



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.**

---

---

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA.**

**NÚMERO Y FECHA DE ACUERDO DE VALIDEZ OFICIAL 8931-25**

**TESIS PROFESIONAL.**

**“LA LUDOTERAPIA COMO HERRAMIENTA DE APOYO PARA EL  
DESARROLLO DE HABILIDADES PSICOSOCIALES EN NIÑOS AUTISTAS”.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN:**

**ALISON RODRÍGUEZ GONZÁLEZ  
ADHEMIR BUENABAD DÉCTOR**

**ASESOR:**

**PSIC. JOSÉ ANTONIO REYES GUTIÉRREZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A MIS GATOS: Fueron mi motivación para terminar esto y así encontrar un trabajo para mantenerlos como se debe.*

*A MIS PADRES: Son el mejor ejemplo que puedo seguir, les agradezco por no presionarme y consentirme siempre. Gracias a sus enseñanzas y consejos estoy donde tengo que estar. Les amo mucho.*

*A ADHEMIR: Gracias por tener la tesis avanzada a la mitad y por tener las referencias que a mí me faltaron. También estoy muy agradecida porque tú te hiciste cargo de hablar con directores, profesores y padres mientras yo te daba ánimos. Principalmente, te agradezco por enseñarme muchas cosas estos meses, desde como citar correctamente hasta como hacer el C. V. Te deseo lo mejor amiguito, espero volver a trabajar contigo en la tesis de la maestría y del doctorado.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Dios, por su existencia, presencia, acompañamiento y perdón. Gracias mi Señor.*

*A mis padres y hermanos, Mireya y Carlos, Dulce y Ángel, porque han sido mi compañía, fortaleza y apoyo en todos los momentos, sin importar la situación. Gracias por todo*

*A mi novia y mejor amiga, María de Lourdes, por todo su apoyo, comprensión, amor e insistencia para terminar mi proceso de titulación. Gracias mi amor.*

*A mi amiga y compañera, Alison, por nuestro trabajo concluido y tu apoyo en todas las revisiones y momentos de trabajo. Gracias de todo corazón.*

*A Ichigo y Gokú, porque sin importar la situación más adversa, tomaban mayor fuerza y no se rendían ante ellas. Por compartirme de esa fuerza, gracias.*

*A nuestro asesor José Antonio, por su apoyo y dedicación. Gracias profe.*

*Con amor siempre.*

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
---------------------------	---

### **CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción del problema. ....	10
1.2 Pregunta de investigación .....	13
1.3 Justificación.....	13
1.4 Formulación de hipótesis. ....	15
1.5 Objetivos de la investigación.....	17
1.5.2 Objetivo específicos. ....	17
1.6 Marco conceptual.....	17
1.6.1 Concepción de infancia intermedia.....	17
1.6.2 Concepción de autismo. ....	18
1.6.3 Concepción de habilidades psicosociales. ....	18
1.6.4 Concepción de ludoterapia. ....	18

### **CAPITULO II MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA**

2.1 Antecedentes de la ubicación .....	19
2.2 Ubicación geográfica .....	21

### **CAPITULO III MARCO TEÓRICO**

3.1 Fundamentos teóricos de la infancia intermedia .....	22
3.2 Fundamentos teóricos del autismo. ....	27
3.2.1 Antecedentes del autismo. ....	27
3.2.2 Concepto, criterios y desarrollo de autismo. ....	30
3.2.3 Habilidades psicosociales y autismo. ....	39
3.3 Fundamentos teóricos de habilidades psicosociales. ....	44
3.4 Fundamentos teóricos de ludoterapia. ....	49
3.5 Fundamentos teóricos del modelo conductista. ....	54

### **CAPITULO IV PROPUESTA DE TESIS**

4.1 Contextualización de la propuesta. ....	61
4.2 Desarrollo de la propuesta. ....	66

### **CAPITULO V DISEÑO METODOLOGICO**

5.1 Enfoque de la investigación: Cualitativo. ....	88
5.2 Alcance de la investigación: Descriptivo. ....	89
5.3 Diseño de la investigación: No experimental. ....	89
5.4 Tipo de investigación: De campo o aplicada. ....	90

5.5 Delimitación de la población.....	91
5.6 Selección de la muestra: No probabilística.....	91
5.7 Instrumentos de prueba .....	91
5.7.1 Observación.....	91
5.7.2 Entrevista .....	92
5.7.3 Sesiones en profundidad .....	92

## **CAPITULO VI RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

6.1 Resultados cualitativos por sesión.....	96
6.2 Resultados cualitativos generales.....	104
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>106</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>109</b>
<b>GLOSARIO .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>117</b>

## INTRODUCCIÓN

La presente propuesta está enfocada a la investigación del desarrollo de habilidades psicosociales en niños con autismo con un rango de edad de entre los 6 y los 12 años. Para ello, se ha propuesto la ludoterapia como el medio para desarrollar dichas habilidades, divididas en sesiones con sus respectivas características. Para conformar dichas sesiones, se realizó una investigación previa acorde al tema, conformado a continuación por los siguientes capítulos.

El capítulo I es el denominado: Planteamiento del problema, aquí se encuentra conformado por la descripción del problema, la pregunta de investigación, justificación, objetivos, así como el marco conceptual, donde se definen los principales conceptos a desarrollar en esta investigación como son: infancia intermedia, autismo, habilidades psicosociales y ludoterapia.

En el capítulo II denominado Marco contextual de referencia, hace alusión a los antecedentes del lugar donde se desarrolló la presente propuesta, así como la ubicación de dicho lugar, su misión, visión y la ilustración de la ubicación espacial y geográfica.



En el capítulo III se encuentra el Marco Teórico, es aquí donde se fundamenta la investigación y la propuesta a realizar. En la misma se encuentra desarrollado en mayor profundidad lo descrito en el Marco Conceptual, es decir, se encuentra fundamentada con bases científicas la infancia intermedia, el autismo, las habilidades psicosociales y la ludoterapia. Así mismo, se encuentra el modelo psicológico con el cual se encuentra sustentado la propuesta.

En el capítulo IV, la Propuesta de Tesis, se presentan los diversos puntos que denotan la misma propuesta de investigación, como lo son su objetivo, su justificación, el área psicológica la cual está basada la misma, así como la propuesta que se encuentra desarrollada en diez sesiones, cada una con su nombre, objetivo, instrucciones y actividades a desarrollar.

En el capítulo V denominado: Diseño Metodológico, se encuentra explicado el tipo de enfoque que se utilizó para la presente propuesta, el alcance elegido, el tipo de investigación y la delimitación de la población a la que fue aplicado la propuesta.

En el capítulo VI y último denominado: Resultados de la Investigación, se encuentran descritos los resultados cualitativos de las sesiones realizadas, así como los resultados generales, involucrando también los aspectos relacionados

con lo observado y descrito en cada una de las sesiones mencionadas anteriormente.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema.

La infancia es un periodo relevante en el desarrollo del ser humano, pues a lo largo de estos años el niño aprende todo lo que observa, sean estas acciones socialmente adecuadas o inadecuadas. También es un periodo clave para detectar o prevenir trastornos fisiológicos y psicológicos, así como trabajar con infantes que ya estén diagnosticados con algún trastorno, por ejemplo Trastorno del Espectro Autista (TEA); no para hacer desaparecer el trastorno de la noche a la mañana, pero si para que el niño con esta condición pueda desarrollar una cierta cantidad de habilidades y destrezas que cualquier niño sin esta condición ya domine y de esta forma lograr desenvolverse poco a poco en el contexto que lo requiera. Principalmente con la familia.

Los niños con autismo se caracterizan por ser personas aisladas, no muestran interés por su entorno ni por las personas a su alrededor; es decir, existe un desajuste en el desarrollo de las habilidades sociales lo cual llega a ser una problemática para padres, profesores y psicoterapeutas que trabajen con ellos, pues es muy probable que el niño autista muestre rechazo ante situaciones que impliquen poner en marcha los mecanismos de socialización, ya que la exposición a dichas situaciones le generaría mucho estrés y ansiedad. Los desafíos sociales son uno de los puntos más difíciles en el autismo y en su transcurrir en el día a día

debido a que socializar es un aspecto fundamental en cualquier contexto en donde se desarrolle.

Las habilidades psicosociales son conductas mayoritariamente aprendidas, por lo que un niño con autismo puede aprenderlas, la única diferencia es que dicho aprendizaje debe hacerse de forma explícita, ya que el niño autista probablemente no lo aprenderá a través de la imitación o la observación. Desde presentar un aislamiento total en donde las personas son totalmente indiferentes para el niño, hasta mostrar problemas en la interacción social por no comprender reglas sociales, bromas y gestos; en definitiva el mundo social es complicado para un niño autista y en muchas ocasiones le es indiferente, por lo que prefieren aislarse y tener el mínimo contacto con los demás. El conjunto de las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, con el consiguiente patrón repetitivo de conducta, representa el hilo común que relaciona entre sí a todos los trastornos autistas, cualesquiera que sean los otros estados presentes.

En la historia de México, por primera vez se realizó un estudio únicamente en la ciudad de León, Guanajuato, el cual dio a conocer los índices de prevalencia del autismo dando como resultado que uno de cada 115 niños padece este trastorno, esto significa que casi 1% de todos los niños en México, alrededor de 400,000, tiene autismo (Cruz, 2016). Y al ser esta una cantidad mínima de niños, no se le ha dado la importancia adecuada al tratamiento, pues

se espera que el niño autista se adapte a las técnicas aplicadas y no las técnicas a él, por lo que los resultados obtenidos no han sido los más favorables.

Al haber inexperiencia por parte de algunos educadores, padres e inclusive terapeutas, las técnicas que utilizan para trabajar con un niño con autismo son las mismas que aplican a niños con rezago educativo o con problemas de lenguaje, lo cual a largo plazo hará que el niño autista no muestre avances y que se generalice erróneamente que las terapias no funcionan.

Es imperativo que cualquier técnica o método de enseñanza siempre este adecuado al niño y no viceversa. Desde el contexto donde se desenvuelve hasta la edad son factores que se deben tener en mente al trabajar con un menor; sobre todo cuando se trata de niños con autismo. A pesar de vivir con una condición clínica, no se debe olvidar que son niños y como tal mostraran interés por cosas que les guste. Son muy pocas las técnicas donde se haga uso de dicha afirmación, por lo que la atención que reciben por parte del niño es mínima.

Los profesionales con experiencia y formación en este campo están desarrollando métodos y técnicas adecuados para ayudar tanto a niños como adultos con diferentes condiciones mediante libros y artículos, pero esa información es en vano al seguir ocupando técnicas arcaicas que en algún momento funcionaron con niños del siglo pasado y que se espera que funcionen

con una generación totalmente nueva. El desarrollo de las habilidades psicosociales de un niño con autismo depende de la forma en que se trabaje con él, por lo que es importante poder aplicar técnicas que les resulten atractivas.

## **1.2 Pregunta de investigación**

¿Cuál sería la herramienta de apoyo psicológico para desarrollar las habilidades psicosociales de niños autistas?

## **1.3 Justificación.**

El autismo es un trastorno del desarrollo que se presenta mayormente en niños que en niñas y afecta la capacidad de un niño para comunicarse e interactuar socialmente; generalmente se hace evidente en los primeros tres años de vida. Se caracteriza por un déficit del desarrollo, permanente y profundo, que afecta (como se menciona anteriormente) la socialización, la comunicación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas repetitivas o inusuales.

El motivo de la presente investigación es elaborar y aplicar un programa el cual permita el desarrollo de las habilidades sociales en niños con autismo, haciendo uso de la ludoterapia como medio de desarrollo para esta área. Se utilizará el juego porque además de poseer un fin terapéutico, incluye un objetivo educativo el cual engloba momentos de acción y de simbolización. El uso de

esta estrategia persigue una cantidad de objetivos que están dirigidos hacia la ejercitación de habilidades en determinada área.

El juego bien planeado, es una forma en la que el niño puede aprender y expresar sus emociones. En la mayoría de los niños, incluso con diferentes tipos de discapacidad, el juego es un medio para adquirir ciertas destrezas como lo son las destrezas sociales, comunicativas, motrices y cognitivas. Normalmente se subestima la eficacia y la información que se puede obtener al jugar con un niño.

El trabajar con niños con estas características al principio puede ser una limitante, debido a la poca experiencia que se ha obtenido en la práctica, pero sabemos que conforme al progreso de la aplicación del programa y a la interacción mutua, esta parte se irá transformando hasta lograr un nuevo aprendizaje y enseñanza. De la misma forma, consideramos que se deben fomentar las habilidades sociales partiendo en muchos casos desde las más básicas como puede ser el saludo, la mirada, el respeto de turnos, hasta el mantener una conversación, debido a que son necesarias para la interacción futura con otros niños o incluso adultos.

El estudio de las habilidades de interacción social ha experimentado un notable auge en los últimos años. Ha aumentado sensiblemente el número de

publicaciones científicas sobre el tema, y se han desarrollado gran variedad de programas y procedimientos de tratamiento para aumentar las competencias sociales.

Partiendo de lo anterior, creemos que este ha sido el punto de partida para desarrollo de este proyecto: la fascinación, el deseo de saber más acerca del autismo y el deseo de actualizarnos con un tema que, aunque ha sido bastante desarrollado, se puede aportar aún más. A partir de aquí, hemos querido desarrollar una propuesta que resulte útil en una intervención psicopedagógica o incluso en el aula de educación infantil y que cubra un campo al que normalmente no se le presta tanta atención como a otros: el juego.

Es por ello, que la presente investigación describirá la influencia que tiene el juego lúdico en los niños con autismo, pues actualmente se ha demostrado que la educación y el juego son las formas más eficaces de tratamiento para este trastorno. Así, dicho trabajo permitirá demostrar los cambios y la evolución que los niños con autismo presentan en el desarrollo de habilidades sociales a partir del juego propiciando el desarrollo pleno y una mejoría notable en esta área, la cual no suele desarrollarse sin un apoyo eficaz en esta población.

#### **1.4 Formulación de hipótesis.**

La ludoterapia como herramienta de apoyo para el desarrollo de habilidades psicosociales en niños autistas.

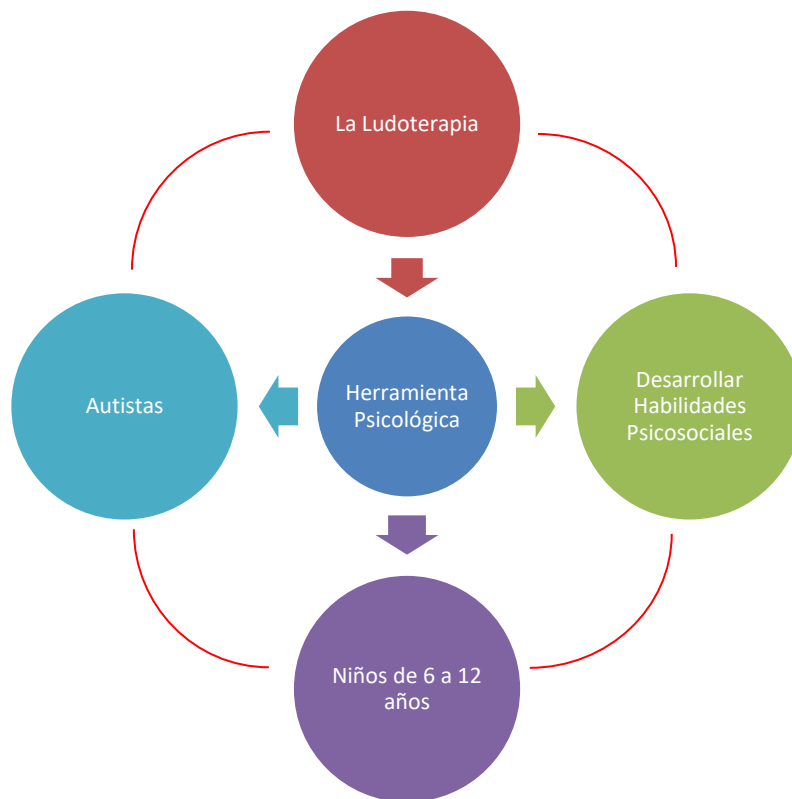


#### 1.4.1 Determinación de las variables.

Variable independiente: La ludoterapia.

Variable dependiente: Las habilidades psicosociales de niños con autismo.

#### 1.4.2 Operacionalización de variables.



La ludoterapia como una herramienta psicológica dirigida hacia niños en un rango de edad de 6 a 12 años, que se encuentran en la niñez intermedia; a su vez, esta herramienta psicológica permitirá desarrollar las habilidades psicosociales en ellos y tienen la característica principal de ser autistas.

## **1.5 Objetivos de la investigación.**

### **1.5.1 Objetivo general.**

Desarrollar las habilidades psicosociales de niños autistas, mediante un programa de ludoterapia, como una herramienta de apoyo psicológico alternativa.

### **1.5.2 Objetivo específicos.**

- \* Fundamentar teóricamente la investigación mediante la lectura y análisis de información referente a las habilidades sociales, infancia y autismo.
- \* Diseñar un programa de actividades lúdicas mediante el uso de teorías y propuestas prácticas que permitan el desarrollo de habilidades sociales de niños.
- \* Determinar el diseño metodológico de la investigación mediante la lectura, análisis y selección del enfoque, alcance, tipo y muestra.

## **1.6 Marco conceptual.**

### **1.6.1 Concepción de infancia intermedia.**

La niñez media, edad que abarca de los seis a los doce años, es un periodo interesante para aprender y perfeccionar varias habilidades, desde la lectura, la escritura y las matemáticas hasta jugar básquetbol, bailar y patinar sobre ruedas. En este periodo el niño se concentra en probarse a sí mismo, en superar sus propios retos y los que el mundo le impone (Craig, 2009).

### **1.6.2 Concepción de autismo.**

El autismo es un espectro de trastornos caracterizados por déficit del desarrollo, permanente y profundo, que afecta la socialización, la comunicación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas repetitivas o inusuales (Picardo, 2014).

### **1.6.3 Concepción de habilidades psicosociales.**

Las habilidades psicosociales son un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan en lo social. Estas habilidades son algo complejas ya que están formadas por un amplio abanico de ideas, pensamientos, creencias y valores que son fruto de aprendizajes y de experiencias. Todo esto va a provocar una gran influencia en las conductas y actitudes que tenga la persona en su relación e interacción con los demás (Dangelo, 2015).

### **1.6.4 Concepción de ludoterapia.**

Es un modelo teórico en el cual se establece un proceso interpersonal en el que terapeutas especializados utilizan el juego de manera terapéutica para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos (Schaefer, 2012).

## **CAPITULO II**

### **MARCO CONTEXTUAL DE REFERENCIA**

#### **2.1 Antecedentes de la ubicación**

Durante los años setentas surgen en México las Escuelas de Educación Especial (E. E. E.), las cuales atendían a los niños y niñas con un tipo de discapacidad específico tales como discapacidad auditiva, visual, motora, autismo y, en la mayoría de las E. E. E. públicas, se atendía a niños con discapacidad intelectual. Algunos niños iniciaban su escolarización directamente en las E. E. E., mientras que otros eran canalizados ahí debido a su bajo rendimiento académico. Las E. E. E. poseían diversas desventajas, por ejemplo, al egresar de ellas, los niños recibían un certificado que acreditaba sus estudios en una escuela especial, lo cual complicaba que los aceptaran en una escuela regular del siguiente nivel, así mismo los niños egresaban con un rendimiento académico muy pobre pues la curricular que manejaban era muy diferente a la de las escuelas regulares.

Es en 1993 cuando a partir del movimiento de integración educativa en México, los servicios de educación se tuvieron que cambiar, lo que llevó a que las Escuelas de Educación Especial se transformaran en Centros de Atención Múltiple, y éstos comenzaron a utilizar programas de las escuelas regulares con adaptaciones para los niños con discapacidades. Los C. A. M. también ofrecerían servicios de intervención temprana, preescolar y primaria, así mismo los grupos

dejaron de ser organizados por discapacidad, si no que se tomó en cuenta la edad y el grado.

Es en 1985 cuando surge en Orizaba la Escuela de Educación Especial que posteriormente se transforma en el Centro de Atención Múltiple de Educación Especial Numero 15, en donde los servicios educativos abarcan educación inicial (de 45 días a 3 años), preescolar (de 3 a 5 años), primaria (de 6 a 15 años) y formación para el trabajo (de 17 a 30 años).

Misión: Dar respuesta a las necesidades educativas especiales con discapacidad múltiple y trastornos generalizados del desarrollo.

Visión: Atender a los alumnos con necesidades educativas especiales con discapacidad o multidiscapacidad en un marco de equidad y respeto, con un equipo de trabajo comprometido en la elaboración de una respuesta educativa de calidad que promueva un desarrollo integral de sus alumnos, orientando a la integración educativa, social y laboral de acuerdo a sus posibilidades.

Valores: Tolerancia, respeto, creatividad, compromiso, empatía, solidaridad, puntualidad, entusiasmo, colaboración

## 2.2 Ubicación geográfica

El Centro de Atención Múltiple No. 15 tiene dirección en la calle Álvaro Obregón sin número, en la ciudad de Orizaba Veracruz.

Imagen1. Croquis de la ubicación del CAM No. 15 en Orizaba, Veracruz.

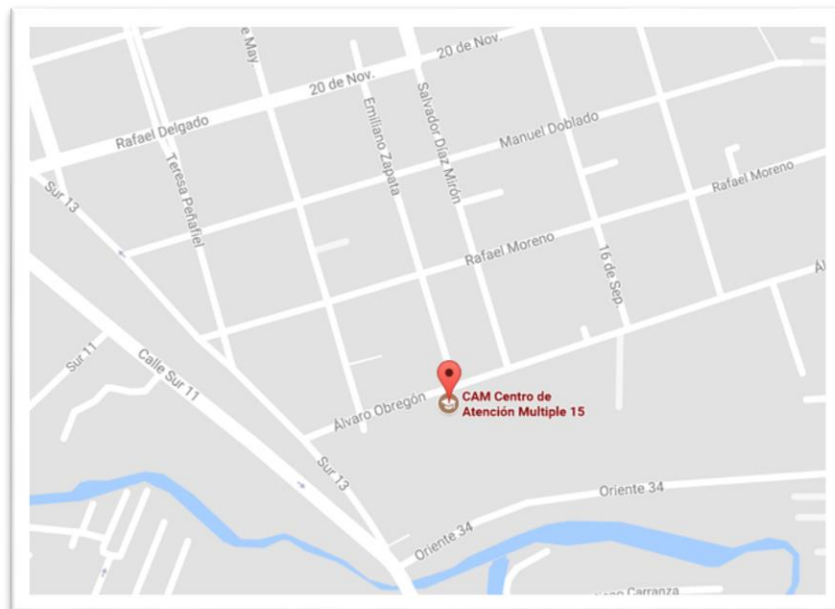
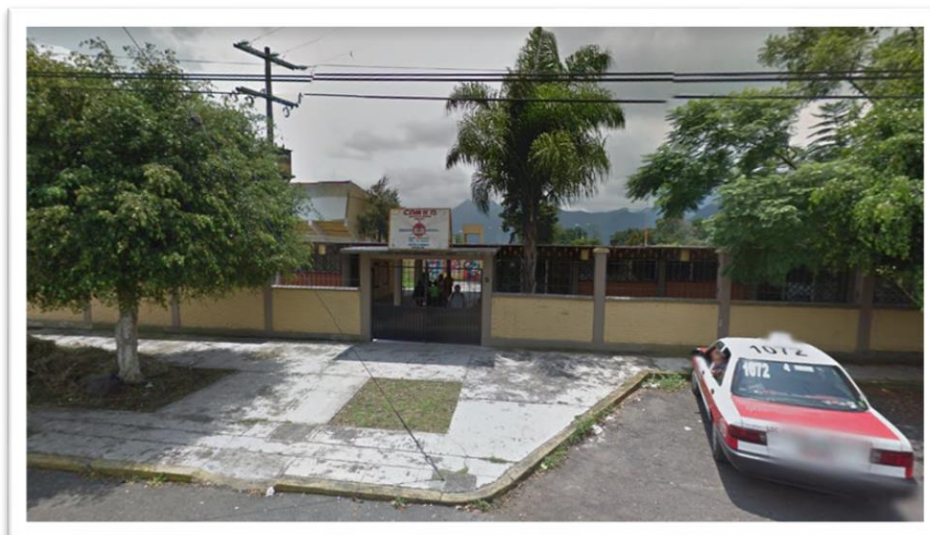


Imagen 2. Fachada del CAM No. 15



## **CAPITULO III**

### **MARCO TEORICO**

#### **3.1 Fundamentos teóricos de la infancia intermedia**

La infancia intermedia es el periodo de vida del ser humano que abarca de los 6 a los 12 años. En dicha etapa, el aumento de las habilidades motoras no es tan notorio como sucede en la infancia temprana, pero se presenta una gran mejora en la memoria, la resolución de problemas y en las habilidades lingüísticas. También es un momento clave para prepararse físicamente y así poder disminuir la probabilidad de desarrollar enfermedades a largo plazo.

A lo largo de la infancia intermedia, o también conocida como la niñez tardía, el niño experimentará la etapa de pensamiento concreto que de acuerdo con Piaget (En Papalia, Wendkos & Feldman, 2003), es donde presentará un pensamiento abstracto tratándose solo del aquí y el ahora. Es un periodo idóneo para aprender y perfeccionar habilidades tales como la lectura, la escritura, entre otros, los cuales le permitirán empezar a desenvolverse en la sociedad que los rodea.

Así mismo, durante esta etapa el niño desarrollará empatía y dejará a un lado el egocentrismo característico de la infancia temprana, su auto concepto se

enriquecerá y empezará a surgir la autorregulación emocional. “Conviene recordar que los factores físicos, cognoscitivos y psicosociales se combinan para producir el desarrollo individual” (Craig, 2009). Los cuales se describen a continuación:

### **a) Desarrollo físico**

Durante la infancia intermedia el crecimiento físico es lento comparado con la infancia temprana. El crecimiento gradual sigue hasta los 9 años en las niñas y a los 12 en los niños, sin embargo, el crecimiento varía de niño a niño, hay que recordar que no todos maduran y crecen a la misma velocidad. “El desarrollo del cerebro en este periodo produce un funcionamiento más eficaz, sobre todo en los lóbulos frontales de la corteza, que tienen una participación decisiva en el pensamiento y en la conciencia” (Craig, 2009). Lo cual se relaciona con la etapa de operaciones concretas que propone Piaget.

“Durante la infancia intermedia se goza de un periodo relativamente saludable, pues la mayoría de los niños ya han sido vacunados y la tasa de mortalidad es la más baja comparado con cualquier otro periodo del desarrollo” (Papalia, Wendkos & Feldman, 2003). Es decir, durante esta etapa es común que los niños contraigan alguna infección o muestren alergias, lo cual no es tan grave comparado con enfermedades que podrían tener los neonatos o los adultos.



El desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas está presente en esta etapa; las habilidades motoras finas tales como escribir, dibujar o recortar se dominan a lo largo de esta etapa, mientras que las habilidades motoras gruesas se perfeccionan mediante la actividad física. “Además de mejorar las habilidades motoras, la actividad física regular genera beneficios inmediatos y a largo plazo para la salud: controla el peso, reduce la presión sanguínea, mejora el funcionamiento cardiorrespiratorio y la autoestima (Papalia, Wendkos & Feldman, 2003)”. Es decir, las actividades que se realicen a lo largo de esta etapa, así como en la adolescencia, tendrán consecuencias que se presentaran en la etapa adulta.

#### **b) Desarrollo cognitivo**

De acuerdo con Jean Piaget (En Papalia, Wendkos & Feldman, 2003) los niños a los 7 años entran a la etapa de las operaciones concretas, en donde pueden realizar operaciones mentales y resolver problemas concretos pero su pensamiento abstracto aún está limitado ya que solo piensan en el aquí y el ahora. Piaget la describía como la etapa del pensamiento activo.

Los niños son más competentes en tareas que piden un razonamiento lógico. “También se dan cuenta que los elementos pueden ser cambiados o transformados y aun así conservar muchos de sus rasgos originales y la comprensión de que dichos elementos pueden ser revertidos” (Woolfolk, 1999). Dicha habilidad se puede observar en el juego simbólico, así mismo en las

personas y no solo en los objetos. Poco a poco el niño creará un pensamiento más formal que lo ayudará en la próxima etapa de desarrollo.

“Se denomina periodo de las operaciones concretas porque estas operaciones están atadas al presente inmediato y no al mundo de lo posible” (Soria & Pérez, 2011). A pesar de comenzar a tener un pensamiento concreto éste se encuentra limitado al presente y a lo que el niño puede observar, es por esto que el infante no medirá las consecuencias que sus acciones puedan traerle.

En esta etapa, los niños tienen una mejor comprensión de los conceptos espaciales, la causalidad, la categorización, el razonamiento inductivo y deductivo, la conservación y el número. De acuerdo con Lev Vygotsky (En Woolfolk, 1999) buena parte del aprendizaje de los niños es asistido por los profesores y las herramientas de su entorno, y casi toda esta ayuda comunica al lenguaje. Es decir, que en conjunto con el medio ambiente y las relaciones sociales el niño va a desarrollar habilidades tales como la memoria, el razonamiento y la atención. Por ello la ayuda de los padres y profesores hacia los niños es primordial.

### **c) Desarrollo psicosocial**

“Durante la infancia intermedia los juicios acerca del yo se vuelven más consientes, realistas, equilibrados y generales a medida que los niños forman sistemas representacionales, es decir, auto conceptos amplios que integran varios

aspectos del yo” (Papalia, Wendkos & Feldman, 2003). Tales cambios se notan cuando se le pide al niño que se describa a sí mismo. También, los niños observan y aprenden que hay reglas y normas que manejan el mundo, entonces aprenden a seguirlas e incluso a crear sus propias reglas para que los demás las sigan. Los niños tienden a desarrollar la empatía y varios de ellos que tienen más autoestima ayudan a los que se sienten menos afortunados.

De acuerdo con Erik Erikson (En Santrock, 2002), de los 6 años hasta la adolescencia temprana, los niños se encuentran en la cuarta etapa del desarrollo psicosocial llamada “Productividad vs Inferioridad”. La iniciativa de los niños los lleva a establecer contacto con una gran cantidad de nuevas experiencias; en ningún otro momento los niños muestran tanto entusiasmo por aprender que al final de la niñez temprana. El peligro de dicha etapa es que el niño desarrolle sentimientos de incompetencia o inferioridad. Es primordial que durante esta etapa los niños aprendan habilidades que les resultaran útiles en la sociedad, de igual forma, es idóneo que se le ayude a los niños a proponerse metas reales, que se muestre tolerancia a los errores que puedan cometer y que siempre se les ofrezca apoyo a los niños que se les dificultad una habilidad.

## **3.2 Fundamentos teóricos del autismo.**

### **3.2.1 Antecedentes del autismo.**

López, Rivas y Taboada (2009), dan a conocer que en el año de 1943, Kanner hizo por vez primera referencia al autismo en su artículo titulado 'Alteraciones autistas de contacto afectivo', y que hasta el día hoy se acepta como la base del estudio científico de este trastorno hasta el año de 1956 en el también artículo de su autoría: 'Autismo infantil precoz'.

En relación al estudio histórico del autismo, Rivieré (2001) menciona que han existido tres épocas importantes en el estudio del mismo. La primera época abarca de 1943 a 1963, en la cual el autismo no era considerado como se conoce actualmente sino más bien se creía que era un trastorno emocional producido por factores afectivos inadecuados que daban lugar a que la personalidad del niño, a diferencia de un niño con formación regular, no pudiera constituirse adecuadamente.

En esta primer época, Kanner (En Garrabé de Lara, 2012) describía, analizaba y observaba en once niños pequeños (que eran en su mayoría varones) una serie de características clínicas importantes, como la aparición de un cuadro clínico y sintomatología desde el primer año de vida, marcado por la inmovilidad del comportamiento, el apartarse de los demás o una notoria soledad en sí y un retraso o ausencia significativa de la adquisición del lenguaje verbal.

De acuerdo con Kanner (1943), se creía que la combinación entre autismo extremo, obsesividad, estereotipia y ecolalia se relacionaban estrechamente con el cuadro global de algunos fenómenos esquizofrénicos básicos. Menciona incluso que algunos de los niños con los cuales investigó, en algún momento de su vida fueron diagnosticados con esquizofrenia, aunque su condición difería en diversos aspectos de otros casos conocidos de esquizofrenia infantil.

Con base en lo anterior, Kanner concluye que los niños sí logran establecer de forma adecuada e inteligente una relación con diversos objetos que no amenazan con interrumpir su soledad; en contraste, se muestran ansiosos y tensos al relacionarse con personas con quienes no han tenido o han dejado de tener durante mucho tiempo un contacto afectivo directo.

Posteriormente, la segunda época del estudio del autismo abarca de 1963 a 1983. Durante la primera mitad de los años sesenta, diversos factores contribuyeron a que la imagen científica del autismo y el tratamiento del mismo cambiaran. Se abandonaron las hipótesis que culpaban a los padres y ahondaron más en modelos explicativos que se basaban en hipótesis que describían al autismo como alguna clase de alteración cognitiva, que logra explicar las dificultades en las relaciones, el lenguaje, la comunicación y la flexibilidad mental (Rivieré, 2001).

La educación, según Rivieré (2001) comenzó a ser el principal tratamiento del autismo en los años sesenta, setenta y ochenta, y es que esta tenía una influencia de dos tipos de factores: el primer factor era el desarrollo de procedimientos de modificación de conducta que le permitiría a las personas con autismo desarrollarse y el segundo factor consistía en crear centros educativos que se dedicaran única y exclusivamente al autismo, que eran promovidos en su gran mayoría por asociaciones de padres de familia y familiares de personas con autismo.

En 1961, Charles Ferster y Miriam K. DeMyer (En Rivieré, 2001), un psicólogo especialista en aprendizaje y un psiquiatra infantil, demostraron por vez primera que existía una utilidad importante de los métodos operantes de modificación de conducta para el tratamiento del autismo. Propusieron que las extrañas conductas autistas, al ser ajenas y proporcionalmente desconectadas del medio pueden modificarse si este logra controlarse de forma adecuada y se promueven procesos de aprendizaje de conductas funcionales y de extinción o disminución de las que no lo son.

Gracias a lo anterior, permitió abrir el camino para crear una gran diversidad de programas eficaces para desarrollar el lenguaje, eliminar conductas alteradas, fomentar la comunicación y las conductas sociales, promover la autonomía y aumentar de manera considerable las capacidades cognitivas y las destrezas funcionales de las personas con autismo (Rivieré, 2001).

En el 2001, Rivieré afirma que en los últimos años se han producido cambios importantes y notorios que han permitido definir una tercera etapa la cual sigue en proceso de construcción. Opina que el cambio principal acerca del enfoque del autismo consistió en considerarlo, desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo.

### **3.2.2 Concepto, criterios y desarrollo de autismo.**

Etimológicamente, de acuerdo con Picardo (2014), la palabra autismo proviene del griego auto-, de autós, 'propio, uno mismo'. Fue usada por primera vez por Eugene Bleuler, psiquiatra suizo de renombre en un tomo del 'American Journal of Insanity', en el año de 1912. Es a partir de allí que el concepto de autismo comenzó a tomar forma.

Según Picardo (2014), "el autismo es un espectro de trastornos caracterizados por déficit del desarrollo, permanente y profundo, que afecta la socialización, la comunicación, la planificación y la reciprocidad emocional, y evidencia conductas repetitivas o inusuales".

El DSM-IV (2002) define y describe al autismo como "un trastorno del desarrollo con un severo impedimento en la interacción social y comunicación, con altos grados de comportamiento estereotipado y ritualístico". Por otro lado, los trastornos generalizados del desarrollo forman parte de los

trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, debido a que la aparición de sus síntomas suele ser antes de los tres primeros años de vida. Estos Trastornos Generalizados del Desarrollo se dividen a su vez en: 1) Trastorno autista 2) Trastorno de Rett 3) Trastorno desintegrativo infantil 4) Trastorno de Asperger y 5) Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

En relación con lo anterior, los criterios diagnósticos del autismo se han ido modificando conforme ha avanzado el tiempo, a la par también de sus diversos significados. En cuanto a los criterios relacionados con las conductas psicopatológicas, existen hoy en día dos principales sistemas de clasificación para dichos criterios y trastornos, estos son el DSM-IV y la CIE-10, que han reagrupado los criterios diagnósticos en tres comportamentales y un criterio cronológico. Con respecto a este último, es considerado que debe manifestarse un retraso o desviación de al menos uno de los otros tres criterios antes de los 36 meses de edad (Belloch, Ramos & Sandín, 1995).

De acuerdo con Belloch, Ramos & Sandín (1995) el DSM-IV ha agrupado las conductas psicopatológicas en tres grandes áreas. En la primera área refiere a las diversas alteraciones que ocurren en torno a las relaciones sociales, dando énfasis en el 'cómo' de la alteración, más que en el 'cuánto'. El segundo grupo de estas mismas conductas hace referencia al déficit que existe en la comunicación, que contempla tanto el retraso en el desarrollo del habla, como la desviación o déficit cualitativo de las conductas que están implicadas en la comunicación. Por último, el tercer grupo de estos criterios diagnósticos integra tanto el déficit



cualitativo como cuantitativo de los patrones de comportamiento, significados por los conceptos de *restricción, repetición y estereotipia*.

Tanto el DSM-IV como la CIE-10 incluyen por primera vez un quinto criterio en ambos sistemas de clasificación, que habla sobre el diagnóstico diferencial que debe prevalecer con otros trastornos generalizados del desarrollo, como lo son el síndrome de Rett y el trastorno infantil desintegrativo (En Belloch, Ramos & Sandín,1995).

De acuerdo con el DSM-IV (2002), los criterios diagnósticos del trastorno autista son los siguientes:

**A.** Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

**(1)** Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular cara a cara, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. Es decir, el niño o sujeto no se acercará cuando se le vaya a dar la mano, se quedará inmóvil o estático al momento de abrazarlo y también no sonreirá ni mirará a otra persona al momento de establecer algún tipo de contacto social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones amistosas con otros compañeros al nivel de desarrollo adquirido. Es decir, el niño a diferencia de un

niño regular, no podrá entablar alguna relación de amistad con otros compañeros, pues simplemente pasarán desapercibidos.

(c) Incapacidad para la búsqueda espontánea del disfrute, intereses o logros con otras personas. Es decir, por sí solo el niño jugará con objetos de su interés y agrado, pero no compartirá el juego o actividad con demás niños o adultos.

(d) Ausencia de reciprocidad social o emocional. Es decir, el contacto afectivo y desenvolvimiento social serán carentes.

**(2)** Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral. Aquí no va acompañado de un intento por compensar esta carencia mediante modos alternativos de comunicación como lo son los gestos o la mímica.

(b) En sujetos o niños con un habla adecuada, existe una alteración importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del habla o lenguaje idiosincrásico. Es decir se presenta ecolalia inmediata o, de la misma forma, una repetición mecánica de anuncios de televisión.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

**(3)** Patrones limitados, repetitivos y estereotipados de comportamiento, como los manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente y estereotipada por uno o más de los patrones de interés que resulta anormal en la intensidad o focalización. Es decir, que el niño

o sujeto permanezca durante largos periodos de tiempo o repita de forma continua alguna conducta en específica, por ejemplo, el mirar durante horas un foco, pared, televisión, etc.

(b) Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas específicas o rituales, no funcionales. Por ejemplo, que el niño antes de entrar a la escuela grite o se autolesione por desagrado a la misma.

(c) Manierismos motrices estereotipados y repetitivos, por ejemplo, el sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo, como mover los brazos hacia atrás.

(d) Preocupación excesiva y persistente por detalles o formas de distintos objetos, por ejemplo, oler diferentes objetos, examinar y tocar de forma repetitiva diferentes materiales, atención especial a un volante de un coche de juguete u objetos que sean brillantes.

**B.** Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social; (2) lenguaje utilizado en la comunicación social, o (3) juego simbólico o imaginativo.

**C.** El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Y para el CIE-10 (En Belloch, Ramos & Sandín, 1995), los criterios para el autismo infantil son los siguientes:

**A.** Se requiere que al menos en una de las siguientes áreas haya habido un retraso o un patrón anormal de funcionamiento con anterioridad a los tres años:

a1. En el lenguaje receptivo y/o expresivo tal y como se utiliza para la comunicación social. Es decir, no haya o no exista comunicación tanto en la familia como la gente alrededor del niño o la persona.

a2. En el desarrollo de vínculos sociales delectivos y/o en la interacción social recíproca. Como se menciona en el punto anterior, las relaciones sociales y comunicación de cualquier índole con otras personas no aparecen.

a3. En el juego funcional y/o simbólico. Es decir, la actividad lúdica donde el niño o adulto representan, ensayan, proyectan, fantasean, etc., a través de juguetes o conductas de juego no aparece o se percibe tanto en ellos como hacía con otras personas.

**B.** Alteración cualitativa en la interacción social recíproca.

**C.** Alteraciones cualitativas de la comunicación.

**D.** Patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de conducta, intereses y actividades.

**E.** El cuadro clínico no es atribuible a otras variedades de trastornos profundos del desarrollo (síndrome de Asperger, síndrome de Rett, trastorno desintegrativo infantil) o a trastornos específicos del desarrollo del lenguaje receptivo con problemas socioemocionales secundarios, trastorno reactivo de la vinculación, trastorno desinhibitorio de la vinculación, retraso mental con trastorno emocional/conductual asociado o a esquizofrenia de inicio infrecuentemente precoz.

Ya en 1998, Wing da a conocer que una vez que se reconoció que la conducta autista no era más que el resultado de problemas del desarrollo, el

interés se centró qué habilidades no se estaban desarrollando adecuadamente. En un principio, se creía que la conducta autista se debía a trastornos en el desarrollo del lenguaje. Esto, en general, resultaba posible, ya que en la mayoría de los niños presentaban un lenguaje retrasado y anómalo, o no lo tenían en absoluto. Parecía que, si estaban afectados la comprensión y el uso del lenguaje hablado y la comunicación por gestos, ésta sería la causa de la conducta autista. En aquellos momentos, se tenía la firme creencia que si se lograban vencer estos problemas concretos de lenguaje por medio de algún método alternativo de comunicación, se produciría una mejora sustancial. Esta teoría quedó de lado cuando se encontró que algunos niños y adultos con autismo desarrollaban una buena gramática y un buen vocabulario, e incluso utilizaban algunos gestos.

Kanner (En Artigas-Pallares & Paula, 2012), menciona que, por tanto, se debe asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo “normal” con las personas biológicamente proporcionadas, al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas. El realizar un estudio más profundo de los niños con autismo, puede ayudar y colaborar a proporcionar criterios más concretos relativos a las todavía difusas relaciones sobre los componentes constitucionales de la respuesta emocional.

A pesar de los grandes avances mostrados por la comunidad científica y personal especializados en el autismo, aún no se sabe con clara certeza el origen

del mismo, sin embargo, se han planteado diversas teorías psicológicas (cognitivas) que buscan explicar el porqué de la sintomatología del Espectro Autista. Una de ellas, y la que más relevancia tiene, es la Teoría de la Mente de Baron – Cohen, Leslie y Frith.

Esta Teoría de la Mente da referencia a la habilidad cognitiva compleja que permite a un individuo atribuir estados mentales a sí mismo y a otros. Es un sistema de conocimientos que permite inferir creencias, deseos, intenciones y emociones y, de esta a manera, lograr interpretar los comportamientos propios y ajenos con el fin de predecirlos y controlarlos. Aquí se incluyen aspectos metacognitivos, es decir, la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía, la posibilidad de interpretar emociones sociales complejas a través de la mirada o la cognición social y la empatía, son algunas ejemplos del cómo es dicha teoría (Ministerio de Educación de Perú, 2013).

Es alrededor de los 4 años de edad que los niños comienzan a entender que las otras personas también tienen pensamientos, creencias, intereses y deseos diferentes a los suyos y que estos pueden influir en sus conductas. La Teoría de la Mente sugiere que “las personas con autismo tienen dificultades para comprender que las otras personas tienen intereses, pensamientos y sentimientos

diferentes a los propios. Para poder interactuar y empatizar con los demás, es preciso ponerse en el lugar del otro” (Ministerio de Educación de Perú, 2013).

Lo anterior, nos permite comprender las razones por las cuales han llevado a actuar de determinada manera a las personas y niños con autismo. Además de lo anterior, según Baron – Cohen, Leslie y Frith (En Ministerio de Educación de Perú, 2013), estos niños con autismo presentarían una especie de <ceguera mental> o falta de Teoría de la Mente, que es la causante de las graves alteraciones en la interacción social, imaginación y simbolización. Tanto la evitación del contacto social, como el carácter inadecuado de muchas aproximaciones sociales, logran explicarse debido a la carencia de una teoría de la mente; y es que ambas características se deben a que no comprenden lo que piensan, sienten o desean las otras personas.

Con base en lo anterior, se puede decir, en otras palabras, que la comunicación falla como consecuencia inevitable de tal deficiencia. Es por ello, que para las personas con autismo, la causa de un déficit en dicha Teoría de la Mente, hace para ellos que el mundo social les parezca confuso, caótico e incluso puede darles miedo. Incluso, en el extremo de los casos, “puede llevarlos a apartarse del mundo social y a realizar escasos intentos de interacción con otros, tratándolos como si no tuvieran ‘mentes’, por tanto, comportándose con ellas de

forma similar a como lo hacen con los objetos inanimados” (En Ministerio de Educación de Perú, 2013).

Actualmente el autismo es considerado como un trastorno que deriva en una discapacidad de tipo comunicativo/social y sigue siendo una condición de por vida, pero con adecuadas intervenciones psicopedagógicas su situación tiende a mejorar radicalmente con el tiempo. Las personas con autismo siempre se benefician recibiendo atención educativa, sobre todo cuando se trabaja de forma coordinada entre padres, maestros, personal de educación especial y otros profesionales bien capacitados en el tema. (Vázquez, 2015).

### **3.2.3 Habilidades psicosociales y autismo.**

En el TEA se logran destacar aspectos característicos como lo es el aislamiento social pues es bien conocido que muestran indiferencia ante la mayoría de las situaciones y poco interés en socializar, incluso mantener contacto visual con otra persona resulta difícil. Dificultad para reconocer las emociones de otras personas, trabajar en equipo, seguir reglas... son algunos obstáculos que enfrentan los autistas día con día, sumado a esto también está el rechazo de la mayoría de las personas por distintos motivos.



Lorna Wing (1998) hace una clasificación de los niños con TEA de acuerdo a las deficiencias en la interacción social:

- El grupo aislado. Los que están socialmente aislados se comportan como si los demás no existieran. Sus rostros pueden estar vacíos de expresión, excepto cuando estallan en un acceso de rabia, pena o alegría. La única forma de llamar su atención es mostrándoles algo que les interese.
- El grupo pasivo. Aceptan las aproximaciones sociales y no se alejan, pero no inician la interacción social.
- El grupo activo pero extraño. Realizan aproximaciones activas a otras personas, normalmente a los cuidadores más que a sus compañeros de la misma edad, pero lo hacen de una forma peculiar. Es decir, actúan esperando una reacción, no importa el tipo de reacción.
- El grupo hiperformal. Se desarrolla en los que son más capaces y tienen un buen nivel de lenguaje. Son excesivamente educados y formales en su conducta. A pesar de que son educados no comprenden las normas y llegan a cometer errores.

Dichas dificultades pueden disminuir poco a poco mediante la aplicación de actividades y técnicas sencillas las cuales pueden ayudar a que la persona con autismo logre desarrollar poco a poco habilidades psicosociales. Respecto al tratamiento que puede llevar “es mejor hacerlo en forma personalizada ya que de esa manera podemos tener estrategias para dicha problemática, y luego pasado un tiempo podemos ver si aquello que se aprendió en forma individual lo puede

trasladar al ámbito grupal” (Dangelo, 2015). Así mismo, el tratamiento personalizado que lleve debe de ir acompañado del apoyo principalmente de la familia nuclear.

### **3.2.4 El juego y las habilidades psicosociales en niños con autismo.**

Muy independiente del TEA, los niños autistas no dejan de ser niños y por ende el juego bien aplicado puede tener resultados favorables, sobre todo si se propone ayudarlos a desarrollar habilidades psicosociales. De acuerdo con el Ministerio de Educación de Perú (2013), se deben fomentar las habilidades sociales, iniciando en muchos casos desde las más básicas, como podrían ser: el saludo, la mirada, el respeto de turnos, hasta el mantenimiento del tópico de conversación. Basado en esto, los juegos y actividades que se apliquen a los niños autistas deben ser sencillos.

El trabajar con niños autistas requiere que los profesionales que los guían dominen diversos métodos para enseñarles, así mismo, deben de ser conscientes que los niños fracasan en sus habilidades de juego. “El niño con autismo tiene alteraciones en el juego, puede jugar con los mismos juguetes que otro niño, pero no interactuar con él, y a menudo utiliza los juguetes de un modo repetitivo o inadecuado” (Martín, 2014). Basado en lo anterior, se espera que poco a poco el niño desarrolle habilidades psicosociales y dichos resultados aunque serán mínimos, podrán observarse principalmente con la familia nuclear.

De acuerdo con Clara Martín Reques (2014), el diseño de intervenciones dirigidas al juego en niños con autismo debe tener en cuenta el nivel de desarrollo y nivel de lenguaje del niño, de igual manera se debe promover el contacto con otros niños y sobretodo, se debe de tomar en cuenta los intereses y gustos del menor. Se recomienda que la intervención abarque varios contextos para que se logre generalizar.

Al trabajar con niños con autismo, se recomiendan ciertas pautas que van desde seguir lo que el niño haga, tratar las acciones del niño como si tuvieran sentido, ayudarle a hacer lo que él quiera hasta evitar el sarcasmo, no interpretar una conducta incorrecta del niño como algo personal o evitar hablar mucho. En el TEA es común encontrar alteraciones del juego principalmente a nivel simbólico, la cual se debe trabajar de forma explícita (Cornago, 2010).

Algunas de las recomendaciones dadas por Clara Martín Reques (2014) se describen a continuación:

- Estirar los deseos del niño. Se debe intentar que los deseos del niño se alarguen más tiempo, puede lograrse al dar una respuesta inmediata a su necesidad por ejemplo.
- Usar juguetes de estimulación sensorial. Pueden ser útiles al inicio, pero es importante que el niño se relacione con personas.

- Unirse al niño en comportamientos con los que disfruta. Permitir al niño la vuelta a determinados comportamientos repetitivos, unirnos a él y buscar de nuevo alternativas diferentes a ese comportamiento.
- No aceptar un NO por respuesta. Al haber dicha respuesta se pueden sugerir otras alternativas.
- Recordar que el niño con autismo puede no reconocer las expresiones faciales y otras señales sociales.

De acuerdo con Wing (1998), los niños con TEA “no desarrollan los juegos imitativos sociales y las actividades imaginativas del mismo modo que los demás niños”, debido a esto el tratamiento que se les aplique debe ser personalizado, perdurable y sencillo, siempre haciendo prioridad al niño y no los resultados.

### **3.3 Fundamentos teóricos de habilidades psicosociales.**

“Las habilidades se refieren a aquellas conductas necesarias para desempeñar exitosa y satisfactoriamente una actividad, mientras que las habilidades psicosociales son aquellas conductas necesarias para relacionarse con otros de forma efectiva y satisfactoria” (Crespí, Muñoz y Angrehs, 2011). Las habilidades son conductas aprendidas y no son parte de la personalidad y son necesarias si se quiere desempeñar cualquier actividad. Un tipo de habilidades la psicosocial, la cual engloba acciones como desde el saber iniciar una conversación o presentarse hasta pedir ayuda o dar instrucciones.

Dangelo (2015), desarrolla un concepto de habilidades psicosociales más profundo, pues para él estas son un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan en lo social. Las habilidades sociales son complejas pues están formadas por valores, pensamientos e ideas aprendidas de las vivencias que se ha tenido y éstas van a afectar las actitudes y comportamientos que tenga el sujeto en su interacción con otros. Del mismo modo, las habilidades psicosociales son conductas necesarias para cumplir una tarea del ámbito interpersonal.

“Se entiende que las habilidades psicosociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la

interacción con otras personas” (Peñañiel y Serrano, 2010). Es decir que solo adquirir dichas habilidades no es suficiente, si no que para conocer realmente su potencial es necesario practicar con otras personas. Al practicar con diferentes sujetos, al igual que con otras habilidades, las habilidades psicosociales se perfeccionaran.

La conducta interpersonal de un niño es relevante para adquirir refuerzos sociales y económicos. Aquellos niños que muestran comportamientos sociales inadecuados serán propensos a ser aislados y rechazados y por ende, tendrán menos felicidad. “Las habilidades sociales son importantes también para que el niño asimile los papeles y normas sociales y le ayudan a la hora de relacionarse” (Peñañiel y Serrano, 2010). De esta manera habrá menos probabilidades de que actúe de forma inapropiada y más probabilidades de que la forma en que aplique las habilidades psicosociales sea la correcta.

En Crespí, Muñoz y Angrehs (2011), se describen cuatro etapas que abarcan el desarrollo de las habilidades psicosociales: la primera llamada “inconscientemente inhábil”, en donde el sujeto no es consciente de que carece de una determinada habilidad; la segunda etapa es “conscientemente inhábil” y en ésta el individuo ya es consciente de que carece de dicha habilidad. La tercera etapa llamada “conscientemente hábil” es en donde el individuo sabe que ha desarrollado determinadas habilidades y en la última etapa llamada

“inconscientemente hábil” sucede cuando el sujeto domina una habilidad a tal grado que se vuelve inconsciente de ello.

La habilidad para iniciar una interacción social positiva con alguien más es elemental en el desarrollo del niño. “Las interacciones sociales le proporcionan la oportunidad de aprender y efectuar habilidades sociales que puedan influir de forma crítica en su posterior adaptación social, emocional y académica” (Peñañiel y Serrano, 2010). O sea, que el niño aprende de todas y cada una de las interacciones que tenga y a partir de eso sabrá qué aspecto cambiar o mejorar. Es importante que no se subestime cualquier interacción que el niño tenga, pues a lo largo de la infancia los niños aprenden todo lo que observan y experimentan.

Goldstein (En Goldstein, Sprafkin, Gershaw, & Klein, 1989) clasifica las habilidades sociales en 6 grupos, los cuales se describen a continuación:

- Habilidades sociales básicas. Consisten en escuchar, iniciar y mantener una conversación, formular preguntas, agradecer, presentarse y hacer cumplidos.
- Habilidades sociales avanzadas. Habilidades que desarrolla el individuo para relacionarse satisfactoriamente en entornos sociales, entre ellas pedir ayuda, participar, dar instrucciones, etcétera.
- Habilidades relacionadas con los sentimientos. Relacionadas con la conducta asertiva o asertividad, es decir, aquella que implica la

expresión directa de los propios sentimientos y la defensa de los propios derechos personales, sin negar los derechos de los otros.

- Habilidades alternativas a la agresión. Habilidades relacionadas al establecimiento de objetivos, toma de decisiones, resolución de problemas, etcétera.
- Habilidades para hacer frente al estrés. Habilidades que surgen en momentos de crisis, el individuo desarrolla mecanismos de afrontamiento apropiados.
- Habilidades de planificación. Habilidades que tienen que ver con el desarrollo de autocontrol y empatía al momento de situaciones de enfado.

Dichas habilidades sociales son básicas para casi toda la población, sin embargo “con tantas limitaciones socio afectivas es natural que las personas con autismo también tengan grandes dificultades para cooperar con otros, trabajar en equipo y ajustarse a reglas sociales” (Vázquez, 2015). Es debido a esto que se debe encontrar la mejor técnica psicoterapéutica para poder ayudarles a desarrollar habilidades básicas en el área psicosocial.

“El conjunto de las deficiencias de la interacción social, la comunicación y la imaginación, con el consiguiente patrón repetitivo de conducta, representa el hilo común que relaciona entre sí a todos los trastornos autistas” (Wing, 1998). Al tener dichas deficiencias los sujetos realizan acciones y actividades



estereotipadas que pueden durar años. Resulta ser una tarea complicada el enseñarle a un autista alguna habilidad psicosocial, pero aplicando las técnicas indicadas y con mucha dedicación se pueden lograr pequeños avances que en realidad son colosales para la persona con TEA.

### **3.4 Fundamentos teóricos de ludoterapia.**

A lo largo del siglo XX el respeto por las actividades lúdicas aumentó y se le dio gran importancia al relacionarlas con la educación de los niños. En siglos anteriores las actividades lúdicas solo se consideraban como medios para divertirse y no se comprendía el impacto que podían tener al aplicarse en el ámbito psicopedagógico. Es cierto que diversos autores se interesaron por las actividades lúdicas o el juego como forma de terapia, pero no fue hasta este siglo que se le tomo seriedad e importancia (UNESCO, 1980).

Refiriéndose a la ludoterapia, la Asociación para la Terapia de Juego (En Schaefer 2012), define a esta como “el uso sistemático de un modelo teórico para establecer un proceso interpersonal en que terapeutas especializados utilizan el juego de manera terapéutica para ayudar a los clientes a prevenir o resolver dificultades psicosociales y a alcanzar un crecimiento óptimo”. Es decir que los profesionales de esta rama se esfuerzan para utilizar el juego de forma que resulte benéfico para el desarrollo idóneo del cliente y, en este caso, de los niños.

El uso del juego para tratar niños se remonta a 1930 con Anna Freud y Melanie Klein, sin embargo, se considera a Virginia Axline la madre de la terapia del juego, la cual también se conoce como terapia de juego centrada en el niño. Ésta se basa en la premisa de que “el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño “(Axline, 1975), lo cual se refiere a que durante el juego el niño llega a expresar sus sentimientos e incluso problemas, similar a lo que hace una

persona cuando se le aplican ciertas técnicas para adultos, aunque en niños con autismo probablemente esto podría observarse de manera subjetiva.

Sigmund Freud (Schaefer, 2012), alentaba a los primeros analistas a trabajar con niños, todo esto con el propósito de investigar, indagar y validar la teoría psicoanalítica. Afirmaba que en el transcurso del juego el niño se comporta como un escritor creativo que genera su propio mundo, o reacomoda las cosas del mismo hasta llegar a una que le complace.

Los primeros analistas veían al juego como un medio hacia la ruta inconsciente del niño, parecido en pocas palabras a la función que cumplía el uso terapéutico de los sueños en los adultos, además de ser reconocido como un medio útil para tratar a los niños que presentaban diversos problemas caracterizados en general como neuróticos (Schaefer, 2012).

Melanie Klein, quien fue una de las precursoras y más famosas analistas que trataron a niños por medio del juego, enfatizaba también que el juego es el medio más adecuado para el trabajo analítico con los niños puesto que, al igual que con los adultos, estos forman neurosis de transferencia con sus analistas y que podían distinguirse con facilidad las raíces de sus conflictos por medio del análisis de su juego. De otra forma ella veía el juego como el equivalente de la asociación libre en los adultos, puesto que, junto con otros elementos de la conducta de los niños, es un medio para expresar lo que manifiestan los adultos con las palabras (Schaefer, 2012).

El juego es la técnica más apropiada para que los niños pequeños empiecen a construir relaciones con los demás, de igual forma las actividades lúdicas ayudan al niño a “desarrollar el pensamiento causal, procesar experiencias estresantes y aprender habilidades sociales” (Schaefer, 2012). Es decir que al aplicar el juego en la psicoterapia, al niño se le facilitará interactuar con personas tanto dentro y fuera de su familia y también aprenderá habilidades que le permitirán ser aceptado por la sociedad a la que se enfrentara al ser mayor.

De igual manera, el juego llega a cumplir la función educativa al estimular habilidades mentales elementales en el aprendizaje. Del mismo modo el juego ayuda a desarrollar habilidades corporales ya que al jugar el niño aprende a controlar sus movimientos corporales e inclusive logra liberar energía y emociones mediante su cuerpo; y como se mencionaba anteriormente el juego ayudara al niño a interactuar con otras personas, lo que será útil en las relaciones sociales que mantendrá durante toda su vida. (Martín, 2014).

De acuerdo a Schaefer (2012), son varios los factores terapéuticos del juego, tales como: la autoexpresión, inoculación del estrés, catarsis, empatía, sublimación, apego y mejora de la relación, autocontrol, solución creativa de problemas y afecto positivo. Complementando lo anterior, la aplicación de actividades lúdicas ayuda al niño a descubrir su propio cuerpo y su potencial, facilita el proceso de socialización al establecer relaciones interpersonales con la persona que dirige el juego o sus compañeros y de igual manera se potencia el desarrollo del lenguaje y el pensamiento, la imaginación y creatividad se

desarrollan más que cualquier otra habilidad. Así mismo, el juego sirve para que el niño se relaje pues se regulan tensiones.

Existen dos tipos de terapia de juego refiriéndose a quien dirige, Virginia Axline (1975) se refiere a ellas como terapia de juego directiva y terapia de juego no directiva. En la terapia de juego directiva el terapeuta se encarga de guiar al niño, mientras que en la no-directiva, el terapeuta deja que el niño sea el guía de las actividades, que sea el mismo y que pueda conocerse. Ambos tipos de terapia son efectivos siempre y cuando el terapeuta sepa cómo y cuándo aplicarla.

La ludoterapia se ha expandido desde sus inicios en el psicoanálisis hasta modelos más nuevos, pasando por la terapia de juego centrada en el niño, la terapia de juego cognitivo-conductual, terapia filial, ecosistémica, prescriptiva y Theraplay (Schaefer, O'Connor & Braverman, 2016).

El juego, al aplicarse al ámbito psicopedagógico resulta importante pues los niños observan, descubren y se conocen mejor así mismo y a los demás. Pero aún más importante, las actividades lúdicas dan la oportunidad de conocer y poner en práctica aquellas habilidades que serán muy importantes para ser aceptado por la sociedad. De acuerdo con Virginia Axline (1975), aquellos niños que reciban este tipo de actividades logran auto-dirigirse y auto-estimarse, así como una creciente conciencia de que poseen la habilidad de ser independientes, de aceptarse a sí mismos, de asumir la responsabilidad consciente de su personalidad.

Se ha de aplicar en la presente investigación la terapia de juego basada en el modelo conductista, es decir, solo se han tomado las bases conductistas que son ideales en el trabajo con niños para diversos fines, como objetivo en esta propuesta será el desarrollo de habilidades sociales apoyadas en diversas técnicas conductistas, como el modelamiento, moldeamiento, reforzamiento positivo, reforzador negativo, reforzador social, etc.

Así mismo, se han de integrar dos modelos psicológicos distintos en sus principios, estos son el modelo psicoanalítico y el modelo conductista. Se utilizará el modelo psicoanalítico ya que fue el primero en utilizar al juego como método de intervención en los infantes, con la finalidad del trabajo clínico y catártico del niño; mientras que, el modelo conductista, se tomará el juego también como método de intervención, sin realizar un análisis más allá de lo que se busca en la investigación, es decir, no se realizará la identificación de problemas que se observen más allá de las conductas presentes que puedan dar pauta a rasgos sintomáticos que se describen en el psicoanálisis. Se espera que al trabajar con ambos modelos se obtengan resultados favorables.

### **3.5 Fundamentos teóricos del modelo conductista.**

“La terapia de la conducta parte de la idea de que la mayor parte de la conducta, incluida la inadaptada, es aprendida y de que los principios descritos por las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica”. (Feixas & Miró, 1993). Es por ello que los terapeutas de la conducta centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable, se deja de lado los pensamientos y emociones de la persona y solo se enfoca en cambiar, fomentar o suprimir conductas.

El conductismo fue la contracorriente del psicoanálisis; surgido del positivismo y del trabajo experimental en el laboratorio, y postulaba que “solo desde una posición científica era posible utilizar procedimientos para estudiar el comportamiento, en términos observables y cuantitativos” (Sánchez, 2008). Es decir, se oponía a la idea de usar la introspección como método, pues de acuerdo con algunos de sus representantes, dichos métodos degradaban a la psicología como ciencia. El conductismo sostiene que la psicología estudia el comportamiento objetivamente observable.

La historia del conductismo como sistema dentro de la psicología del siglo XX empieza con dos movimientos: uno en la fisiología rusa con los trabajos pioneros de Ivan Pavlov (1849-1936) y el otro en Estados Unidos con John B. Watson (1878-1958). Ambos coincidían en la relevancia del comportamiento como

objeto observable y rechazaban la introspección como método, como se mencionaba anteriormente. (Brennan, 2000).

En el artículo 'Psicología vista por el conductista' por Watson en 1913 (En Delgado, 2003), se menciona que para los conductistas la psicología es una rama puramente objetiva y que "su meta teoría es la predicción y el control de conducta"; así mismo, rechazaba la introspección por considerarlo un método defectuoso que solo llevaba a debates eternos, ésta debía ser remplazada por métodos objetivos y experimentales.

El conductismo se desarrolló a inicios del siglo XX, principalmente influenciado por el pensamiento de Pavlov y Bekhtere sobre el condicionamiento en los animales. Sin embargo, los estadounidenses John Watson y Skinner, fueron quienes sostenían que las experiencias psíquicas no podían ser objeto de estudio pues no eran observables. John B. Watson propuso utilizar procedimientos objetivos en el estudio de la psicología: el conductismo le llevo a formular una teoría basada en los estímulos y respuestas que consistía en que "todas las formas complejas de comportamiento como las emociones, los hábitos e incluso el pensamiento y el lenguaje, se analizan como cadenas de respuestas musculares que pueden ser observadas y medidas" (Sánchez, 2008). O sea, que la conducta al presentarse como movimientos físicos es plenamente observable.



En 1950, el movimiento conductista ya había generado una cantidad enorme de datos e información que guio a psicólogos experimentales tales como Edward Tolman, Clark L. Hull y B. F. Skinner a formular sus propias teorías sobre el aprendizaje y conducta basado plenamente en experimentos y dejando de lado la introspección; en tales experimentos y estudios se hubieron centrado en el papel de las interacciones que preceden al comportamiento, los cambios en el comportamiento, las interacciones que siguen al comportamiento y las condiciones que prevalecen sobre la conducta.

Así mismo, desde 1950 los psicólogos conductistas han dirigido investigaciones para lograr comprender como se crean y se mantiene la conducta. “Tales estudios se han centrado en: las interacciones precedentes al comportamiento, los cambios en el comportamiento, las interacciones que siguen al comportamiento y las condiciones que prevalecen sobre la conducta” (Oocities, 2017).

Se experimentó tanto con humanos con animales; los experimentos con los humanos se podían realizar en un laboratorio con cámaras o incluso en un ambiente natural como el hogar o el trabajo. Al trabajar con animales, las tareas eran más simples, por ejemplo, se les enseñaba a cruzar laberintos o a pulsar una palanca para obtener comida.

“Al mismo tiempo los psicólogos llevaban a cabo estudios aplicando los principios conductistas en casos prácticos, lo cual condujo al desarrollo de una serie de terapias denominadas modificación de la conducta, la cual surgió a finales de los años 50” (Sánchez, 2008). Dichas terapias fueron usadas principalmente en niños con algún trastorno de conducta, en la mejora de métodos educativos y en el tratamiento de fobias y adicciones. El uso del conductismo para el manejo de problemas y su efectividad es algo que debe ser muy reconocido, sin embargo éste no puede ser utilizada para problemas afectivos o que tengan alguna relación con la vida. “Lo importante es especificar la conducta y luego averiguar a qué se debe” (Garrison, 2002) Tal premisa es básica en el conductismo.

Un tipo de condicionamiento es el clásico o pavloviano, en donde la respuesta involuntaria producida por un estímulo llega a ser provocada por otro estímulo antes neutral. Éste fue descubierto accidentalmente por Ivan Pavlov mientras estudiaba los procesos digestivos con animales: como los perros salivaban cuando se les ponía comida en la boca, Pavlov determinó los elementos que intervienen en el condicionamiento: Estimulo Incondicionado (EI) que hace que el organismo reaccione de determinada manera, Respuesta Incondicionada (RI) la que ocurre cuando hay un EI, Estimulo Condicionado (EC) el cual es neutral al inicio que se combina con un EI y que termina por producir por sí mismo la respuesta deseada y Respuesta Condicionada (RC) que después del condicionamiento, esta reacción se produce solo cuando se presenta un EC.

El condicionamiento clásico es pasivo pues la conducta sigue a un estímulo en particular. Sin embargo, la mayor parte de las acciones que hacemos son voluntarias y no las desencadena un evento externo, por ejemplo al hacerle un gesto a un taxi para que se detenga. “A estas acciones se les conoce como conducta operante, y son conductas aprendidas cuyo fin es operar sobre el ambiente para lograr algo deseado o evitar algo desagradable” (Morris & Maisto, 2001).

Al igual que Watson, Burrhus. Frederick Skinner se convirtió en uno de los líderes del conductismo quien también se interesó por modificar la conducta y al mismo tiempo conocer las leyes naturales que la rigen. Skinner mencionaba (En Delgado, 2003) que toda conducta que emita un organismo con efecto sobre su medio ambiente es “operante”. Él es el autor del condicionamiento operante, el cual consiste en estimular al sujeto para obtener una respuesta; pero a diferencia del condicionamiento pavloviano, en el condicionamiento operante Skinner agrega los reforzamientos tanto positivos como negativos que se utilizan para que una conducta se repita o para que se extinga.

El reforzamiento positivo agrega un elemento satisfactorio a la situación, por ejemplo comida o agua. El reforzamiento negativo le quita un elemento desagradable a la situación al eliminar un estímulo molesto. “El reforzamiento negativo suele confundirse con el castigo, lo cual es erróneo pues el reforzamiento

tanto positivo como negativo fortalece la conducta” (Morris & Maisto, 2001). Es decir, los reforzamientos se encargan de reforzar, en cambio el castigo debilita la conducta.

La conducta también se puede controlar mediante el castigo, refiriéndose por <castigo> a cualquier evento cuya presencia disminuya la posibilidad de que una conducta se repita. Para que el castigo sea efectivo debe ser rápido, suficiente y certero; rápido al castigar justo después de la acción ofensiva, suficiente al no llegar a la crueldad y certera al aplicarse cierto nivel constante de castigo. Cuando solo se aplica el castigo la conducta se suprime, sin embargo cuando se combina con un reforzamiento negativo y positivo, se enseña una conducta diferente para sustituir las acciones que lo provocaron (Morris & Maisto, 2001). A veces el castigo como método para controlar la conducta resulta ineficaz y llega a tener efectos secundarios negativos a largo plazo, el ejemplo más común es la agresividad.

Los tratamientos conductuales solo tienen el propósito de modificar la conducta no deseada. “Se considera que la eficacia del tratamiento depende enteramente de las técnicas utilizadas y no de la relación terapéutica” (Feixas & Miró, 1993). De acuerdo a esto, el papel del terapeuta solo es el de modelar la conducta y evita una relación un poco más intrínseca a diferencia del psicoanálisis. Esto es de gran importancia, pues el cliente deja el papel pasivo

durante el tratamiento y se convierte en alguien activo al llevar registros de las técnicas que él mismo ha aplicado bajo la guía del terapeuta.

## CAPÍTULO IV

### PROPUESTA DE TESIS

#### 4.1 Contextualización de la propuesta.

**Nombre:** La ludoterapia como una herramienta alternativa en el desarrollo de las habilidades psicosociales de niños autistas.

**Objetivo:** Desarrollar las habilidades psicosociales de niños autistas, mediante un programa de ludoterapia, como una herramienta de apoyo psicológico alternativa.

**Justificación:** El autismo presenta una serie de características que afectan principalmente el área psicosocial de la persona, y dichos efectos son padecidos más por los niños, puesto que es en la infancia el periodo del ser humano donde se inicia este proceso de contacto psicosocial. Por lo anterior, es importante considerarlo como una ventaja, ya que puede ser diagnosticado durante los primeros años de vida y de la mano con la aplicación eficaz de técnicas conductuales, se puede lograr que el niño logre desenvolverse en el ámbito social.

Las habilidades psicosociales son sumamente importantes para todas las personas y es debido a eso que se desarrollan durante la infancia, algo que es sumamente difícil en niños con TEA. Es por ello que los ejercicios descritos a continuación se enfocarán en desarrollar las mismas mediante actividades lúdicas,

puesto que a pesar de tener un trastorno o enfermedad, los niños siguen siendo niños y como tal el juego sigue siendo atractivo y efectivo para ellos.

Se consta de diversas actividades que desarrollan paulatinamente habilidades para interactuar con otras personas. De igual manera, las actividades resultan ser sencillas de realizar tanto para los padres como los tutores, así mismo son atractivas y divertidas para los niños. Son económicas, puesto que los materiales usados son, en su mayoría, objetos cotidianos y sobretodo, son efectivas al aplicarse constantemente

**Población:** Niña de 9 años de edad con autismo

### **Área: Clínica**

La psicología clínica, es vagamente conocida por ser una rama de la psicología encargada de estudiar los elementos relacionados con los trastornos mentales, es decir, la salud mental. Dar una definición clara, concisa y sencilla no es tarea fácil, sobre todo porque dicha rama se encuentra en constante cambio y evolución, es decir, no ha permanecido en un estado de reposo que permita mirarla con suficiente detenimiento. Sin embargo, buscando una mayor comprensión de la misma, Shakow (En Bernstein & Nietzel, 1982) describe que “la Psicología clínica se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo, determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación, estudiando y aplicando las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla”.

Ya teniendo como punto de partida la definición anterior, resulta más fácil empezar a considerar con mayor detenimiento qué hacen los psicólogos clínicos y la psicología clínica en sí, aunque hay que dejar en claro que estas no pueden ser las únicas actividades que se realicen, esto debido a que un psicólogo clínico puede dedicarse a una o varias actividades que la psicología clínica brinda, esto, claro está, se debe al cómo los profesionales de esta rama logren distribuir su tiempo para las mismas o las preferencias que estos pueden tener.

Ya mencionado lo anterior, según Bernstein y Nietzel (1982), mencionan que no sería exagerado decir que el 99% de los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de seis actividades, como lo son la evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración, que a continuación se describirán brevemente cada una de ellas.

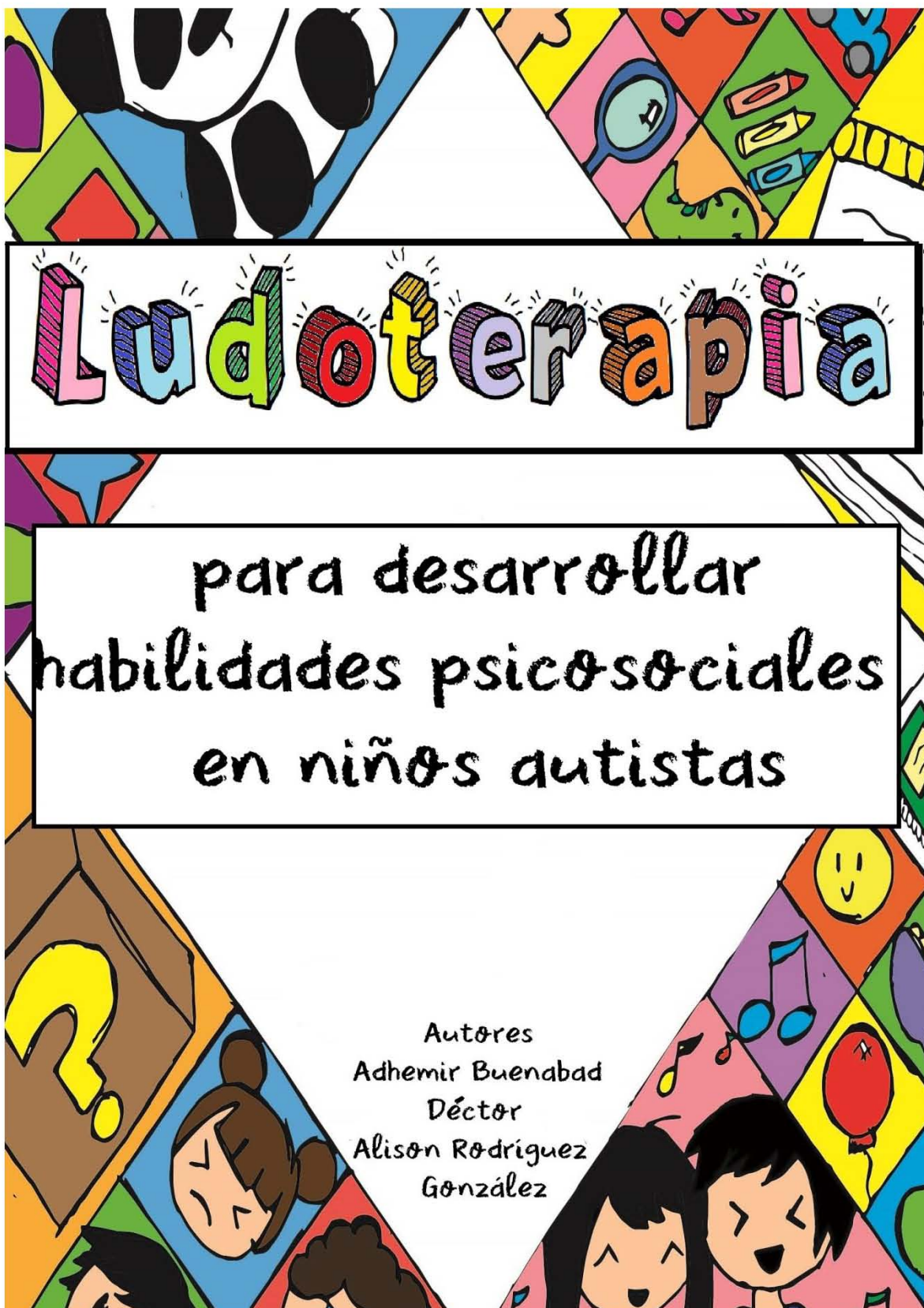
- Evaluación: Los psicólogos clínicos, para recabar datos, obtienen de sus pacientes dicha información, puesto que logra cubrir muchos aspectos: como los es su conducta, sus problemas, su capacidad, su actividad intelectual, etc.
- Tratamiento: Consiste en que el psicólogo clínico brinde ayuda a sus pacientes para solucionar los problemas psicológicos que los angustian.



- **Investigación:** La investigación es uno de los aspectos que distinguen a esta rama, puesto que por tradición y entrenamiento los psicólogos clínicos se dedican mucho a ella. Hay quienes afirman que es precisamente en esta área donde los psicólogos clínicos han hecho sus aportaciones más valiosas.
- **Enseñanza:** Muchos psicólogos clínicos se han dedicado en buena parte de su tiempo a la enseñanza. Muchos de estos tienen contratos de tiempo completo o de medio tiempo en las universidades para impartir cursos, ya sea a nivel de pregrado o de postgrado de personalidad, Psicología anormal, introducción a la Psicología clínica, Psicoterapia (o modificación de la conducta u otro nombre cual sea que se le pueda dar a la intervención clínica), entrevistas, test psicológicos, investigación, diagnóstico clínico, etc.
- **Consultoría:** Los psicólogos clínicos también ofrecen sus servicios por medio de consejos y consultorías a otros profesionales. Por ejemplo, es posible que un psicólogo clínico se desempeñe como consultor de escuela, proporcionando información y guía a maestros y orientadores, quienes a su vez trabajan directamente con los niños. La base de operaciones de los servicios de consulta de los psicólogos puede ser la práctica independiente o una gran firma de consultoría especializada en este tipo de trabajo.

- Administración: Aunque los psicólogos clínicos no estén específicamente preparados para ser administradores, pueden desempeñar tales posiciones en los diversos lugares en los cuales trabajan. Dichas posiciones incluyen el desempeño como director del programa de entrenamiento en psicología clínica, dentro del departamento de psicología dentro de alguna universidad, director responsable de un departamento de psicología, director de un centro de salud mental, o bien como director de los servicios psicológicos en un hospital, o de alguna organización de apoyo a la salud.

## 4.2 Desarrollo de la propuesta



## Índice

- Introducción
- Sesión 1: Observación
- Sesión 2: Entrevista a padres
- Sesión 3: Conozco y me divierto
- Sesión 4: Espero y me divierto
- Sesión 5: Soy atento y me divierto
- Sesión 6: Repito y me divierto
- Sesión 7: Imagino y me divierto
- Sesión 8: Reconozco emociones y me divierto
- Sesión 9: Convivo con marionetas y me divierto
- Sesión 10: Canto con amigos y me divierto

## Introducción

La adquisición y practica de habilidades psicosociales es elemental para el ser humano, y esta ocurre durante la infancia. Sin embargo, diversos trastornos mentales hacen que la adquisición de dichas habilidades sea poca o nula, como es el caso del autismo que se destaca por una completa falta de interés por convivir con más personas. La enseñanza y aprendizaje de tales habilidades u otras resulta ser fácil para los niños, y es debido a esto que el método de enseñanza tiene que ser llamativo para ellos, por ejemplo el juego. Sea cual sea la discapacidad de un niño, ellos no dejan de ser niños y por lo tanto el juego resulta ser atractivo y al ser aplicarse correctamente los resultados llegan a ser muy favorables; es aquí donde entra la ludoterapia.

En los niños autistas las habilidades sociales no son imposibles de adquirir pero requieren trabajo, paciencia y mucho apoyo tanto de profesores, especialistas y padres o tutores pues al trabajar en conjunto se puede lograr que el niño desarrolle dichas habilidades que en un futuro le ayudaran a desenvolverse en el mundo académico o laboral.

La siguiente guía se divide en 10 sesiones que contienen actividades con materiales sencillos que se pueden encontrar en casa. Dichas sesiones contienen técnicas conductistas las cuales, es su mayoría, se aplican durante las actividades lúdicas de forma que se refuerce la conducta que se espera que el niño desarrolle.

<b>Primera sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Observación del niño.
<b>Objetivo:</b> Observar el comportamiento del niño que permita identificar rasgos característicos propios del autismo mediante el juego libre, el uso de una tabla de registro conductual y un formato de bitácora.
<b>Actividades de inicio:</b> Saludo y rapport.
<p><b>Actividad de desarrollo:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar los principales juegos y juguetes a los cuales el niño presta mayor atención y anotar los patrones de conducta que presenta.</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comentar a los papás que el niño podrá jugar libremente en un espacio con juegos y juguetes.</li> <li>2. Se intervendrá con el niño buscando el primer contacto físico posible mediante el transcurso de su juego libre.</li> <li>3. Se anotarán las conductas presentadas tales como si realiza o no la actividad, si se distrae, si sigue las instrucciones, si interrumpe o si intenta cambiar la actividad; tanto en la bitácora que se usará a partir de aquí como en una en la tabla del registro conductual (Anexo A)</li> </ol>

<b>Segunda sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Entrevista a padres.
<b>Objetivo:</b> Recabar información por parte de los padres para conocer los antecedentes clínicos del niño con TEA mediante la realización de una entrevista clínica de tipo cerrado.
<b>Actividades de inicio:</b> Saludo y rapport.  <b>Objetivo:</b> Brindar un ambiente de confianza con los padres para posteriormente platicar el objetivo de la investigación y que puedan continuar con la misma al finalizar dicha investigación.
<b>Actividad de desarrollo:</b> Entrevista.  Anexo B
<b>Actividad de cierre:</b> No hay actividad de cierre.

<b>Tercera sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Conozco y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Establecer rapport con el niño
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Frente al espejo.      <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar las partes del cuerpo al mismo tiempo que se interactúa</p> <p><b>Instrucciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Para comenzar, permaneceremos parados frente a frente del niño, se le mostrará un espejo pequeño de plástico para que vea su rostro.</li> <li>2. Después, nos moveremos junto con el niño mientras continúa viéndose al espejo pequeño para guiarlo a un espejo más grande.</li> <li>3. Cuando se esté frente al espejo más grande, se capturarán más su atención señalando diferentes partes del cuerpo.</li> <li>4. Posteriormente, se le mostrarán tres cajas, las cuales estarán divididas en: Caja 1 con ropas; caja 2 con cosas para la cabeza como gorras, sombreros y pañuelos; y caja 3 con complementos o accesorios como collares, bolsas y cinturones. Estas cajas estarán señaladas con pictogramas para mayor comprensión del niño.</li> <li>5. A continuación unos de los aplicadores le mostrará al niño que hacer con los</li> </ol>



objetos que se encuentran en las cajas (por ejemplo, si es un sombrero el aplicador se lo pondrá en la cabeza para que el niño observe)

Si el niño no sabe vestirse solo, se le ayudará a hacerlo.

### **Actividad 2.** Vistiendo a un personaje

#### **Instrucciones**

1. Se le mostrara al niño un muñeco de papel en blanco y negro, así como colores de madera.
2. Se le pedirá que tome un color para colorear la parte del cuerpo que se le indique (P.ej. "Con el color azul señala la rodilla izquierda").
3. Se señalaran las partes del cuerpo y se le pedirá al niño que las nombre.
4. A continuación se le presentara ropa de papel, mostrándole como se viste el niño para que posteriormente él lo vista.

#### **Actividad de cierre:** Técnica conductista.

**Nombre:** Modelamiento.

**Autor:** ( En Feixas y Miró, 1993)

**Objetivo:** Reforzar conductas aprendidas a lo largo de la sesión mediante la imitación.

#### **Instrucciones**

1. Se realizará una retroalimentación de lo aprendido.
2. El aplicador dirá el nombre de alguna parte del cuerpo y después señalará para que el niño lo observe.
3. Si el niño realiza la conducta deseada se le aplaudirá y se le dirá una frase para felicitarlo

<b>Cuarta sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Espero y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Aprender a esperar por el turno a la hora de jugar, de igual manera continuar el acercamiento uno a uno para mejorar la interacción social.
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Bailar (stop dance). <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Enseñar al niño a esperar su turno mediante la música y el baile</p> <p><b>Instrucciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sentarse con el niño en el piso, para buscar la atención inicial.</li> <li>2. Al tener ya su atención, se pondrá música y posteriormente se bailará tomado de las manos del niño.</li> <li>3. Añadir la modalidad del stop dance, es decir, mientras se continúa bailando, alguien detendrá la música, quedándose primero detenidos para que el niño vea el ejemplo en la posición terminada de baile. Posteriormente el niño mediante los ejemplos que sean necesarios, adoptará la misma posición.</li> </ol> <p><b>Actividad 2.</b> Toma-dame. <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Lograr que el niño muestre atención compartida, así como que espere su turno al interactuar con alguien más</p> <p><b>Instrucciones</b></p>

1. Tanto niño como adulto se sientan en el suelo, se tendrá detrás del adulto varios objetos que durante el juego libre hayan sido de mayor interés para el niño.
2. Se comienza dándole un objeto diciendo “Toma”, y cuando tome dicho objeto, se le tiende la mano y se le dice “Dame”.
3. Repetir la misma acción de toma-dame, incluir ahí la enseñanza de entregar objetos, es decir, sujetar su brazo y acompañar su mano hasta nosotros. Tomar el objeto, reaccionar con alegría y hacer como si él nos lo hubiera dado; posteriormente, devolvérselo.

**Actividad 3.** Tablero con bolitas de colores.

- 1.- Un aplicador y el niño se pararán a un lado del tablero.
- 2.- Mientras tanto, el otro aplicador se encargará de dar las instrucciones.
- 3.- El aplicador que dará las instrucciones les pedirá que señalen diferentes partes del cuerpo por turnos, tanto del niño como del aplicador (Por ejemplo: Señala el pie izquierdo de tu compañero, etc.)
- 4.- Posteriormente de señalar las partes del cuerpo del uno y el otro, se dispondrá a jugar el tablero con bolitas de colores, el aplicador dará la instrucción de colocar una parte del cuerpo al azar en el color que corresponda (Por ejemplo: Coloca tu mano derecha en la bolita color azul, etc.)

**Actividad conductista durante la sesión**

**Nombre:** Reforzador positivo. **Autor:** Skinner (En Feixas y Miró, 1993)

**Instrucciones:** Cuando el niño realice las actividades que se le piden en la sesión, se le dará un aplauso y una frase para felicitarlo.

<b>Quinta sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Soy atento y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Fomentar la atención compartida mediante imágenes y juguetes.
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego y retroalimentación de la sesión pasada</p> <p><b>Instrucciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</li> <li>2. Después de unos minutos, el aplicador repetirá la actividad “Toma-dame” de la sesión pasada</li> </ol> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> La caja de las sorpresas <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivos:</b> Promover atención compartida mediante la sorpresa</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se le presentara al niño una caja o bolsa llena de juguetes</li> <li>2. El aplicador sacara los juguetes uno por uno mientras los nombra</li> </ol> <p><b>Actividad 2.</b> Búsqueda de objetos <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivos:</b> Promover atención compartida al buscar objetos de interés para ambas personas</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al término de la actividad 1, uno de los aplicadores esconderá los objetos usados mientras que el otro juega con el niño.</li> </ol>

2. Al ya haber escondido los objetos, se le presentara al niño imágenes de los objetos escondidos y se le pedirá que los encuentre con ayuda de un aplicador

3. Por cada objeto que encuentre, se le premiará con una ficha

### **Actividad 3. Leamos juntos**

#### **Instrucciones**

1. Sentados juntos, el aplicador muestra a el niño un cuento con muchas imágenes

2. El aplicador leerá en cuento y mientras lo hace señalara las palabras e imágenes

3. Cada cierto tiempo, el aplicador le hará preguntas del cuento al niño para que éste señale o conteste (P.ej. “¿En dónde está la vaca?”, “¿Qué animal es este? “)

#### **Técnica conductista durante la sesión**

**Nombre:** Economía de fichas. **Autor:** Ayllon y Azrin (En Feixas y Miró, 1993).

**Objetivo:** Reforzar las conductas aprendidas mediante las fichas que se le entregarán.

#### **Instrucciones:**

1. Después de que ejecute las actividades que se le pidan a lo largo de la sesión, se le entregará una estrella de papel.

2. Al final de la sesión, se le pedirá que ponga las estrellas que ha ganado en una caja y posteriormente se le entregará un pequeño presente

**Observación:** La niña no cuenta con la capacidad intelectual para contabilizar,

por lo que solo se centró en el hecho de premiarla después de cada actividad a lo largo de la sesión. Ella recibió la estrella en todas las actividades, puesto que si no las lograba hacer sola, uno de los aplicadores le apoyaba

<b>Sexta sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Repito y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Desarrollar conducta de imitación mediante movimientos de lateralidad y el baile.
<b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego y retroalimentación de la sesión pasada.
<p><b>Instrucciones</b></p> <p>1. Se señalaran los juguetes e imágenes y se le pedirá al niño que haga lo mismo.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Imitación motora gruesa (Lateralidad). <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Desarrollar imitación mediante movimientos corporales que incluyen lateralidad.</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El aplicador y el niño se ponen de pie en frente del segundo aplicador</li> <li>2. Se realizan movimientos corporales de lateralidad (P.ej. levantar la mano derecha, mover la mano izquierda).</li> <li>3. Al terminar de hacerlo, se le dice al niño “Hazlo tú”.</li> <li>4. Si lo hace, se le premiará al niño con una estrellita de papel</li> <li>5. En caso de que no lo haga por sí mismo, se le ayudará</li> </ol>

## **Actividad 2.** Baile y música

### **Instrucciones:**

1. El niño y los aplicadores se ponen de pie, un aplicador enfrente.
2. El aplicador que está enfrente realiza movimientos y el segundo aplicador y el niño lo imitan.
3. El aplicador con el niño lo ayuda en caso de que no realice los movimientos.

### **Técnica conductista durante la actividad 1**

**Nombre:** Modelamiento.

**Autor:** (En Feixas y Miró, 1993).

**Objetivo:** Reforzar conductas aprendidas a lo largo de la sesión mediante la imitación.

### **Instrucciones**

1. Al terminar la actividad 1, Se realizará una retroalimentación de lo aprendido.
2. El aplicador describirá una acción ya realizada y después la hará para que el niño lo observe.
3. Si el niño realiza la conducta deseada se le aplaudirá



<b>Séptima sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Imagino y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Desarrollar juego simbólico mediante la imitación y el uso de objetos.
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Imitación con juego simbólico. <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Desarrollar imitación y juego simbólico mediante actos sencillos en donde los objetos no cumplen su función dada</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El aplicador y el niño se sientan frente a frente en la mesa o en el piso.</li> <li>2. Se toma un objeto y se realiza una acción que no corresponda al uso del objeto (Por ejemplo, usar un peine como micrófono)</li> <li>3. Al terminar de hacerlo, se le dice al niño “Hazlo tú” y se le da el objeto usado</li> <li>4. Si lo hace, se le premiará al niño con un incentivo social</li> <li>5. En caso de que no lo haga, se le sujetan las manos al niño y se le ayuda a hacerlo</li> </ol>
<p><b>Técnica conductista usada durante la sesión</b></p> <p><b>Nombre:</b> Moldeamiento por aproximaciones sucesivas <b>Autor:</b> (En Feixas y Miró, 1993)</p>

**Objetivo:** Reforzar conductas que más se aproximan a la conducta deseada.

**Instrucciones**

1. Se divide en pasos la acción que se espera que el niño cumpla
2. Por cada paso que realice se le aplaudirá y se le dirá una frase que lo felicite
3. En caso de que no lo haga, se le ayudará.
4. Se espera que utilice el juego simbólico en al menos 3 objetos

<b>Octava sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Reconozco emociones y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Iniciar la Identificación de emociones en otras personas mediante la observación de imágenes y el juego.
<b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego y tarjetas de diferentes emociones.
<p><b>Instrucciones</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</li> <li>2. Se nombraran las imágenes de las emociones.</li> </ol>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Comprensión emociones. <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Desarrollar la comprensión de emociones mediante el uso de imágenes</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El aplicador y el niño se sientan frente a frente en la mesa con tarjetas con imágenes de personas alegres, enojadas, etc.</li> <li>2. Se le presentan las tarjetas al niño</li> <li>3. A continuación, se le pide al niño que señale las emociones que correspondan</li> <li>4. Si lo hace, se le premiará al niño con una ficha brillante después de cada orden.</li> <li>5. En caso de que no lo haga, se le sujetan las manos al niño y se le ayuda a hacerlo.</li> </ol>

## **Actividad 2.** Caritas con emociones

### **Instrucciones**

1. Se le presentan al niño las imágenes usadas y se le pide que las nombre
2. A continuación, uno de los aplicadores representara las emociones
3. El segundo aplicador le pedirá al niño que nombre las emociones representadas.
4. Por cada emoción que nombre, se le dará al niño una ficha que podrá cambiar después

### **Técnica conductista usada durante la sesión**

**Nombre:** Economía de fichas. **Autor:** Ayllon y Azrin (En Feixas y Miró, 1993).

**Objetivo:** Reforzar las conductas aprendidas mediante las fichas que se le entregarán.

### **Instrucciones:**

1. Después de que ejecute las actividades que se le pidan a lo largo de la sesión, se le entregará una carita
2. Al final de la sesión, se le pedirá que ponga las fichas brillosas que consiguió en una caja y posteriormente se le permitirá

**Observación:** La niña no cuenta con la capacidad intelectual para contabilizar, por lo que solo se centró en el hecho de premiarla después de cada actividad a lo largo de la sesión. Ella recibió la estrella en todas las actividades, puesto que si no las lograba hacer sola, uno de los aplicadores le apoyaba

<b>Novena sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Convivo con marionetas y me divierto
<b>Objetivo:</b> Iniciar la identificación de las emociones propias mediante el uso de marionetas.
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Marionetas con metáforas. <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013)/Russo de Sánchez &amp; Galindo (2012).</p> <p><b>Objetivo:</b> Identificar emociones ya vistas en la sesión pasada mediante una obra de teatro.</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comentar al niño que ahora se sentará para ver una historia con marionetas (Se sentará uno de los aplicadores con el niño).</li> <li>2. La consigna general del cuento será la siguiente: <i>Este era una vez un niño que sentía muchas cosas, él no podía explicar que emoción sentía realmente, un día miró y vio una tienda de disfraces, entró y empezó a ver cuál podía ser el disfraz que mostraba lo que sentía.</i></li> </ol> <p><i>Primero vio un disfraz de tiranosaurio Rex, al ponérselo, empezó a rugir como dinosaurio: Rawrrrr, al hacer esto, el niño sentía enojo, así que al momento de</i></p>

*quitárselo, dijo que ese disfraz era su enojo.*

*Después de ello, el pequeño vio el disfraz de avestruz, decidió ponérselo para saber que sentía. Cuando se lo puso, comenzó a sentir un poco de pena o vergüenza, así que mejor decidió quitárselo, y nombró al traje de avestruz como la pena que tenía él.*

*Cuando se quitó el disfraz de avestruz, observó que había un disfraz de payasito, tuvo curiosidad de ello y decidió ponérselo, pero al verse al espejo, notó que se sentía triste, y que el traje le ayudaba a sentirse un poquito más feliz, aunque por dentro no estaba sintiendo eso, por eso mismo se quitó el traje, y decidió nombrarlo como la tristeza que sentía en su corazoncito.*

*Ya por último, vio un trajecito de pollito, ese le gustó mucho, porque se lo puso y comenzó a sentirse contento y feliz, así que cuando se lo quitó, dijo que ese traje era su felicidad.*

**Actividad de cierre.** Técnica conductista.

**Nombre:** Reforzador positivo. **Autor:** Skinner (En Feixas y Miró, 1993).

**Objetivo:** Reforzar la palabras aprendidas en la sesión.

**Instrucciones:**

1. Se le harán preguntas sencillas al niño pidiéndole que señale las marionetas que se le presentaron
2. Cada vez que señale, se le entregará un pequeño dibujo que podrá colorear

<b>Décima sesión.</b>
<b>Nombre:</b> Canto con amigos y me divierto.
<b>Objetivo:</b> Continuar el desarrollo del acercamiento uno a uno con el niño.
<p><b>Actividad de inicio:</b> Muestra del área de juego.</p> <p><b>Instrucciones:</b> Se dejará que el niño juegue con los objetos que llamen su atención.</p> <p><b>Tiempo aproximado:</b> 5 minutos.</p>
<p><b>Actividades de desarrollo.</b></p> <p><b>Actividad 1.</b> Canciones infantiles. <b>Autor:</b> Cornago, Navarro, &amp; Collado (2013).</p> <p><b>Objetivo:</b> Desarrollar el habla mediante canciones infantiles.</p> <p><b>Instrucciones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El tutor y el niño se sientan frente a frente en la mesa o en el piso.</li> <li>2. El tutor canta una canción muy corta al principio mientras da palmadas.</li> <li>3. Se repite la canción 2 veces.</li> <li>4. Se canta por tercera vez, pero se detiene antes de decir una palabra, esperando la reacción del niño. Pasado cierto lapso de tiempo, se continúa con la canción.</li> <li>5. Se repite el paso anterior hasta que el niño repita la palabra que falta.</li> <li>6. El ejercicio se repite pero ahora quitando dos palabras en lugar de una.</li> </ol>
<p><b>Actividad de cierre.</b> Técnica conductista.</p> <p><b>Nombre:</b> Moldeamiento por aproximaciones sucesivas. <b>Autor:</b> (En Feixas y Miró, 1993).</p> <p><b>Objetivo:</b> Reforzar conductas que más se aproximan a la conducta deseada</p>

(cantar un enunciado de una canción).

**Instrucciones:**

1. Se realizará una versión simplificada de la actividad de la sesión.
2. Cuando el niño repite la palabra faltante, se le dará aplaudirá
3. Si se queda callado, el aplicador hará lo mismo y continuará con la actividad.
4. En caso de que el niño logre cantar un fragmento de la canción, se le entregará un presente



## CAPÍTULO V

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### **5.1 Enfoque de la investigación: Cualitativo.**

Se define a la investigación cualitativa como “una investigación naturalista, fenomenológica o interpretativa, es una especie de paraguas en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos. Se utiliza en primer lugar para descubrir y perfeccionar preguntas de investigación” (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Además de lo anterior, el enfoque cualitativo tiene como características el examinar diferentes teorías existentes, que posteriormente permitirá llegar a una conclusión congruente con lo que se observa y registra; así mismo, el proceso de indagación cualitativa es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

Basados en la definición y características mencionados anteriormente, se ha optado por elegir al enfoque cualitativo como la aproximación a utilizar en la presente investigación, debido a que es el enfoque que más se ajusta a la misma, optando así, por mantener un ritmo flexible y constante que permita reflexionar acerca de las observaciones que se estarán llevando a cabo.

## **5.2 Alcance de la investigación: Descriptivo.**

De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2014), los estudios descriptivos son aquellos que buscan especificar propiedades y características de importancia en cualquier fenómeno que se analice. Describe, además, tendencias de un grupo o población. En otras palabras, solamente pretenden medir o recabar datos de forma independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas.

Dicho alcance es útil, además, para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. Según Hernández, Fernández & Baptista (2014), en esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos lograr visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos). Dadas las características anteriormente mencionadas, se ha elegido el alcance descriptivo puesto que contiene los elementos necesarios con los cuales se trabajará la presente investigación.

## **5.3 Diseño de la investigación: No experimental**

Para esta investigación se eligió el tipo no experimental, es decir, que el niño no fue expuesto a condiciones determinadas. En Hernández, Fernández & Baptista (2014), se define a la investigación no experimental como el estudio realizado sin

la manipulación de variables y en los que se observan los fenómenos en su ambiente natural. A lo largo de esta investigación se adaptaron las prácticas al niño y no viceversa, así mismo fue de utilidad al elegir qué aspectos eran más relevantes para trabajar. En todo momento se buscó la comodidad del niño.

#### **5.4 Tipo de investigación: De campo o aplicada.**

De acuerdo con Castañeda, De la Torre, Morán & Lara (2002), la investigación aplicada, o también conocida como de campo, suelen llevarse a cabo en los niveles de licenciatura y maestría. Por lo general, los estudiantes realizan aplicaciones originales en el medio social (escuela, empresas, comunidades, etc.) de temas investigados en contextos distintos y con un alto grado de formalización (por ejemplo, el examen profesional para obtener el título de licenciatura).

El tipo de investigación que se eligió es el de campo, ya que se realiza a nivel de la licenciatura en psicología para la obtención del título, además de realizarse la aplicación de la propuesta e investigación en la ciudad de origen del objetivo a estudiar.

## **5.5 Delimitación de la población.**

Niña de 9 años de edad que presenta autismo en la ciudad de Orizaba, Veracruz, México.

## **5.6 Selección de la muestra: No probabilística.**

La muestra es del tipo no probabilística ya que la elección del sujeto fue con base en ciertas características previamente establecidas en el planteamiento del problema como la edad y la presencia de autismo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Se eligió este tipo de muestra debido a que no depende de datos probabilísticos, sino la elección propia de los niños con quienes se trabajó, con la intención plena de aplicar la propuesta y verificar los resultados obtenidos.

## **5.7 Instrumentos de prueba**

### **5.7.1 Observación**

De acuerdo a Hernández, Fernández & Baptista (2014), la observación no se limita al sentido de la vista, si no que a todos los sentidos. Ésta implica en tener en un papel activo, es decir, prestar atención a detalles, sucesos, eventos e interacciones. Los objetivos de la observación son el explorar y comprender la situación o a la persona, así como identificar los problemas y generar hipótesis que pueden ser útiles para una futura investigación. Durante la observación inicial se pueden hacer anotaciones en una hoja en blanco y más adelante, al ya conocer

los elementos a enfocarse, se puede usar un formato de observación más elaborado.

### **5.7.2 Entrevista**

La entrevista se define como una conversación entre dos o más personas; el entrevistador y el entrevistado o entrevistadores, éstos últimos pudiendo ser una pareja, familia o grupo pequeño. La entrevista se divide en estructuradas, semi-estructuradas y abierta. En las primeras, el entrevistador sigue preguntas específicas y solo se limita a ellas, mientras que en la semiestructurada se basa en una guía de preguntas y tiene la libertad de preguntar más para obtener mayor información. Así mismo, la entrevista resulta ser de gran ayuda para recolectar datos cualitativos los cuales no se puedan observar solamente (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

### **5.7.3 Sesiones en profundidad**

Estas suelen aplicarse a grupos de 3 a 5 personas y se busca que expresen sus emociones profundas o hablen de temas complejos, y más que nada se enfoca en la interacción de sus integrantes. Dichos grupos se apoyan en las sesiones de profundidad, las cuales se adaptan a las personas, o sea, de acuerdo a la evolución del trabajo del grupo se indica cuando es suficiente (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). Es importante que el facilitador encargado de manejar las sesiones esté facultado para dicha responsabilidad, así mismo, debe

fomentar la participación de los integrantes del grupo. En esta investigación el trabajo es individual, sin embargo, se siguen los parámetros descritos anteriormente.

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los siguientes apartados describen el trabajo realizado con una niña con autismo de 9 años de edad, de la ciudad de Orizaba, Veracruz, a la que se referirá de ahora en adelante como “Niña A”. Ella actualmente vive con sus padres y 3 hermanos mayores. También comparte domicilio con su abuela, pero ella vive en una casa separada. Al ser el primer caso de TEA en la familia, sufre cierto rechazo por parte de sus hermanos, mientras que sus padres son los únicos que la apoyan dentro de sus posibilidades tanto económicas, afectivas y sociales.

La niña se encuentra diagnosticada con TEA, y así como discapacidad en la articulación del lenguaje y posible discapacidad auditiva, esta última confirmada solo por la madre. Además de lo anterior, su madre comenta que sufre de bronquitis, por lo que casi siempre se protege con chamarras, por lo que en días fríos o lluviosos no le permite salir tanto al C. A. M., como a otros lugares donde acostumbren a hacerlo.

Al no poder articular palabras correctamente, la “niña A” muestra o intenta comunicarse con sonidos guturales, movimientos faciales y movimientos corporales tales como saltos, aplausos, apretones de manos, entre otros. También suele hacer “rabieta” (según su madre) cuando se le deja sola o cuando no se

hace lo que ella quiere, lo cual nos sirvió para trabajar el respeto de turnos y el trabajo con la economía de fichas.

El trabajo con la niña se dividió en 10 sesiones de 50 minutos que se aplicaron en el transcurso de un mes, trabajando de 2 a 3 días para cumplir el tiempo estipulado de trabajo y para prevenir también los momentos en los cuales la niña pudiera faltar.



## 6.1 Resultados cualitativos por sesión.

### *Sesión 1: Observación*

En esta sesión el objetivo fue observar cómo se desenvolvía la niña A en su ambiente natural y con esto poder identificar características propias del autismo. Dicha observación se realizó en el salón de clases por recomendación de los profesores. Durante esta hora se observó que la niña A estaba sentada escribiendo y de vez en cuando se levantaba a caminar para después volver a sentarse y terminar con la actividad que su profesora le pedía. Por momentos, cuando nos acercábamos a ella para preguntarle por su trabajo o ayudarla, mostró un comportamiento indiferente (común en el trastorno autista), sin embargo pasado el tiempo se mostró curiosa, sobre todo por los teléfonos celulares. Durante esta hora no hizo “rabieta”, pero su profesora nos comentaba que, además de hacer esta acción en ocasiones, también se autolesiona la nariz, los nudillos e incluso el tórax (la autolesión es un comportamiento común en el trastorno autista); así mismo pudimos notar la deficiencia en la articulación del lenguaje y leve deficiencia auditiva, que de acuerdo a su profesora, ésta es mínima pues la niña A responde cuando se le llama.

## *Sesión 2: Entrevista a padres.*

La entrevista a la madre de la niña A resultó un tanto complicada, puesto que evitaba el hablar e incluso se negó en un principio a participar, pero gracias a la intervención de la directora del C. A. M., la señora accedió a participar en la entrevista aunque ésta ocurrió pasados varios días. En la entrevista se obtuvieron datos que se corroboraron con la observación que ya se había realizado, como la deficiencia en el lenguaje o la discapacidad auditiva. También se obtuvo información que no quedó registrada en el formato de entrevista con el que se trabajó, sin embargo, dicha información se registró en la bitácora. Al principio de la entrevista la madre de la niña A se mostró un tanto seria, pero al comentar sobre el trabajo que se realizaría y el beneficio que pudiera obtener para su hija, permitió que se relajara poco a poco y dio apertura a contestar todo lo que se le preguntaba. Por petición de la directora del C. A. M. se omitió el pedir datos referentes al embarazo de la señora por respeto y como parte de su duelo, además de ello y por comodidad de la señora se omitió el pedir datos específicos de su familia. En general, la entrevista nos ayudó a saber que la niña A vive con sus padres, 3 hermanos y su abuela, pero recibe apoyo solo de sus padres. La madre comentaba que era consciente que no apoya a su hija de la manera más adecuada, pero que estaba trabajando en ello con ayuda de la profesora de la niña A. Al finalizar la entrevista se le pidió a la madre que firmara una carta consentimiento.

### *Sesión 3: Conozco y me divierto.*

Esta sesión fue la primera con la que trabajamos solos con la niña A, se mostró calmada, posiblemente con miedo al no conocernos. El propósito de ésta sesión fue iniciar el acercamiento uno a uno con ella, así como que lograra identificar las partes de su cuerpo. Al inicio de la sesión, se le pidió que se viera en un espejo y uno de nosotros señalaba y nombraba alguna parte del cuerpo de la niña A, a lo cual con sonidos, ella trataba de expresar lo que le habíamos dicho. Posteriormente se realizó una actividad con disfraces en donde ella, sin mucha dificultad, supo que prendas iban en su respectiva parte del cuerpo, en esta actividad en específico se observó que la niña A sabe vestirse sola, contrario a lo que su madre nos comentó en la entrevista. Como actividad complementaria, se le presentó un muñeco de papel y ropa en donde supo vestir la figura; identificó en que parte iba la ropa. Para reforzar lo que aprendió en la sesión, se aplicó la técnica conductista de 'Modelamiento' en donde un aplicador mencionaba y señalaba un aparte del cuerpo y a continuación se le pedía a la niña A que también señalara la parte correspondiente. Cuando lo hacía se le aplaudía y se le decía una frase para felicitarla. Ésta primer sesión fue muy rápida ya que la niña no podía enfocarse en la misma actividad por mucho tiempo, por lo que se adecuaron en el transcurso diferentes juegos entre cada actividad por si llegaban a necesitarse.

#### *Sesión 4: Espero y me divierto.*

En esta sesión se trabajó con música y baile, lo cual fue muy agradable para la niña A, puesto que en la entrevista supimos que a ella le agradaba la música. Ella bailaba con nosotros canciones para niños y, cuando se detenía la música, nosotros nos dejábamos de mover y ella también lo hacía. Cada vez que esto pasaba le dábamos un reforzador social. Posteriormente se pasó al juego 'toma-dame', el cual se realizó con una pelota; al inicio de esta actividad la niña A no comprendía las instrucciones, por lo que le mostramos el cómo mediante modelamiento. Después de esto, ella cumplió con la actividad por sí misma: al pedirle 'por favor' que nos diera la pelota, ella lo hacía; pero si no lo pedíamos así, ella nos ignoraba. Como actividad complementaria jugamos con un tablero de bolitas de colores, en donde esperaba por su turno por sí sola, pero se le dificultaba saber que extremidad poner en el tablero, por lo que le ayudamos en varias ocasiones. Al finalizar cada actividad que se le pedía a la niña, se le daba un aplauso y una frase para felicitarla.

#### *Sesión 5: Soy atento y me divierto.*

Se inició la sesión con el juego 'toma-dame' el cual la niña A realizaba de manera adecuada. Pasados varios minutos, se comenzó con las actividades propias de la sesión, empezando por mostrarle juguetes e imágenes de juguetes que fueron de su agrado. Después de jugar un poco, los juguetes se escondieron en lugares de fácil acceso para la niña A y con ayuda de las

imágenes de los mismos se le pidió que los encontrara. A lo largo de la búsqueda se le apoyó pues no notaba a simple vista los juguetes ya que ese distraía con objetos alrededor. Cada vez que encontraba un juguete se le pedía que lo metiera en la caja y a cambio se le entregaba una estrella, lo cual le motivó mucho para encontrar todos los juguetes. Como actividad para complementar lo anterior, se leyó un cuento junto a ella, lo cual fue complicado puesto que se distraía con las imágenes al principio, pero al cambiar de cuento a uno con menos colores, la niña A ponía un poco de más atención, sin embargo se mostraba indiferente al pedirle que señalara alguna imagen. A lo largo de las actividades se aplicó la técnica 'economía de fichas' para reforzar cada acción correcta que ella realizaba. Se le entregaba una estrella de papel por cada acción que cumplía y al finalizar las actividades, se le pidió que pusiera sus estrellas en una caja y a continuación se le hizo entrega de un pequeño presente.

#### *Sesión 6: Repito y me divierto*

Ésta sesión se inició con una actividad similar en la sesión pasada: se le presentó a la niña A imágenes de los juguetes usados y se le pedía que señalar los juguetes de la caja correspondientes, lo cual hizo muy rápido y fácil. Posteriormente, al saber que le gusta la música, se optó por bailar como se había hecho en sesiones pasadas; al principio ella bailó como quiso, pero después con ayuda de uno de nosotros se imitaba lo que se veía; es decir, uno de nosotros enseñaba como se bailaba y los otros trataban de imitarlo. La niña

no logro hacer los movimientos iguales pero hacia movimientos similares. Cada vez que ella hacia movimientos similares, se le aplaudía y felicitaba, lo cual sirvió para motivarla a seguir bailando. Logró imitar movimientos al ritmo de la música, por lo que la sesión termino con un tiempo de baile libre. Durante esta sesión se le aplaudía y felicitaba a la niña cada vez que realizaba un movimiento similar al que los aplicadores hacían.

### *Sesión 7: Imagino y me divierto*

Durante esta sesión se trabajó con el juego simbólico, por lo que se inició presentándole a la niña A trastes pequeños de comida y una caja registradora. Se considera que esta sesión fue la más satisfactoria de trabajo debido a que la niña A se vio sonriente todo el tiempo, así mismo supo cómo ocupar cada uno de los objetos por sí misma, e inclusive nos invitaba a jugar con ella. Cada vez que hacia movimientos propios de los objetos se le daba un reforzador social. Uno de los objetos era un rollo de cartón, el cual ella tomó y lo uso como micrófono y después como monocular. En esta sesión se hizo uso de la técnica conductista 'Moldeamiento por aproximaciones sucesivas', por lo que cuando la niña realizaba algún paso para hacer una acción más compleja, se le aplaudía y se jugaba con ella. (Por ejemplo al jugar a la comidita, por cada objeto que agarraba y que usaba para 'cocinar', se le felicitaba y a continuación los aplicadores también participaban)

### *Sesión 8: Reconozco emociones y me divierto*

Al saber que los objetos usados en la sesión anterior la distraerían, optamos por presentarle el material que usaríamos en esta sesión y le dijimos que si hacía las actividades le dejaríamos jugar con lo que le agradara. Se realizó la actividad como en el programa, pero al mostrarse distraída se hizo uso de un tablero con caritas triste, enojada y feliz y se le pidió que acomodara unas fichas con caritas en la emoción que correspondía; dicha actividad la realizó por poco tiempo. Finalmente se usó un cuento y se le pidió que señalara alguna persona feliz, triste o enojada, lo cual hizo pocas veces para después comenzar una rabieta. Al llevarla a su salón, la profesora nos comentó que justo ese día había comenzado su primer periodo, por lo que fue un factor que no permitió que trabajara como lo había hecho.

### *Sesión 9: Convivo con marionetas y me divierto*

En esta sesión se esperaba la misma actitud de la niña A que la sesión pasada, 'pero ella se mostró alegre otra vez. Se inició pidiéndole que pusiera atención a una historia que le íbamos a contar mediante títeres. Al inicio estaba inquieta pues quería los mismos juguetes de las sesiones pasadas, pero se tranquilizó cuando los títeres salieron. A lo largo de la historia con los títeres, la niña A se mostró atenta e incluso supo cuando era el fin de la obra por lo que aplaudió. Al terminar, se le hicieron preguntas sencillas a la niña acerca de las marionetas, las cuales ella respondía señalando. Durante

esta sesión se le hicieron refuerzos positivos que consistían en aplausos o felicitaciones cada vez que señalaba lo que se le preguntaba.

#### *Sesión 10: Canto con amigos y me divierto*

En esta última sesión se trabajó con música acompañada de movimientos sencillos. La niña A se mostró alegre, y a pesar de no poder articular correctamente, con sonidos y gestos trataba de cantar e imitar lo que nosotros hacíamos. Ella sola no pudo cantar, pero lo hacía cuando nosotros cantábamos con ella; Logro 'cantar' con nosotros el coro corto de una canción y realizar movimientos similares a los que nosotros hacíamos. Nuevamente se aplicó la técnica conductista 'Moldeamiento por aproximaciones sucesivas' en donde cada vez que 'cantaba' una pequeña parte de la canción se le daba un aplauso y cuando 'cantó' el coro corto aparte de los aplausos se agregaron frases para felicitarla e inclusive una pequeña estrella.



## **6.2 Resultados cualitativos generales**

Al inicio de la aplicación de las sesiones, la niña A se mostraba alejada y temerosa, sin embargo poco a poco cambió su actitud y se mostró alegre e inclusive afectiva con nosotros. Resulto un poco complicado debido a las rabietas y lesiones que se hacía, pero la aplicación de técnicas conductistas como la corrección verbal o la interrupción de respuesta resultaron de gran apoyo e hicieron que dichas conductas no deseadas disminuyeran.

A lo largo del trabajo con la niña A, ella se mostró alegre y muy participativa situación totalmente diferente a la que presentaba en el salón de clases y a la que la madre nos comentaba. El cambio mínimo lo notamos cuando la niña A mostraba interés por estar con nosotros.

Como resultados generales con base en lo observado y también mediante una encuesta realizada a su madre, la niña A logró un avance en la atención sostenida, desarrolló el juego simbólico, reconoció las partes de su cuerpo y aprendió a reconocer las emociones básicas en imágenes. Respecto a las habilidades psicosociales, la niña A desarrolló el pedir ayuda, escuchar, seguir instrucciones, participar.

Al finalizar la aplicación del proyecto se presentaron dichos resultados a la madre y profesora de la niña A en donde también se hicieron recomendaciones que le servirán para desenvolverse mejor en el ámbito académico.

## CONCLUSIÓN

Como se mencionó en ciertas partes de la investigación, los niños a pesar del trastorno o patología que presenten no dejan de tener interés por el juego y sobretodo, por el afecto que le pueden mostrar tanto familiares, tutores y amigos. Mediante la ludoterapia y con ayuda de una serie de juegos previamente organizados, el desarrollo de las habilidades psicosociales brinda un efecto positivo y adecuado para el infante, no solo como finalidad principal de la presente propuesta, sino también mejorar la calidad de vida del niño de manera gradual.

La ludoterapia aplicada en los niños autistas resulta ser efectiva si se trabaja a largo tiempo y se cuenta con el apoyo incondicional de los padres, puesto que ellos son el apoyo más grande que los niños llegaran a tener. Así mismo, las actividades lúdicas así como cualquier otra técnica que se quiera aplicar a los niños, se deben adaptar a ellos y a sus necesidades puesto que ellos son la razón principal porque se trabaje.

El efecto que brinda el juego y el jugar a un niño sin lugar a duda es igual de positivo como cualquier medio terapéutico de apoyo, incluso, atreviéndonos a decir que a la par de dichos medios y como uno más de los mismos, para no dejarlo de lado ni cuestionarlo, ya que el juego desde la niñez permite que mostremos lo que no podemos mostrar o no sabemos cómo.

La ludoterapia confirma entonces hoy en día su auge y el porqué de su aplicación, no olvidando que es un medio terapéutico aún con un campo desconocido y que será inevitable explorar como un recurso exquisito para fines psicológicos, pedagógicos y educativos, con la esperanza futura de que sea completamente funcional y aprovechada. Mediante el juego se pueden descubrir datos con los que se puede ayudar no solo a desarrollar habilidades psicosociales como en este caso, sino que también se puede orientar a los padres para desarrollar una mejor interacción en el hogar.

Los resultados obtenidos en esta investigación no son definitivos para todos los niños autistas de 6 a 12 años de edad, puesto que cada niño y su contexto son totalmente diferentes. Lo planteado anteriormente es una guía que se puede modificar de acuerdo a la situación del niño, cabe recordar que es idóneo que la ludoterapia sea centrada en el mismo niño y no que el niño se guíe por una serie de pasos sin sentido y los cuales no pueda comprender con facilidad, por el contrario, la ludoterapia tiene que ser en sí fácil y agradable.

En esta investigación se buscó crear una guía que tanto padres como profesores pueden aplicar con algún niño autista que se encuentre a su cargo; una guía que pide materiales de uso común y al alcance de casi todos. De igual manera, al ser una guía se puede modificar y adaptar para otros niños con autismo y en conjunto con el apoyo de las personas que influyen directamente al

niño, se podría lograr un pleno desarrollo de habilidades que en unos años le servirán para desenvolverse en algún círculo social que sea de su agrado.

## REFERENCIAS.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). DSM- IV- TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.

ARTIGAS-PALLARES, J. & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32 (115), 567-587. Recuperado el: Junio 18 de 2017, de <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>

AXLINE, V. (1975). Terapia de juego. México: Editorial Diana.

BELLOCH, A., Sandín, B. & Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología. España: McGraw-Hill.

BERNSTEIN, D. & Nietzel, M. (1982). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw-Hill.

BRENNAN, J. (2000). Psicología: Historia y sistemas: Lecturas. México: Pearson Educación.

CASTAÑEDA, J., De La Torre, M., Morán, J. & Lara, L. (2002). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.

CORNAGO, A. (2010). El libro del juego. Del cucutrás al juego simbólico: cómo conformar una conducta de juego paso a paso. Recuperado el: Octubre 17 de 2016, de [http://catedu.es/arasaac/zona\\_descargas/materiales/297/Conformar%20la%20conducta%20de%20juego.pdf](http://catedu.es/arasaac/zona_descargas/materiales/297/Conformar%20la%20conducta%20de%20juego.pdf)

CORNAGO, A., Navarro, M. & Collado, F. (2013). Manual del juego para niños con autismo: Del cucutrás al juego simbólico. España: Editorial Psylicom.

CRAIG, G. (2009). Desarrollo psicológico (Novena ed.). México: Pearson.

CRESPÍ, P., Muñoz, C. & Angrehs, R. (2011). Habilidades sociales. España: Ediciones Paraninfo.

CRUZ, A. (2016). Uno de cada 115 niños padece autismo: primer estudio de prevalencia en México. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2016/04/28/sociedad/036n1soc>

DANGELO, M. (2015). Habilidades sociales y autismo. Recuperado el: Octubre 27 del 2016, de <https://autismodiario.org/2015/04/04/habilidades-sociales-y-autismo/>

DANGELO, M. (2015). Autismo Diario. Recuperado el: 12 de Junio de 2017, de <https://autismodiario.org/2015/04/04/habilidades-sociales-y-autismo/>

DELGADO SENIOR, F. (2003). La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas.

FEIXAS, G., & Miró, M. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia (13a ed.). España: Paidós.

GARRABÉ DE LARA, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261. Recuperado el: Agosto 21 de 2016, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300010&lng=es&tlng=es)

GOLDSTEIN, A., Sprafkin, R., Gershaw, N. & Klein, P. (1989). Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. España: Ediciones Martínez Roca.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill Interamericana.

KANNER, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250. Recuperado el Octubre 4 de 2016, de [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.pdf](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf)

LÓPEZ, S., Rivas, R. & Taboada, E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570. Recuperado el: Agosto 21 de 2016, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v41n3/v41n3a11.pdf>

MARTÍN, C. (2014). Propuesta de intervención en el juego con personas con autismo en el aula de educación infantil. España: Universidad de Valladolid.

MARTÍNEZ, M. (2015). Atención educativa de los alumnos con Trastorno del Espectro Autista. México: Instituto de Educación de Aguascalientes.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE PERÚ. (2013). Guía para la Atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista – TEA. Perú: M&J Graf E.I.R.L

MORRIS, C., & Maisto, A. (2001). *Psicología*. México: Pearson Educación.

Oocities. (8 de Mayo de 2017). Obtenido de <http://www.oocities.org/psicoresumenes/public/Conductismo.htm>



PAPALIA, D., Wendkos, S., & Feldman, R. (2003). Desarrollo Humano. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

PEÑAFIEL, E. & Serrano, C. (2010). Habilidades sociales. España: Editex.

PICARDO, O., Miranda, A., Escobar, J. & Oliva, H. (2014). Pedagogía, didáctica y autismo. El Salvador: UFG Editores.

RIVIERÉ, A. (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. España: Trotta.

RUSSO DE SÁNCHEZ, A. & Galindo, J. (2012). Psicoterapia Infantil: La metáfora como técnica de devolución. Colombia: Editorial Universidad del Norte.

SÁNCHEZ, P. (2008). Psicología clínica. México: El Manual Moderno.

SANTROCK, J. (2002). Psicología de la Educación. México: McGraw-Hill.

SCHAEFER, C. (2012). Fundamentos de terapia de juego. México: El Manual Moderno.

SCHAEFER, C, O'Connor, K. & Braverman, L. (2016). Manual de terapia de juego. México: El Manual Moderno.

SORIA, I., & Pérez, N. (2011). Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez. España: Editorial Club Universitario.

UNESCO. (1980). El niño y el juego: Planteamiento teóricos y aplicaciones pedagógicas. Estudios y documentos de educación, 34, 5-70. Recuperado el: Septiembre 04 de 2016, de <https://openlibra.com/es/book/el-nino-y-el-juego-planteamientos-teoricos-y-aplicaciones-pedagogicas>

VÁZQUEZ, M. (2015). La atención educativa de los alumnos con trastorno del espectro autista. México: Instituto de Educación de Aguascalientes.

WING, L. (1998). El autismo en niños y adultos: un guía para la familia. España: Paidós.

WOOLFOLK, A. (1999). Psicología educativa. México: Prentice.

## GLOSARIO

**Atención selectiva:** Ésta se da cuando el individuo enfoca su interés hacia un solo estímulo, aunque en el ambiente haya varios distractores.

**Atención compartida:** Capacidad de participar en el interés de otro, es decir, responder a su mirada, gestos o lenguaje. Se dirige la atención propia hacia lo que le interesa a otra persona

**Castigo:** Tipo de condicionamiento instrumental, que pretende disminuir la repetición que cualquier conducta.

**Conductismo:** Corriente psicológica que se basa en la observación de la conducta de seres humanos y animales y explica que estos son un conjunto de relaciones entre estímulos y respuestas

**Economía de fichas:** Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de fichas o puntos. Las fichas son una representación simbólica del reforzador positivo, que se entregará cuando la persona haya juntado la cantidad de fichas necesarias.

**Estudio de caso:** Investigación que estudia el fenómeno dentro de su contexto real.

**Habilidades psicosociales:** Conjunto de conductas que sirven para interactuar y relacionarse con otras personas.

**Herramienta de apoyo psicológico:** Es un instrumento sustentado por la psicología cuya finalidad es su uso terapéutico.

**Infancia intermedia:** Periodo del desarrollo humano que abarca de los 6 años a los 12 de edad.

**Juego:** Actividad que se realiza generalmente para divertirse o entretenerse y en la que se ejercita alguna capacidad o destreza.

**Juego simbólico:** Capacidad para imitar situaciones de la vida real y ponerse en la piel de otras personas. Se pasa continuamente de lo real a lo imaginario.

**Ludoterapia:** Es un método que se basa en la aplicación de actividades lúdicas o juegos cuya finalidad es el tratamiento de trastornos psicológicos y de problemas de adaptación infantil.

**Metáfora:** Consiste en la identificación de un término real con otro imaginario y entre ellos existe una analogía.

**Modelamiento:** Sucede cuando la conducta y consecuencia de una persona, guíen la conducta de otra persona que la observa. Basado en la teoría del Aprendizaje Observacional propuesta por Bandura.

**Moldeamiento por aproximaciones sucesivas:** Consiste en dividir la secuencia de acción que lleva a la conducta deseada en pasos pequeños; cada vez que la persona cumpla uno de estos pasos se le aplica un reforzador positivo.

**Reforzador:** Estimulo que aumenta la probabilidad que una conducta se repita; puede ser positivo o negativo.

**Rituales:** Comportamientos repetitivos que se presentan antes de realizar una actividad determinada; no tiene ninguna funcionalidad.

**Tabla de registro conductual:** Tabla en donde se registran las conductas que realiza una persona.

**TEA (Trastorno del Espectro Autista):** Trastorno del desarrollo caracterizado por la intensa concentración de una persona en su mundo interior y la progresiva pérdida de contacto con la realidad exterior.

**Teoría de la mente:** Capacidad de tener consciencia de las diferencias que existen entre el punto de vista de uno mismo y el de los demás.

## ANEXOS

### Anexo A

#### Tabla de registro conductual

Sesión	Fecha	Interrumpe	Segue las instrucciones	No realiza act.	Intenta cambiar act.	Se distrae	Observaciones

## Anexo B

### Entrevista estructurada

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS					
Nombre y apellido del evaluado:					
Fecha de nacimiento:			Lugar de nacimiento:		
Domicilio:					
Nivel de escolaridad:					
Composición familiar					
Vínculo	Nombre	Edad	Nivel Educativo	Ocupación	Interacción
Padre					
Madre					
Hno./a:					
Hno./a:					
Hno./a:					
Hno./a:					
Abuelo:					
Abuela:					
<b>Motivo de consulta: Que sea más sociable tanto con su familia, compañeros de escuela y personas que no conozca.</b>					

2. ANAMNESIS				
Embarazo (preguntar por la madre de su hijo en caso de entrevistar al padre o tutor)		SI	NO	Observaciones
1	¿Tuvo riesgo en el embarazo de su hijo?			
	Si ¿Le indicaron reposo?			
	¿Durante cuánto tiempo?			
2	¿Aumentó más de 12 kilos de peso?			
3	¿Perdió más de 5 kg.? (no por dietas indicadas)			
4	¿Tuvo infecciones que requirieron intervención médica?			
	Si ¿De qué tipo?			
5	¿Otras enfermedades/síntomas por los que consultó al médico? (Presión alta, Traumatismos, Enfermedades eruptivas, etc.)			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
6	¿Tomó alguna medicación? (No considerar hierro, vitaminas, ácido fólico)			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
7	¿Problemas emocionales por los que haya tenido que consultar? (Por Ej. depresión)			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
8	¿Problemas familiares serios que la preocuparon?			
9	¿Fumó al menos 20 cigarrillos diarios durante el embarazo?			
10	¿Tomó bebidas alcohólicas en exceso durante los 3 primeros meses del embarazo?			
11	¿Consumió drogas no prescritas tales como marihuana, cocaína, etc.?			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
12	¿Tuvo algún accidente físico?			
	Si ¿Cuál, cuáles?			
Nacimiento		SI	NO	Observaciones
	¿Tuvo algún problema en el parto de su hijo? (Fórceps,			

13	cesárea, etc.) Si ¿Cuál/cuáles?			
<b>Post-parto</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
14	¿Cuánto pesó al nacer?			
15	¿Estuvo en incubadora? Si ¿Durante cuánto tiempo?			
	¿El bebé, quedó internado después que le dieron el alta a la madre? Si Motivo/Diagnóstico			
	16	¿Fue intervenido quirúrgicamente?		
<b>Primeros 12 meses de vida</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
17	¿Tuvo problemas para amamantarse?			
18	¿Era demasiado tranquilo y no respondía mucho a la atención?			
19	¿Lloraba día y noche sin calmarse?			
20	¿Notaba que se ponía rígido cuando lo tomaba en brazos?			
21	¿Estaba flojo y/o flácido cuando lo tomaba en brazos, sin acercarse o responder?			
22	¿Presentó algún otro problema? Si Describir			
<b>Desarrollo temprano</b>		<b>Edad en meses</b>	<b>Esperable</b>	<b>Observaciones</b>
¿A qué edad aproximada (en meses) logró las siguientes adquisiciones?				
23	Sostuvo la cabeza		3 meses	
24	Se sentó		7 – 10 meses	
25	Gateó		7 – 10 meses	
26	Caminó		10 – 16 meses	
27	Usó palabras que significan algo		18 – 24 meses	
28	Usó oraciones		24 – 36 meses	
29	Aprendió a pedir ir al baño para orinar		24 – 36 meses	
30	Aprendió a pedir ir al baño para defecar		30 – 40 meses	
31	Corrió		48 meses	
32	Saltó con las dos piernas		24 – 36 meses	
<b>Alteraciones severas actuales</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
33	¿Ha desarrollado el lenguaje o se hace entender?			
34	¿Mantiene la boca abierta y babea con frecuencia?			
35	¿Puede caminar solo/a sin asistencia?			
36	¿Tiene dificultades para controlar sus brazos o piernas?			
<b>Antecedentes Médicos:</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
37	¿Ha tenido enfermedades típicas de la infancia, tales como gripes, anginas, varicela, paperas, escarlatina, etc.? Si ¿Cuál/Cuáles? (Aclarar edad) ¿Dejó Secuelas?			
	38	¿Se queja de dolores de cabeza o estómago con frecuencia?		
	39	¿Es frecuente que tenga resfríos, gripe, dolor de oídos o lastimaduras?		
40	¿Tiene problemas de digestión o constipación?			
41	¿Tiene problemas en la vista? Si ¿Qué problema tiene? Si ¿Desde cuándo? Si ¿Usa anteojos?			
	42	¿Tiene problemas en la audición? Si ¿Qué problema tiene? Si ¿Desde cuándo? Si ¿Usa audífonos?		
		43	¿Se cae o lastima frecuentemente?	
44		Cuando está cansado o enfermo ¿disminuye su actividad?		



45	Si se siente enfermo o con dolor ¿pide ayuda o asistencia?			
<b>Otras Enfermedades</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
46	¿Ha presentado o presenta algún tipo de enfermedad genética, neurológica, física, inmunológica, endocrinológicas, psiquiátricas u otras?			
	Si ¿Cuál/Cuáles? ¿A qué edad? ¿Duración?			
	Tratamiento			
	Remisión Total/parcial			
	¿Dejó secuelas?			
47	Antecedentes Heredo-familiares			
	Si ¿Cuál/Cuáles? Vínculo			
	¿Estuvo alguna vez internado?			
48	Si Motivo / Diagnóstico Médico			
	Cantidad de días			
	Tratamiento indicado			
48	¿Fue intervenido quirúrgicamente?			
	Si Motivo / Diagnóstico Médico			
	Tratamiento indicado			
<b>Escolaridad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
49	¿Asistió a Jardín de Infantes / Guardería? 1			
	Si ¿Desde qué edad?			
50	¿Asiste a la escuela? 1			
	No Asiste ¿Desde Cuándo?			
	Motivo			
51	Nivel de Escolaridad Actual:			
	Tipo de escolaridad: Pública Privada			
52	¿Ha asistido o asiste a una Escuela de Educación Especial?			
	Si Motivo			
53	¿Repitió algún grado/año?			
	Si ¿Cuál/Cuáles?			
54	¿Ha recibido o recibe clases de apoyo escolar?			
	Si ¿Desde cuándo? ¿Con qué frecuencia?			
55	¿Ha tenido o tiene asistencia Psicopedagógica/Psicológica?			
	Si ¿Desde cuándo? Motivo			
<b>Lateralidad</b>		<b>Izquierda</b>	<b>Derecha</b>	<b>Observaciones</b>
56	¿Con qué mano escribe o hace las cosas?			
<b>Personas a cargo del cuidado de su hijo/a</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
57	¿Alguna vez vivió, estuvo a cargo de personas que no fueran los padres?			
	Si ¿quién lo/la cuidaba?			
	Si ¿cuánto tiempo duró esa situación?			
58	¿Quiénes lo/la cuidan habitualmente?			
59	¿Alguna vez detectaron problemas, tales como maltrato, golpes o gritos por parte de la/las personas que lo/la cuidan/cuidaban?			
	Si Describir			

### 3. AREAS ADAPTATIVAS:

#### 3.1 NIÑOS (3 a 12 años)

##### Autonomía

<b>Higiene</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.1	¿Puede bañarse solo/a?			
N.2	¿Se lava las manos antes de comer?			
N.3	¿Se cepilla los dientes con frecuencia?			
N.4	¿Se peina solo, sin que se lo indiquen?			
N.5	Cuando va al baño ¿se limpia adecuadamente?			

<b>Vestimenta</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.6	¿Se viste y se desviste sin ayuda?			
N.7	¿Se pone zapatos o zapatillas sin asistencia?			
N.8	¿Elige solo/a la ropa con que se viste diariamente?			
<b>Utilización de recursos comunitarios</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.9	¿Puede hacer pequeños recorridos por el barrio sin perderse?			
N.10	¿Puede hacer mandados él/ella solo/a?			
N.11	¿Viaja en colectivos, trenes o subtes?			
N.12	¿Va a algún club o centro cultural?			
N.13	Si es necesario ¿sabe cómo llamar a la policía, la ambulancia o los bomberos?			
<b>Seguridad</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.14	¿Suele quemarse con la comida, con las ollas o estufas?			
N.15	¿Es cuidadoso/a con los enchufes o aparatos eléctricos?			
N.16	¿Antes de cruzar una calle, se fija si vienen autos?			
N.17	¿Respeta semáforos o señales de tránsito?			
N.18	¿Ha sido detenido, demorado alguna vez por la policía?			
	Si, Describir motivo			
N.19	¿Ha estado preso por más de 24 hs. alguna vez?			
	Si, Describir motivo- tiempo detención			
	Si, Preguntar si tiene o tuvo alguna causa judicial			
<b>Vida cotidiana</b>				
<b>Comida</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.20	¿Habitualmente come las 3 comidas diarias?			
N.21	¿Come carnes, verduras y frutas variadas?			
N.22	¿Usa cubiertos para comer?			
N.23	¿Usa cuchillo para cortar?			
N.24	¿Derrama la bebida o la comida cuando come?			
N.25	¿Puede beber de tazas y vasos sin ayuda?			
N.26	¿Juega con la comida?			
<b>Sueño</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.27	¿Duerme en su propia cama toda la noche?			
N.28	¿Logra conciliar el sueño sólo?			
N.29	¿Duerme toda la noche seguida?			
	No ¿Por qué se despierta?			
	No ¿Le cuesta volverse a dormir?			
N.30	¿Duerme siesta?			
N.31	¿Ronca o habla dormido?			
N.32	¿Se despierta muy tarde si se lo deja dormir?			
N.33	¿Tiene pesadillas?			
	Si ¿Desde cuándo?			
N.34	¿Tuvo de más pequeño/a problemas para dormir?			
	Si ¿Cuándo?			
	Si ¿Por cuánto tiempo?			
	Si ¿Había algún motivo en particular?			
<b>Ayuda en el hogar</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.35	¿Ordena su cuarto/sus pertenencias?			
N.36	¿Ayuda en tareas del hogar? Por ejemplo poner la mesa, barrer, ordenar.			
<b>Habilidades sociales / interpersonales</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.37	¿Tiene amigos de su edad?			
N.38	¿Lo invitan a cumpleaños o fiestas?			
N.39	¿Juega con otras personas?			
N.40	¿Comparte juguetes u objetos con otros?			
N.41	¿Comenta cosas de su día o intereses con otros?			
N.42	¿Ofrece ayuda o asistencia a los demás?			

N.43	¿Cuida que las cosas de los demás no se pierdan o rompan?			
N.44	¿Le gusta participar en actividades grupales?			
N.45	¿Utiliza frases con “por favor” o “gracias”?			
<b>Humor</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.46	* ¿Se enoja o se pone de malhumor con frecuencia?			
N.47	Si está enojado/a ¿intenta cambiar su humor? (por ejemplo intenta jugar, hacer algo que le guste o apartarse para calmarse)			
N.48	¿Busca hacer reír a los demás?			
<b>Aptitudes funcionales</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.48	¿Puede leer la hora correctamente en un reloj de agujas?			
N.49	¿Asocia la hora con alguna actividad o evento (programa de TV, recreo)?			
N.50	¿Diferencia los distintos valores de billetes o monedas?			
N.51	¿Puede controlar los vueltos correctamente?			
N.52	¿Escribe notas o recados en la casa?			
N.53	¿Llama por teléfono a familiares, amigos u otros lugares?			
N.54	Si dejan un mensaje por teléfono, ¿se acuerda de comunicarlo?			
N.55	¿Puede recordar su dirección y teléfono?			
N.56	¿Ahorra dinero para alguna actividad o compra en particular?			
<b>Escuela</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.57	¿Le gusta ir a la escuela?			
N.58	¿Se lleva bien con sus compañeros			
N.59	¿Se lleva bien con las maestras?			
N.60	¿Completa las tareas que se le asignan?			
N.61	¿Es necesario que se le recuerde lo que tiene que hacer para el colegio?			
N.62	¿Pide ayuda para las tareas?			
N.63	¿Suelen retarlo para que haga la tarea?			
N.64	¿Cuida sus útiles?			
N.65	¿Es meticuroso/a?			
N.66	Si aparece una dificultad en lo que hace ¿suele abandonarlo en seguida?			
	Si ¿Se enoja, hace berrinches, se malhumora? Describir			
N.67	¿Muestra interés por alguna materia o área en particular?			
N.68	¿Qué le gustaría hacer cuando sea grande?			
N.69	¿Trabaja o ha trabajado alguna vez?			
	Si ¿Desde cuándo, cuántas horas por día, a dónde?			
<b>Ocio</b>				
<b>Juego</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.70	¿A qué juega habitualmente?			
N.71	¿Inventa personajes o situaciones cuando juega?			
N.72	¿Puede jugar solo?			
N.71	¿Invita a otros a jugar (padres, amigos)?			
N.74	Si juega con otros ¿respeto las reglas del juego?			
N.75	¿Tiene juguetes o juegos preferidos?			
N.76	¿Usa objetos para jugar o imagina con ellos?			
<b>Deportes</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>
N.76	¿Practica algún deporte fuera del colegio?			
	Si ¿Cuál?			
	Si ¿Cómo se desempeña?			
	Si ¿Lo eligió él/ella?			
<b>Hobbies y actividades de esparcimiento</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Observaciones</b>

N.77	¿Tiene algún hobby o actividad por fuera del colegio?			
	Si ¿Cuál?			
	Si ¿Lo eligió él/ella?			
N.78	¿Organiza actividades para el fin de semana o el tiempo libre fuera del estudio?			
N.79	¿Propone salidas con la familia o amigos?			

## Cuestionario

### Encuesta de satisfacción

#### INSTRUCCIONES:

Por favor, lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una "X" el número que describa el funcionamiento interpersonal del niño, teniendo en cuenta las siguientes calificaciones:

- 1.- El niño no hace la conducta **nunca**.
- 2.- El niño hace la conducta **a veces**
- 3.- El niño hace la conducta **siempre**.

No.	Preguntas	1	2	3
1	¿Presta atención a la persona que está hablando y hace un esfuerzo para comprender lo que está diciendo?			
2	¿Pide o busca ayuda por cualquier medio cuando tiene algún problema?			
3	¿Pide o busca de alguna forma cooperar y en cualquier situación?			
4	¿Pide o demuestra disculparse por algo que no haya hecho adecuadamente?			
5	Sabiendo que la empatía es la capacidad de entender lo que exprese otra persona en cualquier sentido, ¿con qué frecuencia comprende esta conducta?			
6	¿Puede convivir con cualquier persona (aunque no la conozca) en un lapso de tiempo de 10 minutos o más?			
7	¿Expresa a cualquier persona y en diversas formas lo que pudiera estar sintiendo?			
8	¿Resuelve adecuadamente alguna acción que se le haya pedido con la palabra "por favor"?			
9	¿Ofrece ayuda cuando se le solicita y cuando no también?			
10	¿Participa en las labores del hogar y en otras actividades las cuales no suele hacer comúnmente?			
11	¿Sigue instrucciones en cualquier cosa que se le encomiende?			
12	¿Se acerca a personas que no conoce sin mostrar una actitud de "miedo"?			
13	¿Convive y participa más con otros niños?			

Subraye SI o No según corresponda

- 14 ¿Considera que la actitud de los aplicadores fue adecuada? SI NO
- 15 ¿Considera que la aplicación del programa tuvo resultados favorables? SI NO

## Evidencias fotográficas



