



Universidad Abierta Interamericana

Facultad de Investigación y Desarrollo Educativo

Licenciatura en Psicopedagogía

**Título: “Niños con TEA y su Aprendizaje en relación a la
Comunicación No Verbal ”**

Alumna: Torregiani, Marianela

Año: 2014



Resumen

Se considera necesario poner en evidencia la relevancia de la comunicación no verbal como medio de transmisión de conocimiento en niños con Autismo debido a que ellos no aprenden de la misma forma que los demás. Al no poseer un adecuado desarrollo del lenguaje verbal, con sentido de comunicación, es vital para sus aprendizajes la utilización del tacto, las posturas, gestos y el sostenimiento de la mirada.

Es pertinente conocer el método de aplicación de esta técnica, su incidencia, ventajas y desventajas, para lograr una adecuada práctica de la misma.

El objetivo de esta investigación es realizar un análisis sobre el tema, dar a conocer la forma de comunicación que poseen los niños con ésta patología y cuáles son las herramientas que los docentes deben implementar para lograr un adecuado proceso de enseñanza, ya que es necesario que los niños con trastorno de espectro autista puedan aprender en una escuela común, con docentes comunes, no sólo por el derecho de integración sino para fomentar sus habilidades sociales altamente afectadas, partiendo de una intervención psicopedagógica que lo ubique en su nivel de desarrollo real para llegar al potencial.

Palabras claves

Trastorno del Espectro Autista, Desarrollo Cognitivo, Programa Cognitivo Conductual, Aprendizaje y Comunicación No Verbal.



Índice

	Página
Resumen.....	2
Introducción.....	6
Parte I: Marco Teórico.....	7
Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista.....	7
1.1. Historia.....	7
1.2. Alteraciones.....	12
1.3. Clasificación.....	13
1.4. Síntomas Característicos.....	16
1.4.1. Alteraciones cualitativas de la interacción social.....	16
1.4.2. Alteraciones cuantitativas de la comunicación.....	16
1.4.3. Patrones de comportamiento, interés y actividades.....	17
1.5. Causas.....	17
1.5.1. Agentes genéticos.....	17
1.5.2. Agentes neurológicos.....	18
1.5.3. Agentes bioquímicos.....	18
1.5.4. Agentes infecciosos y ambientales.....	18
1.6. Diagnóstico.....	19
1.6.1. ¿Cómo se diagnostica?.....	21
1.6.2. Diagnóstico precoz.....	22
1.7. Tratamiento.....	23
1.7.1. Ensayo Discreto.....	25
1.7.2. Conductas inapropiadas.....	26



	Páginas
1.7.3. Técnicas de intervención.....	26
1.8. Teoría del Desarrollo.....	31
1.8.1. Teoría Psicoanalítica.....	32
1.8.2. Teoría Psicogenética.....	35
1.8.2.1. Asimilación.....	39
1.8.2.2. Acomodación.....	40
1.9. Neurodesarrollo.....	40
1.9.1. Neurociencias.....	41
Capítulo II: Aprendizaje.....	43
2.1. Definición.....	43
2.2. Teorías del Aprendizaje.....	44
2.2.1. Teoría Conductista.....	44
2.2.2. Teoría Cognitiva.....	45
2.2.3. Aprendizaje Significativo.....	45
2.2.4. Teoría Constructivista.....	46
2.3. Dificultad de Aprendizaje.....	46
2.4. Didáctica.....	47
2.4.1. Clasificación.....	47
2.5. Currículum.....	49
2.5.1. Tipos de Currículum.....	50
2.5.2. Componentes.....	52
2.5.3. Adaptaciones Curriculares.....	53
Capítulo III: Comunicación No Verbal.....	56
3.1. Los Actos No Verbales.....	56



	Página
3.2. Tipos de Actos No Verbales.....	57
3.3. Áreas de la Comunicación No Verbal.....	57
3.3.1. Gestos.....	58
3.3.2. Saludo.....	58
3.3.3. Movimientos de manos.....	59
3.3.4. Gestos con las dos manos.....	59
3.4. Funciones.....	59
Parte II: Marco Metodológico.....	62
Capítulo IV: Esquema del Trabajo de Campo.....	62
4.1. Planteo del problema de Investigación.....	62
4.1.1. Tema.....	60
4.1.2. Objetivo General.....	62
4.1.3. Objetivo específico.....	62
4.1.4. Preguntas de Investigación.....	62
4.2. Definición de tipo de investigación.....	63
4.3. Delimitación de la investigación: unidad de análisis.....	63
4.3.1. Ubicación geográfica de la institución analizada.....	64
4.3.2. Breve reseña sobre la institución.....	64
4.4. Técnicas de recolección de datos.....	66
Conclusión.....	68
Bibliografía.....	70
Anexo.....	73



Introducción

En el año 2007 la ONU decidió designar el 2 de abril de cada año como el Día Mundial de Concientización sobre el Autismo, con el fin de aumentar la conciencia pública sobre este trastorno que representa una crisis de salud global de gravedad creciente (considerado incluso epidemia); y a la vez generar actividades de difusión sobre la importancia del diagnóstico precoz y la intervención temprana; y a través de eventos comunitarios globales, propender a la inclusión social de las personas con autismo y sus habilidades y talentos distintivos.

Según estudios epidemiológicos realizados en diferentes países anteriormente, la prevalencia del autismo en la población era de 4 a 5/10.000, pero las alteraciones del espectro autista eran mucho más frecuentes y se encontraban en una proporción de 2 a 3 /1.000. Actualmente se evidencia un preocupante aumento de la incidencia de este severo trastorno del desarrollo humano en la población infantil ya que 6 de cada 1000 niños menores de 10 años lo padecen.

En la actualidad no es posible curar el autismo pero el trastorno puede mejorarse en la mayoría de los casos. La condena de las personas con autismo a la soledad, su aislada reclusión, no es inapelable. Gracias a los desarrollos terapéutico-educativos de los últimos años las personas con autismo pueden acceder a formas más equilibradas y placenteras, más complejas, más abiertas, más flexibles y significativas de experiencia humana. (Luque, M. 2013)



PARTE I: MARCO TEÓRICO

Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista

1.1. HISTORIA

En el aprendizaje de todo individuo es necesario el uso de la comunicación tanto verbal como la no verbal, pero no debemos olvidarnos que vivimos en una sociedad heterogénea, donde las instituciones educativa deben atender a la diversidad y no todos los alumnos comprenden el mensaje emitido por el docente de la misma manera, algunos tienen más facilidad para entender la oralidad y otros los gestos y los movimientos. También hay niños con necesidades educativas especiales como, por ejemplo, aquellos con Trastorno del Espectro Autista. Este trastorno se considera una “disfunción neurológica crónica con fuerte base genética que desde edades tempranas se manifiesta en una serie de síntomas basados en una tríada de trastornos en la interacción social, comunicación y falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamientos”. (López-Ibor JJ, Valdés M. 2002.)

Antes de abordar el trabajo pionero desarrollado por Leo Kanner (1894-1981) en el estudio del autismo, es conveniente recordar el uso desafortunado que dicho término supuso, dada la confusión que generó con el del autismo que en 1911 había usado Eugen Bleuler (1857-1939) para expresar la retirada activa con que algunos pacientes esquizofrénicos se repliegan al terreno de la fantasía, pues, a diferencia de Bleuler, que con él hacía referencia a la conducta intencional de evitar relaciones sociales, Kanner lo relacionaba con la incapacidad para establecer tales vínculos relacionales. Asimismo, mientras en sentido bleueriano tal repliegue estaba conectado a la rica vida fantástica del sujeto esquizofrénico, esto no sucede en el autista, quien carece de tal ingrediente cognitivo. Por lo expuesto algunos



investigadores del autismo infirieron un posible nexo entre éste y la posterior esquizofrenia en la edad adulta, lo que influyó en la tendencia entre los psiquiatras infantiles de utilizar de forma intercambiable las etiquetas diagnósticas de esquizofrenia infantil, autismo y psicosis infantil. En un intento de aislar el síndrome autista de las otras condiciones psiquiátricas mencionadas, fue necesario determinar qué síntomas eran universales y cuáles eran específicos, incluyéndose dentro de los primeros una incapacidad profunda y general para establecer relaciones con otros; retraso en la adquisición del lenguaje, que dificultaba la comprensión; ecolalia e inversión pronominal y fenómenos ritualistas o compulsivos, tales como la insistencia en la identidad, a la que Rivière prefiere llamar trastorno de la función ejecutiva, al juzgar tal etiqueta más precisa y sustentada por nutrida investigación. La falta de respuesta social y las dificultades de lenguaje sólo pueden considerarse indicadores claros de autismo si no corresponden a la edad mental del niño y se explican exclusivamente como rasgos distintivos del trastorno autista ausentes en el desarrollo evolutivo normal. Dentro de los segundos, por el contrario, pueden evidenciarse movimientos repetitivos estereotipados (especialmente manierismos en las manos y en los dedos), poca capacidad de atención, retraso en el control de los esfínteres y conductas autolesivas. Además de confirmar los criterios diagnósticos formulados inicialmente por Kanner, se logró una definición operativa del autismo en los dos grupos de síntomas antes referidos.

En efecto, partiendo de una muestra compuesta de 11 niños que manifestaban conductas extrañas no recogidas previamente en ningún sistema nosológico.

Kanner describió por vez primera el autismo como un síndrome comportamental cuyos rasgos distintivos eran alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales (a las que juzgó como el trastorno fundamental patognomónico del síndrome) y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales algunos han resaltado los trastornos de la flexibilidad, cuya gravedad dependerá del nivel cognitivo, esto es, del nivel de profundidad del espectro autista. Previo a la



formulación de tal diagnóstico y sus posibles intervenciones, Kanner había ya expresado la necesidad de elaborar un detallado informe acerca del entorno familiar y social en que el niño vive, valiosísima información hoy eclipsada en los estudios recientes de autismo.

Con todo, esto último no impidió que Kanner atribuyera como origen de tal incapacidad para establecer vínculos afectivos adecuados deficiencias innatas, de origen biológico, que paradójicamente no investigó, al concentrar sus esfuerzos en estudiar los rasgos de personalidad y tipo de interacción que los padres mantenían con sus hijos, abocando con ello a que en las dos décadas posteriores el grueso de las investigaciones conceptuaran el autismo como un desorden fundamentalmente de carácter emocional, lo que explicaría la mayor eclosión de trabajos de orientación psicoanalítica publicados acerca del autismo durante esos años respecto a los de otros modelos psicoterapéuticos.

A Bettelheim se le ha objetado también el uso tan impreciso que realizó del término psicosis infantil, al referirse con él a un extenso abanico de enfermedades mentales como la esquizofrenia, el autismo, determinadas formas de anorexia mental y ciertas toxicomanías de las organizaciones psicóticas presentes en los sujetos aquejados de encefalopatías. Es decir, para este autor, todo niño encerrado en sí mismo y rechazado por su entorno social próximo es psicótico. Sea como fuere, la focalización del estudio del autismo en la esfera afectiva resultó efímera, pues en los años 60 del siglo pasado surgieron otras líneas de trabajo que suscitaron nuevos interrogantes, aportando también más dosis de esperanza, al amplificar las vías para describir y explicar el mencionado trastorno. Entre tales líneas novedosas figuraba la emprendida por Rutter (1971), para quien el autismo se debía principalmente a alteraciones en el desarrollo del lenguaje, hipótesis explicativa que con el paso del tiempo se mostró insuficiente, ocasionando un acalorado debate entre los estudiosos del autismo, dadas las posiciones enfrentadas que existían entre unos y otros a la hora de determinar los síntomas primarios que definen y caracterizan este trastorno. Posteriormente, merced a la aparición de nuevas técnicas de exploración neurológica,



neuropsicológica, neurofisiológica, etc., junto a aportaciones provenientes del terreno de la terapia de conducta, se produjeron algunos avances significativos en el estudio del autismo, a pesar de lo cual aún ignoramos aspectos centrales vinculados con su etiología, así como el papel mediador, influencia e importancia que poseen las diferentes constelaciones de síntomas en el trastorno autista.

A comienzos de 1944 Asperger, identificó a un grupo de cuatro niños a los cuales denominó “psicopatía autista”, la cual describió de la siguiente forma: “el trastorno fundamental de los autistas es la limitación de sus relaciones sociales, toda la personalidad de estos niños está determinada por esta limitación” (Asperger, 1994 citado por Martos, 2001) Además Asperger destacaba ciertas características como pautas expresivas extrañas, las anomalías prosódicas y pragmáticas del lenguaje, la imitación, el carácter obsesivo de sus acciones y una particular diferencia con respecto del enfoque de Kanner, referente al coeficiente intelectual considerado normal o alto.

Lorna Wing (1979) utilizó el término Trastorno de Espectro Autista, planteando lo que se conoce como “triada de Wing”: trastorno de reciprocidad social, trastorno de comunicación verbal y no verbal y ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa; a los que posteriormente añadió, los patrones repetitivos de actividad e intereses. De este modo, el concepto de TEA es utilizado para la noción dimensional de un “continuo” (no una categoría), en el que se altera cualitativamente un conjunto de capacidades. En este continuo se da una diversa afectación de los síntomas clave y los síntomas asociados. El concepto de espectro autista puede ayudarnos a comprender que, cuando hablamos de autismo y de otros trastornos profundos del desarrollo, empleamos términos comunes para referirnos a personas muy diferentes.

En 1.997 el profesor Ángel Rivière desarrolla el I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista) donde a través de doce dimensiones alteradas en estas personas, con 4 niveles de afectación en cada una de ellas, se representa todo el espectro. Estas



dimensiones se agrupan de tres en tres, formando cuatro bloques que se corresponden con los cuatro apartados de Lorna Wing.

TRÍADA DE WING	IDEA
	Trastorno cualitativo de la relación social
Trastorno de reciprocidad social	Trastorno de las capacidades de referencia conjunta Trastorno de las capacidades intersubjetivas y mentalistas
	Trastorno de las funciones comunicativas
Trastorno de comunicación verba y no verbal	Trastorno cualitativo del lenguaje expresivo Trastorno cualitativo del lenguaje receptivo
	Trastorno de las competencias de anticipación
Patrones repetitivos de actividades e intereses	Trastorno de la flexibilidad mental y comportamental Trastorno del sentido de la actividad propia
	Trastorno de la imaginación y de las capacidades de ficción
Ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa	Trastorno de la imitación Trastorno de la suspensión



1.2. ALTERACIONES

El autismo comienza a manifestarse entre los 12-18 meses y los 3 años y se caracteriza por presentar alteraciones en las siguientes áreas del desarrollo:

- Relaciones sociales: Puede ir desde el aislamiento completo (no dejarse tocar, no mirar a los ojos, huir del contacto social) a dificultades para comprender sutilezas sociales y relacionarse sobre todo con su grupo de pares (suelen no gustarles los cumpleaños y las fiestas, las salidas a lugares muy ruidosos y multitudinarios).
- Comunicación y lenguaje: Pueden no presentar lenguaje u otros códigos comunicativos alternativos (gestos, miradas), llevar a los adultos de la mano para alcanzar lo que quieren en vez de señalar, usar palabras sueltas para pedir o utilizar un lenguaje copiado de los personajes favoritos de la televisión, pueden parecer “sordos” y no darse vuelta cuando lo llaman, no entender consignas, no prestar atención al lenguaje o en los casos más leves no comprender chistes, dobles sentidos y metáforas, necesitando hablar de temas de su interés sin percatarse del interés de los demás, resultando obsesivos y monotemáticos.
- Imaginación, juego e imitación: En los casos más graves no juegan con nada, pueden tener conductas repetitivas como golpear objetos, tener algo en sus manos o boca, pareciendo no interesarse por nada y deambulando sin sentido, no intentan imitar a otros. En los casos no tan graves pueden presentar juegos estereotipados (apilar cosas, hacer rodar objetos, acomodar una fila de autitos u otros juguetes, fascinarse por el ventilador u otros objetos que giran). No realizan juegos simulados (un palo de escoba como caballito). En los casos más leves presentan dificultades para juegos sociales, reglados, espera de turnos,



juegos imaginativos y creativos, pudiendo apegarse a películas, videos y otras actividades repetitivas.

- **Anticipación y flexibilidad:** tienden a realizar actividades repetitivas, presentan dificultad para aceptar cambios en sus rutinas (pueden llegar a tener serias crisis cuando se le cambia algo de lugar), en los casos más severos presentan conductas sin metas, aleteos con los brazos y movimientos repetitivos. Cuando son pequeños no levantan los bracitos para que los alcen. Suelen querer ir siempre por el mismo camino, o ver una y otra vez el mismo video, o escuchar el mismo cuento.

1.3. CLASIFICACIÓN

“Las categorías diagnósticas sirven para ordenar el desconcierto que en reiteradas ocasiones genera la abundancia de nomenclaturas, que pueden llevar a adoptar criterios clínicos erróneos o a impedir la comunicación entre profesionales de distintas disciplinas” (Valdez, 2001)

De acuerdo a DSM V, esta patología se encuentra separada de la englobada en el DSM anterior, aquí se denomina Trastorno de Espectro Autista, donde los dominios se reducen a dos:

- Déficit socio- comunicativo.
- Intereses y comportamientos repetitivos y restringidos.

Este manual especifica los siguientes criterios diagnósticos:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos. Estas deficiencias deben manifestarse (en el momento actual o en momentos anteriores) según varios ejemplos ilustrativos que ofrece el propio manual, así como que se debe especificar la



gravedad actual (Grado1, Grado 2 ó Grado 3) de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en esta área del desarrollo.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos (en el momento actual o en momentos anteriores):

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
- Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales del entorno.

En este punto también es necesario especificar la gravedad actual (Grado1, Grado 2 ó Grado 3) de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en esta área del desarrollo.

C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el



trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Además, es necesario especificar también si estos síntomas cursan:

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido (por ejemplo Síndrome de Rett).
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonia.

En este manual podemos encontrar la clasificación del Espectro según tenga, discapacidad intelectual o retraso en el lenguaje o debido al nivel de severidad especificado por cada dominio, en el cuadro siguiente se pueden observar dichos niveles y las alteraciones más frecuentes en cada área.

Nivel de Severidad	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Conductas Repetitivas
Nivel 3: Requiere de mucho apoyo sustancial	Severo déficit en la comunicación verbal y no verbal, causando alteraciones severas en el funcionamiento. Muy limitada iniciativa social y mínimo deseo de comunicación con los demás	Preocupaciones, rituales y/o conductas repetitivas marcadas. Notable malestar causado cuando sus rutinas o rituales se interrumpen, muy difíciles de calmar.
Nivel 2: Requiere de sustancial	Marcados déficit en las habilidades de la comunicación verbal y no verbal. Deterioro social incluso con apoyo. Limitada iniciativa social y	Rituales y movimientos repetitivos son frecuentes, suficientes para un observador casual y en caso de ser interrumpidos presentan angustia y



apoyo	respuesta anormal al contexto social.	frustración siendo difícil reorientar al individuo.
Nivel 1: Requiere apoyo	Sin apoyo existe déficit notable en la interacción social. Dificultad para comenzar una conversación y mantenerla. Puede presentar un decrecimiento en el interés por la interacción social.	Los rituales y comportamientos repetitivos causan problemas en uno o más contextos del sujeto. Se resisten a los intentos de otros a cambiar la rutina.

1.4. SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS

Los síntomas que pueden padecer los sujetos con autismo se los puede encuadrar en tres tipos de alteraciones o patrones generales, donde dentro de cada uno encontramos características específicas del área afectada.

1.4.1. ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

Dentro de esta área encontramos dificultades para ajustar el comportamiento al de los demás, entender convenciones y normas sociales, problemas para compartir emociones, pensamiento e intereses, para apreciar intenciones, desarrollar juegos y hacer amigos. Estas limitaciones sociales son especialmente marcadas en la infancia, atenuándose de a poco a lo largo de la vida

1.4.2. ALTERACIONES CUANTITAVAS DE LA COMUNICACIÓN

En este campo lo más común es que estos sujetos no desarrollen lenguaje hablado funcional o que comiencen a hablar y luego lo pierdan. El lenguaje que poseen no es utilizado de forma social para compartir experiencias, ellos no pueden comprender sutilezas, bromas, ironías o dobles intenciones. Algunas características que poseen en su lenguaje son la ecolalia, perseveración, inversión



pronominal y entonación anormal, entre otras. Estas personas demuestran dificultad para iniciar o mantener una conversación recíproca.

1.4.3. PATRONES DE COMPORTAMIENTO, INTERESES Y ACTIVIDADES

Los sujetos con Autismo, poseen intereses especiales como la fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, letras o logotipos; también realizan movimientos corporales estereotipados, como los aleteos de manos, balbuceo, deambulación y giros sobre sí mismo. Con respecto a los juegos que llevan a cabo son repetitivos y poco imaginativos, suelen hacer hileras o agrupar por color como lo más habitual. Presentan ansiedades frente al cambio de sus rutinas y/o de entorno y poseen alteraciones sensoriales las cuales explicarían determinadas acciones que ejecutan, como taparse los oídos, dificultades para dormir, rabietas y gritos sin motivo aparente, molestia con ciertas texturas de la ropa, no toleran algunos abrigos; reacción desmedida ante algunos ruidos y son muy selectivos con la comida.

1.5. CAUSAS

Las causas del autismo son desconocidas; aunque en muchos casos se sospecha que se debe a cambios o mutaciones en los genes, no todos los genes involucrados en el desarrollo de esta enfermedad han sido identificados. Las investigaciones científicas han relacionado la aparición del autismo en el niño con las siguientes causas:

1.5.1. AGENTES GENÉTICOS

Se ha demostrado que en el Trastorno Autista existe una cierta carga genética. En estudios clínicos desarrollados con mellizos, se ha observado que cuando se detecta el trastorno en uno de los hermanos, existe un alto porcentaje (en torno a un 90%) de probabilidades de que el otro hermano



también lo desarrolle. Si el estudio se ha llevado a cabo en el ámbito familiar, las estadísticas muestran que existe un 5% de probabilidades de aparición en el neonato en el caso de que tenga un hermano con el trastorno, que es una probabilidad bastante superior a la que tendría en el caso de que no existieran antecedentes documentados en su familia. Estos datos indican claramente una carga genética ligada al Trastorno Autista. Las investigaciones tienen por objeto determinar los genes involucrados en la aparición del trastorno, y ya han establecido la relación directa entre la inhibición del gen de la neurexina NL1 y el desarrollo de Autismo, aunque se sabe que hay más genes implicados.

1.5.2. AGENTES NEUROLÓGICOS

Se han constatado alteraciones neurológicas, principalmente en las áreas que coordinan el aprendizaje y la conducta, en aquellos pacientes diagnosticados de Trastornos del Espectro Autista.

1.5.3. AGENTES BIOQUÍMICOS

Se han podido determinar alteraciones en los niveles de ciertos neurotransmisores, principalmente serotonina y triptófano.

1.5.4. AGENTES INFECCIOSOS Y AMBIENTALES

Determinadas infecciones o exposición a ciertas sustancias durante el embarazo pueden provocar malformaciones y alteraciones del desarrollo neuronal del feto que, en el momento del nacimiento, pueden manifestarse con diversas alteraciones como, por ejemplo, Trastornos del Espectro Autista.



1.6. DIAGNÓSTICO

Un diagnóstico temprano y una intervención terapéutica y educativa especializada son imprescindibles para garantizar un mejor desarrollo personal de los niños/as con este trastorno y una mejor calidad de vida para ellos y sus familias. El abordaje interdisciplinario del autismo es indispensable, ya que una sola disciplina no puede ni debe dar cuenta de este trastorno tan severo del desarrollo humano. (Luque, M. B. 2012)

Las señales que nos alertan sobre un posible autismo aparecen muy pronto en la vida del niño:

- Ausencia del balbuceo: la entrada del niño en el lenguaje y el modo de utilizarlo a partir de entonces es un elemento de suma importancia a la hora de diagnosticar el autismo. A menudo, no surge el balbuceo en los primeros meses.
- Detención en la entrada en el lenguaje verbal y no verbal: El lenguaje surge a partir de la transformación del balbuceo y los sonidos con los que el niño se divierte, escuchándose a sí mismo y escuchando a los otros. En el autismo, este proceso acostumbra a quedar detenido e incluso a retroceder cuando han aparecido algunas palabras. Al contrario, también podemos asistir al desarrollo precoz del lenguaje en muchos de los casos que se han denominado Síndrome de Asperger.
- Evitación de la mirada y del contacto con los otros: aislarse de los demás, jugar sólo sin necesidad de hacer participar a nadie más, un exceso de autonomía que le hace no pedir, o la tendencia a bastarse por sí mismo, son las



formas que aparentemente adquiere la desconfianza profunda en la que puede estar instalada una persona con autismo. Una mirada ausente y fija que no se dirige a nadie ni responde a ningún intercambio, o la evitación de la mirada de los demás hacia él, son signos que en la primera infancia permiten reconocer la precocidad con la que se presentan los síntomas del autismo.

- Protección del ruido y de la palabra de los demás: taparse los oídos, rechazar que el otro hable, asustarse en exceso del ruido de un avión, de una ambulancia, de petardos o incluso del ruido de algunos juguetes, son manifestaciones que dan cuenta de cómo el niño se defiende del mundo exterior, un mundo que vive como excesivo para él.

- Aparición de la angustia en situaciones aparentemente normales y/o ante la presencia de los demás: el niño con síntomas de autismo permanece encerrado en sí mismo, como si se tratase de defenderse de la amenaza que suponen los demás para él. Esta es la manera cómo interpreta su entorno aunque esto no coincida necesariamente con la realidad. Una interpretación así se produce, sobre todo, cuando al niño se le pide algo. Por más simple que sea aquello que se le pide, su vivencia de esa demanda acostumbra a ser insoportable y su respuesta es la agitación, la perplejidad o la angustia.

- Manipulación estereotipada de los objetos y fijación exclusiva a algunos en concreto: el niño con autismo encuentra en los objetos un modo de tratar su malestar. Vemos en ocasiones cómo un objeto particular puede ocupar un lugar privilegiado en su vida. De estos objetos preferidos, la persona con autismo hace un uso repetitivo, introduciéndolos en circuitos que muchas veces le tranquilizan o que, en otras ocasiones, llegan a angustiarlo por la imposibilidad de



salir de esa repetición. Algunos objetos pueden llegar a funcionar para la persona autista como un complemento que le da seguridad y le permite afrontar situaciones de cambio, incertidumbre o angustia. Es de suma importancia no considerar el uso de estos objetos como algo patológico sino como aquello que le puede facilitar acercarse a otros objetos.

- Alteración del tono muscular: las alteraciones del tono muscular se expresan en la hipersensibilidad a la estimulación de cualquiera de los cinco sentidos, la rigidez motora, la hipotonía muscular, la poca actividad física en los primeros meses de vida e incluso en la hiperactividad posterior al inicio del caminar.

La aparición de uno o de varios de estos rasgos no es determinante para concluir con un diagnóstico de Autismo.

El diagnóstico debe ser hecho por un profesional del ámbito clínico para que pueda considerar, además otros elementos que dan cuenta en profundidad de la problemática amplia del autismo.

1.6.1. ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Es fundamental que el diagnóstico sea realizado de forma interdisciplinaria por profesionales del campo de la salud tales como, Psicopedagogos, Neurólogos, Pediatras, Fonoaudiólogos, entre otros; y que dichos profesionales tengan un conocimiento y una experiencia importantes sobre el tema.



1.6.2. DIAGNÓSTICO PRECOZ

Al nacer, cada niño es objeto de los cuidados maternos o de aquellos que están con él. Será necesario un largo recorrido para pasar de ser objeto de los cuidados y atenciones de los demás a alcanzar el estatuto de un sujeto de pleno derecho. De ahí que sean tan importantes los primeros meses de vida y la acogida que le dispensan aquéllos que lo cuidan. Podemos decir que, durante los primeros años, el niño está en permanente proceso de construcción y por tanto pueden producirse obstáculos o tropiezos que marquen toda su vida.

En ocasiones, esos tropiezos se derivan de una enfermedad importante del niño, de un acontecimiento familiar mayor, o de otras tantas circunstancias que repercuten seriamente en su proceso psíquico, llevándole a interpretar el mundo que le rodea como un agente hostil y limitándose a atender a lo que siente como más próximo: su cuerpo. Pero, en la mayor parte de los casos, no es posible encontrar aquello que produjo este repliegue del niño sobre sí mismo. Sólo se observan, entonces, los efectos en la relación del niño con el adulto y con el mundo que le rodea.

Esta es su característica principal: el aislamiento del niño en la relación con el adulto. Reconocerlo y diagnosticarlo permitirá, de entrada, situar en qué momento está el niño, cuál es su estilo propio de aislarse del otro y protegerse de un mundo que interpreta como hostil, cómo es lo que ha empezado a producir como sus intereses más preciados y qué tratamiento es el más adecuado para amortiguar los síntomas de su autismo y ayudarle lo más posible a salir de él.



1.7. TRATAMIENTO

Hoy en día encontramos una amplia variedad de tratamientos, lo cual no significa que todos se pueden aplicar al mismo sujeto. Hay que realizar una adecuada evaluación acerca de que programa es el más adecuado para el niño con autismo y su familia. Algunas posibilidades son:

- **Terapia Conductual:** Se le conoce también como método Lovaas , ABA o Skinner y está basada en el conductismo. Este tratamiento enseña habilidades por medio de reforzadores y aversivos, es decir, premio y castigo, donde se abordan destrezas sociales, atención, sueño, juego, ansiedad, interacción con los padres, conductas difíciles y otras actividades. Los programas de "intervención conductual intensiva precoz" utilizan clínicos con capacitación especial, quiénes colaboran con los padres y los niños de corta edad hasta 25 horas semanales. Los programas de intervención conductual intensiva precoz pueden durar desde 12 semanas hasta 3 años.
- **TEACCH:** Se basa en la comunicación visual, por medio de imágenes y símbolos que representan conceptos o palabras .Este tratamiento es una excelente opción una vez que los niños con autismo están bajo control y pueden fijar su atención. Estos programas se ofrecen en escuelas u otros centros de enseñanza, se concentran en destrezas de aprendizaje y razonamiento y en enfoques de "vida total".
- **Tratamiento Químico y/o Fármaco:** En esta opción se utilizan medicamentos, ya que existen casos en los que el niño tiene alguna disfunción en el área cerebral como en el caso de la epilepsia. Estos medicamentos deben administrarse bajo estricta vigilancia profesional. Las investigaciones descubrieron que dos medicamentos antipsicóticos, risperidona y aripiprazol, pueden ayudar a reducir la agresión, hiperactividad, autolesión, y el sufrimiento emocional. Muchas personas que toman estos medicamentos reportan efectos secundarios tales como: aumento de peso, mucho sueño, temblores y



movimientos anormales. Por esa razón, estos medicamentos pueden ser solamente para niños con síntomas muy graves.

En Casa de Familia, institución donde se llevó a cabo el trabajo de campo, utilizan el Programa Cognitivo – Conductual (PCC), a través de intervenciones estructuradas y dirigidas por el terapeuta. Los objetivos de intervención son los siguientes:

- Enseñanza de rutinas para el aprendizaje.
- Redirección de la atención a estímulos relevantes para la ejecución.
- Discriminación sensorial.
- Enseñanza de patrones de ejecución.
- Respuesta a estímulos visuales y contextuales.
- Desarrollo de autonomía funcional.
- Desarrollo de formato comunicacional.
- Desarrollo de recursos comunicativos.
- Desarrollo de vínculos de confianza.

Los medios y técnicas utilizadas provienen de la metodología de modificación de la conducta. En este caso se crean estructuras tipo ensayo discreto como de transición para la generalización, aprovechando situaciones de la vida cotidiana, en un ambiente natural con el control de estímulos. La respuesta correcta está predeterminada y se utiliza un reforzador asociado para asegurar el aprendizaje.

La estructura de Ensayo Discreto asegura el aprendizaje de una rutina de trabajo, la adecuada dirección de la atención, la imitación, un primer y eficaz módulo comunicativo y un primer patrón de ejecución.



Las estructuras de transición y la enseñanza en un ambiente natural permiten la generalización de conductas, la asociación de éstas con sus consecuencias y la independencia progresiva del terapeuta.

El uso de claves visuales genera una autonomía progresiva, la facilitación de la respuesta, la organización externa y la noción de comienzo, curso y fin de una tarea. La enseñanza de un formato comunicacional posibilita el desarrollo de habilidades interactivas, la creación de bases no verbales para una comunicación eficaz y el redireccionamiento de algunas conductas solitarias.

1.7.1 ENSAYO DISCRETO

Esta técnica se emplea porque es clara con los objetivos y le permite al niño tener la percepción de lo que está bien y lo que está mal, ayuda al terapeuta a ser consecuente, sólido y estable y facilita la evaluación de los progresos a partir de un registro minucioso de datos. Posee una estructura compuesta por tres pilares: INSTRUCCIÓN, RESPUESTA Y REFUERZO.

La Instrucción debe ser dada de forma clara, simple y sin interrupciones, el tono de voz debe ser fuerte (no grito) y se debe mantener la consistencia en la presentación de materiales.

La Respuesta es la acción del niño en relación a la instrucción, la falta de respuesta es considerada incorrecta y hay que limitar el tiempo entre el estímulo que se le presenta y la reacción del sujeto.

El Refuerzo es la consecuencia inmediata a la respuesta dada, se utiliza un premio para una respuesta correcta y un “no” informativo para indicar la incorrecta.



1.7.2. CONDUCTAS INAPROPIADAS

Se define como conducta a cualquier forma de actividad realizada por un organismo, la cual puede ser observable en forma directa o indirecta. Hay varias clasificaciones de tipos de conductas, en este caso se utiliza la siguiente estructura:

- **Adaptativas:** es una conducta apreciada socialmente, considerada valiosa y aceptada por el entorno.
- **Desadaptativa:** acción que interfiere con la adquisición o desarrollo de las competencias sociales y con el aprendizaje formal, limitando la oportunidad de interactuar correctamente y puede resultar dañosa para sí mismo o para los demás.

Dentro de las conductas desadaptativas encontramos las **inapropiadas**, algunas de las cuales se expresan a través de gritos, llantos, ruidos, la autoestimulación, autoagresión, hiperquinesia, arrojar, romper y tocar cosas. Estas acciones desmedidas causan malestar no sólo al individuo que las realiza sino que también a su entorno, causando cansancio, frustración y angustian en sus familiares, los cuales no saben cómo manejar las situaciones y se ven sobrepasados. Si no se busca ayuda profesional para poder extinguir o modelar dichas conductas, las familias se ven agobiadas y terminan decidiendo por la aislación.

1.7.3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Todas las personas somos semejantes entre nosotros, pero a su vez somos seres único, irrepetibles, diferentes. Es por eso que los procedimientos terapéuticos pueden no ser efectivos para algunos sujetos y para otros si, por lo tanto sin importar el diseño o el empleo de las intervenciones, su efectividad va a depender de cómo se relacione las necesidades y deseos del individuo. Hay variadas técnicas



para modificar, moldear y o extinguir conductas, tenemos que utilizar la más conveniente en relación a las particularidades y situaciones de cada individuo. Algunos programas utilizados son:

- Corrección Verbal: se basa en la repetición de la instrucción dada con un ¡No! antepuesto, pudiéndose ser suave o fuerte, de acuerdo a como fue programado. Para la aplicación de esta técnica se deben tener en cuenta las siguientes reglas:
 1. Aplicar inmediatamente después del tiempo que se le da al niño para obedecer. Por lo general, son de 3 a 5 segundos.
 2. Aplicar con tono de voz grave, acompañando con una expresión facial seria de enojo.
 3. No reforzar nunca después de una corrección.
 4. Respetar la misma instrucción.
 5. Respetar el ¡No! programado, ya sea suave o fuerte.

- Corrección Física: consiste en llevar al niño a realizar la conducta esperada, a través de la acción física. Para ser aplicada deben respetarse las siguientes reglas:
 1. Aplicar inmediatamente después del tiempo de espera establecido.
 2. Aplicar con tono de voz grave, en conjunto de una expresión facial seria de enojo.
 3. No reforzar nunca después de una corrección.
 4. Respetar la misma instrucción.
 5. Aplicar el ¡No! programado, ya sea suave o fuerte.

- Interrupción de Respuesta: esta técnica trata de cortar la presentación de la conducta inmediatamente a su aparición, debe aplicarse con constancia.



- Extinción: es la eliminación o discontinuación del reforzador de una conducta anteriormente reforzada, ignorando dicha conducta. Hay que tener en cuenta que la conducta puede aumentar o disminuir violentamente luego de que se elimine el reforzador.

- Restricción Física: se restringe la conducta utilizando la fuerza física, es decir, se sujeta al niño de tal manera que no tenga oportunidad de moverse. Al principio esto lo inquieta o irrita, pero posteriormente se calma. Esta técnica es muy aversiva y se aplica solo en casos que son estrictamente necesarios. Las reglas de la restricción son:

1. Debe aplicarse inmediatamente después de que se presente la conducta.
2. El terapeuta debe tener cuidado de no lastimar al niño, es posible que el niño golpee, sin querer, con la cabeza o codo al terapeuta al sentirse inmovilizado.
3. Se debe tener descrita con anterioridad en qué consiste la restricción física y la forma de aplicación.

- Tiempo Fuera: consiste en retirar al niño del ambiente donde se encuentra que resulta reforzante de dicha conducta para colocarlo en otro que no lo sea, por un período de tiempo limitado y específico. Existen tres tipos de tiempo fuera:

1. Observacional: se quita todo los estímulos y se suspende toda actividad mientras se observa inmóvil y en silencio al niño.
2. Exclusión: ídem al anterior, pero se le suma que el terapeuta no mantiene contacto visual, dándole la espalda al niño.
3. Aislamiento: se aísla al sujeto de todo estímulo y distracciones.



Esta técnica requiere de ciertas normas para su aplicación tales como:

1. Tiempo de duración (generalmente 1 minuto por año de vida).
2. Debe ser constante.
3. Se debe cuidar que el lugar donde se coloque al niño no sea agradable para él.

- **Saciedad:** es la realización continua y aumentada de la conducta, con el fin de que se vuelva desagradable para el niño o le provoque cansancio. Por ejemplo: si el niño tira objetos, se le obliga a recogerlos y tirarlos un número n de veces. Las normas que se emplean en esta técnica son las siguientes:

1. Aplicarse inmediatamente a la presencia de la conducta.
2. Se debe establecer el número de repeticiones y completarse siempre.
3. Se debe describir la forma detallada en la que se realizará la prueba.

- **Reforzamiento de conductas incompatibles:** consiste en reforzar sistemáticamente una conducta contraria a la conducta desadaptativa que evita que suceda la primera. Este método es muy efectivo. Al aplicar esta técnica debemos tener en cuenta:

1. La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente.
2. Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad.

- **Desensibilización:** esta técnica consiste en un proceso de disminución sistemática de determinadas reacciones como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones. Los elementos que se deben procurar obedecer para su aplicación son:



- Identificar con anterioridad la conducta problema.
 - Describir específicamente los elementos que componen la conducta.
 - Determinar cuantas veces se llevará a cabo la prueba.
- Castigo: es la aplicación de un estímulo aversivo cuando se presenta la conducta inadecuada. Las reglas del castigo son:
 1. Debe ser autorizado por escrito por los padres o tutor legal.
 2. Los padres deben de tener pleno conocimiento sobre la forma en que se aplica el castigo.
 3. El golpe aplicado se le conoce como “terapéutico”, ya que consiste en un golpe que causa ardor y dolor, pero que no lastima ni deja ninguna marca.
 4. El terapeuta debe tener un entrenamiento previo donde practique el golpe en sí mismo y en compañeros, hasta que lo domine correctamente, de tal manera que asegure no lastimar al niño. La preparación es muy dolorosa para el terapeuta.
 5. Debe aplicarse inmediatamente después de la conducta inadecuada.
 6. El castigo debe de ir acompañado de una instrucción con un ¡No! antepuesto.
 7. Se aplica exclusivamente en casos de conductas auto lesivas, agresivas o que signifiquen extremo peligro para el niño.



1.8. TEORÍAS DEL DESARROLLO

Los diferentes factores biológicos, psicológicos, socioculturales y del ciclo vital determinan el desarrollo humano; las aproximaciones teóricas intentan explicar cómo se da éste y la importancia que tiene en la vida de los individuos.

El desarrollo humano es un proceso complejo que se divide en 4 dimensiones: física, cognoscitiva, emocional y social. Aunque cada dimensión hace hincapié en un área particular hay una interdependencia entre las mismas. El desenvolvimiento y constitución de cada uno de nosotros como sujetos únicos, es el producto de la integración e interdependencia de estas áreas o dimensiones del desarrollo.

El Desarrollo Físico incluye las bases genéticas del desarrollo, es el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales. Se relaciona con temas de cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas y el funcionamiento sexual.

El Desarrollo Cognitivo incluye los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación. Incluye influencias tanto hereditarias como ambientales en el proceso de desarrollo.

El Desarrollo Emocional se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos. Incluye el desarrollo del concepto de sí mismo y de la autonomía y un análisis del estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación.

El Desarrollo Social hace referencia al desarrollo moral de los padres y la familia, donde se discute sobre el matrimonio, trabajo, roles vocacionales, empleo, entre otras cuestiones.



Ninguna teoría del desarrollo es suficientemente amplia para explicar todos los aspectos que intervienen en la formación del ser humano. Algunas teorías le dan más importancia a los factores biológicos y otras a los ambientales en relación al desarrollo del sujeto. Pero ninguna teoría puede englobar todos los aspectos de un individuo debido a la complejidad del mismo. A continuación se van a desarrollar algunas de las mismas por considerarlas relevantes en la realización del presente trabajo.

1.8.1. TEORÍA PSICOANALÍTICA

En este postulado encontramos los supuestos de Sigmund Freud, donde estableció etapas de desarrollo en base a la sexualidad. Este tipo de desarrollo se debe a que los seres humanos son impulsados por instintos primarios, sobre todo sexuales y agresivos. Desde que nacemos, según Freud todos poseemos una libido instintiva, él creía que la personalidad se establece por la edad de cinco años y que las primeras experiencias tienen un papel muy importante en el desarrollo de la personalidad.

Propuso cinco etapas de desarrollo psicosexual, cada una está dominada por una zona erógena. Las fases propuestas son las siguientes:

1. La fase oral: se desarrolla desde el nacimiento hasta aproximadamente un año de edad. En este caso, la zona erógena es la boca. El bebé no sólo recibe la nutrición de la mamá, si no también logra la satisfacción de la experiencia de la succión. En este caso, chupar satisface el deseo sexual.

Si el bebé recibe consuelo y el amor de su madre, va a completar esta etapa. De lo contrario, si la madre no alimenta al bebé con regularidad puede desarrollar una neurosis. El bebé se obsesiona con el logro de la satisfacción de lo que se siente



privado. La neurosis tiene un gran impacto en el desarrollo de la personalidad. El bebé se va a fijar en la fase oral y no va a progresar plenamente a las próximas etapas, va a crecer y se convertirá en una personalidad oral.

2. La fase anal: Freud llamó así a esta etapa porque en este caso la zona erógena es el ano. La fase anal, de dos a tres años, se experimenta sólo por aquellos que no se fijaron en la fase oral.

A esta edad el niño empieza a usar el sanitario. Si sus padres le dan demasiadas recompensas para esta acción, el niño puede llegar a sentirse posesivo sobre su defecación. Como resultado, el niño obtendrá placer gracias a sus heces.

Si los padres son demasiado estrictos, el niño se puede fijar a la fase anal. Un niño que reciba un tratamiento estricto de sus padres durante la fase anal se puede convertir en una personalidad anal expulsiva y llegar a ser desordenado e irresponsable. Por otra parte, el niño puede convertirse en una personalidad anal retentivo, creciendo hasta ser obstinado, demasiado ordenado y justo.

El Yo aparece por primera vez durante la fase anal. A partir de ahora el Ello ya no tendrá control directo sobre cada acción del niño.

3. La fase fálica: Comienza a los tres años y se termina cuando el niño tiene aproximadamente cinco. La zona erógena es la región de los genitales. Freud creía que los niños tienen sentimientos sexuales. Según su teoría, los niños dirigen sus deseos sexuales sobre el padre del sexo opuesto y tratan de aniquilar el padre del mismo sexo. Freud llamó a esto el complejo de Edipo. El niño empieza a sentir atracción por su madre y considera a su padre un rival. Siente como si su padre no debería existir. El niño tiene miedo de un determinado tipo de castigo por parte de su padre: la castración. El infante puede sufrir de ansiedad de castración.



En las niñas, se produce el complejo de Elektra. Es un poco diferente, porque las niñas no sufren de ansiedad de castración, por razones obvias. Freud sugirió que las niñas creen que ya han sido castradas. Como resultado, sufren de envidia del pene.

Durante esta fase, el superyó aparece por primera vez. Las normas morales de los padres son asimiladas en la personalidad del niño.

Si una niña se fija en este momento, podría seguir sufriendo de la envidia del pene. Un niño que se fija en la fase fálica podría continuar teniendo miedo a la castración. Como consecuencia, los niños y las niñas pueden llegar a ser amantes fríos.

4. La fase de latencia: esta etapa se desarrolla desde los seis años hasta la pubertad. Durante este período se suprimen los intereses de la libido. Esta etapa se define como un período de calma. A los seis años el niño entra en la escuela y se vuelve más interesado en el desarrollo de las relaciones sociales. La fase de latencia es importante en el desarrollo de las habilidades sociales.

5. La fase genital: esta etapa comienza durante la pubertad y dura para el resto de la vida de una persona. La gente empieza a desarrollar un fuerte interés sexual para el sexo opuesto. Si se han completado las fases anteriores, el individuo ahora debe estar bien equilibrado.

Esta teoría fue criticada sobre todo porque es demasiado vaga y se basa sólo en estudios de casos y no en la investigación empírica.



1.8.2. TEORÍA PSICOGENÉTICA

Piaget (1985) descartó la idea de que la evolución del pensamiento y el desarrollo cognoscitivo fuese un proceso continuo o simplemente lineal, describiendo en cambio períodos o estadios en los que se configuran determinados esquemas característicos y en los que se generan las condiciones para que se produzca el salto al próximo estadio, caracterizado de una nueva manera y por nuevos esquemas. En algunos prevalece la «asimilación», en otros la «acomodación». Definió esencialmente una secuencia de cuatro grandes estadios o períodos, que a su vez se subdividen. Los mismos se suceden, de acuerdo a la «epistemología genética» piagetana de modo tal que en cada uno de ellos se generan (a eso se refiere aquí el término «genético») las condiciones cognoscitivas a nivel del pensamiento para que pueda aparecer el estadio siguiente.

1. Período sensorio-motor: desde el nacimiento hasta aproximadamente los dos años. En este estadio el niño usa sus sentidos (que están en pleno desarrollo) y las habilidades motrices para conocer aquello que le circunda, confiándose inicialmente en sus reflejos y, más adelante, a la combinatoria de sus capacidades sensoriales y motrices. Aparecen los primeros conocimientos y se prepara para luego poder pensar con imágenes y conceptos.

Los niños construyen su comprensión del mundo a través de la coordinación de sus experiencias sensoriales (como la visión y la audición) con las acciones físicas y motrices. Comienzan a poner en uso ciertas funciones cognitivas como la memoria y el pensamiento. Se sirven de la imitación para ampliar su repertorio conductual.

Este período de la inteligencia sensorio-motriz puede subdividirse a su vez en otros seis estadios o subetapas. La secuencia de los estadios es la regularidad más importante para Piaget, no así la edad precisa de su aparición:



- Uso de los reflejos: esta etapa se desarrolla desde el nacimiento y se trata de la actividad principal del primer mes de vida, caracterizado por el ejercicio de actos reflejos que obedecen a tendencias instintivas destinadas a la satisfacción de necesidades elementales (la nutrición por ejemplo) relacionadas con determinados reflejos (el reflejo de succión).
- Reacciones circulares primarias: este estadio se desarrolla aproximadamente desde el primer mes al cuarto mes y medio de vida. Se caracteriza por la reiteración voluntaria de una actividad refleja que ha proporcionado placer. Se dice entonces que el ser humano desarrolla «reacciones circulares primarias», esto es, reitera acciones casuales que primariamente fueron placenteras. Un ejemplo típico es la succión del propio dedo, o de otras partes del cuerpo como sustituto de la succión del pezón. Se denomina primaria porque están centradas en el propio cuerpo. Cabe señalar aquí, que el reflejo de succión del propio dedo ya existe en la vida intrauterina.
- Reacciones circulares secundarias: entre el cuarto mes y medio de vida y aproximadamente los 8 o 9 meses, principalmente gracias a la aparición de la capacidad de coordinar los movimientos de las extremidades con los de los globos oculares, el infante puede realizar una prensión dirigida de los objetos («supervisada» visualmente), con lo que su comportamiento puede ahora orientarse hacia el ambiente externo, buscando aprender o mover objetos de manera dirigida, observando los resultados de sus acciones. Así, por ejemplo, puede repetir un esquema para reproducir un determinado sonido y obtener nuevamente la gratificación que le provoca. Sobre la base de estas reacciones circulares secundarias se instalan los primeros hábitos motores y se estructuran percepciones mejor organizadas.



- Coordinación de esquemas secundarios: se denomina así al estadio entre los 8 o 9 meses y los 11 o 12 meses caracterizado por la coordinación de los esquemas sensoriomotrices secundarios con el objeto de su generalización y aplicación a situaciones nuevas.

- Reacciones circulares terciaria: ocurren entre los 13 y los 17 meses de vida. Consisten en el mismo proceso descrito anteriormente aunque con importantes variaciones, siendo la principal de ellas el utilizar nuevos medios para conseguir un objetivo que ya le es conocido. Por ejemplo, tomar un objeto y utilizarlo para alcanzar a tocar diversas superficies. Es en este momento que el infante comienza a tener noción de la permanencia de los objetos. Antes de este momento, si el objeto no está en el campo alcanzable por sus sentidos, para él, literalmente, el objeto "no existe".

- Aparición incipiente del pensamiento simbólico: tras los 18 meses el niño está ya potencialmente capacitado para anticipar los efectos simples de las acciones que está realizando o ya puede realizar una rudimentaria descripción de algunas acciones diferidas u objetos no presentes pero que ha percibido. Está, también, capacitado para efectuar secuencias de acciones con propósito definido tales como utilizar un objeto para abrir una puerta, utilizar a modo de «herramienta» un palo para atraer hacia sí un objeto que está fuera de su alcance. Comienzan, además, los primeros juegos simbólicos, es decir, los que proponen una situación imaginada, del tipo «hacer como si...» o «jugar a que...».

2. Estadio preoperatorio: tiene lugar aproximadamente entre los 2 y los 7 años de edad. Se caracteriza por la interiorización de las reacciones de la etapa anterior dando lugar a acciones mentales que aún no son categorizables como operaciones por su vaguedad, inadecuación o falta de reversibilidad.



Son procesos característicos de esta etapa: el juego simbólico, la centración, la intuición, el animismo, el egocentrismo, la yuxtaposición y la falta de reversibilidad (inhabilidad para la conservación de propiedades).

3. Estadio de las operaciones concretas: de 7 a 11 años de edad. Cuando se habla aquí de operaciones se hace referencia a las operaciones lógicas usadas para la resolución de problemas. El niño en esta fase o estadio ya no sólo usa el símbolo, si no que es capaz de usarlos de un modo lógico y, a través de la capacidad de conservar, llega a generalizaciones atinadas.

Alrededor de los 6/7 años el niño adquiere la capacidad intelectual de conservar cantidades numéricas: longitudes y volúmenes líquidos. Aquí por conservación se entiende la capacidad de comprender que la cantidad se mantiene igual aunque varíe su forma. Antes, en el estadio preoperativo por ejemplo, el niño ha estado convencido de que la cantidad de un litro de agua contenido en una botella alta y larga es mayor que la del mismo litro de agua trasegado a una botella baja y ancha (aquí existe un contacto con la teoría de la Gestalt). En cambio, un niño que ha accedido al estadio de las operaciones concretas está intelectualmente capacitado para comprender que la cantidad es la misma (por ejemplo un litro de agua) en recipientes de muy diversas formas.

Alrededor de los 7/8 años el niño desarrolla la capacidad de conservar los materiales. Por ejemplo: tomando una bola de arcilla y manipulándola para hacer varias bolillas el niño ya es consciente de que reuniendo todas las bolillas la cantidad de arcilla será prácticamente la bola original. A la capacidad recién mencionada se le llama reversibilidad.

Alrededor de los 9/10 años el niño ha accedido al último paso en la noción de conservación: la conservación de superficies. Por ejemplo, puesto frente a



cuadrados de papel se puede dar cuenta que reúnen la misma superficie aunque estén esos cuadrados amontonados o aunque estén dispersos.

4. Estadio de las operaciones formales: desde los 12 en adelante.

El sujeto que aún se encuentra en el estadio de las operaciones concretas tiene dificultad en aplicar sus conocimientos o habilidades, adquiridos en situaciones concretas, a situaciones abstractas. Si un adulto le dice "no te burles de él porque es gordo... ¿qué dirías si te sucediera a ti?", la respuesta del sujeto en el estadio de las operaciones concretas sería: YO no soy gordo. Debido a la incapacidad de considerar a nivel de pensamiento dos variables a la vez, o por el hecho de no haber accedido a la noción de conservación, antes del estadio de las operaciones formales un sujeto podría, por ejemplo, pensar que tras ordenar su maleta, esta pesará menos porque tiene más espacio libre.

De acuerdo con esta teoría, desde los 12 años en adelante el cerebro humano estaría potencialmente capacitado para las funciones cognitivas realmente abstractas, puesto que ya estarían afianzadas todas las nociones de conservación, existiría la capacidad para resolver problemas manejando varias variables, habría reversibilidad del pensamiento y se podría así acceder al razonamiento hipotético deductivo.

En relación al funcionamiento de la inteligencia, Piaget propone dos conceptos, el de asimilación y el de acomodación.

1.8.2.1. ASIMILACIÓN

El proceso de asimilación consiste en la *interiorización* o *internalización* de un objeto o un evento a una estructura comportamental y cognitiva preestablecida. Por ejemplo, el niño utiliza un objeto para efectuar una actividad que preexiste en su repertorio motor o para decodificar un nuevo evento basándose en experiencias y elementos que ya le eran conocidos (por ejemplo: un bebé que



aferra un objeto nuevo y lo lleva a su boca, -el aferrar y llevar a la boca son actividades prácticamente innatas que ahora son utilizadas para un nuevo objetivo-).(Piaget, 2000)

1.8.2.2. ACOMODACIÓN

Acto de cambiar nuestros procesos mentales cuando un nuevo objeto o idea no encaja en nuestros conceptos y el proceso de acomodación es entendido como la modificación de la estructura cognitiva o del esquema comportamental para acoger nuevos objetos y eventos que hasta el momento eran desconocidos para el niño (en el caso ya dado como ejemplo, si el objeto es difícil de aferrar, el bebé deberá, por ejemplo, modificar los modos de aprehensión).

Ambos procesos (asimilación y acomodación) se alternan dialécticamente en la constante búsqueda de equilibrio (homeostasis) para intentar el control del mundo externo (con el fin primario de sobrevivir).

Cuando una nueva información no resulta inmediatamente interpretable basándose en los esquemas preexistentes, el sujeto entra en un momento de crisis y busca encontrar nuevamente el equilibrio (por esto en la epistemología genética de Piaget se habla de un equilibrio fluctuante), para esto se producen modificaciones en los esquemas cognitivos del niño, incorporándose así las nuevas experiencias.(Piaget, 2000).

1.9. NEURODESARROLLO

El neurodesarrollo es un proceso continuo de adquisición de habilidades, capacidades, conocimientos, actitudes y funciones que se presentan a lo largo de la vida. Se manifiesta como cambios sistemáticos en el individuo a través de sus conductas, pensamientos, sentimientos y expresiones verbales.



Ese proceso es influido, favorable o desfavorablemente por una serie de variables biológicas, sociodemográficas y ambientales; por eso es necesario considerarlas en los instrumentos de medición del neurodesarrollo infantil para conocer los factores que pueden estar impidiendo un desarrollo normal.

Debido a que este progreso se expresa a través de conductas y habilidades que el niño adquiere paulatinamente en relación directa a la maduración e integración del sistema nervioso central, los mejores indicadores para evaluar si todo marcha bien o si existe alguna alteración o algún retraso son justamente esas conductas observables en el niño.

1.9.1. NEUROCIENCIAS

La Neurociencia no sólo no debe ser considerada como una disciplina, sino que es el conjunto de ciencias cuyo sujeto de investigación es el sistema nervioso con particular interés en cómo la actividad del cerebro se relaciona con la conducta y el aprendizaje. El propósito general de la Neurociencia, declaran Kandel, Schwartz y Jessell (1997), es entender cómo el encéfalo produce la marcada individualidad de la acción humana.

El término "Neurociencias", afirma Beiras (1998), hace referencia a campos científicos y áreas de conocimiento diversas, que, bajo distintas perspectivas de enfoque, abordan los niveles de conocimiento vigentes sobre el sistema nervioso. Es, por tanto, una denominación amplia y general, toda vez que su objeto es extraordinariamente complejo en su estructura, funciones e interpretaciones científicas de ambas. Se hace Neurociencia, pues, desde perspectivas totalmente básicas, como la propia de la Biología Molecular, y también desde los niveles propios de las Ciencias Sociales. De ahí que este constructo involucre ciencias tales como: la neuroanatomía, la fisiología, la biología molecular, la química, la neuroinmunología, la genética, las imágenes neuronales, la neuropsicología y las ciencias computacionales. El funcionamiento del cerebro es un fenómeno múltiple,



que puede ser descripto a nivel molecular, celular, organizacional del cerebro, psicológico y/o social. Esta disciplina representa la suma de esos enfoques.

La misión de la neurociencia es explicar la conducta humana con relación a las actividades del cerebro. Al saber como funciona este los maestros podrán diseñar mejores currículos, concebir mejores estrategias, aumentar la inteligencia emocional, mejorar la capacidad de retener información y mejorar el aprovechamiento académico.

Introducirse en el complejo entramado de la evolución del cerebro para educar y ser educado abre un espacio de posibilidades en el escenario pedagógico. El cerebro determina lo que puede ser aprendido, cómo, cuánto y con qué rapidez. Muchos son los mecanismos cerebrales que subyacen al aprendizaje y la memoria, los efectos de la genética, el entorno, la emoción y la edad en el aprendizaje brindan la oportunidad para transformar las estrategias educativas e idear programas que optimicen el aprendizaje. Esto es posible si comprendemos cómo el cerebro adquiere y conserva información y destrezas y cómo somos capaces de alcanzar los límites de su capacidad para aprender (Blakemore y Frith, 2007). En este sentido, la neurociencia cognitiva ha contribuido al conocimiento de los fenómenos conscientes, pensamientos, emociones, creencias, conflictos, preferencias y relaciones de nuestras experiencias y vivencias con las áreas cerebrales.



Capítulo II: Aprendizaje

2.1. DEFINICIÓN

Según Paín (1985) en el aprendizaje intervienen cuatro niveles que se implican mutuamente: el organismo, el cuerpo, la inteligencia y el deseo. Al respecto Alicia Fernandez (1987) dice que para que “el ser humano pueda aprender debe poner en juego:

- Su organismo individualmente heredado.
- Su cuerpo construido especularmente.
- Su inteligencia autoconstruida interaccionalmente.
- La arquitectura del deseo, que es siempre deseo del deseo del Otro.

Analizando a ambas autoras y al recorrido que han realizado las mismas, se puede decir que toman al aprendizaje como un conjunto de factores que forman un todo, donde todas las partes se vinculan y es necesario que en su totalidad funcionen de forma correcta para un adecuado aprendizaje.

Alicia Fernandez, en sus años de profesional ha ido construyendo el concepto de aprender, en su último libro agrega como un factor importante, “la Atención”. Este dispositivo básico del aprendizaje tiene la misma importancia que el resto de los componentes anteriormente mencionados. El individuo necesita de este conjunto para su normal desarrollo.

El aprendizaje es entendido también como el proceso por el cual una persona es entrenada para dar una solución a situaciones; tal mecanismo va desde la adquisición de datos hasta la forma más compleja de recopilar y organizar la información.



El aprendizaje tiene una importancia fundamental para el hombre, ya que, cuando nace, se halla desprovisto de medios de adaptación intelectuales y motores. En consecuencia, durante los primeros años de vida, el aprendizaje es un proceso automático con poca participación de la voluntad, después el componente voluntario adquiere mayor importancia (aprender a leer, aprender conceptos, etc.), dándose un reflejo condicionado, es decir, una relación asociativa entre respuesta y estímulo. A veces, el aprendizaje es la consecuencia de pruebas y errores, hasta el logro de una solución válida. De acuerdo con Pérez Gómez (1992) el aprendizaje se produce también, por intuición, o sea, a través del repentino descubrimiento de la manera de resolver problemas.

2.2. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE

Los paradigmas de aprendizaje han sufrido transformaciones significativas en las últimas décadas, lo que ha permitido evolucionar, de modelos educativos centrados en la enseñanza a modelos dirigidos al aprendizaje, y además se produjo un cambio en los perfiles de maestros y alumnos, en éste sentido, los nuevos modelos educativos demandan que los docentes transformen su rol de expositores del conocimiento al de monitores del aprendizaje, y los estudiantes, de espectadores del proceso de enseñanza, al de integrantes participativos, propositivos y críticos en la construcción de su propio conocimiento.

2.2.1. TEORÍA CONDUCTISTA

Como autor referente de esta teoría se encuentra Skinner, él junto a sus contemporáneos proponen en el marco del aprendizaje un modelo racional, dónde éste es tomado como el resultado de la relación estímulo respuesta y de la aplicación de las contingencias de refuerzo. Los objetivos son



propuestos por el docente, los mismos deben estar detallados y expresar la conducta observable del aprendiz. Los materiales de trabajo se organizan en pequeños pasos para que el alumno participe activamente. Las evaluaciones se realizan en base a la congruencia entre los logros y los objetivos. El énfasis de esta teoría son los contenidos y la modificación de la conducta.

2.2.2. TEORÍA CIGNITIVA

Los protagonistas de esta teoría son Bruner, Ausubel y Rogers. Ellos proponen una programación flexible, un proceso activo donde la información debe estar relacionada con la estructura cognitiva. Se oponen a los conocimientos adquiridos de forma automática y memorística. Toman a los objetivos como un factor motivante y de orientación para el alumno, los mismos deben estar en concordancia con el comportamiento que se quiere lograr y deben ser establecidos por el grupo, en función a sus necesidades. Toman al aprendizaje como un proceso de búsqueda, fortalecimiento y desarrollo de las potencialidades del aprendiz. Se evalúan todas las etapas de dicho proceso, el criterio es definido por los alumnos en función de los objetivos previstos. Esta teoría centra la importancia en el desarrollo de las relaciones sociales y el desarrollo personal.

2.2.3. APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Algunos de los precursores de esta teoría son Ausubel, Khun, Toulmin, entre otros. Estos autores postulan dos tipos de aprendizaje, El Receptivo, en donde se presenta de forma totalmente acabada el contenido final para ser aprendido, y El Aprendizaje por Descubrimiento, en cuyo caso no se entrega al estudiante el contenido final acabado sino que éste tiene que ser descubierto. Para ellos el factor más importante es lo que el alumno ya sabe, por lo tanto los objetivos son fijados en función a estos pre-saberes de los aprendices y los criterios de evaluación son establecidos por el grupo en función a los objetivos.



2.2.3. TEORÍA CONSTRUCTIVISTA

Como autor principal encontramos a De Gregory, quién propone una programación delineada en tres dimensiones: contenido, alumno y contexto. Partiendo de la experiencia y los conocimiento previos, propone al estudiante como constructor de su propio conocimiento, detectando cuales son sus intereses y necesidades es que se planifican las actividades. Toman la evaluación como un proceso continuo de observación y centran su atención en el proceso didáctico que realiza el alumno y su esquema de pensamiento.

2.3. DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

Dificultad de aprendizaje es un término general que se refiere a un grupo heterogéneo de trastornos que se manifiestan por dificultades significativas en la adquisición y uso de la escucha, habla, lectura, escritura, razonamiento o habilidades matemáticas. Estos trastornos son intrínsecos al individuo, suponiéndose debidos a la disfunción del sistema nervioso central, y pueden ocurrir a lo largo del ciclo vital. Pueden existir juntos con las dificultades de aprendizaje, problemas en las conductas de autorregulación, percepción social e interacción social, pero no constituyen por sí mismas una dificultad de aprendizaje. Aunque las dificultades de aprendizaje pueden ocurrir concomitantemente con otras condiciones incapacitantes (por ejemplo deficiencia sensorial, retraso mental, trastornos emocionales graves) o con influencias extrínsecas (por ejemplo diferencias culturales, instrucción inapropiada o insuficiente), no son el resultado de estas condiciones o influencias. (Nacional Joint Comité on Learning Disabilities, 1988)



2.4. DIDÁCTICA

Por lo desarrollado anteriormente es necesario conocer las fortalezas y debilidades de los niños con TEA para que los docentes puedan implementar las diferentes herramientas de la comunicación en el acto didáctico.

La didáctica es definida como “la disciplina científico-pedagógica que tiene como objeto de estudio los procesos y elementos existentes en la enseñanza y el aprendizaje.(Diccionario Salamanca de la Lengua Española,1996.)

En otras palabras, es la rama de la pedagogía que permite abordar, analizar y diseñar los esquemas y planes destinados a plasmar las bases de cada teoría pedagógica.

Esta disciplina que sienta los principios de la educación y sirve a los docentes a la hora de seleccionar y desarrollar contenidos persigue el propósito de ordenar y respaldar tanto los modelos de enseñanza como el plan de aprendizaje. Se le llama acto didáctico a la circunstancia de la enseñanza para la cual se necesitan ciertos elementos: el docente (quien enseña), el discente (quien aprende) y el contexto de aprendizaje.

2.4.1 CLASIFICACIÓN

En cuanto a la clasificación de la didáctica, puede ser entendida de diversas formas: exclusivamente como una técnica, como una ciencia aplicada, simplemente como una teoría o bien como una ciencia básica de la instrucción. Los modelos didácticos, por su parte, pueden estar caracterizados por un perfil teórico (descriptivos, explicativos y predictivos) o tecnológico (prescriptivos y normativos).

Cabe resaltar que, a lo largo de la historia, la educación ha progresado y, en el marco de esos avances, las referencias didácticas se han modernizado.



En un primer momento, por ejemplo, existió un modelo que hacía hincapié tanto en el profesorado como en el tipo de contenido proporcionado al alumno (modelo proceso-producto), sin tomar en cuenta el método elegido, el marco de la enseñanza y al educando.

Con los años, se adoptó un sistema de mayor actividad donde se intenta estimular las habilidades creativas y la capacidad de comprensión valiéndose de la práctica y los ensayos personales. Por otra parte, el denominado modelo mediacional busca generar y potenciar las destrezas individuales para llegar a una autoformación. Con las ciencias cognitivas al servicio de la didáctica, los sistemas didácticos de los últimos años han ganado en flexibilidad y poseen un alcance mayor.

En la actualidad existen tres modelos didácticos bien diferenciados: el normativo (centrado en el contenido), el iniciativo (focalizado en el alumno) y el aproximativo (para quien prima la construcción que el alumno haga de los nuevos conocimientos).

La educación, fue cambiando y adaptándose a los tiempos, los modelos didácticos también se modificaron. Lo que hace veinte años era recomendable y se aplicaba en todas las escuelas, hoy en día no sólo no se usa sino que se considera negativo para la educación.

En sus comienzos, la educación se regía por un modelo didáctico tradicional, que se centraba en enseñar sin importar demasiado cómo, no se estudiaban los métodos a fondo, ni los contextos en los que se intentaba impartir el conocimiento o la situación de cada individuo. Actualmente a la hora de intentar enseñar es muy importante utilizar una didáctica que incluya el análisis previo del contexto de los alumnos en general y de cada individuo, que busque acercarse a cada uno y desarrollar las capacidades de autoformación, imprescindibles para que los conocimientos alcanzados puedan ser aplicados en la vida cotidiana de los individuos. (Mattos, 1963)



2.5. CURRÍCULUM

El Trastorno del Espectro Autista afecta significativamente el área de la comunicación y la interacción social por ende, es necesario, en muchas ocasiones, adaptar el currículum, considerando al mismo como un “contrato entre lo que la sociedad espera de la institución educativa y de lo que los responsables admiten que ella ofrezca, en término de contenidos de enseñanza, de marco pedagógico y como una herramienta de trabajo en las instituciones educativas y en las aulas. Se trata de un contrato y de una herramienta en permanente evolución” (Ferreyra Horacio 2001).

Para Taylor y Richards (1979) el currículum se refiere al *contenido de la educación* o, más ampliamente según Engler (1970), a la suma total de dicho contenido: Los términos de *currículum* y *contenido de la educación* señalan Taylor y Richards significan una y la misma cosa. Esta es una asunción válida si por *contenido de la educación* queremos decir el curso de estudio que se ha de seguir para adquirir una educación”

Sin embargo, continúan afirmando dichos autores que currículum también se refiere al *conocimiento disciplinar* que ha de ser estudiado, a la *experiencia educativa* que aporta la escuela, o más simplemente a las *materias de aprendizaje*. También indican que el currículum, como contenido, hace referencia a la experiencia que aporta la escuela, que supone, sin duda, una perspectiva más amplia y cualitativamente más comprensiva que las anteriores. En este caso, se enfatiza no obstante la propia influencia y las experiencias de todo tipo que la escuela constante o incidentalmente crea. “Por currículum entiendo lo que los estudiantes tienen la oportunidad de aprender en la escuela, a través tanto del currículum oculto, como del currículum explícito, y también lo que no tienen oportunidad de aprender por que ciertas materias no están incluidas en el (currículum nulo)” (McCutcheon, 1982).



Hasta cierto punto, esta última definición se acerca a la comprensión del currículum como realidad interactiva, en el sentido de que el conocimiento que un alumno aprende no está enteramente comprendido por el contenido seleccionado, sino también por todos aquellos significados, patrones de conducta, valores morales, etc., que subyacen a la experiencia educativa, o que, por el contrario, son prohibidos u obviados en ella (Torres, 1991).

El currículum como planificación, además de retomar y abarcar las concepciones anteriores, puesto que inevitablemente ha de incluir el contenido educativo, señala el marco ideal dentro del cual se desarrollará la labor educativa, y expone justificadamente los criterios que subyacen a las decisiones permisibles sobre la misma. La planificación curricular no es, por ello, el currículum operativo, no son las acciones y las decisiones, pero las determina y vehicula. El currículum operativo o en uso es, pues, el resultado de llevar a la práctica las prescripciones del currículum planificado.

2.5.1. TIPOS DE CURRÍCULUMS

Existen diferentes tipos de currículum. Posner (1998) menciona los siguientes:

1. El currículum oficial: el cual está “descrito en forma documental a través de planes y programas” este tipo de currículum debe estar registrado en las instancias correspondientes y llevarse a cabo tal y como está establecido.
2. El currículum operacional, también conocido como pensado o vivido: “es aquél que está incorporado a las prácticas y pruebas de enseñanza reales” o sea que es aprendida en base a los conocimientos y a la experiencia que cada uno de las personas va adquiriendo a lo largo de su vida es decir cuando se pase de la teoría a la práctica.



3. El currículum oculto: “Representado por las normas institucionales y valores no reconocidos abiertamente por profesores y funcionarios escolares, su profundidad e impacto a veces llega a resultar mayores que los del currículum oficial” , es decir, algunos maestros no lo reconocen pero siempre está presente.

4. El currículum nulo: “tema de estudio no enseñado o que siendo parte del currículum no tiene aplicabilidad ni utilidad aparente llegándose a considerarse como materias y contenidos superfluos” son contenidos que el maestro en ocasiones no toma en cuenta, por lo tanto no se puede decir que no sirve ya que de alguna u otra manera se utilizan.

Existen diferentes categorías de currículum nulo como son:

- Por omisión: “se produce cuando no se incluyen en la programación importantes puntos necesarios para su aplicación durante el ejercicio profesional”, esto quiere decir que el maestro omite algunos datos sobre los contenidos de alguna materia.
- Por frondosidad: a diferencia del anterior este “se trata de elementos programáticos demasiado amplios en su diseño” es decir cuando un maestro excede de explicaciones sobre un tema en específico que no requiere mayor explicación.
- Por reducción cronológica: “son aquellos elementos que debieron ser elaborados durante un tiempo mayor” es decir que el maestro trata de que los alumnos comprendan tal información, pero él no les proporciona más horas para su mayor y mejor conocimiento.
- Por preferencia del docente: a diferencia con el reducción cronológica este “se refiere a aspectos que son detallados al máximo con un gran consumo de tiempo por parte del docente. Es decir cuando el maestro excede de explicaciones sobre un tema determinado que en realidad no necesita expandirse demasiado.



- Por falta de preparación del docente: “se presenta cuando se encarga a un docente, una programación que desconoce o para el cual está poco preparado. Es decir cuando a un maestro se le asigna un grupo y el desconoce el tema que se va tratar.

5. Extra currículum: este supone “las experiencias planeadas externas al currículum oficial, es de carácter voluntario y está vinculado con los intereses de los estudiantes. Es decir son materias extra curriculares como lo son danza, ajedrez, o alguna otra actividad que los alumnos soliciten. (Posner, 1998)

2.5.2. COMPONENTES

Otro de los puntos importantes a tratar sobre el tema del currículum son sus componentes, dentro de los mismos podemos incluir los siguientes capítulos. (Coll. C.1991)

- Información sobre qué enseñar: es lo que se pretende enseñar a los alumnos como son “conceptos, sistemas explicativos, destrezas, valores además de los procesos de crecimiento personal que se desea provocar, favorecer o facilitar mediante la enseñanza”.

- Información sobre cuándo enseñar: aquí se trata de conocer en qué momento se debe dar la información, siendo necesario optar por una determinada secuencia de acción, es decir, cuando un maestro imparte una materia, éste no pasa de un punto a otro si antes no se comprendió la información dada previamente.

- Información sobre cómo enseñar: hace referencia a la manera de estructurar las actividades de enseñanza aprendizaje en las que van a participar los alumnos con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en relación con los contenidos seleccionados”. Es decir que el maestro debe ofrecer diferentes estilos de enseñanza para que todos los alumnos comprendan la información ya que



existen alumnos con características diferentes, no todos son iguales y no todos comprenden de igual manera.

- Información sobre qué, cómo y cuándo evaluar: la evaluación es un elemento indispensable para asegurarse que la acción pedagógica ha permitido cumplir con los objetivos propuestos y para introducir las correcciones oportunas en caso contrario. Es decir que la evaluación es un medio por el cual el maestro advierte lo que los alumnos han comprendido, si el contenido no ha sido aprendido el maestro puede hacer las correcciones oportunas para que un alumno pueda incorporarlo.

2.5.3. ADAPTACIONES CURRICULARES

Una adaptación curricular o adecuación curricular es un tipo de estrategia educativa generalmente dirigida a alumnos con necesidades educativas especiales. Consiste en la adecuación del currículum de un determinado nivel educativo con el objetivo de hacer que los contenidos sean más accesibles a un alumno o un determinado tipo de personas o bien eliminar aquellos elementos del currículum que les sea imposible alcanzar por su discapacidad. Se trata de tener en cuenta las limitaciones del alumno a la hora de planificar la metodología, los contenidos y, sobre todo, la evaluación.

La adaptación curricular, como proceso de toma de decisiones sobre los elementos curriculares pretende dar respuestas a las necesidades de los estudiantes. Dentro de esta finalidad hay que tener en cuenta:

- Principio de normalización: el referente último de toda adaptación curricular es el currículum ordinario. Se pretende alcanzar los objetivos mediante un proceso educativo normalizado.



- Principio ecológico: la adaptación curricular necesita adecuar las necesidades educativas de los alumnos al contexto más inmediato (centro educativo, entorno, grupo de alumnos y alumno concreto).

- Principio de significatividad: cuando se habla de adaptación curricular se hace referencia a la adaptación de los elementos dentro de un continuo que oscila entre lo poco significativo a lo muy significativo. Así pues, se comenzaría por modificar los elementos de acceso, para continuar, si fuera necesario, adaptando los elementos básicos del currículum: evaluación, metodología, etc. Existen muchos intentos de clasificación de los distintos grados de modificación del currículum, por ejemplo, yendo desde lo más significativo a lo menos significativo.

- Principio de realidad: para que sea factible realizar una adaptación curricular es necesario partir de planteamientos realistas, sabiendo exactamente de qué recursos disponemos y a dónde queremos llegar.

- Principio de participación e implicación: la adaptación curricular es competencia directa del tutor y del resto de profesionales que trabajan con el alumnado con necesidades educativas especiales. La toma de decisiones, el procedimiento y la adopción de soluciones se realizarán de forma consensuada y los acuerdos se reflejarán en el documento de adaptación correspondiente.

Las adecuaciones curriculares se deberían llevar a cabo por un equipo interdisciplinario compuesto por el docente del aula, el docente especial, y profesionales intervinientes, como por ejemplo Psicopedagogos. Es recomendable que las cuestiones a decidir sean resueltas en equipo como único modo de asegurar que estas adecuaciones estén integradas desde el comienzo en los planteamientos generales del aula y de la escuela y que posean significación en la actividad del grupo. La situación grupal permite intercambiar saberes y experiencias, conocer nuevos recursos, actualizarse y sobre todo reflexionar sobre la concepción de aprendizaje.



Las características individuales de cada alumno, sus aptitudes y necesidades educativas especiales, conducen a priorizar determinados aspectos del currículum, en función del grado de precisión en el conocimiento y dominio de cada aprendizaje. Se podrán diferenciar entonces, dos niveles de aprendizajes:

1. Nivel Funcional: comprende aquellos aprendizajes que conducen al dominio del contenido, reuniendo características de exactitud, permanencia, integración y generalización.

2. Nivel Contextual: incluyen los aprendizajes que posibilitan la familiarización, y la toma de conciencia del contenido, caracterizándose por el reconocimiento y la asociación del mismo.

El docente, con el asesoramiento necesario de un profesional del área Psicopedagógica, podrá seleccionar uno u otro nivel, o combinar ambos para favorecer la adquisición y asimilación de los contenidos.

Además se adaptarán los contenidos se deberán adecuar dependiendo de la necesidad del sujeto, el espacio, los materiales y la comunicación.



Capítulo III: Comunicación No Verbal

Toda relación humana tiene su base en la comunicación, ésta es el medio por el cual nos expresamos y nos entendemos unos con otros. Existen dos tipos de comunicación humana, la verbal y la no verbal. La primera es la expresión de palabras que conforman el lenguaje y la segunda “es el conjunto de signos (movimientos, olores, expresiones del rostro...) mucho más complejos que el lenguaje humano y con mayor contenido en cuanto a lo que expresamos tanto voluntaria como involuntariamente” (Davis,F. 1993)

Dentro de este amplio campo es necesario identificar algunos signos de la comunicación no verbal. Estos son los siguientes:

- Los gestos, las manos, posturas, miradas, etc.
- El tono de voz, velocidad al hablar, etc.
- Distancia entre persona que necesitamos para sentirnos seguros.

3.1. LOS ACTOS NO VERBALES

Las señales o signos que integran este tipo de comunicación varían según el contexto donde nos encontramos. Las variables que influyen en los actos no verbales son tres, origen, usos y codificación.

- Origen: los actos no verbales tienen su origen en la fisiología, o en el entorno refiriéndose a la cultura, creencia y hábitos.
- Usos: los actos no verbales se utilizan para ilustrar, repetir o realzar un mensaje verbal, aunque a veces puede no tener relación con el mismo o hasta contradecirlo. Por ejemplo, cuando hablamos por teléfono podemos estar moviendo las manos y la otra persona no puede percibir ese movimiento, y en otros casos cuando estamos hablando cara a cara, podemos



cruzarnos de brazos porque hace frío y ese movimiento no tiene ninguna relación con el tema.

- Codificación: puede ser icónica o arbitraria. La primera hace referencia a cuando el acto se relaciona con su significado y la segunda a cuando no tiene ninguna relación.

3.2. TIPOS DE ACTOS NO VERBALES

Estas acciones se pueden dividir en cuatro categorías:

- Emblemas: Hace referencia a una frase corta que es utilizada por todos los miembros de un mismo grupo. Estas palabras suelen realizarse con las manos o con la cara.
- Ilustradores: son los gestos que acompañan a la oralidad reforzando el significado del mensaje que se quiere transmitir. Cuando es utilizado por la totalidad de una colectividad puede convertirse en emblema.
- Reguladores: Son aquellos que organizan y dirigen la conversación entre interlocutores.
- Adaptadores: Se refiere a aquellas acciones y movimientos inconscientes que utilizamos para controlar nuestras respuestas, pudiendo ser los mismos sociales, instrumentales y de subsistencia.

3.3. ÁREAS DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

Dentro de este campo encontramos tres áreas de estudio, la **Paralingüística**, que estudia los aspectos no semánticos del lenguaje, la **Kinesia** la cual estudia el significado de los movimientos del cuerpo humano y la **Proxémica** que hace referencia al espacio personal.



En este trabajo de investigación se va a indagar sobre el área Kinesia también conocida como Kinesis. Este campo clasifica los factores asociados al comportamiento en gestos, saludo, movimiento de manos y gestos con las dos manos.

3.3.1 GESTOS

Con los gestos se pueden analizar los movimientos de la cara, las manos, los brazos y las piernas, la cabeza y el cuerpo en su conjunto. Estos transmiten información acerca de nuestro estado de ánimo o expresan una valoración sobre algo o acerca de alguien.

La comunicación no verbal, al igual que la verbal, se adquiere por aprendizaje. La cultura o la sociedad en la que vivimos influyen de forma directa en este tipo de comunicación, logrando que no solo encontremos palabras que poseen distintos significados sino que los gestos también varían en su interpretación según el contexto.

Las manos son de mucha importancia al momento de expresarnos, se destacan tres gestos: el saludo mediante el apretón de manos, el movimiento de las manos en general y los realizados con ambas manos.

3.3.2. SALUDO

Algunas formas son prácticamente universales. Todo saludo nos informa acerca del tipo de relación que los individuos involucrados han tenido, tienen o esperan tener en futuro. De esta manera, el apretón de manos forma parte de lo que se denomina signos de vínculo social y constituye un conjunto de señales no verbales que utilizamos para relacionarnos con otras personas de nuestra misma cultura.



3.3.3. MOVIMIENTOS DE MANOS

Uno de los gestos más significativos que realizamos con las manos es enseñar las palmas, el cual se asocia con la verdad, la honestidad y la lealtad.

3.3.4. GESTOS CON LAS DOS MANOS

En este campo podemos destacar las manos entrelazadas, que denotan que el individuo está nervioso, triste o ansioso; las manos en ojiva las cuales demuestran seguridad y autoridad; tomarse la muñeca con la otra mano que transmite nerviosismo; y los pulgares en contacto los cuales comunican dominio y superioridad.

3.4. FUNCIONES

Según Cestero este tipo de comunicación se utiliza en la interacción social para saludar, presentarse, pedir perdón, felicitar, agradecer, etc.; en la estructura y control de la comunicación para pedir turno de palabra, pedir que se repita algo, o que se hable más alto; y en la interacción comunicativa para identificar objetos, ubicar, dar instrucciones, pedir a alguien que haga algo, etc.

Cestero menciona, además, que los signos de comunicación no verbal son plurifuncionales, cumplen una o más funciones dentro de la interacción. Entre estas funciones se encuentran fundamentalmente:

- Añadir información al contenido o sentido de un enunciado verbal o matizarlo. Se puede realizar esta función especificando o reforzando un contenido, como es el caso de usar un tono elevado en una



expresión como “¿qué haces?” (queriendo expresar que no le parece bien lo que está haciendo la otra persona); confirmando el contenido o sentido de un enunciado verbal como es el caso de mover la cabeza hacia los lados de derecha a izquierda para expresar negación acompañando a enunciados como “No, no, no, de eso nada”; debilitándolo como en el caso de usar un tono más bajo y sonreír mientras expresamos algo que puede molestar o afectar emocionalmente a alguien, como por ejemplo: “Yo no lo haría así” o “Creo que podrías mejorar este trabajo”; o contradiciéndolo como en el caso de pronunciar en tono alto y con gestos faciales o corporales que muestran enfado una expresión como “muy bonito, ¡eh!”.

- Sustituyendo al lenguaje verbal en la comunicación como es el caso de gestos manuales para pedir a alguien que se acerque, que nos traiga la cuenta, para indicar que algo huele mal, que nos agrada o desagrada, etc. , regulando la interacción mediante la pausa, descenso en el tono, alargamiento de sonidos finales, o la fijación de la mirada para mantener el turno o ceder la palabra.

- Subsanando las deficiencias verbales, o sea, para resolver problemas comunicativos por falta de conocimiento o por no recordarlo en ese preciso instante. De este modo, se emplean elementos paralingüísticos como Ee o Mm para indicar que no nos acordamos de una palabra, o bien intentamos mediante gestos explicar qué es.

- Favoreciendo las conversaciones simultáneas, como cuando una persona habla por teléfono y quiere comunicarse también con otra persona que está en su presencia. (CESTERO, A.M. 1998)



Se puede evidenciar que tanto la comunicación verbal como la no verbal son importantes en nuestras relaciones, pero a veces es necesario intensificar una u otra de acuerdo al mensaje que queremos transmitir o al receptor con el cual nos queremos comunicar.



PARTE 2: MARCO METODOLÓGICO

Capítulo IV: Esquema del Trabajo de Campo

4.1 Planteo del problema de Investigación

4.1.1 Tema

El tema a investigar es el niño con TEA y su aprendizaje en relación a la comunicación no verbal

4.1.2. Objetivo General

Conocer la incidencia de la comunicación no verbal en el aprendizaje en niños con TEA.

4.1.3. Objetivo Específicos

1. Analizar a qué estímulos no verbales responde los niños con TEA.
2. Establecer posibles estrategias pedagógico-didácticas para propiciar la comunicación no verbal desde la mirada psicopedagógica.

4.1.4. Preguntas de Investigación

3. ¿Cómo aprenden los niños autistas que no hablan?
4. ¿Cómo enseñarles?



4.2. Definición del tipo de investigación

Según lo propuesto por Justo Arnal (1996):

- Es descriptiva, ya que el objetivo principal es la descripción de los fenómenos, basándose en el presente, casos y estudios de desarrollo.
- El carácter de la medida es cualitativa, ya que se centra en los aspectos observables, en estadísticas y a su vez utiliza una metodología interpretativa.
- El marco que tiene lugar se denomina de campo ya que se realizarán las observaciones en los talleres

4.3. Delimitación de la Investigación: Unidades de análisis

- Niños autistas que acuden al Centro Educativo Terapéutico Casa de Familia

La información se obtendrá de los siguientes profesionales:

- Docentes integradores
- Psicopedagogo
- Psicólogo
- Fonoaudiólogo
- Terapeuta ocupacional
- Kinesiólogo
- Profesor de educación física



4.3.1. Ubicación Geográfica de la institución analizada

Se ha tomado como sede del trabajo de campo a la Institución Educativa Terapéutica Casa de Familia, a cual se encuentra en calle Salta 2222, de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fé.

4.3.2. Breve reseña sobre la Institución

Es una organización dedicada a la problemática de los niños con Autismo y sus familias. Junto a un equipo de profesionales altamente capacitados y un espacio físico amigable a las características de estos niños, ofrecen:

- Diagnóstico y tratamiento de niñas y niños de 0 a 12 años con Trastornos Generalizados del Desarrollo en el Espectro Autista (TGD-EA);
- Asesoramiento, capacitación y contención a sus familias.
- Formación continua de los profesionales de la salud y la educación, vinculados a esta temática, y
- Difusión de la problemática del Autismo en nuestra ciudad y su zona.

Día a día la experiencia de trabajo demuestra que:

- Las familias deben liderar el tratamiento.
- Cada niño con TGD-EA y su familia son únicos al igual que su tratamiento.
- Los niños con TGD-EA pueden aprender exitosamente.



- El núcleo del autismo es el desorden social, por ello los tratamientos deben centrarse en la discapacidad social.
- Los niños con TGD-EA son miembros de familias y comunidades y necesitan tener un rol en la vida familiar y actividades comunitarias.

Todos los servicios están especialmente diseñados para favorecer la mejor calidad de vida del niño y sus familias. Con ese objetivo, el trabajo se centra en cuatro grandes pilares:

- Atención a los niños.
- Contención y el fortalecimiento de su entorno (familia primaria y extendida, cuidadores, amigos, etc.)
- Formación de profesionales provenientes de diferentes ramas de la medicina y la educación en la atención del Autismo.
- Concientización sobre la problemática del Autismo en nuestra comunidad.

En Casa de Familia se ofrece un método Modelo de Tratamiento Comprehensivo ampliamente usado en EEUU, que ha demostrado mejoras en la comunicación y la calidad de vida de estos chicos, por lo que se considera actualmente el tratamiento de elección.

Trabajan desde un modelo transdisciplinario en el cual la educación especial, psicología infantil, fonoaudiología, psicopedagogía, terapia ocupacional y motricidad son las disciplinas núcleo para cada niño.



4.4. Técnicas de recolección de datos

Observación a Docente/Terapeuta

Según medios utilizados: no estructurada

- Objetivos:
 - Identificar la forma de comunicación del terapeuta
 - Percibir el entendimiento de los alumnos
 - Inferir si hay un buen vinculo comunicacional
- Campo de observación: casa de familia
- Instrumentos: bloc de notas, lapicera.
- Según papel del observador: no participante.
- Según el número de observadores: individual
- Según el lugar donde se realiza: efectuada en la vida real.
- Cantidad de profesionales observados: 10
- Sexo: Masculino y Femenino
- Edades: entre 25 y 35 años

Se eligieron las siguientes categorías a observar en base a los componentes de la comunicación no verbal, para poder analizar si las mismas ayudan o contrarrestan en el aprendizaje de niños/as Autistas.



Observación a Alumnos/Pacientes

- Según medios utilizados: no estructurada
- Objetivos:
 - Identificar la forma de comunicación del alumno/paciente
 - Percibir el entendimiento de los alumnos
 - Inferir si hay un buen vinculo comunicacional
- Campo de observación: Casa de Familia
- Instrumentos: bloc de notas, lapicera.
- Según papel del observador: no participante.
- Según el número de observadores: individual
- Según el lugar donde se realiza: efectuada en la vida real.
- Cantidad de niños/as observados: 10
- Sexo: Masculino y Femenino
- Edades: entre 8 y 12 años

Se eligieron las siguientes categorías a observar en base a los componentes de la comunicación no verbal, para poder analizar si las mismas ayudan o contrarrestan en el aprendizaje de niños/as Autistas.



Conclusión

Es evidente que todo ser humano aprende a partir de la imitación, del ejemplo de otro, poniendo en acción el cuerpo, como dice Alicia Fernández, poniendo en juego el saber.

Para que cualquier individuo pueda realizar un aprendizaje significativo es necesario que disponga de un conjunto de factores que actúen de forma simultánea, estos elementos son el cuerpo, organismo, deseo, inteligencia y atención.

En el caso de los niños con Autismo poseen alteraciones en algunas de estas categorías dependiendo la gravedad de la patología, y cuando un individuo encuentra un obstáculo en su proceso de aprender, es vital ofrecerle un adecuado apoyo como herramienta para que lo pueda superar. Al decir adecuado, me estoy refiriendo, a que es necesario realizar un análisis de las necesidades del individuo, de sus fortalezas y debilidades, ya que no todos tenemos las mismas capacidades y dificultades.

Es necesario un proceso de evaluación psicopedagógica para dar cuenta sobre las particularidades de cada individuo, éste nos orienta a identificar las necesidades en relación a los apoyos personales, materiales, organizativos y curriculares fundamentales para estimular su proceso de desarrollo.

El psicopedagogo explora durante este tiempo diferentes ámbitos, como lo son, el propio sujeto, el contexto escolar y el entorno familiar. A través de técnicas, entrevistas y observaciones se recopila la información pertinente para arribar al diagnóstico y posterior tratamiento.

Por lo investigado se ha podido dar respuesta a las preguntas de investigación, llegando a la conclusión de que cada caso es diferente a otro, cada sujeto tiene sus individualidades pero que en general los niños/as autistas para realizar un correcto proceso de aprendizaje necesitan mayor estímulo a través del contacto físico, ya sea a través de su propio cuerpo o del cuerpo de otro, de poder captar su atención con el sostenimiento de la mirada y la sonrisa.



También pudimos notar que el exceso de movimientos posturales, gestos y movimientos de manos, contrarresta la focalización de la atención de estos niños/as, es decir que en vez de actuar como estímulos actúan como distractores.

Es por lo observado que hemos podido confirmar que hay saber como utilizar los componentes de la Comunicación No Verbal, para no generar distracción ni fallas en la interacción con los niños que poseen esta patología, ya que es fundamental no incorporar un obstáculo más al proceso de aprendizaje, sino actuar como andamio en dicho proceso.

Desde el rol del Psicopedagogo, hemos evidenciado la necesidad de trabajar en conjuntos con las familias, docentes especiales, docentes normales y demás profesionales, para ayudar al niño/a autista a superar los obstáculos que le presenta su patología.

De acuerdo a la información obtenida de este trabajo de campo se evidencia la necesidad del psicopedagogo en el proceso de integración de estos niños. Ya que es esencial que el profesional pueda intervenir en las adaptaciones curriculares, realizando sugerencias, aportando experiencias, comunicando a docentes, terapeutas y familiares, la adecuada forma de utilizar los elementos que nos provee la Comunicación No Verbal, como nexos en la interacción con niños/as autistas, para que los mismos puedan realizar una correcta incorporación de información y así hacer propios los aprendizajes.



BIBLIOGRAFÍA

- Aebli, H. (1958). *Una didáctica fundada en la psicología de Jean Piaget*. Buenos Aires: Editorial. Kapeluz
- Alves de Mattos, L.(1963) *Compendio de la Didáctica General*. Buenos Aires, Editorial Kapeluz.
- Arredondo, M. (1989). *Notas para un modelo de docencia : Formación pedagógica de profesores universitarios*. Teoría y experiencias en México.
- Báxter P., Esther (2004) *La educación en valores. Papel de la escuela*. Tomado del Libro *Compendio de Pedagogía*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación.
- Cestero, A.M. (2004): “*La comunicación no verbal*”, Vademécum para la formación de profesores. Madrid.
- Coll, Cesar (1991)*Psicología y currículum : una aproximación psicopedagógica a la elaboración del currículum escolar*. México, D.F. Paidós.
- Collin, C.; Benson, N; Ginsburg J.; Grand, V.; Lazyan, M; Week, M. (2012) *El libro de la Psicología*. México, Editorial Altea
- Coon, D.; Mitterer J.; (2010) *Introducción a la Psicología: el acceso a la mente y la conducta*. México
- Craig, J. (1997 y 2009). *Desarrollo psicológico*. México.
- Davis, F. (1993). *La comunicación No Verbal*. Madrid: Alianza.
- De McCUTCHEON cit. por ÁNGULO, J. F. y BLANCO, N. (1994: 22). *Teoría y desarrollo del currículum*. Archidona (Málaga). Ediciones Aljibe
- Félix J. y Blanco N. (2000) *Teoría y Desarrollo del Currículum*. Málaga, España. Ediciones Aljibe, S.L.
- Ferreyra H. (2001) *Plan educativo institucional*. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires (4.ª edición)



- Ferreyra H. (2009) *Educación secundaria argentina : propuestas para superar el diagnóstico y avanzar hacia su transformación*. Buenos Aires. Ediciones Novedades Educativas y Academia Nacional de Educación.
- Igareta, J. C. y Oppido, L. M.(2010) *Oratoria docente y técnicas de Expresión*.
- Jurjo Torres Santomé (1991) *El curriculum oculto*. España. Ediciones Morata
- Kail, R. V.; Cavanaugh, J.C. (2011) *Desarrollo Humano: una perspectiva del ciclo vital*. México.
- Kanner, L. (1943) «*Autistic Disturbances of Affective Contact*», pp.217-230.
- Kanner, L. (1979) *Child Psychiatry*, Springfield, Illinois, C. C. Thomas,
- Lundgren U.P. (1992) *Teoría del Curriculum y Escolarización*. España. Ediciones Morata, S.A.
- Luque María B.(2013) *Concientización sobre el autismo*. Blog de notas. Universidad nacional de Rosario.
- Morales, E. (2008). *Desarrollo humano y sexualidad*. México.
- Perez, M.; Ramos, F. (1995), «*El autismo infantil*», Manual de Psicopatología. España,pp. 651-674.
- Pesce, M. (2012) *Neuro Desarrollo Infantil. Manual de Terapias*. Argentina, Editorial Corpus
- Piaget, J. (1985) *Seis estudios de psicología*. Barcelona, España. Ediciones Seix Barral.
- POSNER, George (1998). *Análisis de currículum*. Segunda Edición. McGraw-Hill Interamericana, S.A. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- Revista Iberoamericana de Educación. *El Curriculum Nulo y Sus Diferentes Modalidades*, Universidad de Zulia, Venezuela.



- Sigmund Freud. *Obras Completas*. Amorrortu Editores.
- Sacristán J. (1998) *El Currículum: Una Reflexión Sobre la Práctica*. Madrid, España. Ediciones Morata, S.A.
- Sacristán J. y Pérez Gómez (1992) *Comprender y Transformar la enseñanza*. Madrid, España. Ediciones Morata, S.A.
- Sarason, S. (1997, 2000). *Psicología: fronteras de la conducta*. México
- Sarramona. J. (1987) *Currículum y Educación*. España. Ediciones Ceac. S.A.
- Valdez D, Riviere A, Martos J. (2001) *Autismo: Enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Tomo I Argentina: Editorial Fundec.
- <http://www.unr.edu.ar/noticia/4735/concientizacion-sobre-el-autismo>



ANEXO

- Tipo de registro: lista de rasgos para la observación de los terapeutas

Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo	X		
Medio			
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio			
Alto	X		
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos	X		
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones		X	
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio			
Alto	X		
Movimientos de manos	X		
Cambios posturales		X	
Gestos	X		
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones		X	
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo	X		
Medio			
Alto			
Movimientos de manos	X		
Cambios posturales		X	
Gestos	X		
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



Timbre de voz:	SI	NO	A VECES
Bajo			
Medio	X		
Alto			
Movimientos de manos		X	
Cambios posturales		X	
Gestos		X	
Sostenimientos de la mirada	X		
Desplazamiento		X	
Sonrisa	X		
Expresión de emociones	X		
Contacto corporal	X		



- Tipo de registro: lista de rasgos para la observación de pacientes

	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros			X
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca	X		



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional	X		
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas			X
Mantiene contacto con otros compañeros			X
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto	X		
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca	X		



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros		X	
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca	X		



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros		X	
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca	X		



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros			X
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca		X	



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional			X
Miran al profesional			X
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros		X	
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho	X		
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca		X	



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional			X
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo		X	
Responde a consignas		X	
Mantiene contacto con otros compañeros			X
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho			X
Habla en tono alto			X
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca	X		



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional			X
Miran al profesional		X	
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo			X
Responde a consignas			X
Mantiene contacto con otros compañeros	X		
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho		X	
Habla en tono alto	X		
Hay ruidos			X
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca		X	



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional	X		
Miran al profesional			X
Participan de la clase/taller	X		
Trabaja en equipo	X		
Responde a consignas	X		
Mantiene contacto con otros compañeros		X	
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho	X		
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos	X		
Hay muchos colores		X	
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca		X	



	SI	NO	A VECES
Escuchan al profesional			X
Miran al profesional			X
Participan de la clase/taller			X
Trabaja en equipo		X	
Responde a consignas			X
Mantiene contacto con otros compañeros		X	
Se distrae cuando: el profesional se mueve mucho		X	
Habla en tono alto		X	
Hay ruidos		X	
Hay muchos colores	X		
Alguien lo mira		X	
Alguien lo toca		X	

Entrevista focalizada



Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Lucia
3. Profesión: Fonoaudióloga
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación. X
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses
 - Motriz.
 - Todas
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto fisico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto fisico X
7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:



- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual
- Le hablan c/contacto físico X
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Luciana
3. Profesión: Fonoaudióloga
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación. X
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Todas
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto físico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto X
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos X
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Mercedes
3. Profesión: Fonoaudióloga
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación. X
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Otra
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto X
 - Oralmente c/ contacto físico
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Paula
3. Profesión: Psicopedagoga
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales. X
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Otra
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto físico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7- Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos X
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Romina
3. Profesión: Terapeuta Ocupacional
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses. X
 - Motriz.
 - Otra
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto físico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos X
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Valeria
3. Profesión: Profesora de Educación Física
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz. X
 - Otra
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto físico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto X
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico



7 . Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual
- Le hablan c/contacto físico X
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente X
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Facundo
3. Profesión: Estudiante de Psicología
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación. X
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Otra
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto X
 - Oralmente c/ contacto físico
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto X
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual X
- Le hablan c/apoyo visual
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Andres
3. Profesión: Psicólogo
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Todas X
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto X
 - Oralmente c/ contacto físico
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Mercedes
3. Profesión: Psicóloga
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Todas X
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto X
 - Oralmente c/ contacto físico
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo X
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual
- Le hablan c/contacto físico X
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Fabricio
3. Profesión: Profesor de Educación Física
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz. X
 - Todas
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto
 - Oralmente c/ contacto físico X
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual
- Le hablan c/apoyo visual X
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Terapeuta

1. Nombre: Ramiro
3. Profesión: Psicólogo
4. ¿Qué áreas trabaja con el niño/a?
 - Comunicación.
 - Habilidades Sociales.
 - Juego, imaginación, intereses.
 - Motriz.
 - Todas X
5. ¿Cómo se comunica con él/la niño/a?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/gestos
 - Oralmente c/material concreto X
 - Oralmente c/ contacto físico
6. ¿Qué recursos utiliza él/la niño/a para comunicarse?
 - Oralmente s/apoyo
 - Oralmente c/ material concreto
 - Oralmente c/ gestos
 - Oralmente c/ contacto físico X



7. Cuando se comunica con él/la niño/a, usted:

- Se queda quieto X
- Se desplaza por el lugar
- Utiliza gestos y movimientos de manos
- Ninguno de estos

8. Él/la niño/a comprende mejor cuando:

- Le hablan s/apoyo visual X
- Le hablan c/apoyo visual
- Le hablan c/contacto físico
- Le hablan s/contacto físico

9. Antes de comenzar con una actividad ¿Cómo explica la consigna?

- Relata
- Demuestra físicamente
- Relata y demuestra. X

10. Mientras él/la niño/a realiza la actividad, si es necesario se lo ayuda con:

- Contacto físico X
- Oralidad



Entrevista focalizada

Entrevista: Familia

1. Parentesco: Mamá de Nicolas
2. Edad del niño: 5
3. ¿Cuánto tiempo pasa con el niño/a?
 - Poco
 - Mucho X
 - A veces
4. ¿Cómo es su vínculo con él/ella?
 - Muy bueno X
 - Bueno
 - Malo
5. ¿El niño posee lenguaje oral?
 - Si
 - No
 - Algo X
6. Si posee, ¿Con qué fin lo utiliza?
 - Comunicacional X
 - Sin sentido



7. ¿Usa algunas de las siguientes herramientas como apoyo?
- Material Concreto
 - Su propio cuerpo
 - El cuerpo de otro X
8. Si no posee lenguaje oral, ¿Cómo se comunica con él/ella?
- Con señas
 - Manteniendo la mirada
 - Manteniendo contacto corporal
9. Cuando logra la atención del niño/a ¿Cuál de estas acciones realiza?
- Se mueve
 - Se queda quieto X
 - Gesticula
 - Mueve las manos
10. ¿Cuál de estas categorías actúan como distractores al momento de comunicarse?
- Ruidos
 - Movimientos
 - Ninguna de las dos
 - Otra X (Ambiente distinto)



11. ¿Qué le resulta más efectivo al momento de comunicarse con el niño?

- Oralidad c/apoyo de la mirada
- Oralidad c/apoyo del contacto físico X
- Oralidad sin apoyo

12. ¿Cuáles de estas categorías interfieren en la comunicación con él niño/a?

- Cambios posturales X
- Movimientos de manos
- Ninguna
- Otra



Entrevista focalizada

Entrevista : Familia

1. Parentesco: Mamá de Joaquín
2. Edad del niño: 6
3. ¿Cuánto tiempo pasa con el niño/a?
 - Poco
 - Mucho X
 - A veces
4. ¿Cómo es su vínculo con él/ella?
 - Muy bueno X
 - Bueno
 - Malo
5. ¿El niño posee lenguaje oral?
 - Si
 - No
 - Algo X
6. Si posee, ¿Con qué fin lo utiliza?
 - Comunicacional
 - Sin sentido X



7. ¿Usa algunas de las siguientes herramientas como apoyo?
- Material Concreto
 - Su propio cuerpo
 - El cuerpo de otro X
8. Si no posee lenguaje oral, ¿Cómo se comunica con él/ella?
- Con señas X
 - Manteniendo la mirada
 - Manteniendo contacto corporal
9. Cuando logra la atención del niño/a ¿Cuál de estas acciones realiza?
- Se mueve
 - Se queda quieto X
 - Gesticula
 - Mueve las manos
10. ¿Cuál de estas categorías actúan como distractores al momento de comunicarse?
- Ruidos
 - Movimientos
 - Ninguna de las dos
 - Otra X



11. ¿Qué le resulta más efectivo al momento de comunicarse con el niño?

- Oralidad c/apoyo de la mirada
- Oralidad c/apoyo del contacto físico X
- Oralidad sin apoyo

12. ¿Cuáles de estas categorías interfieren en la comunicación con él niño/a?

- Cambios posturales X
- Movimientos de manos
- Ninguna
- Otra



Entrevista focalizada

Entrevista: Familia

1. Parentesco: Mamá
2. Edad del niño: 9
3. ¿Cuánto tiempo pasa con el niño/a?
 - Poco
 - Mucho X
 - A veces
4. ¿Cómo es su vínculo con él/ella?
 - Muy bueno X
 - Bueno
 - Malo
5. ¿El niño posee lenguaje oral?
 - Si
 - No
 - Algo X
6. Si posee, ¿Con qué fin lo utiliza?
 - Comunicacional
 - Sin sentido X



7. ¿Usa algunas de las siguientes herramientas como apoyo?
- Material Concreto
 - Su propio cuerpo
 - El cuerpo de otro X
8. Si no posee lenguaje oral, ¿Cómo se comunica con él/ella?
- Con señas
 - Manteniendo la mirada
 - Manteniendo contacto corporal X
9. Cuando logra la atención del niño/a ¿Cuál de estas acciones realiza?
- Se mueve
 - Se queda quieto X
 - Gesticula
 - Mueve las manos
10. ¿Cuál de estas categorías actúan como distractores al momento de comunicarse?
- Ruidos
 - Movimientos X
 - Ninguna de las dos
 - Otra



11. ¿Qué le resulta más efectivo al momento de comunicarse con el niño?

- Oralidad c/apoyo de la mirada
- Oralidad c/apoyo del contacto físico X
- Oralidad sin apoyo

12. ¿Cuáles de estas categorías interfieren en la comunicación con él niño/a?

- Cambios posturales X
- Movimientos de manos
- Ninguna
- Otra



Entrevista focalizada

Entrevista: Familia

1. Parentesco: Mamá
2. Edad del niño: 8
3. ¿Cuánto tiempo pasa con el niño/a?
 - Poco
 - Mucho X
 - A veces
4. ¿Cómo es su vínculo con él/ella?
 - Muy bueno X
 - Bueno
 - Malo
5. ¿El niño posee lenguaje oral?
 - Si
 - No
 - Algo X
6. Si posee, ¿Con qué fin lo utiliza?
 - Comunicacional X
 - Sin sentido



7. ¿Usa algunas de las siguientes herramientas como apoyo?

- Material Concreto X
- Su propio cuerpo
- El cuerpo de otro

8. Si no posee lenguaje oral, ¿Cómo se comunica con él/ella?

- Con señas
- Manteniendo la mirada
- Manteniendo contacto corporal X

9. Cuando logra la atención del niño/a ¿Cuál de estas acciones realiza?

- Se mueve
- Se queda quieto X
- Gesticula
- Mueve las manos

10. ¿Cuál de estas categorías actúan como distractores al momento de comunicarse?

- Ruidos X
- Movimientos
- Ninguna de las dos
- Otra



11. ¿Qué le resulta más efectivo al momento de comunicarse con el niño?

- Oralidad c/apoyo de la mirada
- Oralidad c/apoyo del contacto físico X
- Oralidad sin apoyo

12. ¿Cuáles de estas categorías interfieren en la comunicación con él niño/a?

- Cambios posturales
- Movimientos de manos X
- Ninguna
- Otra