALUMNO PRESENTA CADA UNA DE LAS
CONDUCTAS DESCRITAS**

NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
0	1	2	3

1	Tiene excesiva inquietud motora	0	1	2	3
2	Tiene dificultades de aprendizaje escolar	0	1	2	3
3	Molesta frecuentemente a otros niños	0	1	2	3
4	Se distrae fácilmente, muestra escasa atención	0	1	2	3
5	Exige inmediata satisfacción a sus demandas	0	1	2	3
6	Tiene dificultad para las actividades cooperativas	0	1	2	3
7	Está en las nubes, ensimismado	0	1	2	3
8	Deja por terminar las tareas que empieza	0	1	2	3
9	Es mal aceptado por el grupo	0	1	2	3
10	Niega sus errores o echa la culpa a otros	0	1	2	3
11	A menudo grita en situaciones inadecuadas	0	1	2	3
12	Es contestón	0	1	2	3
13	Se mueve constantemente, intranquilo	0	1	2	3
14	Discute y pelea por cualquier cosa	0	1	2	3
15	Tiene explosiones impredecibles de mal genio	0	1	2	3
16	Le falta sentido de la regla, del "juego limpio"	0	1	2	3
17	Es impulsivo	0	1	2	3
18	Se lleva mal con la mayoría de sus compañeros	0	1	2	3
19	Sus esfuerzos se frustran fácilmente, es inconstante	0	1	2	3
20	Acepta mal las indicaciones del profesor	0	1	2	3



ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA CUESTIONARIO DE CONDUCTA DE CONNERS PARA PADRES

Nombres y apellidos:.....
 Fecha de nacimiento:
 Edad:..... Sexo: F M
 Nivel escolar:.....
 Fecha:/...../.....
 Diagnóstico:.....

INDICE DE HIPERACTIVIDAD PARA SER VALORADO POR LOS PADRES				
	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. Es impulsivo, irritable.				
2. Es llorón/a.				
3. Es más movido de lo normal.				
4. No puede estarse quieto/a.				
5. Es destructor (ropas, juguetes, otros objetos).				
6. No acaba las cosas que empieza.				
7. Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
8. Cambia bruscamente sus estados de ánimo.				
9. Sus esfuerzos se frustran fácilmente.				
10. Suele molestar frecuentemente a otros niños.				
TOTAL.....				

INSTRUCCIONES:

→ Asigne puntos a cada respuesta del modo siguiente:

NADA = 0 PUNTOS.

POCO = 1 PUNTO.

BASTANTE = 2 PUNTOS.

MUCHO = 3 PUNTOS.

→ Para obtener el **Índice de déficit de Atención con Hiperactividad** sume las puntuaciones obtenidas.

→ Puntuación:

Para los **NIÑOS** entre los 6 – 11 años: una puntuación > 16 es **sospecha** de DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.

Para los **NIÑAS** entre los 6 – 11 años: una puntuación > 12 en Hiperactividad significa **sospecha** de DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.



**ESPECIALIDAD DE PSICOLOGIA
TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO,
TEA**

Nombres y apellidos:.....
 Fecha de nacimiento:
 Edad:..... Sexo: F M
 Nivel escolar:.....
 Fecha:...../...../.....
 Diagnóstico:.....

INTERACCION SOCIAL RECIPROCA	SI	NO	OBSERVACIONES
Contacto visual			
Sonrisa social reciproca			
Abanico de expresiones faciales dirigidas a otros			
Placer compartido en la interacción			
Respuesta al nombre			
¿Realiza demandas? ¿Como?			
¿Entrega juguetes de forma espontánea?			
¿Muestra lo que ha hecho para compartirlo?			
Iniciación espontanea de relación social			
LENGUAJE Y COMUNICACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
¿Presenta lenguaje? Uso del lenguaje, función.			
¿Realiza vocalizaciones o sonidos dirigidos a otros?			
¿Palabras o frases peculiares?			
Uso del cuerpo para comunicarse			
Señalar			
Gestos (descriptivos, convencionales, instrumentales....)			
JUEGO	SI	NO	OBSERVACIONES
JUEGO			
TIPO DE JUEGO: Manipulativo			
TIPO DE JUEGO: Funcional			
TIPO DE JUEGO: Simbólico			
Imaginación/Creatividad			
COMPORTAMIENTO E INTERESES	SI	NO	OBSERVACIONES
Interés sensorial peculiar			
¿Realiza movimientos repetitivos con las manos y/o Cuerpo como aleteo, balanceo o movimientos de manos?			
¿Tiene conductas repetitivas?			
Inquietud motora			

ANEXO 4- INFORME DE EVALUACION



CENTRO DE EDUCACION ESPECIAL MURURATA
Fundación Sembrando Esperanza-Obra Social de la Iglesia Católica
EDUCACION ESPECIAL SIE40730475 – RA 44 – 2007
DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MULTIPLE
C – Vicente Camargo No. 1600 - Zona MURURATA – Telf. 2831179
EL Alto - Bolivia

INFORME DE EVALUACIÓN

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos N.A.M

Fecha de Nacimiento 12 de septiembre del 2011 **Sexo** Masculino

Edad 9 años

Fecha de Evaluación. 6 de febrero del 2020

I. MOTIVO DE CONSULTA

Evaluación e Informe

II. ANTECEDENTES

Familia de tipo nuclear conformada por 4 integrantes, padres y un hermano menor, según referencia de la madre indica que el proceso de embarazo fue tranquilo que no presentó ninguna situación de peligro o enfermedad, solo en las dos últimas semanas se le subió la presión, que asistió a todos sus controles, el parto fue por cesarí y en un hospital.

En cuanto a su desarrollo el niño no gateo, se sentó a los dos años logro pararse con ayuda casi a los tres años, sus primeros balbuceos fueron casi a los 8 meses y sus primeras palabras a partir de los 2 años.

La relación familiar es tranquila y afectiva, existe buena convivencia, solo en ocasiones el papa mima mucho al niño, y la mama es quien pone los limites cuando se porta caprichoso, también refiere que existe celos por el hermano menor que tiene 8 meses, que a veces lo quiere lastimar.

III. CONDUCTA

Durante la entrevista Neymar, mostró conductas impulsivas, manipulo varios juguetes, se puso a caminar, grito a momentos, se percibió movimientos

estereotipados, cuando se le hablaba no fijaba la mirada la tiene dispersa, ejerció presión con los dedos sobre la mesa y otros objetos, como si tocara un instrumento eso lo hace a menudo refiere la mama.

IV. PRUEBAS APLICADAS

1. Escala de valoración del Autismo Infantil C.A.R.S.

Resultado

- **Relación con las personas.** Se muestra a un principio tímido, luego una vez que gana confianza se vuelve inquieto, camina, manipula objetos y cosas sin permiso.
- **Imitación.** Imita acciones cuando se le pide
- **Respuesta emocional.** Ante estímulos fuertes, como ruidos golpes se muestra tranquilo y pasivo
- **Uso del cuerpo.** Se percibió movimientos estereotipados de manos y dedos, en especial cuando desea algo
- **Uso de objetos.** Manipula objetos de su interés, como juguetes y rompecabezas, expresa emoción al manejarlos
- **Adaptación al cambio.** Se muestra receptivo a los cambios, pero se le debe insistir para que acceda, de momentos se pone terco
- **Respuesta visual.** Respuesta positiva cuando se le muestra dibujos u objetos, centra su mirada, aunque no de forma constante, poco contacto visual.
- **Respuesta auditiva.** Reacciona de forma tardía ante un pedido, ruido o cuando se lo llama por su nombre
- **Respuesta y uso del tacto, gusto y olfato.** No reacciona de forma espontánea a menos que se le diga o direccione.
- **Ansiedad y miedos.** Normalmente se muestra calmado, solo expresa miedo cuando la mama le dice que lo castigara
- **Comunicación verbal,** Existe imitación de palabras, ecolalia cuando se le pregunta algo también cuando escucha hablar a las personas, no existe un lenguaje fluido
- **Comunicación no verbal.** Cuando desea algo señala con el dedo y se acerca al objeto
- **Nivel de actividad.** Presenta conductas impulsivas, le cuesta estar quieto, se muestra activo, camina, hurga cosas, no obedece fácilmente, se le debe condicionar
- **Nivel y consistencia de la respuesta intelectual.** Puede realizar actividades simples de forma espontánea, comprende, pero con algo de dificultad, se le debe dirigir

Interpretación

En base a la observación realizada se pudo percibir que existen conductas impulsivas y limitada comunicación verbal, estas situaciones deben ser modificadas para un mejor desarrollo y desempeño del niño.

V. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

- Trastorno Generalizado del Desarrollo

VI. RECOMENDACIONES.

- ❖ A nivel conductual se debe poner reglas y normas de obediencia en la familia, así como en el Centro educativo
- ❖ Se debe estimular los sentidos mediante actividades recreativas, música y juegos dinámicos
- ❖ Se debe utilizar signos visuales como fotografías y pictogramas
- ❖ Se debe estimular el lenguaje para que pueda comunicarse

ANEXO 5. PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

NOMBRE Y APELLIDO: D.L.				
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:	
DIAGNOSTICO:				
PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD PROPUESTA	MATERIAL
Conducta inapropiada, manipulador, caprichoso, trata de hacer todo a su modo.	Regulares conductas inadaptadas que interfieren en su interacción social.	Que aprenda y respete reglas sociales.	Establecimiento con el de las normas dentro la sesión.	pictogramas
			Manejo de técnicas <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo positivo • Tiempo fuera • Sobre corrección • Economía de fichas. 	Pictogramas, imágenes visuales
		Que aprenda técnicas de respiración.	Practica técnicas de respiración y relajación	Imágenes y música de relajación
		Fortalecer la capacidad de Juego	Toma de turnos durante el juego	Juegos de mesa, juguetes variados
			Desarrollar el objeto simbólico.	
Desarrollar el esquema de dame y toma durante el juego.				
Dificultades para retener información	Fortalecimiento del área cognitiva a través de actividades lúdicas.	Entrenamiento de la atención, razonamiento y memoria.	Agrupar por categorías.	Imágenes, pegatinas, cartón, pegamento, scotch
			Armado de rompecabezas	Rompecabezas de distintas piezas
			Completar figuras incompletas. Resolver laberintos. Juego de mesa.	Láminas de trabajo, juegos de mesa

		Fortalecer la percepción auditiva y visual	Discriminar sonidos, canciones. Fichas de atención y laberinto	Canciones infantiles, objetos con sonido láminas de atención y laberinto.
		Reconocer objetos de su entorno	Conocer los diferentes objetos del entorno y asociarlos con su uso.	Imágenes impresas, pegatinas, cartón, tijera, pegamento.
		Reconocer esquema corporal	Reconocer y señalar partes del cuerpo, en imágenes y en uno mismo.	Imágenes de parte de cuerpo, plastilina
		Conocer concepto básico	Reconocer las diferentes expresiones de la cara (feliz, triste, enojado). Discriminar y clasificar por colores.	Imágenes, globos, goma eva, marcador Tapas de colores, botones, cajas de cartón, autos,
Conductas sobreprotectoras Poca comunicación entre padres para la educación de su hijo.	Orientar a la familia sobre las limitaciones que crea conductas sobreprotectoras o las de indiferencia.			

ANEXO 7 - INFORME ANUAL



CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL
MURURATA
Fundación Sembrando Esperanza. Obra social de la Iglesia
Católica
EDUCACIÓN ESPECIAL SIE 40730475 – RA 44/2007
DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MULTIPLE
C/ Vicente Camargo, Nro. 1600. Zona Mururata. Telf.: 2831179
El Alto – Bolivia

INFORME PSICOLOGICO

Datos personales del niño/ de la niña

Apellidos y Nombres: E.M.CH.

Fecha de Nacimiento: 18 de agosto de 2012

Sexo: Masculino

País: Bolivia

Proyecto: Centro de Educación Especial “Mururata”

Idioma/s: Castellano

Situación de Salud

- Trastorno Autista
- Discapacidad Intelectual Leve a Moderada
- Conductas Disruptivas

OBJETIVOS TRAZADOS EN LA PRESENTE GESTIÓN

- Regular y condicionar conductas desafiantes que alteran el normal desarrollo de actividades al interior del Centro.
- Desarrollar pautas y estrategias que ayuden a contener actitudes y emociones inadecuadas.
- Involucrar a la familia en el proceso terapéutico, estableciendo parámetros de abordaje.

DESCRIBIR LOS LOGROS DEL NIÑO /DE LA NIÑA

- Se logró condicionar algunas conductas de escape, mediante la técnica cognitivo comportamental, reforzando acciones positivas y castigando las negativas.
- Cumple y sigue las normas propuestas en terapias por un periodo más largo.

DESCRIBIR LAS DIFICULTADES DEL NIÑO /DE LA NIÑA

- A nivel conductual aun presenta conductas impulsivas y de escape, se altera e irrita con mayor facilidad, condiciona a las personas cuando no se hace lo que él desea.
- Aun presente dificultades para realizar actividades, le cuesta seguir consignas, su forma de trabajo es más rutinario.

DESCRIBIR LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN PARA LA SIGUIENTE

GESTIÓN

- Fomentar buenos hábitos de conducta en casa para que pueda replicarlo en el Centro y a nivel social estableciendo parámetros y límites que debe respetar y cumplir, la familia debe ser constante y firme al ejecutar las ordenes.
- Seguir estimulando de forma constante los procesos memorísticos y de retención mediante actividades lúdicas y de resolución de problemas como juegos de mesa, crucigramas, laberintos y replica de figuras, haciendo cumplir las consignas y guiando para una mejor comprensión.

ANEXO 8 - INFORME ANUAL / J.Q.C.



CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL
MURURATA
Fundación Sembrando Esperanza. Obra social de la Iglesia
Católica
EDUCACIÓN ESPECIAL SIE 40730475 – RA 44/2007
DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y MULTIPLE
C/ Vicente Camargo, Nro. 1600. Zona Mururata. Telf.: 2831179
El Alto – Bolivia

INFORME PSICOLOGICO

Datos personales del niño/ de la niña

Apellidos y Nombres: J.Q.C.

Fecha de Nacimiento: 25 de marzo de 2014

Sexo: Masculino

País: Bolivia

Proyecto: Centro de Educación Especial “Mururata”

Idioma/s: Castellano

Situación de Salud

- Autismo
- Discapacidad Intelectual Leve

OBJETIVOS TRAZADOS EN LA PRESENTE GESTIÓN

- Entrenamiento de habilidades cognitivas como atención, razonamiento y memoria.
- Determinar pautas para la resolución de problemas y así evitar que se frustre al realizar actividades.
- Fortalecer su lenguaje expresivo, estimulando con actividades musicales y pictogramas.

DESCRIBIR LOS LOGROS DEL NIÑO /DE LA NIÑA

- Comienza y termina una actividad con menor dificultad, ya acepta consignas y trata de continuar hasta lograrlo.
- Muestra mayor independencia y seguridad, propone actividades y se relaciona de mejor manera con su grupo de pares.

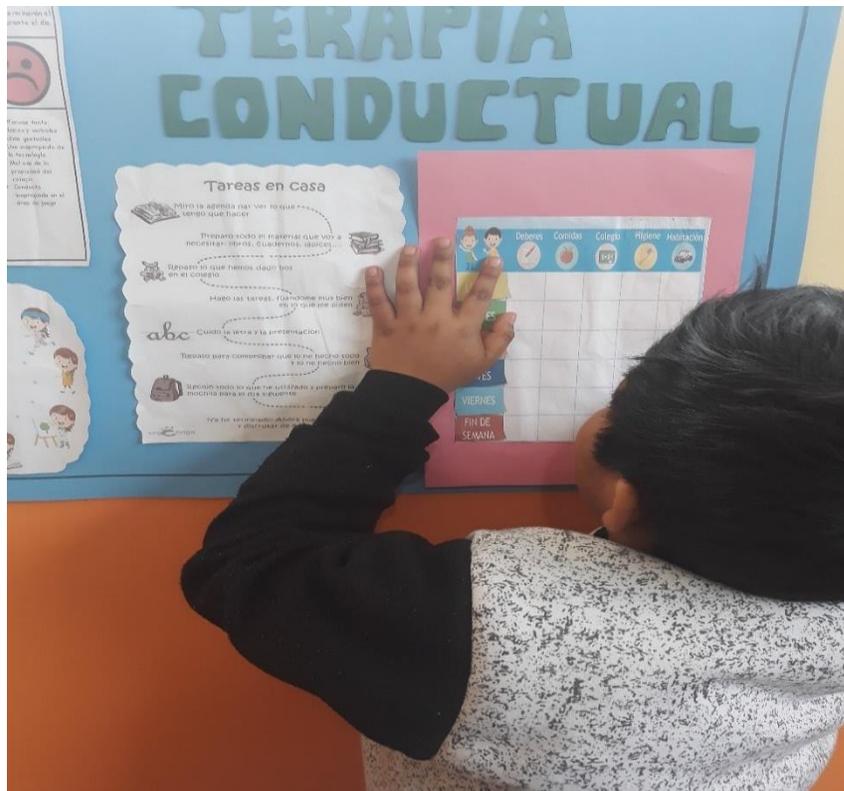
DESCRIBIR LAS DIFICULTADES DEL NIÑO /DE LA NIÑA

- Entre las dificultades que aun presenta esta la falta de control emocional cuando no logra realizar alguna actividad, se frustra, llora y reniega y prefiere dejar tal como está lo propuesto.
- Presenta conductas inseguras y de apego a la madre, no asume responsabilidades y manipula cuando desea algo.

DESCRIBIR LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN PARA LA SIGUIENTE GESTIÓN.

- Promover espacios de convivencia con su grupo de pares, donde exista esparcimiento y relacionamiento más eficaz que ayuden a manejar y mejorar la expresión de emociones.
- Motivarlo para que realice lo que se le pide con agrado e interés, dándole pautas incentivándolo y felicitando cuando logre un avance.
- Darle responsabilidades en casa como pasar cosas, llevar a su lugar, recoger juguetes, etc. Los mismos que deben ser apoyados y dirigidos hasta que lo realice solo.

ANEXO 9 – TERAPIAS









ANEXO 10. TALLERES CON PADRES DE FAMILIA



ANEXO 12. TALLERES CON PROFESORES



