

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

“RESOLVIENDO EL PUZLE DE MI HIJO CON TEA”

Programa de Educación para la Salud

Autor: Irene Grande Rodríguez

Tutor: Juan Antonio Sarrión Bravo

Convocatoria: Junio de 2015

En Agradecimiento a la ayuda prestada por el Colegio Público “Marcelo Usera” y en especial a “Rosario Antúnez, psicóloga terapéutica de las aulas especializadas en Trastorno del Espectro Autista, por la gran labor que desempeña día a día, por hacer que la esperanza no sea un sueño para los padres de estos niños.

RESUMEN

En el presente trabajo se hace una revisión por las principales características del autismo infantil, abarcando: definición, tipología, historia, etiología, prevalencia, manifestaciones clínicas, mitos e instrumentos de screening. Los trastornos del espectro autista (TEA) representan el conjunto de trastornos del desarrollo, caracterizados por incluir alteraciones en tres áreas principales: comunicación, sociabilización y conducta. Suponen, en la actualidad, un enigma inquietante que afectan tanto al niño que lo padece como a la familia y al entorno que lo rodea.

Los padres de niños con Trastorno del espectro autista (TEA) tienen que afrontar cada día nuevos y difíciles retos en relación a la educación de sus hijos. Y es por ello necesario que estén bien formados e informados sobre el trastorno que presentan sus hijos. De este modo superarán más rápidamente el duelo por el que pasan tras el diagnóstico de su hijo.

A través de las necesidades de salud detectadas en estos padres y las que presentan sus hijos en relación a su trastorno, se ha creado un programa de educación para la salud, que incluye tres sesiones cuyo objetivo final es intentar prestar a estos padres, un apoyo inicial ante los duros momentos al diagnóstico inicial de su hijo.

PALABRAS CLAVE

Autismo infantil, trastornos del espectro autista, padres, necesidades de salud, programa de educación para la salud.

ABSTRACT

In this paper we make a review of the principal characteristics of the infantile autism including definition, typology, history, etiology, prevalence, clinical manifestations, myths and instruments for screening. The autism spectrum disorders (ASD) represent the set of developmental disorders characterized by alterations in three main areas: communication, socialization and behavior. ASD currently pose a disturbing enigma that affects both the children that suffer from it and their families and surrounding environment.

Parents of children with autism spectrum disorder (ASD) have to face every day new and difficult challenges to their children's education. That is why parents need to be well informed and trained in their children's disorder. In this way, parents will move through their grief faster after their children diagnosis.

Through health needs identified in these parents and the ones their children present regarding their disorder, a program of health education was created that includes three sessions whose ultimate goal is to try to help these parents face the hard times after the initial diagnosis of their child.

KEYWORDS

Infantile autism, autism spectrum disorders, parents, health needs, health education program.

Índice

1. Introducción.....	6
2. Marco teórico.....	7
2.1 Definición trastorno del espectro autista.....	7
2.2 Clasificación de los tipos de trastornos del espectro autista	8
2.3 Historia autismo	11
2.4 Etiología	15
2.5 Prevalencia	21
2.6 Manifestaciones clínicas de los niños autistas	24
2.7 Mitos sobre el autismo	26
2.8 Instrumentos de screening/detección del trastorno	28
3. Desarrollo del trabajo: Programa de educación para la salud.	33
3.1 Necesidad programa de educación para la salud para padres de niños con TEA	33
3.1.1 Análisis de la situación.....	33
3.1.2 Necesidades de las familias del niño con TEA	33
3.1.3 Necesidades de salud de los niños con TEA	34
3.2 Población diana y captación.....	40
3.3 Objetivo general y específicos	41
3.4 Contenido de las sesiones: resumen	42
3.5 Metodología de las sesiones.....	44
3.6 Cronograma.....	47
3.7 Evaluación.....	48
3.8 Desarrollo de las sesiones	49
3.8.1 SESIÓN 1: Diagnóstico: TEA.....	49
3.8.2 SESIÓN 2: Conociendo a los TEA	54
3.8.3 SESIÓN 3: Necesidades de salud en mi hijo con TEA.....	59
4. Conclusiones	66
5. Reflexión antropológica	67
6. Bibliografía	68
7. Anexos	77

1. Introducción

Se conoce a los Trastornos del Espectro Autista (TEA) como aquellos caracterizados por presentar tres déficits básicos: el verbal, el afectivo y el comunicativo. Se incluyen dentro del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”, y lo componen cinco tipos, existiendo diversa gravedad, asociada a diferentes trastornos neurológicos y a diversos niveles intelectuales.

Si retrocedemos en el tiempo, no hace muchos años, los TEA eran desconocidos y representaban un mundo difuso, demasiado difícil para penetrar en él. Actualmente esto ha cambiado y la información existente de los numerosos estudios y las diferentes teorías nos ayudan a explicar la forma en que perciben estas personas el mundo, y de algún modo nos permite entender las diferentes piezas que dan forma a este puzle al que llamamos TEA. Aún se desconoce con precisión la etiología que determina a estos trastornos, aunque sí se conoce que tiene una fuerte base genética que empieza a manifestarse durante la infancia temprana y permanece a lo largo de toda la vida. Los casos se presentan por igual en todas las clases sociales, sin distinción de raza, siendo más frecuentes en niños que en niñas.

Los padres son los primeros en descubrir que su hijo no evoluciona como los demás niños. Frente a la confusión y desconcierto inicial ante la desorganización conductual que sufre su hijo, los padres ven frustradas sus expectativas iniciales que rodeaban la llegada del niño y esto puede suponer un gran desequilibrio a nivel familiar.

El presente trabajo ha sido creado para intentar prestar ayuda a los padres ante los duros momentos del diagnóstico de su hijo. Refleja también la importancia de proveer a los padres de niños con TEA de conocimientos, recursos, apoyo emocional y estrategias para enfrentarse al abordaje y manejo de estos trastornos. Hay que resaltar la importancia del papel de los padres en las estrategias que se llevan a cabo con estos niños, con el fin de que lleguen a adquirir una serie de habilidades en distintas áreas, como en el plano social y de la comunicación. Por ello, se intenta que mediante las sesiones creadas de educación para la salud, los padres vayan adquiriendo una serie de conocimientos y herramientas que les sean útiles para poder afrontar muchas de las situaciones cotidianas a las que se van a enfrentar con su hijo.

2. Marco teórico

2.1 Definición trastorno del espectro autista

La palabra “autismo” proviene del griego “autos” cuyo significado es propio o de uno mismo¹. Los trastornos del espectro autista (TEA), son el término utilizado actualmente para definir a las personas que padecen autismo. Son considerados como un desorden de las funciones del cerebro, con una fuerte base genética, aunque, más tarde se desarrollarán otros aspectos que se enmarcan dentro de su etiología. Sus síntomas se suelen detectar durante la infancia, alrededor de los tres años y continúan a lo largo de la vida de la persona.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)² se incluyen cinco de estos trastornos generalizados del desarrollo (TGD): trastorno autista (TA), trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, síndrome de Asperger (SA) y trastorno generalizado no especificado (TGD-NE).

Durante el desarrollo del individuo se presentan los síntomas basados en la “tríada de Wing”:
alteración en la interacción social, comunicación, y ausencia de flexibilidad en el comportamiento y razonamiento (ver Figura 1). Presentan así alteraciones relacionadas con la comunicación verbal y no verbal, sociabilización e imaginación y muy frecuentemente realizan actividades repetitivas e incluso obsesión por determinados objetos o eventos. En los casos más graves pueden llegar a mostrarse agresivos contra sí mismos o contra los demás.

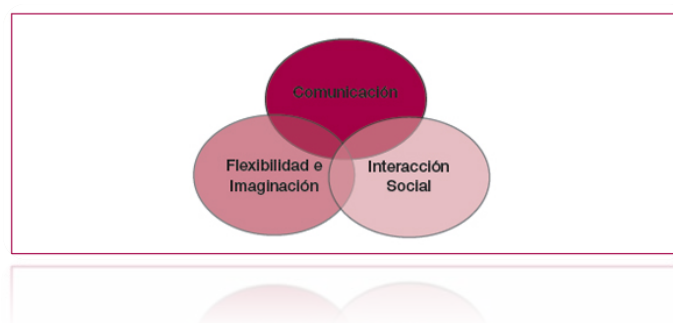


Figura 1. Cuadro tríada Wing

¹ Garrabé de Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental [revista en Internet] 2012. [Consultado 27 Diciembre 2014]; 35 (3): [257-261]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223340010>

² American Psychiatric Association (APA). 1ª ed. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2005.

2.2 Clasificación de los tipos de trastornos del espectro autista

Hoy en día se considera que no existe un solo tipo de autismo, como muestran el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10)³ de la OMS. La clasificación de los tipos de trastornos del espectro autista es encontrada por “Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y no por TEA en el DSM-IV. Éste último fue acuñado por Lorna Wing⁴ en el año 1979. A continuación se muestran los cambios que se han ido produciendo en el manual de diagnósticos, en torno al autismo:

1. DSM-I y DSM-II (1952-1968): el autismo era considerado un síntoma de la esquizofrenia.
2. DSM-III (1980): se comienza a hablar de autismo infantil.
3. DSM-III-R (1987): se incluye la terminología trastorno autista.
4. DSM-IV-TR (2000): se incluyen y definen cinco categorías diagnósticas dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Son: trastorno autista (Síndrome de Kanner), trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil o Síndrome de Heller), Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.
5. DSM-5 (2013): se habla de una única categoría, el Trastorno del Espectro del autismo (TEA). Es más flexible, ya que reconoce que la persona con autismo puede presentar también otro tipo de patologías añadidas como puede ser la depresión, ansiedad, algún tipo de déficit cognitivo, convulsiones, etc.

Existen argumentos a favor de usar una terminología u otra. El término “generalizado”, parece resultar ambiguo; ya que implicaría la afectación de todo el abanico de aspectos del desarrollo y esto no sería correcto puesto que algunos autistas tienen afectadas algunas partes del desarrollo pero otras no. El DSM-IV se diferencia del CIE-10 en que es en este último donde los criterios que se incluyen son más específicos.

³ Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1999.

⁴ **Lorna Wing** (1928-2014): licenciada en medicina y psiquiatría en Reino Unido, marco un antes y un después en los TEA. Se introdujo en el mundo del autismo a raíz de la manifestación de los primeros síntomas de autismo en su propia hija, lo que la llevó a difundir el trabajo de Asperger, tras su muerte.

El autismo en el DSM-IV es el que está más definido; mientras que con el Síndrome de Asperger por ejemplo, sucede lo contrario. Esto tiene una gran influencia a la hora de las investigaciones, ya que se pueden originar falsos positivos dentro de determinadas categorías. También hay que señalar que en el caso de diagnósticos diferenciales de casos “límites”, las categorías diagnósticas que nos ofrecen los manuales existentes siguen siendo insuficientes y poco operativas.

Los tipos de trastornos en los TGD en el DSM-IV-TR:

-Trastorno autista, autismo infantil o Síndrome de Kanner: se establecen doce criterios diagnósticos. Si se cumplen seis de ellos, se establece el diagnóstico de autismo.

-Trastorno de Asperger o Síndrome de Asperger: aquí el desarrollo lingüístico es aparentemente normal y no existe discapacidad intelectual, pero existe incapacidad para entablar relaciones sociales que estén adecuadas a la edad de desarrollo.

-Trastorno de Rett o Síndrome de Rett: sólo aparece en niñas. Asociado a discapacidad intelectual grave, debido a la mutación del gen MECP2. Se produce una regresión en el desarrollo motor y del lenguaje expresivo.

-Trastorno desintegrativo infantil o Síndrome de Heller: se produce un desarrollo normal hasta los 2-10 años y luego se pierden las habilidades adquiridas con anterioridad. Normalmente va asociado a discapacidad intelectual grave, alteraciones en EEG y convulsiones. Se sospecha que puede ser debido a lesiones del sistema nervioso central.

-Trastorno generalizado del desarrollo no especificado: en él se encuentran los casos que no coinciden con ninguno de los anteriores descritos.

Cada revisión del DSM intenta ser más precisa que las anteriores.

Cambios en el DSM-V con respecto al anterior:

El nombre de Trastornos Generalizados del Desarrollo pasa a ser Trastorno del Espectro Autista.

-Un solo diagnóstico “Trastorno del Espectro Autista”, en lugar de una categoría que contenía cinco diagnósticos individuales (trastorno autista Síndrome de Kanner), trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil o Síndrome de Heller), Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Los cinco se subsumen en la etiqueta de “Trastorno del Espectro Autista”.

- El síndrome de Rett se elimina, ahora que su base molecular se conoce.
- Tres dominios de síntomas (social, comunicación y comportamientos repetitivos) pasan a ser dos (socio-comunicación y conductas repetitivas).
- Los síntomas racionalizados pasan de 12 a 7, ya que se fusionan los que describen comportamientos similares.
- Existen una serie de criterios de “gravedad” (intensidad y duración de los síntomas, deterioro, angustia)
- Categoría nueva de Trastorno de la Comunicación social, fuera de los TEA, para niños que presentan solo problemas en la comunicación social.

2.3 Historia autismo

El concepto de autismo ha ido sufriendo diversas modificaciones a lo largo del tiempo desde que en año 1943, el psiquiatra austriaco de la Universidad de John Hopkins, Leo Kanner⁵ lo definiera por primera vez como un síndrome en pacientes pediátricos que tenían problemas con el contacto físico, comunicación y conductualmente hacia los demás. Definió al autismo infantil como una “innata alteración autista del contacto afectivo”.

Anteriormente a Kanner los casos de autismo eran diagnosticados como demencias precoces y esquizofrenias; resaltando al psiquiatra suizo Bleuler⁶ que en 1911 describió a un tipo de pacientes esquizofrénicos que presentaban desórdenes mentales, retraimiento y desinterés por la realidad.

Aunque Bleuler fue el primero en utilizar el término autista, Kanner es reconocido como el pionero en la literatura existente sobre autismo infantil (Ver Tabla 1).

TABLA CRITERIOS DIAGNÓSTICOS KANNER	
1.	Incapacidad para establecer relaciones con otras personas.
2.	Retraso importante en la adquisición del lenguaje.
3.	Utilización no comunicativa del habla en caso de adquirirla.
4.	Ecolalia retardada.
5.	Inversión pronominal.
6.	Actividades de juego estereotipadas y repetitivas.
7.	Insistencia obsesiva en la preservación de la identidad.
8.	Falta de imaginación.
9.	Buena memoria mecánica y buen potencial cognitivo.
10.	Aspecto físico normal.

⁵ **Leo Kanner** (1896-1981): psiquiatra austriaco, considerado “el padre del autismo”. Destaca su libro “Autistic Disturbances off Affective Contact del año 43, como base de los estudios modernos del autismo.

⁶ **Bleuler Eugen** (1857-1939): psiquiatra suizo, realizó grandes contribuciones en el campo de las enfermedades mentales, acuñando el término “esquizofrenia”. Amigo y defensor de Sigmund Freud, publicó su gran obra en 1911 “Dementia praecox: el grupo de las esquizofrenias”, a la que añade el pensamiento Freudiano a la enfermedad.

11.	Anormalidades evidentes en la primera infancia.
12.	Padres inteligentes, obsesivos y fríos.

Tabla 1. Criterios Diagnósticos de Kanner⁷

En 1944 Hans Asperger⁸ estudió niños con síntomas del tipo de los pacientes de Kanner, pero con habilidades verbales y cognitivas mayores. Lo consideró un trastorno de personalidad a la que decidió llamar “psicopatía autista”, conocido en la actualidad como “Síndrome de Asperger”.

No será hasta los años sesenta, cuando se avance y se profundice sobre el concepto de autismo infantil. Michael Rutter⁹ plantea un origen orgánico cerebral y lo concibe como un síndrome conductual con diversos síntomas en común; de este modo se va pasando a un segundo plano la concepción de Kanner de trastorno socioafectivo.

Después de que Asperger muriera en 1980, sin ser reconocido su trabajo, un año después, Lorna Wing se interesó por sus estudios, y reafirmó que esta condición descrita por Asperger debía ser considerada como una variante del autismo, menos grave.

Es a partir de aquí cuando el Autismo es considerado como un síndrome psiquiátrico específico e incluido dentro de los Trastornos generalizados del desarrollo del DSM-IV y en el CIE-10 (Ver Tabla 2).

⁷ Cuxart F, Jané MC. Evolución conceptual del término autismo una perspectiva histórica. Revista de Historia de la Psicología [revista en Internet] 1998 [Consultado el 27 de Diciembre de 2014]; 19 (2-3): [369-388]. Disponible:<http://www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5971828211/36.+CUXART+I+FINA.pdf?t=1392199550>

⁸ **Hans Asperger** (1906-1980): austriaco que se formó en Viena en Medicina General, especializándose en Pediatría. En los años ochenta, tras su muerte, se introduce el término de “síndrome de Asperger” en honor a sus estudios con niños con desordenes mentales. La Pedagogía curativa constituye también otro de sus aportes más importantes.

⁹ **Michael Rutter** (1933): libanés considerado el “padre del la Psicología Infantil” y uno de los más importantes especialistas en autismo. Estudió Medicina General en EE.UU y se especializó en neurología, cardiología y pediatría.

CIE-10	DSM-IV
F84.0 Autismo infantil	299 Trastornos autísticos
F84.1 Autismo atípico	299.10 Trastorno desintegrativo de la infancia
F84.2 Síndrome de Rett	299.80 Síndrome de Rett
F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia	
F84.4 Trastorno hiperactivo asociado con retraso mental y movimientos estereotipados	
F84.5 Síndrome de Asperger	29980. Síndrome de Asperger
F84.8 Otros trastornos invasores del desarrollo	299.80 Otros trastornos invasores del desarrollo no especificados en otro lugar
F84.9 Otros trastornos invasores del desarrollo no precisados	

Tabla 2. Comparativa CIE-10 Y DSM-IV. Guía Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastorno del Espectro Autista en Atención Primaria¹⁰

Actualmente el término “Síndrome de Asperger” se utiliza para aquellos autistas que tienen un desarrollo intelectual y de lenguaje dentro de la normalidad y el “Síndrome de Kanner” para aquellos que presentan los rasgos nucleares que describe Kanner en la tabla mostrada anteriormente.

¹⁰ MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. [Consultado el 31 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf

Si nos adentramos en las investigaciones y trabajos actuales entorno al universo del autismo, en España, destaca Ángel Rivière¹¹ cuyo legado está compuesto por numerosos estudios y publicaciones sobre los TEA y una nueva perspectiva desde la que poder entender y tratar a estas personas.

Olga Bogdashina¹² también ha hecho grandes aportaciones, liderando nuevas líneas de investigación y en la actualidad imparte también numerosos cursos y seminarios en diferentes países, incluido España, para profesionales interesados en el tema.

¹¹ **Ángel Rivière:** (1949-2000) destacado psicólogo español especializado en el autismo. Catedrático de la Universidad Autónoma de Madrid. Falleció repentinamente a la edad de 50 años, dejando un legado de estudios y publicaciones sobre los TEA. Destacan sus 20 postulados en forma de principios, titulado “Qué nos pediría un autista”, que nos permite entender mejor y acercarnos a las personas con autismo.

¹² **Olga Bogdashina:** lingüística y doctora en Psicología, profesora de la Universidad de Birmingham. Tiene un hijo de 22 años con autismo y una hija adolescente con Síndrome de Asperger y en referente a ello destaca su libro: “Percepción sensorial en el Autismo y Síndrome de Asperger”.

2.4 Etiología

Los TEA son todavía hoy en día desconocidos, ya que no existen pruebas específicas sobre sus diagnósticos, debido a que se basan en el conjunto de valoraciones y observaciones realizadas sobre el niño. La causa biológica no está aún clara, y actualmente se continúan realizando numerosas investigaciones para intentar determinar su etiología.

• GENÉTICA

En la actualidad se considera que el autismo es multifactorial, con fuertes fundamentos en el campo de la genética, aunque no existe un marcador biológico universal, dado que su etiología viene marcada por sus numerosos síntomas y signos clínicos, y tiene una heterogeneidad muy amplia.

Entre los factores endocrinológicos en la etiopatogenia de los TEA, se encuentran las hormonas; entre ellas las del crecimiento, melatonina, hormona tiroidea, cortisona, testosterona¹³. La prematuridad y el bajo peso al nacer son considerados dentro de los factores de riesgo¹⁴, e incluso la exposición a ciertos fármacos tóxicos como el caso de los antiepilépticos y etanol¹⁵.

Ciertas enfermedades metabólicas como la fenilcetonuria, deficiencia de purinas, deficiencia cerebral de float o síndrome de Smith-Lemli-Optiz¹⁶ se consideran causas raras de los TEA, normalmente están asociadas a otros síntomas, si se da el caso de estar presentes en los niños que presentan el trastorno.

¹³ Tareen RS, Kamboj MK. Role of endocrine factors in autistic spectrum disorders. *Pediatric Clin North Am* [Internet] 2012 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 59(1): [75-88]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22284794>.

¹⁴ Williams K, Helmer M, Duncan GW, Peat JK, Mellis CM. Perinatal and maternal risk factors for autism spectrum disorders in New South Wales, Australia. *Child Care Health Dev* [Internet] 2008 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 34(2): [249-256]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18257794>

¹⁵ Dufour-Rainfray D, Vourc'h P, Tourlet S, Guilloteau D, Chalon S, Andres CR. Fetal exposure to teratogens: evidence of genes involved in autism. *Neurosci Biobehav Rev*[Internet] 2011 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 35(5): [1.254-1.265]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195109>

¹⁶ Devlin B, Scherer SW. Genetic architecture in autism spectrum disorder. *Curr Opin Genet Dev* [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 22(3): [229-237]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22463983>

- **NEUROBIOLÓGICA**

Los estudios de neuroimagen, como la resonancia magnética para verificar las estructuras anatómicas cerebrales relacionadas entre sí en los TEA, ofrecen resultados muy heterogéneos y a menudo contradictorios. Sólo algunos datos muestran cierta significación estadística que se relacionan con los distintos tipos de autismo según el DSM-IV-TR, como por ejemplo: el crecimiento acelerado durante la infancia del volumen cerebral global, disminución del cuerpo calloso o aumento del volumen del núcleo caudado y la amígdala o aumento o disminución del número de neuronas en la corteza prefrontal. También algunos estudios demuestran hallazgos en tomografías por emisión de positrones (PET) de la función dopaminérgica, GABAérgica y serotoninérgica alterada¹⁷⁻¹⁸.

Los avances sobre las técnicas de imagen no son suficientes como prueba diagnóstica, sobre todo hasta que no se consiga establecer grupos más homogéneos desde el punto de vista genético.

Con respecto a los factores ambientales implicados; la edad materna y paterna se asocia con un mayor riesgo de autismo y los TEA son hasta cuatro veces más frecuentes en niños que en niñas; según los estudios nombrados anteriormente. Con respecto a la genética; en un porcentaje muy alto (50%-90%) de los gemelos monocigóticos existe concordancia en su diagnóstico, según diferentes estudios analizados.¹⁹⁻²⁰

¹⁷ Pina-Camacho L, Villero S, Fraguas D, Boada L, Janssen J, Navas-Sánchez FJ, et al. Autism spectrum disorder: does neuroimaging support the DSM-V proposal for a symptom dyad? Asystematic review of functional magnetic resonance imaging and diffusion tensor imaging studies. *J Autism Dev Disord* [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 42(7): [1.326-1.341]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21932156>

¹⁸ Ameis SH, Szatmari P. Imaging-genetics in autism spectrum disorder: advances, translational impact, and future directions. *Front Psychiatry* [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 3: [46]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615702>

¹⁹ Sucksmith E, Roth I, Hoekstra RA. Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century. *Neuropsychol Rev* [Internet] 2011 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 21(4): [360-389]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21989834>

²⁰ Rommelse NN, Geurts HM, Franke B, Buitelaar JK, Hartman CA. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet] 2011 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 35(6): [1.363-1.396]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382410>

Aproximadamente en un 10% de los casos los TEA se acompañan de duplicación de alguno de los genes que implican verdaderos síndromes en el campo de la neurología infantil; como en caso del 7q11.23 o 15q11-q13 y muchos otros, asociados a discapacidad intelectual variable.

Parece ser que los TEA considerados más graves son causas de la mutación genética llamada “mutación del novo” y aquellos de más alto rendimiento y en consecuencia más leves, debidas a variaciones genéticas en los llamados “single-nucleotide-polymorphisms” o SNP, con una gran carga familiar, herencia poligénica y enorme variabilidad fenotípica²¹.

• **TEORÍAS PSICOLÓGICAS**

Las teorías psicológicas existentes, parten de la idea de un autismo inducido, para explicar que es producto de las primeras relaciones madre-hijo. Así pues, el autismo es producto de la crianza de los padres, y el niño autista es potencialmente normal al nacer. Las diversas teorías relacionadas con estos factores ambientales-emocionales, carecen de sustento empírico²².

Las teorías cognitivas y emocionales más actualizadas y empleadas para explicar el autismo desde el punto de vista de la psicología son:

-**Teoría socioafectiva:** descrita por Kanner y replanteada por Peter Hobson²³ (1993). Se describe como los autistas carecen de los componentes necesarios para poder tener relaciones recíprocas con los demás; no pueden reconocer los pensamientos y sentimientos propios y de los demás; y tienen una gran alteración en la capacidad de abstracción, sentir y pensamiento simbólico. Según Hobson, los niños autistas presentan dificultades para apreciar, entender y aprender las claves para poder relacionarse, no vienen biológicamente preparados para

²¹ Addington AM, Rapoport JL. Annual research review: impact of advances in genetics in understanding developmental psychopathology. J Child Psychol Psychiatry [Internet] 2012 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 53(5): [510-518]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067053>

²² Bautista Mercado E, Sifuentes Romero N, Jiménez Santa Cruz B, et al. Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet] 2008 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 10(1): [49-62]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80210104>

²³ **Peter Hobson:** es profesor de Psicopatología del Desarrollo de la Universidad College de Londres conocido por su trabajo sobre el autismo y la psicología experimental niño.

comprender esas claves. Los experimentos sobre el reconocimiento de las emociones de Hobson, concluyen en afirman que el autismo es el resultado de un déficit emocional primario en la relación interpersonal.

-Teoría cognitiva: fue descrita por Lesli²⁴, Frith²⁵ y Baronn-Cohen²⁶ en 1985, sostiene que las personas autistas padecen un trastorno en la capacidad básica humana para “leer las mentes”; es decir, que no presentan la capacidad de pensar sobre los pensamientos y debido a esto tienen problemas con respecto a las habilidades sociales, comunicativas e imaginativas. Frieth considera que los niños con TEA presentan grandes dificultades para comprender acontecimientos que exigen imaginar lo que la otra persona está pensando. El problema no subyace en la comprensión general, sino en la particular que hace referencia a la mente de los demás. Lo explica diciendo que “los niños autistas no distinguen entre lo que hay en el interior de su mente y el interior de la mente de los demás”.

Existen alternativas a esta teoría, como por ejemplo:

-La teoría de la “ceguera mental” o también denominada “sobre el déficit en la Teoría de la mente”. Consiste en la explicación de que las personas con autismo, presentan una “ceguera mental” ya que no pueden darse cuenta de lo que piensa o cree otra persona. Así se explica el distanciamiento emocional de las personas con autismo, ya que son incapaces de entender las emociones que sienten las personas que les rodean o de expresar sus propios sentimientos. Está fundamentado en la ausencia de habilidad de “mentalización”, que explica a su vez, su ingenuidad social. No son capaces de engañar, aparentar, mentir, ni tratar de impresionar a alguien. También se explica así, sus problemas a la hora de interaccionar recíprocamente y los problemas de comunicación.

²⁴ **Alan M. Lesli:** psicólogo escocés que dirige el Laboratorio de Desarrollo Cognitivo de la Universidad de Rutgers. En 2006 recibió el Premio de Brown L. Ann a la Excelencia en Investigación del Desarrollo.

²⁵ **Uta Frith:** nacida en 1945 en Alemania, es profesora de Desarrollo Cognitivo y dirige el Instituto de Neurociencia Cognitiva de Londres. Destaca a nivel mundial sobre autismo y dislexia.

²⁶ **Simón Baronn- Cohen:** nació en Londres en 1958. Profesor de desarrollo de la Psicopatología de la Universidad de Cambridge de Reino Unido y director de su centro de Investigación sobre autismo.

-Teoría de la hiperselectividad: resalta que los autistas presentan incapacidad para discriminar categorías y por tanto les cuesta mucho mantener su atención en una determinada tarea o cuestión. Muestran un problema entorno a la hiperselectividad de la atención, se concentran en aspectos poco significativos.

-Teoría de la coherencia central: propuesta por Frith (1989) y Happé²⁷ (1994), parten de la creencia de que tanto las deficiencias como las capacidades de los autistas tienen su procedencia del nivel cognitivo. Para Frith esto proviene de un desequilibrio en la integración de la información a distintos niveles. Una persona con procesamiento normal va conectando la información que tiene para finalmente construir un significado más global. Se recuerda muy fácilmente lo esencial de una historia, pero lo superficial se pierde. Esta característica del ser humano está alterada en el autismo, existiendo una falta de coherencia central. Un ejemplo muy claro de ello, sería el procesamiento de caras. Pueden procesar rasgos, pero tienen dificultades para reconocer expresiones en lo que se refiere a emociones.

-Teoría neuropsicológicas y de emoción: en la actualidad se considera a la amígdala y los lóbulos frontales partes fundamentales en lo que se refiere al gobierno de las emociones. De este modo se explica que las personas que presentan algún tipo de lesión en el córtex frontal, no sean capaces de reconocer emociones que expresan los demás.

-Teoría de la función ejecutiva: es una de las teorías cognitivas con más éxito para dar explicación al funcionamiento psicológico de los TEA. Actualmente se han diseñado numerosos estudios sobre la importancia de los lóbulos frontales en cuanto a su función en los procesos cognitivos, aprendizaje, razonamiento; y es aquí donde se encuentra el “puesto de mando” que organiza y coordina todas estas funciones. Bajo las funciones ejecutivas se encuentran la habilidad de planificación, memoria de trabajo, inhibición, control de los impulsos y flexibilidad entre otras cosas. La primera vez que surge un estudio que relaciona los TEA y las funciones ejecutivas es en 1991, de la mano de Ozonoff²⁸.

²⁷ **Gabrielle Elizabeth Happé:** francesa, profesora de Neurociencia Cognitiva y también directora del Centro de Psiquiatría en Kings College de Londres.

²⁸ Ozonoff S, Pennington BF, Rogers SJ. Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. *J Child Psychol Psychiatry* 1991[Consultado el 9 de Enero de 2015]; 32(7): [1081-105]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1787138>

La explicación de la alteración de las funciones ejecutivas en la población con autismo ha ido ganando peso gradualmente, sin embargo, existe falta de consenso acerca de cuáles son las funciones ejecutivas que se ven alteradas y diversos problemas en el rango de edad, ya que la mayoría de estudios se realiza sobre niños con distintas edades. Una dificultad añadida se encuentra en que la disfunción ejecutiva también se encuentra en otros trastornos. Debido a todo esto, existe una necesidad de realizar estudios más detallados sobre el funcionamiento ejecutivo.

2.5 Prevalencia

En España no son muchos los estudios epidemiológicos sobre los TEA, aunque en los últimos años van en aumento.

El CDC (Centro para el control y la prevención de enfermedades de los Estados Unidos) trabaja en la actualidad para comprender la naturaleza de estos trastornos a través de su investigación, es el organismo más importante a nivel mundial y lleva una monitorización y seguimiento continuo del Autismo.

Hoy en día existe mayor número de personas a las que se les diagnostica los trastornos del espectro autista, no estando muy claro si es debido a la mejora de los medios de diagnóstico o a la existencia de una mejor definición de los TEA.

La Red de Vigilancia del Autismo y las Discapacidades del Desarrollo (ADDM), programa que incluye el CDC trabaja para determinar el número de personas con autismo que hay en EEUU.

Para analizar la prevalencia del trastorno del espectro autista el ADDM ha generado un informe, llamado: **“Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 years-Autism an Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010”**²⁹, que fue realizado sobre niños de 8 años en 11 áreas geográficas distintas de Estados Unidos. El fin de este informe es proporcionar las últimas estimaciones de prevalencia sobre el TEA de la Red ADDM y mostrar recomendaciones en lo que se refiere a la salud pública entorno a la monitorización continua de las tendencias y esfuerzos para identificar más tempranamente los TEA.

La prevalencia global del autismo ha aumentado por veinte desde que empezaron los estudios epidemiológicos en los años 60 y principios de los 70. En estos años los resultados de los estudios en Europa eran de 1 de cada 2500 niños y ya en el comienzo del año 2000 se estimaba que el número total de niños con autismo era del 1-2%. Las razones de estos cambios en la prevalencia son difíciles de estudiar y muchas investigaciones lo atribuyen a factores extrínsecos como la mejora de la concienciación y reconocimiento del trastorno o a cambios en el diagnóstico.

²⁹ Baio J, EdS, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, CDC. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. MMWR Publications [Internet]. 2014 [Consultado el 16 de Enero de 2015]; 63(2): [1-21]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>

El seguimiento de la prevalencia de los TEA plantea desde siempre un gran desafío en lo que se refiere a la investigación, ya que estos trastornos son de naturaleza muy compleja.

En el estudio fueron evaluados un total de 363.749 niños de 8 años correspondientes a 11 áreas de los Estados Unidos, proporcionando datos para el año 2010. La prevalencia global fue de 14,7 por 1000, es decir, uno de cada 68 niños de 8 años tenía trastorno del espectro autista.

En relación a la prevalencia por sexo fue de un 23,7 por 1000 (uno de 42) varones y 5,3 por 1000 (uno de 189) niñas. Fue significativamente mayor en varones en las 11 áreas geográficas.

En cuanto a la raza; la prevalencia entre niños blancos fue de 15,8 por 1000. La de niños negros fue 12,3 por 1000. La de hispanos de 10,8 por 1000. De nuevo, en las 11 localizaciones coincide la prevalencia más alta entre niños blancos, respecto a negros e hispanos.

No hay datos disponibles para apoyar las posibles implicaciones etiológicas de estas diferencias, incluyendo la diferencia de sexo, aunque parte de esta variación puede ser atribuible a las prácticas de diagnóstico, documentación de síntomas del autismo y a la variación de factores extrínsecos como las disparidades regionales y socioeconómicas en el acceso a los servicios sanitarios.

La estimación general de prevalencia de TEA para el año de vigilancia ADDM 2010 supera al de todos los años de vigilancia anteriores, con el mayor número total de niños identificados con TEA. Las comparaciones adicionales entre la estimación de 2010 y los años anteriores de vigilancia muestran un aumento del 64% respecto a 2006 (9 por 1000, una en 110) y un aumento del 123% desde 2002 (6,6 por 1000, una en 150). Estas comparaciones se basan en el número total de niños identificados con TEA y el denominador total de niños de 8 años que se publica para cada año de vigilancia.

A través de la Red ADDM también se ha podido identificar una gran proporción del aumento de prevalencia de niños con TEA, desde 2000 a 2010, que están en la media o por encima de la media de capacidad intelectual (CI >85). Los datos obtenidos muestran un aumento del 32% en 2002 al 46% en 2010. Casi la mitad de los niños identificados con TEA presentaban una media o por encima de ella de la capacidad intelectual en promedio.

La prevalencia hombre a mujer se mantiene constante en los estudios (4:1 a 5:1) y la edad media de diagnóstico también, aproximadamente a los 4-5 años.

Las investigaciones de la red de ADDM recopilan y analizan datos para evaluar las últimas tendencias de la prevalencia de los TEA. En su evaluación incluyen diversos temas de interés como indicadores económicos, factores de riesgo perinatal, edad de los padres, intervalo de embarazos. Este último informe se basa exclusivamente en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR; ya que hay que recordar que desde 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría publicó el DSM-V y su actualización incluye revisiones sustanciales a la definición y criterios diagnósticos del autismo. Y es por esto que la Red ADDM aplicará en sus estudios futuros los nuevos criterios diagnósticos del DSM-V.

La identificación temprana de los niños con TEA puede conducir de un modo rápido a la entrada en programas de intervención para la mejora en el desarrollo de estos niños.

Como conclusión, aunque se examinaron diversos factores asociados a la prevalencia, características y momento de diagnóstico de TEA en este informe, uno de los principales desafíos en la correcta interpretación de datos de prevalencia, son la falta de un indicador estandarizado. La nueva definición del DSM-V incluye procedimientos de registro para especificar la presencia de discapacidad, sin embargo, sin herramientas validadas de fácil acceso para evaluar la gravedad de los síntomas, los médicos pueden presentar dificultades para adoptar requisitos de forma estándar.

Las recomendaciones de la Red ADDM incluyen una mejora de las estrategias a adoptar:

- Estandarizar las medidas para documentar la gravedad de TEA y sus limitaciones funcionales asociadas a su diagnóstico.
- Mejorar el reconocimiento y la documentación de síntomas, en particular en los niños sin discapacidad intelectual. También en relación a la sexo, raza y etnia.
- Disminuir la edad de evaluación por primera vez de los niños con TEA, la edad de diagnóstico y de matriculación por primera vez en centros de apoyo de la comunidad.

2.6 Manifestaciones clínicas de los niños autistas

En todos los casos de autismo se presentan una serie de manifestaciones clínicas en las siguientes áreas: interacción social, comunicación y repertorio restringido de intereses y comportamiento. Suelen manifestarse en los primeros años de vida y varían según el desarrollo y la edad cronológica del niño.

La siguiente tabla procedente del DSM-IV, recoge las principales manifestaciones clínicas del TEA y las manifestaciones también existentes, pero no están expuestos de un modo claro en dicho manual de diagnóstico (Ver Tabla 3).

Interacción social alterada	Bebés: contacto visual, expresiones y gestos limitados. Lo que se traduce a veces en una especie de sordera selectiva ya que no suelen reaccionar cuando se les llama por su nombre. Niños pequeños: falta de interés en ser ayudados, falta de habilidad para iniciar o participar en juegos con otros niños o adultos, juegos en solitario, respuesta inapropiada en las relaciones sociales formales
Comunicación verbal y no-verbal alteradas	No usan el lenguaje verbal y/o corporal como comunicación funcional, incluso puede existir mutismo en los casos más graves. Algunos niños inician el desarrollo del lenguaje en el primer año de vida pero pueden sufrir una regresión a partir del segundo año y perderlo. Otros en cambio sufren retrasos generalizados en todos los aspectos del lenguaje y de la comunicación (no compensan con gestos o mímica). Cuando el lenguaje está presente existe alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación: ecolalia, confusión de pronombres personales (se refieren a ellos mismos en segunda o tercera persona), repetición verbal de frases o alrededor de un tema particular y anomalías de la prosodia. Utilizan un lenguaje estereotipado y repetitivo
Restricción de intereses y comportamientos estereotipados y	Preocupaciones absorbentes por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resultan anormales en su intensidad o en su contenido. Es común: la insistencia exagerada en una misma actividad, rutinas o rituales específicos. Tienen escasa tolerancia a los cambios de

	dichas rutinas. Suelen adquirir manierismos motores estereotipados y repetitivos como sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.
Otras manifestaciones clínicas comunes y no claramente expuestas en los manuales diagnósticos son	
Respuesta inusual a los estímulos	Percepción selectiva de determinados sonidos que se traduce en no responder a voces humanas o a su propio nombre y en cambio son extremadamente sensibles a ciertos sonidos, incluso considerados suaves para la mayoría. De igual forma ocurre con determinados estímulos visuales, táctiles, de olor o sabor. Esto se traduce a veces en trastornos de la alimentación por su preferencia o rechazo a determinados sabores o texturas, o rechazo a determinadas prendas de vestir por el color y tacto. A veces disfunción grave de la sensación del dolor que puede enmascarar problemas médicos como fracturas.
Trastornos del comportamiento	A veces muestran dificultad para centrar la atención en determinados temas o actividades que no han sido elegidos por ellos mismos. Algunos niños suelen ser considerados hiperactivos o con problemas de déficit de atención, llegando incluso a niveles significativos de ansiedad. Otros responden a los cambios o frustraciones con agresividad o auto-agresión.
Habilidades especiales	Algunos niños pueden mostrar habilidades especiales en áreas concretas sensoriales, de memoria, cálculo, y otras, que pueden hacer que destaquen en temas como por ejemplo, música, arte o matemáticas.

Tabla 3. Manual DSM-IV-TR.³⁰

³⁰ American Psychiatric Association (APA). 1ª ed. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 2005

2.7 Mitos sobre el autismo

En los últimos años se ha producido un gran avance del conocimiento que tenemos sobre los TEA. A pesar de ello, existen muchas creencias erróneas sobre este tipo de trastorno. Algunos de los tópicos socialmente extendidos son:

-Son así debido a que sus padres no los han educado bien o no los quieren: en el autismo existe una alteración neurológica; los niños no pueden evitar su conducta, por ello se debe intervenir sobre ella para intentar modificarlas.

-Todos los niños con TEA presentan un retraso mental: frecuentemente existen alteraciones cognitivas asociadas; pero algunos presentan un cociente intelectual dentro de la normalidad e incluso superior a la media. Muchos de ellos tienen habilidades especiales en áreas de matemática, cálculo, música y pintura.

-Nunca se comunican, no miran a los ojos, no sonríen ni responden a las muestras de afecto: algunos de ellos pueden presentar un lenguaje y comportamiento en apariencia normal y son diagnosticados de TEA muy tardíamente; ya en la adolescencia. Expresan sus sentimientos de un modo distinto a los niños de su edad y no en concordancia con lo esperado socialmente.

-Los niños autistas no tienen sentimientos: sí que los tienen, su forma de demostrarlos es distinta, un niño “normal” nos dice que nos quiere, muestra su sonrisa. Una persona con autismo no sabe la forma de comunicar que nos quiere, lo notaremos porque busca estar donde nosotros estamos o trata de imitarnos. Los niños con autismo sienten, aman y sufren al igual que el resto de personas, sólo que no saben expresarlo de la manera que estamos acostumbrados.

-No tienen empatía, ni pueden desarrollarla: la pueden desarrollar, a través de una intervención temprana en su diagnóstico. Enseñándoles diferentes habilidades que les ayuden a demostrar sus sentimientos.

-Los niños autistas están locos: no es cierto, sus criterios diagnósticos han ido variando mucho a lo largo del tiempo y ya no es reconocido como esquizofrenia o demencia precoz.

-Las vacunas son el origen del problema, además de las intolerancias alimentarias, intoxicación por metales pesados, etc...: esto no está probado actualmente científicamente.

-Los niños autistas tienen talentos fuera de lo común: no todos, sólo un 10% muestra lo que se denomina “talento extraordinario”.

-Autismo viene acompañado de discapacidad intelectual: no es cierto, hay niños que tienen también algún tipo de discapacidad y otros no.

-Los niños autistas muestran una actitud agresiva: sí es cierto que se enfadan y frustran con facilidad, pero no todos muestran esta actitud.

-No pueden acudir a colegios normales: esto es falso, pueden acudir a colegios normales o especiales para ellos.

-Los niños autistas no tienen amigos ni se comunican con nadie, están “encerrados en una burbuja” y “viven en su propio mundo”: las diversas investigaciones realizadas sobre estos niños indican que padecen una alteración biológica, causante de que su mente sea diferente de la de las personas que no padecen este trastorno.

2.8 Instrumentos de screening/detección del trastorno

En la actualidad es muy habitual el uso de instrumentos de detección temprana que han demostrado ser muy eficaces dentro del ámbito de la pediatría.

-**EL CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers) está diseñado para poder detectar rasgos de Autismo a partir de los 18 meses de edad. Consta de una parte de preguntas a los padres y otra de observaciones realizadas por el pediatra en el contacto con el niño (Ver Tabla 4)

Su evaluación proporciona señales de alerta, como las que se nombran a continuación:

- Ausencia de gestos protodeclarativos.
- Dificultad de seguimiento en la mirada.
- Ausencia de juego de ficción.

Su existencia, nos indicaría la necesidad de realizar una evaluación por un equipo especializado en el tema y con más profundidad.

La siguiente tabla muestra el cuestionario básico utilizado en el CHAT, con sus 2 secciones explicadas anteriormente.

Sección A: Preguntas a los padres

- ¿Disfruta su hijo al ser mecido, cuando le sienta en sus rodillas, etc.?
- ¿Se interesa su hijo por otros niños?
- ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?
- ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/escondite?
- ¿Simula alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té/café usando la tetera/cafetera y una taza de juguete o simula otras cosas?
- ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice, para señalar, para pedir algo?
- ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, con la finalidad de indicar interés por algo?
- ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches, bloques) y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?
- ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para mostrárselos?

Sección B: Observación del pediatra

-¿Ha establecido el niño contacto ocular con usted. Durante la observación?

-Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante de la habitación y diga:

“Oh, mira” “Hay un (nombre del juguete)”. Observe la cara del niño, ¿Mira el niño lo que usted está señalando?

-Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera/cafetera y una taza de juguete y diga:

“¿puedes servirme una taza de té/café?”

-Diga al niño: “¿dónde está la luz?” ¿Señala el niño con su dedo índice la luz?

-¿Sabe el niño construir una torre con bloques? Si es así ¿cuántos? (números de bloques)

Tabla 4. CHAT³¹

-M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers), es la versión ampliada del CHAT, utilizable a los 24 meses. Normalmente son entregados a los padres en las salas de espera para que lo vayan rellenoando. Contiene 6 elementos claves de diagnóstico de TEA. En caso de que las familias puntúen 2 o más de estos elementos clave, se contacta con ellos para evaluar la posible necesidad de realizar una evaluación más exhaustiva por parte de un equipo especializado (Ver tabla 5)

-¿Le gusta que le balanceen, que el adulto le haga el “caballito” cuando le sienta en sus rodillas, etc.?

-¿Muestra interés por los demás niños?

-¿Le gusta trepar a las cosas, como subir escaleras?

-¿Le gusta que el adulto juegue con él al “cucú-tras/escondite”, a jugar a esconderse y aparecer?

-¿Alguna vez juega a simular cosas como, por ejemplo, hablar por teléfono, que está cuidando las muñecas o imaginándose otras cosas?

³¹ Martos Pérez J, Llorente Comí M, González Navarro A, Ayuda Pascual R, Freire S. Los niños pequeños con autismo Soluciones prácticas para problemas cotidianos. 6ª ed. Madrid: Cepe; 2014.

- ¿Alguna vez utiliza su dedo índice para señalar con el fin de pedir algo?
- ¿Alguna vez utiliza su dedo índice par señalar con el fin de indicar algo que le interesa?
- ¿Puede jugar adecuadamente con juguetes pequeños (por ejemplo, coches o bloques de construcción) sin que únicamente se los lleve a la boca, los agite con la mano o los tire?
- ¿Alguna vez le trae objetos para mostrárselos?
- ¿Le mira directamente a los ojos durante 1 o 2 segundos?
- ¿Le parece alguna vez que es excesivamente sensible a los ruidos, por ejemplo, porque le ve taparse los oídos?
- ¿Sonríe con respuesta al ver su cara o su sonrisa?
- ¿Le imita? (Por ejemplo si usted hace una mueca él también la hace)
- ¿Responde a su nombre cuando se le llama?
- Si usted apunta con su dedo a un juguete al otro lado de la habitación, ¿mira dicho juguete?
- ¿Es capaz de caminar solo?
- ¿Dirige el niño su mirada hacia las coas que usted está mirando?
- ¿Hace el niño movimientos raros con los dedos, poniéndoselos cerca de su propia cara?
- ¿Intenta atraer su atención sobre las actividades que está realizando?
- ¿Alguna vez ha pensado que el niño podría ser sordo?
- ¿Entiende el niño lo que la gente le dice?
- ¿Se queda mirando fijamente al vacío o va de un lado a otro sin propósito?
- Si el niño tiene que afrontar algo que le resulta desconocido, ¿Le mira a la cara y busca su reacción?

Tabla 5. M-CHAT³²

³² Martos Pérez J, Llorente Comí M, González Navarro A, Ayuda Pascual R, Freire S. Los niños pequeños con autismo Soluciones prácticas para problemas cotidianos. 6ª ed. Madrid: Cepe; 2014.

El **IDEA** (inventario del espectro autista): fue ideado por el español Ángel Rivière, mencionado en el apartado 2.3 Historia del autismo. Se aplica ante sospecha de TEA. Evalúa 12 dimensiones dentro de las características de la persona. Sus utilidades son:

- Establecer el nivel de espectro autista.
- En función de las puntuaciones, se establecen estrategias de tratamiento.
- Se someten a prueba los cambios que se producen a raíz del tratamiento, valorando de este modo su eficacia.

Según la puntuación (de 0 a 96), se establecen distintos niveles de autismo:

Nivel 1: tipo clásico o Kanner, es el que llega a tener mayores puntuaciones (70-96) y mayor afectación.

Nivel 2: regresivo (50-70), hay pérdida de las capacidades aprendidas a una etapa en apariencia normal, le sigue pérdida de contacto ocular, lenguaje y otras habilidades cognitivas.

Nivel 3: autismo de alto funcionamiento, se puede equiparar en cierta medida al síndrome de Asperger (40-50). Sus primeras manifestaciones se suelen confundir con Déficit de Atención. El lenguaje está presente, se presentan dificultades en las relaciones, intereses repetitivos y rutinarios que acaban en obsesión.

Nivel 4: Síndrome de Asperger (30-45 puntos), son los de menor afectación. En algunas áreas son especialmente competentes, aunque marcada incapacidad para entender las claves sociales de la relación humana. Puntuaciones inferiores a 30 indicarían problemas específicos en algún área, pero se alejaría del diagnóstico de TEA.

El cuadro siguiente (Ver Tabla 6.) sintetiza las dimensiones de la persona que son evaluadas por el test:

SOCIAL	1. Relación social
	2. Capacidades de referencia conjunta (acción, atención y preocupaciones conjuntas)
	3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas
COMUNICACIÓN	4. Funciones comunicativas

Y LENGUAJE	5. Lenguaje expresivo 6. Lenguaje receptivo
ANTICIPACIÓN Y FLEXIBILIDAD	7. Competencias de anticipación 8. Flexibilidad mental y comportamental. 9. Sentido de la actividad propia.
SIMBOLIZACIÓN	10. Imaginación y de las capacidades de ficción. 11. Imitación. 12. Suspensión (capacidad de hacer significantes)

Tabla 6. Las dimensiones de Rivière³³

³³ EspectroAutista.info [Internet]. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Inventario de Espectro Autista. Disponible en: <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/IDEA>

3. Desarrollo del trabajo: Programa de educación para la salud.

3.1 Necesidad programa de educación para la salud para padres de niños con TEA

3.1.1 Análisis de la situación

Los datos consultados en la búsqueda bibliografía, y más tarde afianzados durante la visita a un colegio público en Madrid (“Colegio Marcelo Usera”), especializado en niños con trastorno del espectro autista, ponen de manifiesto una serie de necesidades de salud detectadas en los padres de estos niños en el momento de diagnosticar a sus hijos el trastorno. Con el objetivo de que los padres expresen sus sentimientos y preocupaciones en torno al reciente diagnóstico de sus hijos, da comienzo la primera sesión de la propuesta de diseño de un programa de educación para la salud titulado: **“Resolviendo el puzle de mi hijo con TEA”**; taller grupal para padres de niños con autismo de reciente diagnóstico. A continuación se hace un pequeño resumen sobre los problemas y necesidades que presentan los padres cuando reciben la noticia de que su hijo presenta TEA y en el que se ha inspirado la creación de la primera sesión.

3.1.2 Necesidades de las familias del niño con TEA

La existencia de un niño con trastorno del espectro autista produce un desequilibrio en el sistema familiar. A medida que el niño va creciendo, los padres descubren que su hijo no evoluciona ni se desarrolla como los demás. Las alteraciones propias de falta de empatía, juego con sus hermanos y otros niños, dificultades en la sociabilización y comunicación y problemas en los vínculos afectivos, convierten a estos niños en personas difíciles de comprender, incluso para sus propios padres. El aspecto físico normal es un motivo de desconcierto para los padres y sufren un gran estrés cuando se presentan conductas problemáticas como agresividad, estados de agitación, destructividad y alteraciones de la alimentación o sueño en relación a las funciones fisiológicas básicas de toda persona. Ante la existencia de una desorganización conductual, las familias limitan sus salidas públicas, para evitar sufrir situaciones que consideran incómodas.

A mayor número de alteraciones cognitivas y de conducta; mayor será la alteración en el entorno familiar y mayores restricciones se darán en su vida social.

Todas las familias pasan por una serie de etapas cuando conocen el diagnóstico de su hijo.

En la primera etapa se dan cuenta de la dificultad de educar a un niño con TEA, y sienten que han fracasado personalmente; pasando por periodos de ansiedad. Pasan por un periodo de negación y luego por otro de reconocimiento de las diferencias presentes en su hijo con respecto a otros niños. Poco a poco se irán adaptando a la situación y comprendiendo el trastorno. Finalmente aceptarán la situación con el paso de los años.

Aunque cada familia responde de distinto modo ante el conocimiento del diagnóstico de su hijo, suelen tener una serie de reacciones comunes:

-Confusión: el término “Trastornos del espectro autista” no es de conocimiento general y produce serias dudas.

-Impotencia: por no poder cambiar lo que le ocurre a su hijo.

-Ira y rabia: son los sentimientos que aparecen cuando se tienen que enfrentar a una situación inesperada y que produce un gran dolor.

-Sensación de perder el control: tienen la sensación de no saber qué hacer ni de a quién acudir.

3.1.3 Necesidades de salud de los niños con TEA

Con el fin de que los padres conozcan las necesidades de salud que presentan sus hijos, se incluye una sesión en la que se aborda este tema. Las necesidades detectadas según la bibliografía consultada son:

- **ALIMENTACIÓN:**

Los desordenes alimentarios representan un porcentaje alto en los niños con Autismo. Su topología e intensidad varían de un niño a otro; y esto puede condicionar y limitar de alguna manera la vida familiar. Por este motivo los problemas de alimentación de los niños con TEA requieren de una intervención y puesta en marcha de programas de educación para la salud dirigidos a los propios niños o a sus padres; ya que estos últimos tienen un papel muy importante dentro de los programas educativos para el niño.

El tipo e intensidad del desorden, es variado, como ya se ha comentado anteriormente; pero se podría agrupar en tres grandes categorías:

1. Patrón de selectividad respecto a los alimentos.
2. Ingesta compulsiva.
3. Hábitos pobres y presencia de conductas inadecuadas en los tiempos de comida.

Existen unos determinados factores que condicionan las dificultades alimentarias en los niños con TEA, y se detallan a continuación:

-Alteraciones sensoriales: la presencia de hiposensibilidad (poca sensibilidad) o hipersensibilidad (mucha sensibilidad) les hacen extremadamente sensibles en relación a la textura, temperatura o color del alimento. En relación a la textura, para muchos niños con Autismo la transición de paso de papillas a alimentos más sólidos se presenta como una tarea difícil y lenta; muchas veces es debido a un inadecuado estado de la dentición o a la falta de ejercitación de los músculos bucofaciales.

Aquellos alimentos que les provocan ruidos intensos, son rechazados; ya que les provocan sensaciones molestas e incluso dolorosas. La presentación de los alimentos, juega también un importante papel y dependiendo de ello, aceptarán o rechazarán ciertos alimentos. La percepción de la textura de la comida dentro de la boca o mediante el tacto puede provocarles el rechazo a la comida también.

-Alteraciones conductuales:

Por otra parte, se pueden presentar dificultades conductuales, en relación a su rechazo a comer en lugares distintos a su hogar, al uso de cubiertos distintos a los que usan habitualmente, no aceptar probar comidas nuevas etc., debido a que los niños con TEA presentan la necesidad de que sus rutinas y entorno mantengan una estabilidad, porque tienen escasa tolerancia a los cambios, como ya se ha explicado en relación a las manifestaciones clínicas presentes en el trastorno.

La presencia de una marcada inquietud motora durante las comidas, es una dificultad más para poder inculcar al niño autista hábitos adecuados de alimentación; marcándose como objetivo para los padres, el conseguir que su hijo esté sentado en la mesa hasta que termine de comer.

-Conducta de pica: según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), es un trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria. Se produce un deseo irresistible de comer o lamer sustancias no nutritivas y sin aspecto de alimento (tizas, yeso, pintura, pegamento, insectos, etc.)

Es relativamente frecuente en los niños con Autismo durante sus primeros años de vida y puede ser corregida, aunque requiere de un gran trabajo por medio de especialistas en el tema.

-Problemas gastrointestinales: desde hace años, existe una gran controversia entre si los niños autistas presentan más problemas intestinales que los niños que no presentan el trastorno.

Un último estudio **“Gastrointestinal Problems in children with autism, Developmental Delays or Typical Development”**³⁴ publicado en mayo de 2014 en la revista **“Journal of Autism and Developmental Disorders”** muestra que los niños con autismo son más propensos a problemas gastrointestinales; asociados a los problemas de comportamiento y retraso en el desarrollo que presentan los niños con trastorno del espectro autista.

Esta investigación es el estudio más extenso y de mayor diversidad étnica existente. El estudio concluye que los niños con autismo sufren entre seis y ocho veces más malestares de tipo gastrointestinal, del tipo de estreñimiento, diarrea y sensibilidad a ciertos alimentos que los niños con un desarrollo típico. Por otro lado estos síntomas están relacionados con sus problemas de comportamiento, aislamiento social, irritabilidad y conductas de repetición.

• SUEÑO

-La serotonina y su vinculación con el Autismo: desde hace muchos años se viene demostrando la implicación de niveles anormales de serotonina en el autismo. De este modo los niños autistas son más vulnerables a presentar alteraciones que afectan al patrón del sueño incidiendo directamente sobre el bienestar tanto del niño como de su familia.

³⁴ Chaidez V, Robin L. Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal Problems in Children with Autism, Developmental Delays or Typical Development. Journal of Autism and Developmental Disorders [revista en Internet] 2013[Consultado el 16 de Enero de 2015]; 44(5): [1117-1127]. Disponible en: <https://www.hoffmancentre.com/assets/files/pdf/articles/Gastrointestinal%20Problems%20in%20Children%20with%20Autism.pdf>

Ya en el año 1961 las investigaciones de Schain y Freedman encontraron que un 40% de los niños con autismo de su estudio, presentaban niveles altos de serotonina en la sangre. Más de 600 estudios realizados después de este primero, avalan lo mismo, aunque siguen existiendo muchas preguntas sin resolver alrededor de este tema.

Cabe destacar que la serotonina es un neurotransmisor que actúa también, a parte de regulador del sueño, como inhibidor de la conducta, regulador del apetito, deseo sexual, estado de humor, y temperatura corporal. La melatonina se sintetiza mediante la serotonina y tiene como función, inducir y regular el sueño. La serotonina a su vez, es sintetizada a través del aminoácido esencial de la alimentación llamado triptófano. La serotonina estimula el crecimiento de neuronas en el cerebro humano y existen estudios que afirman que los cerebros de los niños autistas tienen mayor tamaño debido a esto.³⁵

- **CONTROL DE ESFÍNTERES**

El control de esfínteres supone un proceso de aprendizaje de los hábitos higiénicos en relación a la micción y defecación durante el desarrollo evolutivo infantil. Este proceso varía de un niño a otro y en el caso de los niños con Autismo se presentan algunos obstáculos añadidos, que pueden intervenir a la hora de su aprendizaje y la adquisición de su control. El proceso de enseñanza puede ser lento y costoso, pero la mayoría de los niños con el trastorno terminan adquiriendo el aprendizaje. La tarea se complica aún más si el niño presenta además algún tipo de retraso mental o problema físico.

A la hora de empezar un programa de control de esfínteres en niños con TEA es muy importante establecer un horario, para ir creando la rutina del momento de ir al baño y normalmente les resulta más fácil si asociamos la conducta a alguna situación o actividad, como por ejemplo ir al baño nada más levantarse o antes de acostarse.

Dentro del control de esfínteres se pueden presentar algunas situaciones comunes en lo que se refiere a conducta inadecuada del niño, como:

-Uso inadecuado del papel higiénico: algunos niños tiran del rollo de papel higiénico hasta finalizarlo, otros cortan poca cantidad o sienten molestias con el tacto del papel.

³⁵ Comin D. La serotonina y su vinculación con el autismo. Autismo Diario [revista en Internet] 2011. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2011/07/07/la-serotonina-y-su-vinculacion-con-el-autismo>

-Salir del baño con los pantalones bajados, incluso en baños públicos: se debe a su dificultad para interiorizar convenciones sociales. Esto requiere de estrategias específicas para evitar las situaciones negativas que se pueden producir ante este comportamiento inadecuado. Las rutinas, como puede ser la de vestirle dentro del baño o animar al niño a repasar su ropa en el espejo antes de salir del baño, nuevamente son una buena estrategia.

-Muchos niños que ya no llevan pañal, lo piden al tener necesidad de hacer pis o caca: esto es debido a que algunos sienten miedo al ver que "algo sale de su cuerpo" o miedo a los ruidos que se producen al miccionar o defecar.

-Sólo usan el inodoro de casa: por miedo a los cambios, pérdida de sus rutinas fijas y rechazo a situaciones nuevas. El objetivo aquí es que el niño use distintos servicios en lugares diferentes, puede ayudar permitirle que use algunos de los accesorios habituales que disponga en casa, como un juguete concreto, el adaptador a wc o una banqueta para los pies.

-Tirar de la cadena muchas veces: muchos niños con autismo asocian la cadena a un juego y pueden llegar a tirar de la cadena 4 ó 5 veces cada vez que usan el inodoro. Aquí los apoyos visuales juegan un papel muy importante, y en ellos se puede mostrar al niño que sólo tiene que tirar de la cadena una vez.

- **MIEDOS Y FOBIAS**

A lo largo de su desarrollo, los niños van presentando miedos irracionales que van apareciendo y desapareciendo, como por ejemplo miedo a quedarse solo en casa, a la oscuridad. Entre los 3 y 6 años estas reacciones son muy comunes.

Muchos padres de niños con TEA describen en sus hijos una serie de miedos o fobias, más duraderos en el tiempo. Algunos ejemplos de ello son el pánico que muestran ante determinados ruidos, ansiedad ante la cita con especialistas como por ejemplo el dentista e incluso gritos y agitación cuando se les intenta cortar las uñas o el pelo... Esto puede limitar la dinámica familiar, intervenir negativamente en el aprendizaje del niño e incluso daños físicos para los niños o las personas que les rodean.

No todas las fobias requieren de intervención con un programa específico creado para ello, sólo aquellas que sean tan intensas que supongan un riesgo de daño físico, ya sea para el niño

o su entorno, aquellas que dificulten la dinámica familiar y sus rutinas, las que generen angustia y malestar en el niño o produzcan un retraso u obstáculo en su aprendizaje.

Muchas de las fobias están relacionadas con su percepción sensorial debido a que presentan hipersensibilidad o hiposensibilidad. Su hipersensibilidad táctil, les lleva a evitar y a mostrarse reacios ante la rutina de cortarse las uñas, el pelo o ponerse una vestimenta nueva. Muestran enfados y conductas inadecuadas ante algunos sonidos como los producidos por electrodomésticos o lugares con excesivo ruido, como parques infantiles o centros comerciales.

Los miedos y fobias de los niños con TEA requieren de la realización de un “Programa de Desensibilización Sistemática”, que requieren de una planificación y aproximación sucesiva al estímulo fóbico, ya que forzar al niño a enfrentarse directamente a la fobia podría servir para incrementarla y aumentar las reacciones ante ella. Este programa se compone de los siguientes pasos fundamentales:

- Identificar el estímulo fóbico.

- Elaborar una lista de situaciones relacionadas con la fobia, ordenadas por grados de ansiedad provocada.

- Determinar una o dos respuestas que faciliten la relajación.

- Exponer al niño, siempre de manera gradual y programada, a las situaciones temidas, siempre comenzando por las de menor temor e ir aumentando la dificultad sólo cuando el paso anterior ya no le genere miedo o ansiedad intensa.

3.2 Población diana y captación

- **Población diana**

Padres de niños con TEA de reciente diagnóstico (3-4 años es la edad en la que se suele diagnosticar el autismo).

- **Captación**

La diversidad de manifestaciones clínicas de los TEA dificultan su detección precoz y consecuencia de esto se va retrasando su diagnóstico. No obstante, los padres serán los primeros en vislumbrar los primeros síntomas de alarma de que algo no va bien en el desarrollo de su hijo.

En las primeras visitas de rutina al pediatra es donde se puede empezar a sospechar que el niño tiene autismo. Ante esta sospecha, el pediatra remitirá a los padres a la consulta de psiquiatría para hacer un examen más completo al niño.³⁶

Por este motivo y con el fin de captar al máximo número posible de padres de niños con autismo, se entregarán folletos informativos ([Ver Anexo A](#). Folleto informativo Taller de Educación para la salud) a todos aquellos padres que acudan a las revisiones de niños sanos a la consulta de pediatría de atención primaria, y a aquellos que acudan por primera vez a la consulta de Neuropsiquiatría por sospecha de este trastorno del desarrollo.

El folleto tiene un número de teléfono y cuenta de contacto, por el que los padres se incluirán dentro del taller y una vez que se haya captado un número suficiente (20 aproximadamente) de padres se concretarán los días y horas de realización del taller. También se hará una revisión de los niños diagnosticados recientemente a través de los programas informáticos y se contactará con los padres para ver si están dispuestos a asistir al taller.

³⁶ Consejería de Sanidad y Política Social, Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). [Consultado el 31 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/256055-tea.pdf>

3.3 Objetivo general y específicos

- **Objetivo general de la intervención de educación para la salud**

Proporcionar apoyo psicológico, conocimientos, habilidades y afianzar conceptos sobre los TEA, en un entorno de padres que comparten las mismas inquietudes sobre estos trastornos.

- **Objetivos específicos**

Desarrollados a lo largo de las sesiones, entre ellos se encuentran:

1ª Sesión:

-Toma de primer contacto.

-Facilitar ayuda para entender las emociones al conocer el diagnóstico de su hijo y prestarles apoyo emocional ante sus preocupaciones.

2ª Sesión:

-Explicar el autismo y sus características básicas,

-Informar sobre algunas técnicas de ayuda para niños con TEA.

-Desterrar mitos sobre el autismo.

-Despejar dudas que surjan y afianzar conceptos.

3ª Sesión:

-Recalcar la importancia del uso de apoyos visuales para niños con TEA,

-Información básica para poder realizar un pictograma o una historia social.

-Objetivar si existe o no un menor grado de preocupación y sentimientos negativos de los padres al término de las sesiones como resultado de la ayuda prestada durante ellas.

3.4 Contenido de las sesiones: resumen

El taller de educación para la salud, tendrá un total de 3 sesiones, que se desarrollarán a lo largo de una semana.

Durante la primera sesión se realizará la presentación del total del taller y de los asistentes, como punto de partida y primera toma de contacto. Se ayudará a los padres de niños con TEA a expresar sus sentimientos, dudas y miedos, en relación al diagnóstico de su hijo. Se realizará un recorrido por las principales emociones que sienten, explicando su causa, con el fin de que entiendan los motivos de su reacción y la importancia de recibir apoyo en esta situación. Los “Sentimientos de los padres” son los protagonistas de las dos dinámicas de esta primera sesión. Para dar fin a esta primera sesión se muestra a los padres un vídeo con un mensaje de esperanza. Este mensaje de “esperanza a los padres” vuelve a reaparecer a lo largo de las distintas sesiones. Con ello, se pretende instar a los padres a no tener esos sentimientos de desesperanza que llegan a padecer tras el conocimiento del trastorno de su hijo.

La segunda sesión se centra en explicar el autismo, sus características principales, la ayuda que va a necesitar un niño con TEA por parte de sus padres, y el propósito de desterrar los mitos existentes del autismo; que hacen que sea más difícil aún para los padres, aceptar y comprender el trastorno de su hijo. Está compuesta también por 2 dinámicas centradas en la finalidad de que los padres conozcan la verdad sobre los TEA. Para finalizar la sesión se dará paso a un vídeo en el que se explican las principales alteraciones de los niños con TEA y cómo viven su día a día. Este video también esconde un mensaje de esperanza y optimismo para los padres. De este modo se intentará dejar más clara la lección magistral a desarrollar durante esta sesión, en la que se explica a los padres cómo perciben sus hijos el mundo y cómo pueden ellos ayudarles.

La última sesión está dedicada a las necesidades de salud que presentan los niños con TEA y a la inclusión de los apoyos visuales, como medio de ayuda a los niños. Está compuesta por tres dinámicas. Dos de ellas se basan en la realización por parte de los padres de pictogramas e historias sociales, puesto que estos dos representan una ayuda muy importante para los niños con TEA. Se ha creído necesario contar con el apoyo, para la realización de las dinámicas de esta última sesión, de un psicólogo especializado en los TEA. En el centro

visitado “Colegio Público Marcelo Usera”, existen psicólogos especialistas en estos niños, que trabajan diariamente con pictogramas e historias sociales, por lo que uno de ellos sería de gran ayuda para poder realizar estas dinámicas con los padres.

La tercera y última dinámica del programa de educación para la salud tiene la finalidad de comprobar si al término de todas las sesiones los padres han cambiado sus pensamientos hacia el trastorno que padece su hijo.

3.5 Metodología de las sesiones

Sesión 1:

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos
Encuentro y presentación de las sesiones	Diapositivas de planificación de las sesiones Presentación de los asistentes	<u>Charla (expositiva)</u>	Grupal (GG) Presentación asistentes: Individual	15 minutos	Proyector
Expresión de sentimientos	Dinámica: “la Rueda de los sentimientos”	<u>Juego de expresión</u>	Los asistentes quedarán divididos en 2 grupos (GP)	10 minutos	Rueda de cartón y goma EVA, caras de expresión
Adquisición de conocimientos sobre emociones ante el diagnóstico de TEA	Principales emociones al diagnóstico de TEA	<u>Charla (expositiva)</u> “Los padres ante el diagnóstico de TEA”	Grupal (GG)	30 minutos	Lección magistral oral con diapositivas en proyector
Expresión sobre sentimientos	Dinámica “Comunicar cómo me siento”	<u>Expresión</u>	Individual	15 minutos	Papel y bolígrafo
Cierre sesión y autorreflexión	Vídeo “El Caso de Lorenzo”	<u>Análisis</u> del mensaje del vídeo	Grupal (GG)	10 minutos	Audiovisuales

Sesión 2:

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos
Repaso sesión anterior	Emociones al diagnóstico de TEA	<u>Expositiva</u>	Grupal (GG)	5 minutos	Exposición oral
Desterrar los mitos existentes sobre los TEA	Principales mitos acerca del autismo	<u>Investigación en el aula</u>	Individual	20 minutos	Proyector con diapositivas
Explicación de autismo y sus características principales	Definición, etiología, afectación y ayuda a los niños con TEA	<u>Expositiva</u> ¿Qué le pasa a nuestro hijo? ¿Qué podemos hacer para ayudarlo?	Grupal (GG)	30 minutos	Lección magistral oral con diapositivas en el proyector
Afianzar conceptos sobre los TEA	Mitos y realidades del autismo, características y ayuda	<u>Cuestionario</u> Dinámica “Balance de los conocimientos sobre los TEA”	Se dividirá a los asistentes en 2 grupos(GP)	10 minutos	Cuestionario “Balance de los conocimientos sobre los TEA”
Cierre sesión y autorreflexión	Vídeo “El viaje de María”	<u>Análisis del mensaje del vídeo</u>	Grupal (GG)	8 minutos	Audiovisuales

Sesión 3:

Objetivos educativos	Contenido	Técnica	Agrupación	Tiempo	Recursos
Repaso sesión anterior	Mitos Autismo: definición, etiología y afectación	<u>Expositiva</u>	Grupal (GG)	5 minutos	Exposición oral
Adquisición de conocimientos básicos sobre las necesidades de salud de los niños con TEA y habilidades para realizar pictogramas e historias sociales	-Alteraciones sensoriales y conductuales en niños con TEA -Alimentación, sueño, esfínteres, miedos y fobias en niños con TEA	<u>Expositiva</u> “Necesidades de salud en mi hijo con TEA y apoyos visuales”	Grupal (GG)	30 minutos	Lección magistral oral con la ayuda de diapositivas en proyector
Adquisición de habilidades para realizar pictogramas	Dinámica: “Educando en salud con pictogramas”	<u>Desarrollo de habilidades</u>	Por parejas (G2)	30 minutos	Sala habilitada con ordenadores
Adquisición de habilidades para realizar historias sociales	Dinámica: “Aprendo a hacer historias sociales”	<u>Desarrollo de habilidades</u>	Por parejas (G2)	30 minutos	Sala habilitada con ordenadores
Expresión y comparativa de sentimientos	Dinámica “Comunicar como me siento”	<u>Expresión</u>	Individual	10 minutos	Papel y bolígrafo
Evaluación total sesiones	Evaluación final del taller	<u>Cuestionario</u>	Individual	5 minutos	Cuestionario y bolígrafo
Cierre sesión	Vídeo emotivo cierre sesiones	<u>Análisis del mensaje del vídeo</u>	Grupal (GG)	5 minutos	Audiovisuales

3.6 Cronograma

1ª SESIÓN : DIAGNÓSTICO: TEA <ul style="list-style-type: none">• Presentación, toma de contacto• Presentación de las sesiones (Total de 3)• Dinámica grupal: “La rueda de los sentimientos”• Lección magistral: “Los padres ante el diagnóstico de TEA”• Dinámica individual: “Comunicar cómo me siento”• Finalización sesión: “El Caso de Lorenzo”	2ª SESIÓN : CONOCIENDO A LOS TEA <ul style="list-style-type: none">• Breve recuerdo de la sesión anterior• Dinámica individual de fotografías: “Mito o Realidad”• Lección magistral: “¿Qué le pasa a nuestro hijo? ¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestro hijo?”• Dinámica grupal: “Balance de los conocimientos sobre los TEA”• Finalización: “El viaje de María”
---	--

3ª SESIÓN: NECESIDADES DE SALUD EN TEA <ul style="list-style-type: none">• Breve recuerdo a la sesión anterior• Lección magistral: “Necesidades de salud de mi hijo con TEA” y “Apoyos visuales”• Dinámica por parejas: “Educando en Salud con pictogramas”• Dinámica por parejas: “Aprendo a hacer historias sociales”• Dinámica: “Comunicar cómo me siento”• Finalización sesiones: Vídeo de despedida emotivo
--

3.7 Evaluación

- **Evaluación del proceso**

A lo largo del desarrollo del programa de educación para la salud se irá evaluando cada sesión, para tener información en todo momento por parte de los asistentes. De este modo se podrá hacer un balance de cada sesión y obtener datos por si hubiera que realizar algún cambio o mejora. Al finalizar la sesión 1 y la sesión 2 se invitará a los asistentes a que realicen desde sus casas un cuestionario anónimo, en una página web de autoencuestas cuyos resultados globales proporcionarán, entre otros:

- Número de asistentes en cada sesión y si ha disminuido desde el inicio.
- La satisfacción general y la utilidad del taller.
- Si el tiempo de desarrollo de la sesión es el adecuado.
- Metodología adecuada.
- Si los contenidos son comprensibles.
- Eficacia de la persona/s encargadas de realizar el taller.

([Ver Anexo B1](#). Cuestionario de Evaluación Sesión 1 y 2). También disponible en los enlaces web que se proporcionarán a los asistentes a las sesiones:

Disponible Sesión 1 en: <http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1953325>

Disponible Sesión 2 en: <http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1953350>

Para la realización de estas encuestas se proporcionará las direcciones web a los asistentes a las sesiones, en el caso de no disponer de internet para poder realizarlas se entregará en papel.

- **Evaluación final**

Se realizará a través de la entrega de un cuestionario a todos los asistentes a las sesiones.

([Ver Anexo B2](#). Cuestionario de Evaluación)

3.8 Desarrollo de las sesiones

Al comienzo de la primera sesión 1 se realizará una presentación de los asistentes y del profesional de enfermería encargado de las sesiones de educación para la salud.

Todos los asistentes se sentarán en círculo; dirán su nombre y explicarán brevemente cuáles son las expectativas que tienen entorno a la asistencia de las sesiones y qué objetivos quieren conseguir con ello. El profesional encargado de realizar las sesiones explicará su contenido, duración y metodología a seguir en cada sesión. La duración máxima para la presentación será de unos 15 minutos; dependiendo en gran medida del número de asistentes a las sesiones.

3.8.1 SESIÓN 1: Diagnóstico: TEA

OBJETIVO GENERAL: que los padres expresen sus sentimientos, miedos y dudas sobre el trastorno que presentan sus hijos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Primera toma de contacto grupal.

-Explicarles las emociones que sienten o van a sentir, y hacerles entender que son reacciones normales.

-Ayudarles a entender que no están solos y a expresar sus preocupaciones.

MATERIALES UTILIZADOS: material para primera dinámica (láminas goma EVA, cinta fijación, caras de sentimientos, cartón), proyector, papel y bolígrafo para segunda dinámica.

TIEMPO TOTAL ESTIMADO: 1 hora y 40 minutos aproximada.

CONTENIDO DE LA SESIÓN: compuesta por dos dinámicas y una lección magistral.

-Dinámica: “La Rueda de los sentimientos”: se dividirá en 2 grupos a los asistentes a la sesión.

Cada grupo deberá formar una rueda con caras. La rueda con cartón y goma EVA será proporcionada al inicio de la dinámica, sólo tendrán que elegir las caras, ([Ver Anexo C. Rueda de los sentimientos](#)) que expresen los sentimientos que sintieron ellos mismos cuando conocieron el diagnóstico de su hijo (duración máxima de 10 minutos). Al finalizar un miembro del grupo leerá los sentimientos que han elegido y a continuación se les explicará

las fases por las que pasan al conocer el diagnóstico de su hijo a través de una lección magistral.

-Lección Magistral: “Los padres ante el diagnóstico de TEA” (duración máxima de 30 minutos)

Compuesta por **2 partes** a tratar:

¿Cómo voy a manejar el diagnóstico de mi hijo?

Algunos consejos que le ayudarán inicialmente.

- **¿Cómo voy a manejar el diagnóstico de mi hijo?**

Se les explicará a los padres que ninguno de ellos está preparado para que a su hijo se le diagnostique de autismo. Es por ello que tras el reciente diagnóstico sientan un abanico de emociones incontrolables y en su deseo de que su hijo mejore, sientan emociones asociadas a la etapa de duelo. Se les explicará la importancia de confrontar sus propias necesidades y emociones para poder llegar a aceptar que su hijo ha sido diagnosticado de autismo. Se realizará un recorrido por los sentimientos más comunes de los padres ante el diagnóstico de su hijo para hacerles entender el porqué de ese sentimiento.

Sentimientos a explicar a los padres:

-Confusión: es el choque inicial al diagnóstico. La realidad resulta abrumadora. Puede darse el caso de buscar una segunda opinión de especialistas. Este sentimiento de no querer aceptar la realidad es normal, prefieren pensar que ha sido un error de diagnóstico.

-Tristeza: muchos padres se desilusionan ante las esperanzas y sueños que tienen puestos para sus hijos y tras el diagnóstico sienten que todo ello ya no será posible en su hijo. El desconocimiento general del término “trastorno del espectro autista” y lo que conlleva, puede llevar a los padres a sentir esta desesperanza. Por otro lado es muy importante descargar esa tristeza a través del llanto, por ejemplo, y de este modo deshacerse de la tensión acumulada.

-Rabia: es una reacción esperada ante el estrés y sensación de pérdida que se acompaña con el diagnóstico. La irritabilidad, gritos y sentimientos de pérdida de control son los sentimientos que aparecen al enfrentarse a esta situación nueva, inesperada y que produce un gran dolor.

-**Negación:** no es más que un modo de hacerle frente a la realidad. Inconscientemente se rechaza a los profesionales que tratan al niño. Muy importante recalcar aquí que los profesionales están para ayudar a su hijo y aunque durante esta etapa cuesta mucho escuchar la información en relación al diagnóstico de su hijo, es de gran importancia no rechazar a quienes pueden aportar una importante información sobre su progreso.

-**Soledad:** en algún momento tras el diagnóstico los padres se sentirán solos y aislados. Se presenta la duda de si el trastorno de su hijo les dejará tiempo para compartirlo con sus amigos y seres queridos o por el contrario su hijo ocupará todo su tiempo. También surge el miedo de si la gente que les rodea entenderá su situación y si recibirán apoyo de ellos. Es muy importante “dejarse ayudar”, sobre todo por profesionales especializados en el tema.

-**Aceptación:** una vez aceptado el diagnóstico, los padres están preparados para luchar por su hijo. De aquí la importancia de entender toda la serie de sentimientos y emociones por la que van a pasar los padres tras el diagnóstico de TEA de su hijo. Hay que darse tiempo para adaptarse a la nueva situación, y cada familia procesará el diagnóstico de modo diferente. Habrá momentos después de la aceptación en los que se vuelvan a tener algunos de los sentimientos mencionados anteriormente, pero también aparecerán sentimientos de esperanza y felicidad cuando se vean los primeros progresos de su hijo.

- **Algunos consejos iniciales**

Tras la explicación de los sentimientos más habituales tras el diagnóstico, se procederá a aportar algunos consejos iniciales:

Para afrontar el reto que supone un hijo con TEA en la familia, es necesario que reciban información, comprensión, orientación y apoyo.

En esta segunda parte de la lección magistral se sugerirá a los padres algunos consejos prácticos, que les pueden servir para afrontar el choque inicial tras conocer el diagnóstico de su hijo:

-Buscar apoyo de profesionales especializados: médicos, enfermeras, psicólogos, logopedas y pedagogos; ya que son la fuente principal de información. Los padres necesitan de este apoyo para poder interpretar la conducta de sus hijos.

-Toma de contacto con padres que estén informados sobre el tema o asociaciones: la posibilidad de relación y comunicación con otros padres en situaciones similares proporciona una gran ayuda a las familias de niños con TEA. Las asociaciones también pueden dar respuesta a muchas de las dudas y preguntas que se hacen los padres. Algunas de las asociaciones más importantes son: Confederación AUTISMO ESPAÑA, ASTRADE, Asociación de padres con autismo de Burgos, Autismo Aragón. Asociación de Familiares de Personas con Autismo, Federación española de Asociaciones de Padres de Personas con Autismo, Asociación Proyecto Autista (ASPAU), Nuevo Horizonte, Asperger España, Federación Española del Síndrome X Frágil, Asociación Nacional de Terapias y Actividades Asistidas por Animales (A.N.T.A.).

-Colaborar activamente con los profesionales y con la escuela: los padres y profesores son los principales educadores durante la infancia del niño, por ello hay que afianzar objetivos en común que lleven a conseguir las mismas pautas de educación tanto en casa, con los padres, como en la escuela.

-Aprender sobre el TEA: ayudará a los padres a gestionar sus recursos y a fortalecerse mediante los logros alcanzados.

-Informar a la familia y entorno sobre las dificultades de su hijo: el entorno cercano del niño debe conocer las características de su trastorno, para así comprenderle y poder ayudar en su cuidado.

-Crear rutinas estructuradas para el cuidado de su hijo: los niños con TEA tienen que aprender a ser flexibles. A través del establecimiento de rutinas, los padres podrán favorecer la autonomía del niño y facilitarán así la dinámica familiar.

-Proteger la propia salud: es muy importante que los padres descansen y se tomen su tiempo libre fuera de las exigencias del hogar. Su estado emocional va a repercutir directamente sobre toda la familia y es muy importante que se mantenga equilibrado para poder hacer frente a la nueva situación a la que se enfrentan.

Tras esto, se hará una pausa de 15 minutos para seguir con otra dinámica, esta vez individual: **“Comunicar cómo me siento”** que tendrá una duración de unos 15 minutos.

Se pedirá a todos los asistentes que escriban en un papel un párrafo corto (8-10 líneas aproximadamente), en el que expresen su reacción y emociones que sintieron al conocer el diagnóstico de su hijo. Para ello, se mostrarán varios ejemplos en diapositivas, para que les sea más fácil expresar sus sentimientos. La intención de esta dinámica es ver la diferencia de sentimientos al finalizar el total de sesiones de educación para la salud, por lo que en la última sesión se volverá a pedir a los asistentes que expresen sus sentimientos actuales en un papel, y que ellos mismos reflexionen si sus sentimientos han cambiado y si les ha servido para algo las sesiones dadas. Al finalizar las sesiones se espera conseguir que sus sentimientos con respecto al trastorno cambien, y pasen de la confusión y frustración inicial a un sentimiento de esperanza y aceptación.

Ejemplos de reacciones familiares que se mostrarán en el proyector de la sala³⁷:

“Al principio cuesta, te preguntas: ¿qué pasa? Sientes ansiedad, sí. Al principio sientes mucha ansiedad porque todo el mundo opina “que si aquello que si lo otro... y al final uno se revela. Piensas que tu hija hace otras cosas que no hacen los demás, aunque está sana y no entiendes nada.”

“Los primeros años son de autculpabilidad y ansiedad, porque uno va de médico en médico para encontrar un diagnóstico acertado y saber qué hacer ante la situación; una terapia adecuada, un lugar adecuado, un terapeuta adecuado. En todo este tiempo habían pasado cuatro o cinco años, fue parte del proceso y creo que hasta hace poco no lo acabé de aceptar, porque en nuestro caso tenía la presencia de mi madre conmigo, muy próxima, a través de una creencia religiosa de que esto podía ser superado, que podía llevarse de otra manera. Finalmente nos dimos cuenta que no. Nos dimos cuenta del tipo de discapacidad de la que se trata, y ahora la vamos asumiendo como tal.”

³⁷ Hortal C. Trastorno del espectro autista ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA? Barcelona: Medici; 2014.

Para finalizar la sesión, se mostrará a los padres un vídeo del libro titulado “El Cazo de Lorenzo”, un cuento metafórico, que habla de las dificultades por las que pasa un niño para sobrellevar su día a día ([Ver Anexo D](#). El Cazo de Lorenzo).

Isabelle Carrier³⁸, su autora, recrea las cualidades, dificultades, y obstáculos por los que pasa un niño diferente. Su mensaje final es de esperanza y este es el mensaje final que se quiere hacer ver a los padres.

La duración de esta última actividad será de unos 8 minutos. El objetivo final de mostrar este vídeo a los padres es que intenten una autorreflexión acerca de que la existencia de algún tipo de discapacidad no conlleva a asociarlo negativamente, y pensar que por ello estas personas no van a poder hacer todo aquello que pueden hacer las demás. Al finalizar el video se comentará entre todos los asistentes, explicando la moraleja que esconde entre sus letras.

El siguiente enlace muestra el vídeo de “El Cazo de Lorenzo”.³⁹

3.8.2 SESIÓN 2: Conociendo a los TEA

OBJETIVO GENERAL: aportar información sobre el autismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar el autismo, sus características y técnicas básicas que ayudan a los niños con TEA.
- Desterrar los mitos existentes sobre el autismo.
- Despejar dudas existentes alrededor del autismo.
- Afianzar conceptos sobre el autismo.

MATERIALES UTILIZADOS: proyector, test de conocimientos.

TIEMPO TOTAL ESTIMADO: 1h y 30 minutos aproximados.

Antes de comenzar a desarrollar la segunda sesión se realizará un breve repaso de unos 5 minutos de la sesión anterior, atendiendo a las principales emociones al diagnóstico de TEA.

CONTENIDO DE LA SESIÓN: compuesta por 2 dinámicas y una lección magistral.

³⁸ Isabelle Carrier: artista francesa nacida en 1964 y autora de diversos libros y cuentos para niños con autismo.

³⁹ San Millán B. El Cazo de Lorenzo Cuento de Isabelle Carrier [Archivo de video]. 29 julio 2013. [Consultado el 19 de Enero de 2015] [4:40 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=upDli7rcGoI>

-Dinámica: "Mito o Realidad": se mostrará a los padres distintas imágenes asociadas a una frase, para después preguntarles si consideran que es un mito o una realidad sobre el autismo (duración aproximada de 20 minutos). Por ejemplo se les mostrará la imagen de una vacuna, con la frase "Las vacunas están implicadas en el desarrollo del autismo en niños". Tras esto se mostrará una imagen de mito o realidad y en dos turnos los asistentes decidirán si creen que es un mito o una realidad entorno al autismo. Es decir, que se pedirá primero que levanten la mano los que creen que es un mito y luego los que creen que es una realidad. Así también se podrá contar el número total de los que creen una cosa u otra y de este modo, se podrá comprobar hasta dónde llegan las creencias populares entorno a distintas enfermedades o síndromes. En el recuento total de cada frase mostrada, se hará una explicación de la verdad (si es un mito o una realidad) y sus fundamentos ([Ver Anexo E. Mito o Realidad](#)). Esta sesión tiene una duración mayor que la primera dinámica, puesto que es de especial interés en este programa de educación para la salud que los padres destierren mitos existentes en torno al autismo, que están muy arraigados en la sociedad y que realmente se cree que son verdad. Durante la sesión se hará referencia a todo el contenido del punto 2.7 del marco teórico del trabajo.

-Lección Magistral: (duración máxima de 30 minutos)

Compuesta por **2 partes** a tratar:

¿Qué le pasa a nuestro hijo?

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestro hijo?

- **¿Qué le pasa a nuestro hijo?**

Definición de autismo y características: Se explicará la definición del autismo y sus características principales. Todo con ideas muy básicas y sin profundizar en el tema. Esta parte pretende que los padres conozcan básicamente lo que es el autismo. La explicación quedará supeditada a estos tres puntos centrales, haciendo referencia a lo explicado sobre ello en el marco teórico del trabajo:

- Trastorno generalizado del desarrollo. Conocidos por el nombre de TEA.

-Multifactorial: se explicarán las distintas causas implicadas conocidas en la actualidad.

-Afectación: lenguaje, comunicación, socialización, comportamiento, flexibilidad cognitiva y de intereses.

- **¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestro hijo?**

Para la realización de esta segunda parte se ha tomado como base un dossier prestado en el Colegio Público Marcelo Usera y pertenece a un curso de formación de profesores de aula de TEA, Ctif de Madrid capital.

En esta segunda parte de la lección magistral se pretende explicar a los padres cómo perciben sus hijos el mundo y cómo pueden ellos intervenir para ayudarles, para ello se mostrarán una serie de frases de diferentes personas que padecen autismo y a continuación se añadirán maneras para poder ayudar al niño con TEA.

Esta parte de la sesión dos pretende ser una introducción a la composición de la sesión tres, ya que en ésta se hablará y desarrollarán las necesidades de salud de estos niños.

Quedará compuesta por un total de 4 a 6 frases, dependiendo también del tiempo, ya que esta lección magistral tiene que durar unos 30 minutos.

A continuación se desarrollan las frases de las personas con autismo con su manera de ayudar al niño ante ello. Cada frase, esconde una característica habitual del niño con TEA.

Característica niño TEA (disfunción de la integración sensorial): *“Para mí, el mundo exterior es una masa confusa de impresiones visuales y sonidos, es totalmente desconcertante e incomprensible”* (Ross Blackburn).

Explicación: Presentan una serie de anomalías sensoriales o diferencias en la percepción sensorial que se suelen detectar durante su primer año de vida. Algo falla en su procesamiento sensorial. La clave está en aprender cómo siente las cosas cada persona con autismo, y así poder entenderla.

¿Qué podemos hacer para ayudar?

Proporcionar un entorno predecible, seguro y estructurado: las rutinas, orden y una serie de pautas permiten que el niño vaya entendiendo las situaciones que pasan a su alrededor. Esto reduce su ansiedad y angustia que les lleva muchas veces a rabietas.

Característica niño TEA (inflexibilidad): *“No puedo tolerar ningún tipo de cambio...Si una silla o una mesa no están en su sitio, inmediatamente las colocaré donde se supone que deben estar...Me molestará mucho si veo que alguien ha cambiado una revista de las que se encontraban en la mesa de café porque yo las había colocado de cierta forma Así que los invitados pueden sorprenderse al verme quitarles las revistas y colocarlas a su sitio”* (Tito)

Explicación: los niños con TEA suelen tener un pensamiento rígido e inflexible, los cambios en las rutinas amenazan su seguridad y comodidad y puede generar en ellos gran ansiedad. Esto les lleva muchas veces a intentar controlar de un modo muy exhaustivo todo lo que les rodea y lo que hacen.

¿Qué podemos hacer para ayudar?

Anticiparse a los cambios: explicándoles qué va a ocurrir y porqué e introducir estos cambios muy despacio, ya que lo nuevo o diferente les genera malestar. Esto es debido a su particular forma de procesar la información.

Característica niño TEA (hipersensibilidad o hiposensibilidad): *“Parece que tengo oídos, ojos y piel muy sensibles. Algunos sonidos realmente me duelen y algunas luces realmente me hacen daño en los ojos”* (Wendy Lawson). *“Mis sentidos a veces se encuentran tan apagados que no puedo ver ni oír, y el mundo a mi alrededor parece dejar de existir”* (Hawthorne).

Explicación: muchos niños con TEA reaccionan de manera inusual ante los estímulos sensoriales, tienen dificultad para procesar la información.

¿Qué podemos hacer para ayudar?

Ante la hipersensibilidad:

- Identificar qué estímulos son insoportables. Se pueden eliminar (luz natural en vez de fluorescente) o proporcionarles alguna ayuda como gafas tintadas, tapones de oídos...
- Avisar de ciertas alarmas que se conoce van a sonar (campanas, timbre colegio).

Ante la hiposensibilidad:

- Proporcionar estimulación extra.

Característica niño TEA (fascinación ante ciertos estímulos): *“Al volver a casa...observé un pequeño insecto colorado con puntos rojos moviéndose cerca de uno de los setos. Estaba fascinado con ello, así que me senté en la acera y lo miraba de cerca según trepada por los lados de cada hoja y rama, deteniéndome.”* (Tammert).

Explicación: tienen un modo de fijarse y percibir el mundo que los rodea distinto de lo que consideramos normal. Se interesan por los detalles en las ropas, objetos, o en este caso en los animales. Sienten fascinación ante determinados colores, objetos, sonidos, texturas, animales e incluso realizan algunos movimientos corporales complejos ante situaciones de aburrimiento o frustración. Pueden tirarse largos periodos de tiempo contemplando aquella situación o estímulo que les parece fascinante.

¿Qué podemos hacer para ayudar?

Hay que intentar conocer aquellos estímulos que les fascinen.

Podemos tener una lista con sus estímulos agradables e intentar identificar su función. Distinguir si su conducta ante estos estímulos es apropiada o inapropiada.

Se pueden utilizar estos “objetos fascinantes” en caso de situación en la que haya que calmar al niño, después de alguna experiencia que haya resultado para él, estresante o dolorosa.

Después de terminar la lección magistral de esta segunda sesión, se realizará un descanso de 15 minutos para seguir con una nueva dinámica “Balance de los conocimientos sobre los TEA”

Dinámica: “Balance de los conocimientos sobre los TEA”

Con el fin de afianzar los conceptos desarrollados durante esta sesión se dividirá a los asistentes en 2 grupos y se les entregará una hoja con preguntas en las que se incluyen mitos y realidades de los TEA, sus características principales y algunas pautas para poder ayudar a nuestro hijo con TEA. Cada grupo tendrá un límite de tiempo de 10 minutos para responder al test. Una vez finalizado un miembro del grupo expondrá sus respuestas ([Ver Anexo F](#). Balance de los conocimientos sobre los TEA).

Finalización: Para dar fin a esta sesión se mostrará a los padres un vídeo de 5 minutos, titulado “El Viaje de María” en el que se pretende mostrar las vivencias de los padres desde que diagnostican a su hijo con TEA y el modo en que perciben el mundo estas personas que sufren este trastorno. Miguel Gallardo, padre de una niña con TEA, nos transporta al mundo interior de una persona con autismo, ([Ver Anexo G](#). El viaje de María). Al finalizar el video se comentará entre todos.

El siguiente enlace lleva directamente al vídeo.⁴⁰

⁴⁰ Orange España. El viaje de María [Archivo de video]. 21 septiembre 2010. [Consultado el 19 de Febrero de 2015] [5:42 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qxLeb5y6p7s>

3.8.3 SESIÓN 3: Necesidades de salud en mi hijo con TEA

OBJETIVO GENERAL: aportar información sobre las necesidades de salud que presentan los niños con TEA e inicio en la realización de pictogramas e historias sociales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Recalcar la importancia de apoyos visuales, ya que sus hijos son “aprendices visuales”.
- Adquisición de conocimientos para realizar pictogramas e historias sociales, para utilizarlos cuando les surjan problemas en el ámbito de las necesidades de salud de su hijo.
- Ver si existe diferencia entre los sentimientos iniciales que mostraban por el diagnóstico de su hijo y los sentimientos actuales al haber recibido una serie de informaciones sobre su hijo y un apoyo prestado durante las sesiones.

MATERIALES UTILIZADOS: proyector, sala con ordenadores, bolígrafo y papel.

TIEMPO TOTAL ESTIMADO: 2.30 h aproximadamente.

Antes de comenzar a desarrollar la tercera sesión se realizará un breve repaso de unos 5 minutos de la sesión anterior atendiendo a principales mitos, definición, etiología del autismo, su afectación y principales características.

CONTENIDO DE LA SESIÓN:

-Lección magistral:

Compuesta por **2 partes** a tratar:

Necesidades de salud en mi hijo con TEA.

Apoyos visuales.

Se hará un repaso por las principales alteraciones sensoriales y conductuales que presentan los niños, los problemas de alimentación, sueño, control de esfínteres y algunos de sus miedos y fobias.

Durante la última sesión planteada para el programa de educación para la salud, se hablará sobre las necesidades de salud que presentan los niños con TEA con respecto a la alimentación, sueño, control de esfínteres y miedos y fobias. La lección magistral durará aproximadamente 30 minutos.

La sesión pretende que los padres adquieran los conocimientos básicos sobre las necesidades que presentan sus hijos, y una vez que tengan conocimiento de ello, puedan establecer algún

tipo de ayuda, bien sea con pictogramas o con historias sociales, como se describe en la dinámica propuesta.

En la lección magistral se hará referencia al punto 3.1.3 del trabajo, (necesidades de salud de los niños con TEA).

A continuación se muestran las dos partes de la lección magistral y un pequeño resumen de lo que se explicará a los padres.

- **Necesidades de salud en mi hijo con TEA.**

Con respecto a la alimentación; un gran número de niños con TEA, presenta desórdenes que varían de un niño a otro. Esto puede llegar a condicionar el entorno familiar, de aquí la importancia de establecer entorno a ello un programa de educación para la salud.

Las 3 grandes categorías serían:

1. Patrón de selectividad respecto a los alimentos.
2. Ingesta compulsiva.
3. Hábitos pobres y presencia de conductas inadecuadas en los tiempos de comida.

La presencia de alteraciones, comentadas en la sesión anterior, y alteraciones conductuales condicionan estos desordenes.

Los niños con TEA pueden presentar hipo o hipersensibilidad, esto les convertirá extremadamente sensibles a texturas, temperatura, color y se pueden presentar rechazo a ciertos alimentos.

En relación a la conducta, se pueden presentar rechazos a comer en lugares distintos de lo habitual, a probar nuevos alimentos, o al uso de cubiertos distintos a los que usan diariamente. Esto es debido a su escasa tolerancia al cambio e inflexibilidad, como comentamos en la sesión anterior. La conducta de pica o deseo incontrolable de comer todo aquello que no es alimento, se presenta en algunas personas con autismo. Esta conducta puede ser corregida, pero requiere un gran trabajo por parte de especialistas en el tema.

La serotonina juega un papel muy importante a la hora de los problemas entorno al sueño que presentan estos niños. Está avalado científicamente que los niveles de serotonina son anormales en ellos.

En relación al control de esfínteres en niños con Autismo, nos encontramos con obstáculos adicionales relacionados con su alteración en la capacidad de comunicación, dificultad para aprender la causa-efecto e inflexibilidad. Aquí también pueden aparecer conductas

inapropiadas como uso inadecuado del papel higiénico o cisterna, e incluso pueden salir con la ropa bajada en lugares públicos después de entrar en el baño.

En los niños con TEA, los miedos y fobias que se suelen presentar entorno a los 3-6 años son más duraderos intensos y de difícil manejo. Otra vez juega un papel muy importante las alteraciones sensoriales, pudiendo presentar pánico ante determinados ruidos, la hipersensibilidad táctil les lleva a no querer cortarse las uñas, el pelo o a ponerse una nueva ropa. Otros niños presentan un rechazo a cepillarse los dientes o a acudir al dentista, que puede implicar que acaben teniendo problemas dentales.

- **Apoyos visuales**

¿Qué son? Son una clarificación, código alternativo al lenguaje oral.

Las personas con autismo son “aprendices visuales”. La información de modo visual y en secuencias resulta más fácil de comprender para ellos. Esto es entendible si nos remitimos a la dificultad que presentan con respecto a:

- Anticipar acontecimientos y actividades cotidianas.
- Dificultades en la atención conjunta (lo mostrado por otro niño o adulto).
- Abstraer conceptos generales.
- Manejo de código lingüístico.

Presentan además una notable capacidad visoespacial que influye también a la hora de hacerle más entendible los apoyos visuales.

En las dinámicas a desarrollar durante esta última sesión vamos a adentrarnos en los pictogramas y en las historias sociales, dos tipos de apoyos visuales, que tienen una gran importancia a la hora de clarificar la información para el niño con TEA, teniendo en cuenta siempre que hay que adaptarlos a la edad del niño y a su capacidad de abstracción y simbolización. (Esta dinámica precisa de apoyo de una psicóloga especializada en pictogramas e historias sociales).

Dinámica:” Educando en salud con Pictogramas” que durará 30 minutos en total. Constará de dos partes, una primera para explicar cómo se hacen los pictogramas y otra en la que los padres realizarán su propio pictograma.

La dinámica se realizará en una sala con ordenadores y habilitada con un proyector donde se mostrará unos cuantos ejemplos de cómo realizar el pictograma en la siguiente página web.⁴¹ Existen multitud de páginas para realizar pictogramas y los padres pueden acudir a ellas para mejorar las actividades cotidianas del niño, explicarle días especiales, enseñarle normas de conducta, lugares inaccesibles, mejora del orden o incluso intentar que pierdan el miedo a las distintas fobias presentes.

En relación a la primera parte de la dinámica, se mostrará cómo se hacen 2 pictogramas distintos en la web nombrada anteriormente. Uno de ellos para explicar al niño que es la hora de dormir, y el segundo para explicarle que tiene cita en el dentista e intentar influenciar positivamente sobre su miedo o fobia a este especialista.

El pictograma “Es hora de ir a dormir” ([Ver Anexo H](#). Es hora de ir a dormir) intenta que los niños adquieran una rutina regular de irse a acostar a una determina hora. Una lista con tareas a realizar antes de acostarse como la mostrada en el pictograma facilitará que recuerden cada paso de la rutina.

Se realizará entero, paso a paso, para enseñar a los padres a hacerlo. Es muy sencillo, ya que solo hay que ir introduciendo frases y directamente se convierten en palabras alternando con imágenes para que el niño entienda lo que debe hacer y lo recuerde, ya que tienen una gran capacidad visoespacial.

El pictograma “La visita al dentista” ([Ver Anexo I](#). La visita al dentista), tiene cuatro partes: -Llegada al dentista: intenta explicar al niño con TEA lo que va a ocurrir a su llegada al dentista. En el caso de ser la primera visita al dentista, de este modo, mediante el pictograma, nos anticipamos a una situación nueva, que le puede generar ansiedad y le hacemos el entorno más predecible, haciéndole entender lo que va a ocurrir en su visita al dentista.

-Entrada a la consulta: se explica al niño que se tumbará en el sillón del dentista y que el doctor cuidará de sus dientes.

-Durante la consulta: lo más importante es anticiparse a explicar al niño que en la consulta va a tener que escuchar ruidos molestos, pero que debe estar tranquilo porque no está solo.

-Finalización de la consulta: se explica que cuando el dentista termine, sus dientes estarán sanos y que por ello, sus padres y él se sentirán contentos.

⁴¹ Pictotraductor. [Internet]. [Consultado el 10 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.pictotraductor.com/>

Cuando se concluya de explicar cómo se hacen estos 2 pictogramas, los asistentes se dividirán en grupos de 2 y realizarán su propio pictograma en relación a las necesidades de salud que pueden presentar sus hijos, expuestas en la lección magistral de esta sesión.

Una vez que los padres hayan completado su pictograma, se realizará un descanso de 15 minutos, tras esto, se comenzará la segunda dinámica.

Dinámica “Aprendo a hacer historias sociales” que durará 30 minutos en total. En ella se explicará qué son las historias sociales, pasos imprescindibles a la hora de elaborar una historia social, se mostrarán dos historias sociales ya realizadas, dando paso a que los padres realicen su propia historia social por parejas, como la anterior dinámica.

¿Qué son? Son historias simples que enseñan a los niños con TEA a comportarse de modo correcto y a adquirir habilidades en el plano social. Con ello, se describe una historia que es conflictiva para la persona y en ella se cuenta cómo se debería actuar en esa situación.

Ya hemos comentado anteriormente que las personas con autismo son pensadores visuales, por ello debemos favorecer la vía visual y ayudar a las personas con TEA a disminuir su ansiedad mediante la organización de la información, haciéndola más comprensible para ellos y pudiendo así lograr una mayor autonomía para los niños.

Pasos en historias sociales:⁴²

- Damos información de la situación o tema a tratar, mediante frases descriptivas.
- Dirigimos sus actos hacia lo que queremos que aprendan, les decimos lo que tienen que hacer con frases directivas.
- Les explicamos qué ocurre si hacen lo correcto, con frases perspectivas.
- Recopilación o síntesis de lo que han aprendido, serían las frases de control y deberían ir al final de la historia.

Las frases claras, literales, positivas, y no se emplearán términos finalistas (siempre o nunca). Las connotaciones negativas pueden confundirles y hacer que no entiendan el sentido de la frase.

⁴² Garrigós A. Aprendo a hacer historias sociales [Internet]. Alicante: Asociación Asperger Alicante-Aspali; 2011 [Consultado el 10 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.aspergeralicante.com/pdfrecursos/auroraaprendo.pdf>

Causas por las que la historia social no funciona:

- Puede no ser clara, por la existencia de connotaciones negativas.
- Que no hayamos dado con el motivo de su actitud.

Una vez explicado lo que es una historia social, y sus pasos a seguir, se les mostrarán a los padres dos historias sociales. La primera haciendo referencia a los problemas de alimentación que presentan los niños con TEA, ya que son extremadamente sensibles a determinadas texturas, temperatura o color de ciertos alimentos, como se comentó durante la lección magistral de la sesión 3 en “Necesidades de salud en mi hijo con TEA”. La segunda historia social está referida al control de esfínteres y algunas de las conductas inapropiadas que se producen cuando el niño con TEA va al baño ([Ver Anexo J](#). Aprendo a hacer historias sociales).

A partir de ahora, los padres realizarán su propia historia social por parejas. Pueden realizar cualquier historia social, basada en las necesidades de salud de los niños con TEA explicadas al principio de la sesión.

Para ello, se puede poner a los padres algunos ejemplos como pueden ser:

- Realizar una historia social que les ayude a modificar su “conducta de pica”.
- En relación a su escasa tolerancia a cambios, realizar una historia social que les ayude a entender que a lo largo de su vida, van a tener que ir a distintos baños (colegio, restaurantes, casa de familiares).
- Historia social basada en el miedo o fobia que tienen algunos niños con TEA a la hora de miccionar o defecar.

Durante la realización de la historia social por parte de los padres, se prestará ayuda en todo momento si es necesario y se irá observando su trabajo.

Tras esto se pasará a la misma dinámica individual que se realizó en la sesión 1 “**Comunicar cómo me siento**”, que tendrá una duración de unos 15 minutos. Se volverá a pedir a los asistentes que expresen sus emociones y sentimientos, respecto a cómo se sienten ahora, tras las sesiones a las que han asistido. Cuando los padres terminen de escribirlo, se pedirá que reflexionen sobre la diferencia de sentimientos desde que comenzaron las sesiones y todavía no conocían mucho sobre el trastorno de su hijo, y si ahora han cambiado sus sentimientos al tener más información y haberles prestado apoyo mediante la educación para la salud.

Después se dará paso a la entrega del cuestionario de evaluación final. ([Ver Anexo B2. Cuestionario de evaluación final](#)).

Para dar fin a las tres sesiones, se pondrá un vídeo emotivo sobre el autismo, con un mensaje que ha ido apareciendo durante todas las sesiones: “la esperanza” para esos padres, que deben confiar en que su hijo va a seguir adelante con su ayuda y la de distintos profesionales que estarán con ellos durante este viaje que acaban de emprender hacia la comprensión del autismo.

Encontrarán muchas preguntas, sólo algunas respuestas, pero a la pregunta ¿Una esperanza? como dice el vídeo, con la imagen de una ventana abierta, aparece la respuesta “Tu futuro”; ese futuro por el que los padres de un niño autista luchan día a día con la única finalidad de que su hijo sea feliz y llegue a tener una buena calidad de vida.

El siguiente enlace muestra el vídeo comentado⁴³

⁴³ García C. Autismo [Archivo de video]. 6 abril 2009. [Consultado el 14 de Marzo de 2015] [2:59 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=bc5nDF6R5jk>

4. Conclusiones

El abordaje de los TEA no sólo debe ir encaminado a tratar al niño con TEA, los padres juegan un papel muy importante en la educación y desarrollo de un niño con este tipo de trastorno. Estos padres pasan por un momento emocional muy difícil cuando conocen la noticia del diagnóstico de su hijo. Son momentos duros en los que necesitan de un apoyo incondicional por parte de profesionales especializados en el tema, que pueden despejar muchas de las dudas que les surgen en el comienzo del viaje a través del complejo mundo del autismo.

Mediante la creación de sesiones de educación para la salud adaptadas para los progenitores, se les puede proporcionar información útil y anticipatoria del trastorno de su hijo.

Nos toca muy de cerca a los profesionales de la salud la gran responsabilidad de intentar convertir en algo positivo para los padres la dificultosa crianza de sus hijos y proporcionarles los medios necesarios para poder dar a su hijo una buena calidad de vida.

No es tarea fácil entender el misterio y complejidad que rodea este tipo de desorden, pero sí podemos llegar a construir un mundo más acogedor para estas personas, posicionándonos en el lugar de ellos e intentando comprender de qué manera viven su día a día.

5. Reflexión antropológica

Cuando inicié mi viaje en el recorrido del tema elegido para mi trabajo de fin de grado, dos cuestiones estaban en mi mente.

Lo primero que me pregunté fue qué era exactamente el autismo y cuáles eran sus causas. A lo largo de muchas horas de búsqueda bibliográfica, he logrado acercarme a estos interrogantes, sabiendo que todavía queda mucho por estudiar de este tipo de trastorno y son muchas las cuestiones sin resolver sobre ello. Por este motivo creo que es necesario que se siga estudiando e investigando sobre este trastorno y que no se quede en el olvido.

A la segunda cuestión que me enfrenté a la hora de recopilar información sobre las necesidades que tenían estos niños y sus diversas alteraciones, era cómo ven estos niños el mundo, cómo es su percepción y razonamiento ante las cosas. Comprender esta cuestión, no es tarea fácil y creo que la clave está en intentar ver el mundo desde otro punto de vista, de lo que entendemos por “normal” o “lógico” y para ello hay que hacer un intento de acercarnos a sus pensamientos. Mi acercamiento con profesionales del “Colegio Marcelo Usera” especializados en el tema, me ha enseñado que para poder llegar a comprender a estos niños es primordial conocer sus necesidades, la visión que tienen ellos de la realidad y de este modo buscar la “Lógica” de sus actuaciones y comportamientos.

Sólo los padres de niños con Autismo saben realmente hasta qué punto es difícil y duro encajar y aceptar el diagnóstico de su hijo. Son los responsables en gran parte del tiempo del cuidado y educación del niño con autismo. Debido a esto; el acompañamiento a los padres de niños con TEA, el ofrecerles un espacio donde puedan expresar sus sentimientos, sus dudas, un lugar dónde puedan recopilar conocimientos sobre el trastorno de su hijo se prevé esencial y decisivo para intentar proporcionar a estos niños una buena calidad de vida y un equilibrio familiar.

Me gustaría dar un mensaje de “esperanza” a todos los padres de niños con autistas. Estos niños pueden darles satisfacciones al igual que lo haría otro niño; sólo debemos entrenarnos y acercarnos a su “manera de ver el mundo”, desechando nuestros esquemas preconcebidos de lo que consideramos “normal”, posicionándonos en su perspectiva. Recorrer el camino con un hijo con autismo no es fácil y requiere asumir nuevos retos, pero seguro que merece la pena.

6. Bibliografía

Addington AM, Rapoport JL. Annual research review: impact of advances in genetics in understanding developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet] 2012 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 53(5): [510-518]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22067053>

Alvarez-López EM, Paul Saft MC, Barragán-Espinosa JA, Calderón-Vazquez IA, Torres-Córdoba EJ, Beltran-Parrazal L, Lopez-Meraz L, Manzo J, Morgado-Valle C. Autismo: Mitos y realidades científicas. *Revista Médica Universidad Veracruzana* [Internet] 2014. [Consultado el 18 de Enero de 2015]; 14(1): [37-41]. Disponible en: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/autismo.pdf

Ameis SH, Szatmari P. Imaging-genetics in autism spectrum disorder: advances, translational impact, and future directions. *Front Psychiatry* [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 3: [46]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615702>

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

Asociación de padres de autistas de Toledo [Internet]. Toledo: Asociación de padres de autistas de Toledo; [Consultado el 9 de Febrero de 2015]. ¿Qué es el autismo? [14 pantallas]. Disponible en: <http://www.autismotoledo.es/que-es-el-autismo/>

ASPAU Asociación Proyecto Autismo [Internet]. Valencia: ASPAU Asociación Proyecto Autismo; 2008-[actualizada el 5 de abril de 2015; [Consultado el 9 de Febrero de 2015] Disponible en: <http://aspau.blogspot.com.es/>

Asperger.cl [Internet]. Chile: Asperger.cl; [Consultado el 4 de Enero de 2015]. Hans Asperger [aproximadamente 1 pantalla]. Disponible en: http://www.asperger.cl/quien_es_hans.htm

Aumenta en un 600% la prevalencia del autismo. El Mundo [Internet] 2009. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/12/21/psiquiatriainfantil/1261418149.html>

Autismo Andalucía [Internet]. Andalucía: Federación Autismo Andalucía; [Consultado el 4 de Enero de 2015]. TRADUCCIÓN EDITORIAL: DSM-5 y los trastornos del espectro autista - dos décadas de las perspectivas del JCPP (Journal of Child Psychology and Psychiatry) [aproximadamente 9 pantallas]. Disponible en: <http://www.autismoandalucia.org/index.php/en/noticias/111-traducccion-editorial-dsm-5-y-los-trastornos-del-espectro-autista-dos-decadas-de-las-perspectivas-del-jcpp-journal-of-child-psychology-and-psychiatry>

Autismo Diario [Internet]. Fundación autismo diario; 2008 [Consultado el 9 de Febrero de 2015]. Modificación de conductas en niños con autismo [aproximadamente 10 pantallas]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2008/02/28/modificacion-de-conductas-en-ninos-con-autismo/>

Autismo Diario [Internet]. Fundación autismo diario; 2014 [Consultado el 9 de Enero de 2015]. Lorna Wing, una de las grandes del autismo, ha fallecido a la edad de 85 años [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2014/06/09/lorna-wing-una-de-las-grandes-del-autismo-ha-fallecido-la-edad-de-86-anos/>

Autismspeaks.org [Internet]. Estados Unidos: Autism Speaks; 2008 [Consultado el 2 de Febrero de 2015]. Manual para los primeros 100 Días [84 páginas]. Disponible en: https://www.autismspeaks.org/docs/family_services_docs/manual_de_los_100_dias.pdf

Autismo Madrid [Internet]. Madrid: Federación Autismo Madrid; 2012 [Consultado el 27 de Diciembre de 2014]. ¿Quién fue Leo Kanner? [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.autismomadrid.es/noticias/quien-fue-leo-kanner/>

Autismo Madrid [Internet]. Madrid: Federación Autismo Madrid; 2013 [Consultado el 4 de Enero de 2015]. La nueva definición del Autismo en el DSM-5 [aproximadamente 7

pantallas]. Disponible en: <http://www.autismomadrid.es/noticias/la-nueva-definicion-del-autismo-en-el-dsm-v/>

Azmitiaa EC, Singh JS, Whitaker-Azmitiac PM. Increased serotonin axons (immunoreactive to 5-HT transporter) in postmortem brains from young autism donors. *Neuropharmacology* [revista en Internet] 2011 [Consultado el 6 de Febrero de 2015]; 60 (7-8): [1347–1354]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811000645>

Baio J, EdS, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities, CDC. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. *MMWR Publications* [Internet]. 2014 [Consultado el 16 de Enero de 2015]; 63(2):[1-21]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6302a1.htm>

Baion Asociación Tratamiento del Autismo [Internet]. Pontevedra: Baion Asociación Tratamiento del Autismo; [Consultado el 28 de Diciembre de 2014]. Horna Castiñeiras M. Bibliografía sobre autismo [13 páginas]. Disponible en: <http://www.autismobata.com/Gestion/Descargas/Docs/bibliografia.pdf>

Bardolla MA, García Villamisar DA. La “teoría de la mente” y el autismo infantil: una revisión crítica. *Revista Complutense de Educación* [revista en Internet] 1993. [Consultado el 28 de Diciembre de 2014]; 4 (2): [11-28]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/rced/article/download/rced9393220011a/17897>

Bautista Mercado E, Sifuentes Romero N, Jiménez Santa Cruz B, et al. Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* [Internet] 2008 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 10(1): [49-62]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80210104>

Camino León R, López Laso E. El Espectro Autista. *Revista Vox Pediátrica* [internet] 2006 [Consultado el 28 de Diciembre de 2014]; 14(2): [7-15]. Disponible en: <http://spaoyex.es/sites/default/files/pdf/Voxpaed14.2pags7-15.pdf>

Chaidez V, Robin L. Hansen RL, Hertz-Picciotto I. Gastrointestinal Problems in Children with Autism, Developmental Delays or Typical Development. Journal of Autism and Developmental Disorders [revista en Internet] 2013 [Consultado el 16 de Enero de 2015]; 44(5): [1117-1127]. Disponible en: <https://www.hoffmancentre.com/assets/files/pdf/articles/Gastrointestinal%20Problems%20in%20Children%20with%20Autism.pdf>

Comin D. La serotonina y su vinculación con el autismo. Autismo Diario [revista en Internet] 2011. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://autismodiario.org/2011/07/07/la-serotonina-y-su-vinculacion-con-el-autismo>

Consejería de Sanidad y Política Social, Servicio Murciano de Salud, Subdirección General de Salud Mental. Protocolo de coordinación de las actuaciones educativas y sanitarias para la detección e intervención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). [Consultado el 31 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/256055-tea.pdf>

Cuxart F, Jané MC .Evolución conceptual del término autismo una perspectiva histórica. Revista de Historia de la Psicología [revista en Internet] 1998 [Consultado el 27 de Diciembre de 2014]; 19 (2-3): [369-388]. Disponible en: <http://www.revistahistoriapsicologia.es/app/download/5971828211/36.+CUXART+I+FINA.pdf?t=1392199550>

Dimensión del autismo en España. El País [Internet] 2011. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/04/05/opinion/1301954408_850215.html

Devlin B, Scherer SW. Genetic architecture in autism spectrum disorder. Curr Opin Genet Dev [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 22(3): [229-237]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22463983>

Dufour-Rainfray D, Vourc'h P, Tourlet S, Guilloteau D, Chalon S, Andres CR. Fetal exposure to teratogens: evidence of genes involved in autism. Neurosci Biobehav Rev [Internet] 2011 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 35(5): [1.254-1.265]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195109>

Eby L, Brown NJ. Cuidados de enfermería en salud mental. 2ª ed. Madrid: Pearson; 2009.

EspectroAutista.info [Internet]. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Inventario de Espectro Autista. Disponible en: <http://espectroautista.info/tests/espectro-autista/infantil/IDEA>

Fernández-Mayoralas M. Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. Acta Pediatr Esp [revista en Internet] 2013. [Consultado el 27 Diciembre de 2014]; 71(8): [217-223]. Disponible en: http://apapcanarias.org/files/november13/Revision_Autismo_I.pdf

Fortea Sevilla MS, Escandell Bermúdez MO, Castro Sánchez JJ. Estimación de la prevalencia de los trastornos del espectro autista en Canarias. Anales de Pediatría [revista en Internet] 2013 [Consultado el 16 de Enero de 2015]; 79(6): [352-359]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.angepedi.2013.04.022>

García C. Autismo [Archivo de video]. 6 abril 2009. [Consultado 14 de Marzo de 2015] [2:59 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=bc5nDF6R5jk>

García Ruiz MD. Estrategias para abordar los problemas de alimentación en niños con TEA. Innovación y experiencias educativas [revista en Internet] 2014. [Consultado el 6 de Febrero de 2015] ;(61): [11]. Disponible en: http://www.csi-f.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/iee/Numero_61/M_DOLORES_GARCIA_1.pdf

Garrabé de Lara J. El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental [revista en Internet] 2012. [Consultado el 27 Diciembre de 2014]; 35 (3): [257-261]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223340010>

Garrigós A. Aprendo a hacer historias sociales [Internet]. Alicante: Asociación Asperger Alicante-Aspali; 2011 [Consultado el 10 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.aspergeralicante.com/pdfrecursos/auroraaprendo.pdf>

GuiaInfantil.com [Internet]. Guía infantil; [Consultado el 18 de Enero de 2015]. Caraballo A. 10 mitos falsos sobre el autismo infantil [aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.guiainfantil.com/articulos/salud/autismo/10-mitos-falsos-sobre-el-autismo-infantil/>

Hortal C. Trastorno del espectro autista ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA? Barcelona: Medici; 2014.

Info-tea-materiales.blogspot.com.es [Internet]. Info Tea Materiales; [Consultado el 21 de Febrero de 2015]. ¿Qué son las historias sociales? ¿Cómo hacerlas? [Aproximadamente 10 pantallas]. Disponible en: <http://info-tea-materiales.blogspot.com.es/2014/07/que-son-las-historias-sociales.html>

La prevalencia de autismo, más alta que nunca. BBC Salud [Internet] 2012. [Consultado el 16 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/03/120330_autismo_prevalencia_eeuu_men.shtml

Los niños con autismo perciben de forma diferente. Diario Vasco [Internet] 2010. [Consultado el 31 de Enero de 2015]. Disponible en: <http://www.diariovasco.com/v/20101015/al-dia-sociedad/ninos-autismo-perciben-forma-20101015.html>

Madrid.es [Internet]. Madrid: Federación Autismo Madrid; [Consultado el 2 de Febrero de 2015]. Guía de intervención ante los trastornos de la alimentación en niños y niñas con trastorno del espectro del autismo (TEA) [87 páginas]. Disponible en: <http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/IgualdadDeOportunidades/Discapacidad/Ficheros/Guia%20de%20alimentacion2.pdf>

Martos Pérez J, Llorente Comí M, González Navarro A, Ayuda Pascual R, Freire S. Los niños pequeños con autismo Soluciones prácticas para problemas cotidianos. 6ª ed. Madrid: Cepe; 2014.

Martos Pérez J, Paula Pérez I. Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. Rev Neurol [revista en Internet] 2011 [Consultado el 28 de Diciembre de 2014]; 52 (1): [147-153]. Disponible en: <https://www.neurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2010816#>

Mi Espacio Resiliente [Internet]. Mi Espacio Resiliente; 2013[Consultado el 9 de Enero de 2015]. Michael Rutter [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2013/12/26/michael-rutter/>

Miguel Miguel AM. El mundo de las emociones en los autistas. Revista Electrónica Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información [revista en Internet] 2006. [Consultado el 28 de Diciembre de 2014]; 7 (2): [170-182]. Disponible en: http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_07_02/n7_02_ana_miguel.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. [Consultado el 31 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_462_Autismo_Lain_Entr_compl.pdf

Novel Martí G, Lluch Canut MT, Miguel López de Vergara MD. Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson; 1999.

Orange España. El viaje de María [Archivo de video]. 21 septiembre 2010. [Consultado el 19 de Febrero de 2015] [5:42 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=qxLeb5y6p7s>

Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1999.

Ozonoff S, Pennington BF, Rogers SJ. Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: relationship to theory of mind. J Child Psychol Psychiatry 1991[Consultado el 9 de Enero de 2015]; 32(7): [1081-105]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1787138>

Pictotraductor. [Internet]. [Consultado el 10 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.pictotraductor.com/>

Pina-Camacho L, Villero S, Fraguas D, Boada L, Janssen J, Navas-Sánchez FJ, et al. Autism spectrum disorder: does neuroimaging support the DSM-V proposal for a symptom dyad? Asystematic review of functional magnetic resonance imaging and diffusion tensor imaging studies. *J Autism Dev Disord* [Internet] 2012 [Consultado el 5 de Enero de 2015]; 42(7): [1.326-1.341]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21932156>

Psicopedagogia.com [Internet]. Fco. Javier Garza Fernández [Consultado el 11 de Febrero de 2015]. Manual para Padres de niños Autistas [aproximadamente 60 páginas]. Disponible en: <http://www.psicopedagogia.com/manual-para-padres-de-autistas>

Psicopsi.com [Internet]. Estudio del psicoanálisis y psicología; 2012 [Consultado el 27 de Enero de 2014]. Biografía Bleuler Eugen (1857-1939) [aproximadamente 5 pantallas]. Disponible en: <http://psicopsi.com/Biografia-Bleuler-Eugen-1857-1939.asp>

Rommelse NN, Geurts HM, Franke B, Buitelaar JK, Hartman CA. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet] 2011 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 35(6): [1.363-1.396]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21382410>

San Millán B. El Caso de Lorenzo Cuento de Isabelle Carrier [Archivo de video]. 29 julio 2013. [Consultado el 19 de febrero de 2015] [4:40 min.]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=upDli7rcGoI>

Servicio de información sobre discapacidad [Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2007 [Consultado el 9 de Febrero de 2015]. Guía básica para familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija [78 páginas]. Disponible en: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO20581/familia_autismo.pdf

Simonoff E. Autism spectrum disorder: prevalence and cause may be bound together. *The British Journal of Psychiatry* [revista en Internet] 2012. [Consultado el 16 de Enero de 2015]; 201: [88-89]. Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/201/2/88.full.pdf>

Sucksmith E, Roth I, Hoekstra RA. Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century. *Neuropsychol Rev* [Internet] 2011 [Consultado el 8 de Enero de 2015]; 21(4): [360-389]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21989834>

Tareen RS, Kamboj MK. Role of endocrine factors in autistic spectrum disorders. *Pediatric Clin North Am* [Internet] 2012 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 59(1): [75-88]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22284794>

Vargas Baldares MJ, Navas Orozco W. Autismo infantil. *Revista Cúpula* [revista en Internet] 2012. [Consultado el 10 de Enero de 2015]; 26 (2): [44-58]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art5.pdf>

Videotecautista.blogspot.com.es [Internet]. Videoteca Autista; 2008[Consultado el 2 de febrero de 2015]. Qué nos pediría un autista (Ángel Rivière) [aproximadamente 6 pantallas]. Disponible en: <http://videotecautista.blogspot.com.es/2008/01/qu-nos-pedira-un-autista-arivire.html>

Williams K, Helmer M, Duncan GW, Peat JK, Mellis CM. Perinatal and maternal risk factors for autism spectrum disorders in New South Wales, Australia. *Child Care Health Dev* [Internet] 2008 [Consultado el 3 de Enero de 2015]; 34(2): [249-256]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18257794>

7. Anexos



ANEXOS

Índice de Anexos

Anexo A. Folleto informativo Taller de Educación para la salud.....	78
Anexo B1. Cuestionario de Evaluación Sesión 1 y 2.....	79
Anexo B2. Cuestionario de Evaluación final.....	82
Anexo C. “Rueda de los sentimientos”	83
Anexo D. El Caso de Lorenzo	85
Anexo E. Mito o realidad.	89
Anexo F. Balance de los conocimientos sobre los TEA	93
Anexo G. El viaje de María.....	96
Anexo H. Es hora de dormir.....	97
Anexo I. Visita al dentista.	98
Anexo J. Aprendo a hacer historias sociales	99



TALLER DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

¿Qué y cuáles son las características de los TEA?

¿Cómo manejar el diagnóstico de mi hijo?

¿Qué puedo hacer para ayudar a mi hijo?

Estas son algunas de las preguntas iniciales que se hacen los padres que tienen un hijo al que recientemente se le diagnostica de TEA.

El taller está compuesto por un total de 3 sesiones totalmente gratuitas, a través de las cuales nos adentraremos en la enorme complejidad y misterio que rodea a este trastorno. Durante el desarrollo de las sesiones, desterraremos muchos de los mitos existentes alrededor de este trastorno y haremos hincapié en las necesidades de salud presentes en estos niños

PROGRAMA:

1ª Sesión: *Diagnóstico de TEA*

2ª Sesión: *Conociendo los TEA*

3ª Sesión: *Necesidades de salud de mi hijo con TEA*

INSCRIPCIONES: irenegrodriguez@hotmail.com TLF: 636 33 22 67

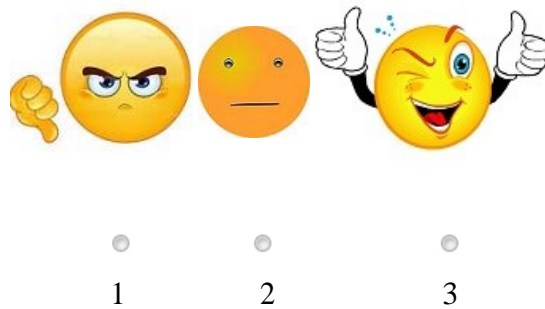
Anexo B1. Cuestionario de Evaluación Sesión 1 y 2

CUESTIONARIO SESIÓN 1

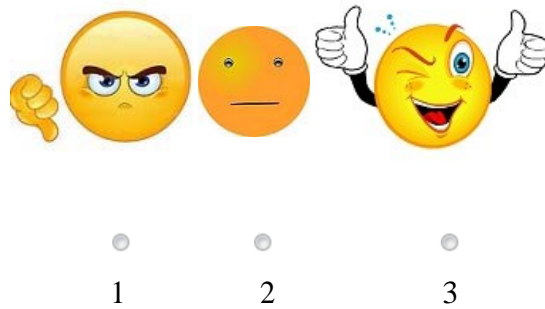
[Disponible en: <http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1953325>]

Valoración de 1 a 3. Siendo 1, la peor puntuación posible y 3, la mejor.

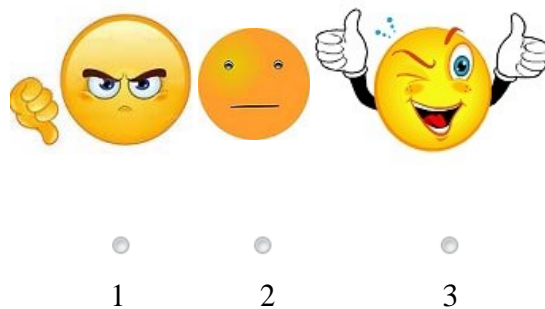
*1. Valora el grado de adecuación del local elegido para realizar la sesión.



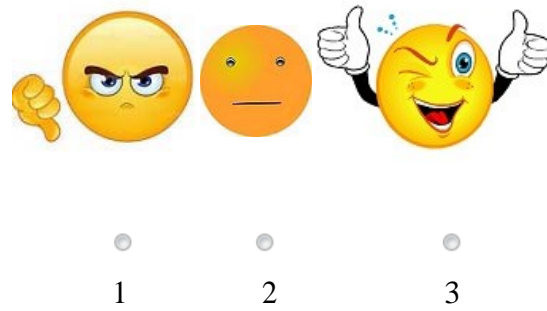
*2. Valora tu satisfacción en relación a la duración de la sesión y la temporización de cada uno de los contenidos desarrollados durante la sesión



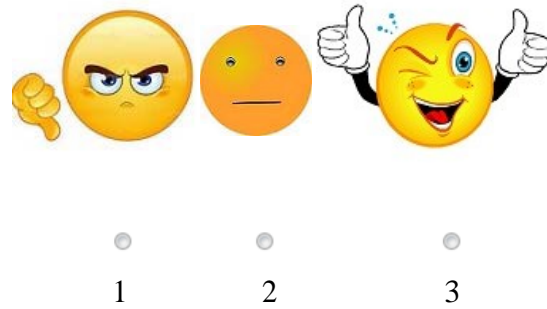
*3. Valora en qué medida los temas tratados durante la sesión son de tu interés



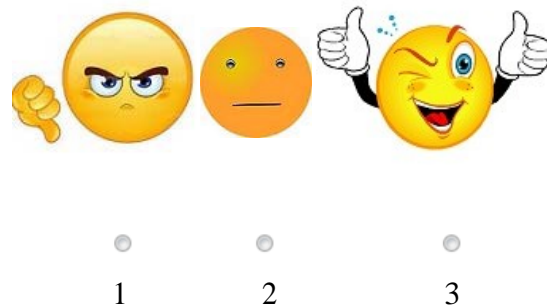
*4. Valora en qué medida las actividades grupales propuestas han facilitado tu integración dentro del grupo



*5. Valora si la metodología utilizada durante la sesión es adecuada y favorece la realización de las actividades



*6. Valora en qué medida el contenido de la sesión ha facilitado la expresión de tus sentimientos



*7. Valora en qué medida el vídeo mostrado al finalizar la sesión te ha servido para hacer una autorreflexión positiva sobre los TEA



1 2 3

*8. Valora el grado de conocimientos sobre el tema de la persona encargada de realizar la sesión.



1 2 3

*9. Valora en qué medida el coordinador de la sesión ha logrado crear un clima de confianza y respeto



1 2 3

*10. Valora la habilidad del emisor o persona encargada de impartir la sesión



1 2 3

CUESTIONARIO SESIÓN 2

[Disponible en: <http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=1953350>]

Este cuestionario es igual que el anterior, a excepción de las preguntas 6 y 7.

Anexo B2. Cuestionario de Evaluación final

De 0 a 5, señala con una X el número que consideres más apropiado en relación a la satisfacción con el desarrollo de las sesiones del Taller.

(1 significa la menor puntuación posible y el 5 la mayor puntuación posible)

Los temas trabajados durante las sesiones se adaptan a mis necesidades como padre de un niño con TEA	1	2	3	4	5
Creo que las sesiones serán de utilidad para mí y para mi hijo con TEA	1	2	3	4	5
La persona responsable de las sesiones ha mostrado implicación y conocimiento del tema	1	2	3	4	5
Durante las sesiones he resuelto la mayoría de las dudas que surgieron entorno al trastorno de mi hijo	1	2	3	4	5
Mi grado de satisfacción, en general	1	2	3	4	5

Lo que más te ha gustado de las sesiones:

Propón dos cosas que añadirías a las sesiones y otras dos que cambiarías:

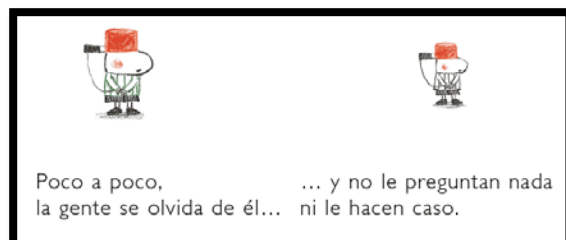
Anexo C. "Rueda de los sentimientos"

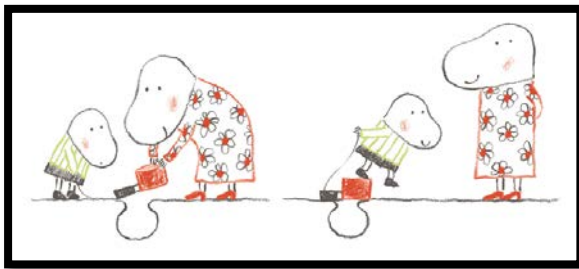




Anexo D. El Cazo de Lorenzo

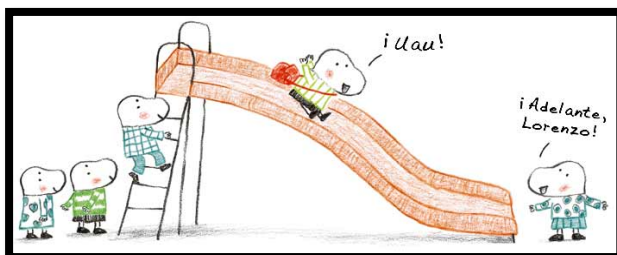






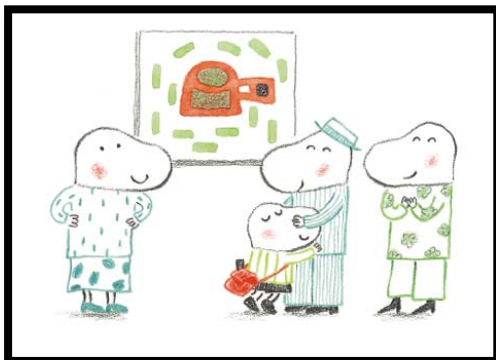
**EI CAZO SIGUE ESTANDO AHÍ, PERO ES MÁS DISCRETO...Y SOBRE TODO...
¡YA NO SE ME ATASCA EN TODAS PARTES!**

POR FIN LORENZO PUEDE JUGAR CON LOS DEMÁS





AHORA LE ENCUENTRAN UN MONTÓN DE CUALIDADES. NO OBSTANTE...



...LORENZO SIGUE SIENDO EL MISMO

Anexo E. Mito o realidad.

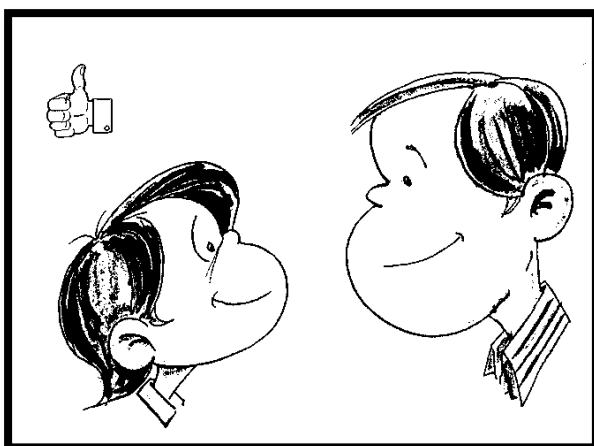


MITO O REALIDAD _____

“Los niños con TEA son así debido a que sus padres no les han educado bien o no los quieren”



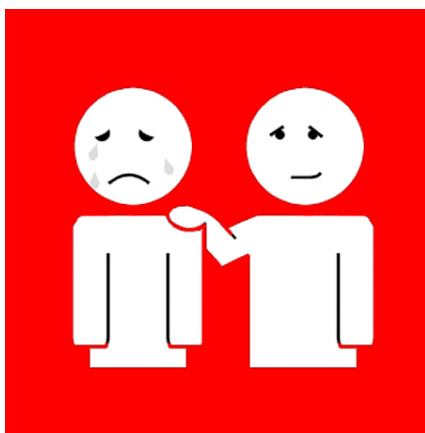
“Los niños con TEA no sonríen, no miran a los ojos, ni responden a muestras de afecto”



“Los niños con TEA tienen sentimientos”



“No tienen empatía, ni pueden desarrollarla”



EMPATIA

Capacidad de entender los pensamientos y emociones ajenas, es ponerse en el lugar de los demás y compartir sus sentimientos.

“Los niños autistas están locos, o son esquizofrénicos”



“Las vacunas están implicadas en el desarrollo del autismo en niños”



“Los niños con TEA tienen un talento fuera de los común”



“Autismo viene acompañado de discapacidad intelectual”



“Los niños autistas muestran una actitud agresiva”



“No pueden acudir a colegios normales“



“No tienen amigos, ni se comunican con nadie, están encerrados en una burbuja“



Anexo F. Balance de los conocimientos sobre los TEA.

“BALANCE DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE LOS TEA”

-Los niños con TEA presentan una alteración neurológica	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Nunca se comunican, no miran a los ojos, ni sonríen	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Carecen de empatía y no pueden llegar a desarrollarla	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Los niños autistas tienen un modo distinto de expresar sus sentimientos, pero no por ello carecen de ellos	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Los TEA son considerados un subtipo de esquizofrenia o demencia precoz	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Las últimas investigaciones demuestran que las vacunas son el origen del problema	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Los niños con autismo se enfadan y frustran con facilidad, debido a que sus padres no les han educado bien	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>
-Un 50% de los niños con TEA presentan “un talento extraordinario”	MITO <input type="checkbox"/> REALIDAD <input type="checkbox"/>

IMAGINEMOS POR UN MOMENTO CÓMO PERCIBEN EL MUNDO NUESTROS HIJOS

MUNDO CAÓTICO



¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestro hijo?



CREAR RUTINAS



DESORDEN



ORDEN


anticipate

SORPRESA

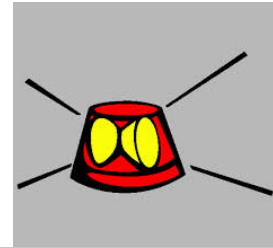


PERCEPCIÓN DEL MUNDO

¿Qué podemos hacer para ayudar a nuestro hijo?



ALARMAS



IDENTIFICAR ESTÍMULOS NO SOPORTABLES

AVISAR NO AVISAR



BOMBILLAS



ALTO VOLTAJE BAJO VOLTAJE

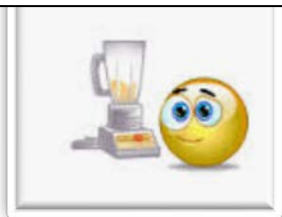


TAPONES



SI NO

ANTE ESTÍMULO NO SOPORTABLE



TECNICAS DE RELAJACIÓN PARA NIÑOS

SI NO

BUSCAR

Anexo G. El viaje de María.



Anexo H. Es hora de dormir.

Pictograma “es hora de ir a dormir”. Encima de cada foto, aparece la palabra clave que se ha introducido en el pictotraductor para conseguir la imagen deseada. El niño con TEA con sólo ver la imagen, ya puede llegar a comprender lo que se le está pidiendo.



Anexo I. Visita al dentista.

Pictograma “la visita al dentista. En este pictograma se pretende anticipar al niño su visita al dentista, explicándole lo que ocurrirá a su llegada, durante la consulta y al término.



Anexo J. Aprendo a hacer historias sociales

IMAGINEMOS QUE NUESTRO HIJO RECHAZA UN ALIMENTO POR SU TEXTURA (transición de purés a Texturas blandas (croquetas, tortilla, pescado cocido...))



- Situación conflictiva para nuestro hijo.
- Información sobre el tema a tratar.
- Le decimos lo que tienen que hacer, resaltando lo que queremos que aprenda
- Explicación a lo que pasará si no hace eso
- Síntesis o recopilación, para recordar lo que tiene que hacer.

A veces tengo que comer alimentos nuevos y más espesos de lo habitual. Estos alimentos son buenos para mí y nutritivos.



En casa mamá, papá **Y YO** comemos alimentos nuevos



Si dejo el nuevo alimento en el plato, mis dientes sufrirán y mi mandíbula también.



Además mamá y papá se preocuparán porque puedo enfermarme



A partir de ahora, todos los días que tenga que comer algo nuevo, lo probaré como hacen mamá y papá.



De este modo tendré unos dientes fuertes y sanos y mis padres estarán contentos conmigo y yo me sentiré bien, eso está bien.

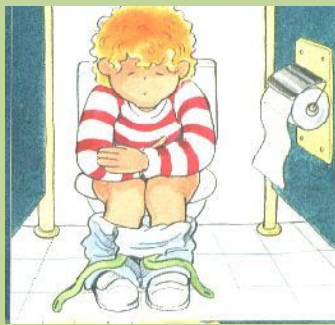


IMAGINEMOS QUE NUESTRO HIJO CADA VEZ QUE VA AL BAÑO MUESTRA **CONDUCTAS INAPROPIADAS** (uso inadecuado papel higiénico, tira de la cadena muchas veces, sale con el pantalón bajado)

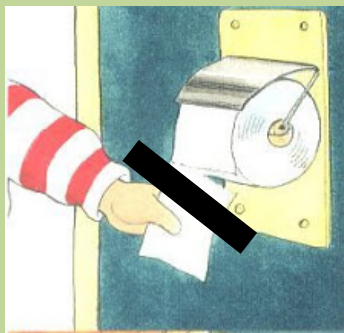


- Situación conflictiva para nuestro hijo.
- Información sobre el tema a tratar.
- Le decimos lo que tienen que hacer, resaltando lo que queremos que aprenda
- Explicación a lo que pasará si no hace eso
- Síntesis o recopilación, para recordar lo que tiene que hacer.

Cuando voy al baño a hacer pipí o caca **YO** me siento en el inodoro



Una vez que he terminado, cojo papel para limpiarme, hasta la **RAYA** que mamá me ha marcado



Me coloco la ropa y tiro de la cadena **UNA** vez



1 VEZ

YO me lavo las manos antes de salir de baño



