



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA SAN JUAN DEL RÍO

“Eficacia de un taller para profesores basado en la Parent Child Interaction Therapy sobre conocimientos y estrategias de trabajo con niños con Trastorno del Espectro Autista”

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRA EN SALUD MENTAL DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

P R E S E N T A

MARINA ISABEL JIMÉNEZ LICONA

Directora de Tesis: DRA. CINTLI CAROLINA CARBAJAL VALENZUELA

Secretario: DR. AGUSTÍN JAIME NEGRETE CORTÉS

Vocal: DRA. MARTHA BEATRIZ MORENO GARCÍA

Suplente: DRA. PAMELA GARBUS

Suplente: MTRA. MELISSA CALDERÓN CARRILLO

SAN JUAN DEL RÍO, QUERÉTARO; MARZO 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de
Información



Eficacia de un taller para profesores basado en la Parent
Child Interaction Therapy sobre conocimientos y
estrategias de trabajo con niños con Trastorno del
Espectro Autista

por

Marina Isabel Jiménez Licona

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](#).

Clave RI: PSMAN-300372-0323-323

Índice

1. Marco Teórico
 - 1.1. Autismo
 - 1.1.1. Antecedente del autismo
 - 1.1.2. Definición general del TEA
 - 1.1.3. Características Diagnósticas del TEA
 - 1.1.4. Prevalencia del TEA
 - 1.1.5. Características Conductuales del TEA
 - 1.1.6. Factores de Riesgo asociados al TEA
 - 1.1.7. Correlato Neurobiológico del Autismo
 - 1.1.8. Tratamientos actuales del TEA
 - 1.1.9. Situación de la atención de los alumnos con autismo en el aula
2. Terapia De La Interacción Padres Hijos / Parent Child Interaction Therapy (PCIT)
 - 2.1. Antecedentes de la PCIT
 - 2.2. Procedimiento de la PCIT
 - 2.2.1. Evaluación Inicial
 - 2.2.2. Interacción Dirigida por los Niños (CDI por sus siglas en inglés para: Children Directed Interaction)
 - 2.2.3. Interacción Dirigida por los Padres (PDI por sus siglas en inglés para: Parent Directed Interaction)
3. Terapia De La Interacción Entre Maestro Y Alumno Para Preescolares (TCIT)
4. Antecedentes
 - 4.1. PCIT en el Trastorno del Espectro Autista
 - 4.2. Modificaciones a la PCIT en su aplicación al TEA
5. Planteamiento del Problema
 - 5.1. Pregunta de Investigación General
 - 5.1.1. Preguntas de Investigación Específicas
 - 5.2. Hipótesis General
 - 5.2.1. Hipótesis Específicas
 - 5.3. Objetivo de Investigación General
 - 5.3.1. Objetivos de Investigación Específicos
 - 5.4. Justificación
6. Alcances
7. Tipo de estudio
8. Población
9. Instrumentos de recolección de datos
 - 9.1. Instrumentos Cuantitativos
 - 9.2. Instrumentos Cualitativos

10. Procedimiento
11. Diseño
 - 11.1. Concreción de metas
 - 11.2. Selección de contenidos
 - 11.3. Diseño de Actividades
12. Definición Operacional
13. Consideraciones éticas
14. Resultados
 - 14.1. Resultados del Análisis de datos a las respuestas cerradas del SESBI-R
 - 14.2. Resultados del Análisis mediante nube de palabras
 - 14.3. Descripción del análisis y clasificación de las respuestas abiertas del SESBI-R.
 - 14.4. Resultados del análisis de las respuestas a las preguntas abiertas sobre conocimientos
 - 14.5. Resultados del análisis de las respuestas a las preguntas abiertas sobre estrategias
 - 14.6. Resultados del análisis de las transcripciones de las sesiones virtuales
15. Discusión
16. Limitaciones
17. Conclusiones
18. Anexos
 - 18.1. Anexo 1
 - 18.2. Anexo 2
 - 18.3. Anexo 3
 - 18.4. Anexo 4
19. Bibliografía

1. Marco Teórico

1.1. Autismo

1.1.1. Antecedentes del Autismo

El término “autismo” deriva del griego clásico “autos”, que significa uno mismo, e “ismos” haciendo referencia al modo de estar. Esta palabra nace en 1911 con el psiquiatra Bleuler, quien en un inicio lo utilizó para describir comportamientos de fracaso en las relaciones interpersonales y de aislamiento en su entorno (Albores, Hernández–Guzmán, Díaz–Pichardo, & Cortes–Hernández, 2008).

A principios del Siglo XX los psiquiatras empiezan a clasificar ciertos casos con características semejantes a las descripciones del autismo, sin embargo, lo asociaban con síndromes psicóticos, por ejemplo, Sanctis lo relaciona al concepto de *dementia precocissima*, Heller a *dementia infantilis*, Bender a *esquizofrenia infantil* (Rivière, 1993; Lopéz, Rivas, & Taboada, 2009).

Las primeras descripciones sobre lo que actualmente denominamos Trastornos del Espectro Autista (TEA) corresponden a las publicaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944), caracterizados por los modelos especulativos de explicación, basados subjetivamente en anécdotas de tipo clínico (Artigas-Pallarès & Paula, 2012).

Kanner (1943) hizo referencia al autismo en su artículo llamado “Alteraciones autísticas de contacto afectivo” aceptándose como el primer estudio científico identificado como elemento central del padecimiento (Lopéz, Rivas, & Taboada, 2009). Estableciendo un conjunto de criterios diagnósticos y factores etiológicos, delimitando al autismo en un cuadro psicológico. Kanner, lo caracteriza en tres principales aspectos: a) la incapacidad para establecer relaciones con las personas, b) retrasos y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje c) insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, a manera de ritualizaciones. Los rasgos más característicos de

este cuadro son, según Kanner (1943), los siguientes: incapacidad para establecer contacto visual, atraso importante en la adquisición del habla, actividades repetitivas y estereotipadas, carencia de imaginación, así como memorización. Indicando que los síntomas se desarrollan desde el nacimiento y por ello denominándolo "autismo infantil precoz" (López, Rivas, & Taboada, 2009).

El Pediatra Hans Asperger (1944) indica que en algunos casos se establecería como "Psicopatía Acústica" agregando a este término síntomas relacionados a la limitación de las relaciones sociales, y presencia de carácter obsesivo en pensamientos y acciones.

Lorna Wing y Judith Gould (1979) incorporan el término Trastornos del Espectro Autista (TEA), a partir de la descripción de cuatro ejes de alteraciones: interacción social; lenguaje y comunicación; ficción e imaginación; flexibilidad mental y del comportamiento (Reviere, 1997). A su vez Reviere replantea los dominios y los clasifica en: social, comunicación y lenguaje, anticipación y flexibilidad y simbolización, cada uno con sus propios dominios (Rivieré, 1999).

Es importante mencionar que posterior a la Segunda Guerra Mundial, aparecieron contribuciones importantes para el estudio de la psicopatología infantil, reunidos en la misma categoría diagnóstica tanto en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) como en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, mejor conocido como DSM (Garrabé, 2012). fue en la Décima Edición del CIE donde aparece el término de autismo como Autismo infantil, Síndrome de Rett, Otro Trastorno Desintegrativo de la Infancia, Hiperactividad Asociada a un retraso mental y a los movimientos estereotipados, Otros Trastornos invasores del desarrollo, así como los no precisados (Garrabé, 2012).

Mientras que en el DSM III, cumpliendo con los criterios diagnósticos basados en evidencia para incluirse en la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo, se identificaron 3 ejes de afectación, que son lo social, la comunicación y la conducta. Posteriormente en DSM IV,

se agregaron nuevas entidades diagnósticas dentro de la categoría Trastornos Generalizados del Desarrollo, que son: trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger, Trastorno generalizado no especificado y trastorno de Rett (Barrio, 2009).

Actualmente nos encontramos con la 5ed del DSM V que salió en 2013, en esta edición se englobaron estas entidades diagnosticas en una sola, es decir, el autismo, el trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger, Trastorno generalizado no especificado son una y se llaman Trastornos del Especto Autista. Y ahora estos trastornos se encuentran en la categoría de trastornos del Neurodesarrollo. Es importante mencionar que el trastorno de Rett o síndrome de Rett era una forma de autismo, pero el reciente descubrimiento acerca su origen, hace que tenga una serie de diferencias clínicas con los demás trastornos, dejando de ser parte de los TEA en el DSM-V, sin embargo, aún existen especialistas lo siguen refiriendo como una forma de autismo (Grosso, 2021).

1.1.2. Definición General del Trastorno del Espectro Autista

Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke, parte del National Institute of Health, por sus siglas en ingles NINDS, el TEA es un “Grupo de trastornos complejos del desarrollo neurológico que se distinguen por patrones de comportamiento repetitivos y característicos, y dificultad para la comunicación e interacción social. Los síntomas están presentes desde una edad temprana y afectan el funcionamiento diario de quien lo padece” (NINDS, 2016).

El TEA es considerado un trastorno poligénico, que incluye factores de tipo genético, neuroquímico y neuroanatómico (Bhandari, Paliwal, & Kuhad, 2020) que abarca los siguientes grupos clínicos: a) Autismo b) Asperger c) Desintegrativo infantil y d) Generalizado del desarrollo. Se requiere entender el desarrollo de la estructura y función neuronal ya que es necesario para poder explicar las anomalías que producen trastornos del neurodesarrollo, como es el caso del TEA (Vázquez-Villagrán et al; 2017).

1.1.3. Características Diagnósticas del TEA

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés): “Se engloba al TEA en los llamados Trastornos del Neurodesarrollo, donde se indica que los criterios de diagnóstico actuales son:

A. Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, observado a partir de los siguientes síntomas:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal o no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o déficits de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el mantenimiento, desarrollo y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde las dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades que se manifiestan en al menos dos de los siguientes:

1. Movimientos, utilización de objetos o hablar estereotipados o repetitivos (por. ej. estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día)

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p, ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes)

4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (p, ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación visual por las luces u objetos que giran).

C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro significativo en los aspectos sociales, laborales u otras áreas importantes dentro del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el TEA con frecuencia coinciden; para hacer

diagnósticos de comorbilidades de un TEA y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Se especifica cuando:

- Si presenta déficit intelectual o no presenta
- Si presenta deterioro del lenguaje o no presenta
- Si está asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos.
- Si está asociado a un trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.
- Si está asociado con catatonía.

Niveles de gravedad del TEA: Grado 3 (Necesita ayuda muy notable), Grado 2 (Necesita ayuda notable), Grado 1 (Necesita ayuda)” (American Psychiatric Association, 2013, págs. 50-59).

En cuanto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 11). El TEA tiene su principio en el eje 06 llamado: Los trastornos mentales del comportamiento o del desarrollo neurológico teniendo como descripción: “Síndromes caracterizados por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y del comportamiento”, a su vez se clasifica dentro de los trastornos del neurodesarrollo, siendo estos “Los trastornos conductuales y cognitivos que surgen durante el período de desarrollo que implican dificultades significativas en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras o sociales específicas”, incluyendo en este grupo los trastornos cuyos procesos se centran en el neurodesarrollo, incorporando al TEA dentro del eje 6A02, caracterizándolo por: “Déficits persistentes en la capacidad para iniciar y mantener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por una variedad de patrones de

comportamiento e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles” (Organización Mundial de la Salud, 2018, págs. 6-9).

1.1.4. Prevalencia del TEA

En las últimas décadas la prevalencia del TEA ha ido en aumento significativamente, por lo que puede hablarse de una epidemia del autismo. Es de suma importancia identificar los datos precisos sobre el aumento de casos de niños con características de TEA, ya que así, se usarán los servicios de salud requeridos y los tratamientos adecuados para su intervención favorable.

Se han realizado frecuentes investigaciones desde 1966 acerca de la prevalencia del autismo en todo el mundo (Chiaroti & Venerosi, 2020) y en general se acepta una prevalencia de 1 en cada 160 niños (Fommbone, y otros, 2016); (OMS, 2019).

En un inicio, dentro del Perfil Epidemiológico de Salud Mental en México, el autismo no figuraba dentro de las primeras causas para solicitar la atención en consulta psiquiátrica a nivel infantil, ya que, se observaban de 30 a 116 casos por 10 000 habitantes, sin embargo, a partir del 2013 hubo un cambio drástico, ya que empezó a identificarse como una de las primeras cinco causas de consulta, convirtiéndose en un problema de Salud Pública (Reynoso, Rangél, & Melgar, 2017).

Actualmente en México se observa una ausencia de estudios epidemiológicos que informen sobre la prevalencia del autismo; sin embargo, un estudio reciente realizado en la ciudad de León, Guanajuato tuvo como resultado que un 1% de la población infantil de esa ciudad presenta TEA desde el nacimiento (Fommbone et al., 2016; OMS, 2019).

A su vez estudios indican que la atención de niños con autismo en las escuelas públicas que atienden población de educación especial ha presentado un aumento con una magnitud de 1,595, en 2005 y 14,723 en 2017, lo que equivale a un .43% de la matrícula de educación básica de 2017 (Anzaldo & Cruz, 2019, pág. 14). Aunque el aumento tanto en la matrícula como en la prevalencia

podiera estar asociado a un mayor conocimiento sobre el trastorno por parte de los profesionales de la salud especializados en dicha problemática, ya que se tiene una mayor posibilidad en identificar y diagnosticar el Trastorno.

1.1.5. Características Conductuales en el TEA.

Como se mencionó, el TEA tiene una serie de características entre las que se encuentran algunos comportamientos externalizantes tales como la agresión, el incumplimiento en ámbitos académicos y las conductas disruptivas/desadaptativas (Baker, y otros, 2018).

La agresión se caracteriza como un comportamiento amenazante, debido al enojo, la frustración y la angustia causada por alguna situación en particular, ocasionando daño tanto físico como verbal. En el caso de niños con TEA, las conductas agresivas que amenazan la seguridad de sus cuidadores primarios, así como de las personas de su entorno inmediato, están asociadas con la desobediencia y la destrucción física de los bienes materiales (Hervás & Rueda, 2018). A su vez, las conductas agresivas generan amenaza en la seguridad del propio niño con características del TEA, ya que en algunos casos se muestran comportamientos autolesivos como morderse algunas partes del cuerpo, golpearse, arañarse, así como conductas negativistas-desafiantes (Fitzpatrick, y otros, 2016).

El incumplimiento se caracteriza por no completar las tareas que se le asignan, se observa incapacidad para obedecer instrucciones, constantemente rompen las reglas en los juegos o de situaciones específicas, evitando realizar las tareas que se les asignan diariamente (O’Nions, Happé, Evers, Boonen, & Noens, 2018).

Las conductas disruptivas/desadaptativas son comportamientos y hábitos aprendidos, utilizados para expresar necesidades, deseos y dificultades, así como la ruptura de normas y leyes que están establecidos, dirigidas a obtener o evitar una cosa. En el caso de los niños con diagnóstico de TEA estas características se observan en la dificultad de expresar y comunicar sus emociones,

pensamientos e ideas, y en la falta de comprensión de las relaciones. Muestran insistencia en la monotonía, así como patrones de intereses restringidos y repetitivos (Castillo & Grau, 2016).

Estas características anteriormente descritas son en las que se enfocará la intervención que se llevará a cabo, mediante el taller dirigido a docentes de educación básica.

1.1.6. Factores de riesgo asociados al TEA

Se ha encontrado una prevalencia de TEA significativamente alta en la población de niños prematuros; así mismo el bajo peso al nacer, la hipoxia perinatal y el distrés respiratorio muestran una relación significativa con el trastorno (Carlsson, Molander, Taylor, Jonsson, & Bölte, 2020).

Se llevó a cabo un análisis de resultados indagando acerca de la relación entre los factores prenatales, perinatales y postnatales y el autismo, demostrando que, de los 40 factores evaluados, los siguientes están asociados a un mayor riesgo de autismo. En el periodo prenatal los factores fueron la edad materna y paterna mayor a 35 años, la raza de los padres (blancos y asiáticos), presencia de hipertensión gestacional, diabetes gestacional, amenaza de aborto, hemorragia pre parto; durante el periodo perinatal los factores asociados fueron parto por cesárea, edad gestacional menor a treinta y seis semanas, anomalías en el parto, preeclampsia, sufrimiento fetal; y en el periodo postnatal los factores relacionados al autismo fueron bajo peso al nacer, hemorragia posparto, sexo masculino y anomalía cerebral (Wang, Geng, Liu, & Zhang, 2017).

Un estudio realizado en la población de Finlandia, donde se estudiaron 4713 casos nacidos entre 1987 y 2005 diagnosticados con TEA, encontraron que el bajo peso al nacer (entre mil quinientos gramos y dos mil quinientos gramos), la prematurez (menor a treinta y dos semanas de gestación al nacer) y la restricción del crecimiento intrauterino se relacionaron con el Autismo Infantil, así como en el Trastorno Generalizado del Desarrollo, pero no con el Síndrome de Asperger (Lampi, Lehtonen, Lien Tran, & Souminen, 2013).

Una investigación acerca de los factores de riesgo para TEA pre y perinatales en población infantil del Noreste de México en 164 casos de niños de 3 a 13 años; donde encontró que además de los factores ya mencionados, la historia familiar de trastornos neurológicos (neurodesarrollo y neurológicos orgánicos); hiperémesis gravídica, enfermedad hepática, consumo de alcohol y drogas e infecciones son factores de riesgo (Lemus, 2019).

1.1.7. Correlato Neurobiológico del Autismo

A continuación, se mencionan algunos trabajos de investigación que han reportado diferencias en la estructura y la función del sistema nervioso central de los niños con diagnóstico de TEA.

Se identificó que un factor neuroquímico es la variación en el sistema de oxitocina, ya que se ha encontrado que alteraciones en dicho sistema son muy comunes en el TEA, debido a la variación en el gen del neuropéptido simplificado por las neuronas localizadas en los dos núcleos principales en el cerebro, el núcleo hipotalámico paraventricular y el núcleo supraóptico, considerados neuromoduladores que regulan distintos aspectos de la cognición social. Así como en el gen receptor de oxitocina y CD38 asociada con el autismo, por lo tanto, la administración de oxitocina ejerce una respuesta conductual y neurobiológica y por ello el sistema de oxitocina se ha convertido en un objetivo terapéutico potencial prometedor para el TEA (Giraldo, Restrepo, & Arboleda, 2018). A su vez, se ha encontrado que la mayoría de los genes se expresan prenatalmente en muchas regiones del cerebro, dividiéndose en dos categorías: genes reguladores ampliamente expresados que se identifican en el cerebro, así como en otros órganos, y genes específicos del cerebro. A lo largo del embarazo, un conjunto de genes de riesgo, son ampliamente expresados y algunos específicos del cerebro, interrumpen la proliferación celular, la neurogénesis, la migración y el destino celular, mientras que en el tercer trimestre y después del nacimiento otro conjunto de

genes mayormente específicos del cerebro interrumpe el crecimiento de neuritas, la sinaptogénesis y las conexiones de la corteza (Courchesne, Gazestani & Lewis, 2020).

En los últimos años, el campo de la Neurociencia Social ha encontrado que ciertas regiones neuroanatómicas tienen cierta relación con la incapacidad de exhibir habilidades de comportamiento social apropiadas en el TEA. Por ejemplo, Zwaigenbaum y colaboradores (2021) encontraron un desarrollo aberrante en las vías de la sustancia blanca entre los 6 y los 24 meses de edad. Ocasionando un crecimiento cerebral alterado que podría interrumpir la formación de la conectividad cerebral típica necesaria para el funcionamiento de las vías neurales óptimas, conduciendo al autismo (Petinau & Minaidou, 2017).

Investigadores llevaron a cabo un estudio, donde compararon los cerebros de 7 niños con diagnóstico de autismo y 6 niños control de entre 2 y 16 años post mortem, enfocándose en el número y tamaño de neuronas dentro de las subdivisiones dorsolateral y mesial de la corteza prefrontal. Encontraron que los niños con autismo tenían un 67% más neuronas en la corteza prefrontal en comparación con los niños control, 79% más en la subdivisión dorsolateral y 29% más en la mesial, en cuanto al peso, se observó que en los casos de los niños autistas se encontraron diferencias del peso medio normativo en un 17.6%; mientras que en los controles se diferenciaron en una media del 0.2%, teniendo como conclusión que el crecimiento excesivo del cerebro en varones con autismo tiene relación con un número excesivo anormal de neuronas en la corteza prefrontal (Courchesne et al, 2011).

En los niños con diagnóstico de TEA se han identificado modificaciones en las vías visuales subcorticales asociadas al contacto visual, ya que en los informes sobre estudios de resonancia magnética (RM) se identificó que los bebés con TEA avanzado tardaron en cambiar la mirada al momento de realizar las actividades donde se miden los movimientos oculares y el contacto visual,

atribuyendo este atraso a patrones de conectividad atípicos observados en el esplenio, una estructura cerebral que se encuentra en el área del cuerpo calloso responsable de conectar los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo (Petinau & Minaidou, 2017). A su vez se encontró que los niños con TEA presentan disminución en el seguimiento en las escenas sociales, así como en los movimientos dinámicos (de 13 a 25 meses) y muestran mayor preferencia por observar las formas geométricas de su entorno en lugar de imágenes sobre personas (de 14 a 42 meses) (Zwaigenbaum, y otros, 2021). Por lo que el seguimiento ocular puede proporcionar un índice de la atención visual de un niño y como tal, puede revelar marcadores de pronóstico sobre la gravedad de los síntomas (Bacon et al, 2020).

Datos actuales de RM estructural y funcional sugieren la presencia de múltiples sistemas así como de estructuras neuronales afectados dentro de los circuitos cerebrales sociales, incluyendo la amígdala y los ganglios basales ya que dichos estudios neuroanatómicos han observado un agrandamiento de la amígdala en niños con TEA en comparación con los niños con desarrollo neurotípico. El volumen de la amígdala se relacionó con la gravedad de los síntomas sociales, planteando la hipótesis de que la sintomatología social del TEA incluido el contacto visual anormal, el procesamiento facial y la falta de empatía se podrían asociar a la disfunción de la amígdala (Fernández, Mollinedo-Gajate, & Peñagarikano, 2018).

1.1.8. Tratamientos actuales del TEA

La intervención que se hace en los niños con TEA depende del conocimiento sobre el trastorno en general, así como de la presencia de los síntomas dentro de la escuela, sin embargo, es en casa cuando se reconoce el trastorno, debido a que no se cuenta con un programa de intervención estandarizado. Actualmente se consideran dos formas principales de tratamiento: farmacológico y psicológico (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009).

En el tratamiento farmacológico, aunque no existe un medicamento específico para tratar el autismo, se emplean en situaciones sintomatológicas los antidepresivos, los antipsicóticos y los ansiolíticos. Dichos fármacos no tienen los mismos efectos en todos los pacientes por ello requieren de un control constante. Es importante indicar que los profesionales deben contar con la práctica correspondiente para recetar algún tipo de medicación, considerando: el estilo de vida, los efectos secundarios, la situación económica y el historial, así como la efectividad del tratamiento (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009).

Los tratamientos psicológicos se caracterizan por el desarrollo de diversas metodologías a partir de tres enfoques diferentes: el enfoque conductual, la teoría del desarrollo y la enseñanza estructurada (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009).

- a) Enfoque conductual: El propósito es enseñar a los niños con TEA o a sus familiares nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas, estas se derivan del análisis conductual aplicado (ABA), siendo el ABA un conjunto de procedimientos que se centran en el estudio y atención en los temas relacionados a problemas de conductas, derivándose así una serie de técnicas aplicadas para la atención del autismo.

Dentro del enfoque conductual se encuentra la Terapia de Interacción entre Padres-Hijos (PCIT por sus siglas en inglés para: Parent Child Interaction Therapy) siendo este un tratamiento de intervención que puede favorecer a niños con características de TEA dentro de un rango de edad entre 2 y 7 años, que presentan problemas de conducta, de socialización y de comunicación. La PCIT reconoce la importancia de la interacción entre padres e hijos por lo que enfatiza la calidad del vínculo entre los mismos, utiliza dinámicas de juego familiares, genera ambientes favorables y permite a los padres desempeñar un papel integrador dentro de la terapia, preparando así el escenario idóneo a partir de una variedad de tareas específicas, los padres son los mediadores de

estas y el terapeuta es quien observa e identifica las áreas de oportunidad, así como las habilidades reforzadas.

Otra de las técnicas conductuales es la Enseñanza de Tareas Discriminadas (DTT por sus siglas en inglés para: Discrete Trial Training), centrándose en el entrenamiento de la discriminación, la práctica repetitiva, la programación en mantenimiento. El Análisis de la Conducta Verbal (VBA por sus siglas en inglés para: Verbal Behavior Analysis) se enfoca en los elementos funcionales del lenguaje como objetivos de intervención, específicamente, en el almacén sensorial auditivo y táctil, seguimiento de instrucciones, así como la comunicación intraverbal.

El Pivotal Response Training (PRT), está orientado a las conductas centrales como objetivo de tratamiento, con la finalidad de que los niños con autismo se integren a la vida diaria, facilitando la generalización y mantenimiento de los cambios de conducta (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009).

- b) La teoría del desarrollo y enseñanza estructurada: Se enfoca en generar relaciones positivas y significativas con otras personas. A partir de técnicas sociales, así como de comunicación sobre ambientes estructurados, desarrollando habilidades de la vida diaria, algunos ejemplos son: Floor Time (Tiempo de suelo) dicha técnica busca facilitar la autorregulación, intimidad, comunicación bidireccional, comunicación compleja e ideas y pensamientos afectivos. El método Relationship Development Intervention (RDI) se basa en actividades centradas en el lenguaje declarativo, flexibilidad cognitiva, coordinación social, y las aptitudes con relación a la referenciación afectiva. Finalmente, y de los más utilizados es el método TEACCH (Enseñanza estructurada Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación) está influenciada por la teoría del aprendizaje y los procesos del desarrollo, busca la promoción de la independencia funcional en los niños con TEA. A partir de la aptitud

visual, atención a detalles, memoria, rutinas (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009). Siendo una técnica para mejorar las habilidades de comunicación social en ambientes escolarizados utilizando estrategias psicopedagógicas específicas (Reynoso, Rangél, & Melgar, 2017).

1.1.9. Situación de la atención de los alumnos con autismo en el aula

En el documento oficial expedido por la Secretaría de Gobernación, se indica que México de participa con la “Ley General para la atención y la protección a personas con la condición del TEA” en donde se proponen cuatro puntos fundamentales (Secretaria de Gobernación, 2016):

- Salud: Detección oportuna para recibir Terapias de rehabilitación a tiempo.
- Educación: La Secretaria de Educación Pública (SEP) deberá garantizar la incorporación e inclusión de las personas con TEA a escuelas de educación regular donde los atenderán maestros capacitados y sensibilizados en el tema, generando un ambiente escolar estimulante.
- Trabajo: Se tiene el derecho para participar en la vida productiva digna e independiente, por ello es importante que existan programas de formación y capacitación adecuados con justa remuneración.
- Sociedad: Tiene el derecho todo individuo con TEA a disfrutar de la cultura, las distracciones, el tiempo libre y el deporte.

Así mismo es importante identificar la definición de la Educación Especial con la finalidad de conocer el papel que tiene dentro del trabajo de investigación.

Para Sola, et al (2006), la Educación Especial “consiste en una acción pedagógica cuya finalidad no está en curar deficiencias fisiológicas, sino en desarrollar al máximo las potencialidades específicamente humanas, muchas o pocas, que un determinado sujeto”, para alcanzarlo, es necesario que los profesionales docentes estén y cumplan con las siguientes

cualidades: flexibilidad de actuación en situaciones inestables; disponibilidad permanente para los cambios paradigmáticos y de un carácter cooperativo en todas las instancias.

Arnaiz (2005) afirma que la educación debe ser inclusiva, es decir, buscar estrategias para atender a toda la población sin que haya segregaciones. La inclusión educativa, trata no solo de lograr el acceso de toda la población a la escuela, sino de provocar una transformación en todo el sistema educativo, en su conjunto para lograr la atención a la diversidad de necesidades educativas, asegurando de esta forma la igualdad de oportunidades en el aprendizaje, en donde estas participen de manera plena. La escolarización de los estudiantes con TEA se sugiere que se realice creando contextos más normalizados. Apoyando las orientaciones pedagógicas en adaptaciones de cómo enseñar, cómo participar y de qué manera intervenir (Reynoso, Rangél & Melgar, 2017)

Como ya se indicó en los tratamientos actuales, dentro del ámbito escolar hay diversas maneras de intervenir dentro del aula con niños que presentan diagnóstico de TEA, por ejemplo, uno de los más utilizados es el procedimiento ABA, centrado en el estudio y atención en los temas relacionados a problemas de conductas. Incentiva las conductas positivas y desalienta las negativas para mejorar distintas destrezas, a partir de conductas positivas y reforzando las conductas positivas existentes (IETS, 2014).

Otros tratamientos empíricos aplicados a niños con TEA son el Proyecto de autismo joven de UCLA este modelo es un tratamiento global y está dirigido a la mejora de las habilidades tanto intelectuales como verbales, académicas, de juego, autonomía y de socialización. El Tratamiento de Respuesta Fundamental involucra a los padres con la finalidad de motivar a los niños con autismo y niños con dificultades significativas en el habla (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011). La técnica del Apoyo Conductual Positivo pretende afrontar la conducta problemática producida por factores ambientales o déficits en habilidades mediante la reducción de dicho comportamiento. El

Floor Time (Tiempo de suelo) y el más empleado dentro de la estructura del aula, el método TEACCH, explicados en el apartado anterior (Mebarak, Martínez, & Serna, 2009).

Dentro de los programas de entrenamiento relacionados a la salud mental infantil avalados por años de investigación se enfatiza la importancia y eficacia de la capacitación de los padres para su intervención en las conductas disruptivas, desadaptativas relacionadas a las características del TEA en los niños, abarcando cada una de las etapas del desarrollo, donde las intervenciones están establecidas y son basadas en evidencia, involucrando a los padres como principales agentes de cambio (Bearss et al, 2015). Bearss y colaboradores indican que las intervenciones implicadas en la capacitación hacia los padres se considera el formato, es decir la manera en que se presenta la información a los padres, la intensidad, la ubicación, la duración y los grupos de edad en específico. Uno de los tratamientos mediados por los padres es la Terapia de la Interacción Padres/hijos (Parent Child Interaction Therapy (PCIT) siendo el único tratamiento que contiene una mezcla de estrategias terapéuticas. Por ejemplo: La PCIT con Tiempo de Suelo y TEACCH, tienen en común la importancia de la interacción entre adultos y niños, enfatizando la calidad de un vínculo entre adultos-niños, para la demostración de aceptación en ciertas conductas y a la vez estimular las verbalizaciones del niño (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011). Así mismo es similar al Tratamiento de Respuesta Fundamental en cuanto a enfatizar el uso de objetos dentro del juego familiar, en un ambiente que sea cómodo para el niño. Por lo que el presente trabajo busca trabajarlo desde la PCIT. A continuación, se describirá a detalle en que consiste dicha Terapia.

2. Terapia De La Interacción Padres Hijos / Parent Child Interaction Therapy (PCIT)

2.1. Antecedentes de la PCIT

La PCIT es una terapia creada por la Dra. Sheila Eyberg en los años Setenta, pensada en un primer momento para familias con niños de 2 a 7 años con problemas de conductas disruptivas, sin embargo, se ha ido enriqueciendo en distintos contextos, problemáticas, culturas, con base en diversas investigaciones que han estado avalando su eficacia.

Eyberg actualmente es profesora emérita en la Universidad de Florida, ejerce sus funciones en el Departamento de Psicología Clínica y de la Salud, relacionados con la psicología del niño y la familia. Debido a su experiencia, es que propone una terapia dirigida al entrenamiento de padres, y la terapia de juego, estas prácticas hicieron que se englobaran en una forma de terapia, surgiendo como propuesta de intervención la PCIT. Actuando de soporte para los padres o cuidadores que van a aplicar las habilidades aprendidas durante las sesiones, en casa.

La descripción que realizaré esta Terapia proviene del libro Parent Child Interaction Therapy, creado por los alumnos de la Dra. Eyberg Cheryl Bodiford McNeil y Toni L. Hembree-Kigin 2011.

2.2. Procedimiento de la PCIT

La PCIT es un programa de entrenamiento, con bases teóricas en estilos de crianza, interacciones sociales y cuidados y límites, donde el objetivo es que los niños reconozcan sus habilidades y los padres obtengan una mayor responsabilidad, vigilancia y sensibilidad para fortalecer relaciones seguras, eficaces, donde se entrenen como terapeutas expertos del comportamiento, a partir de un enfoque positivista.

La PCIT se basa en el contexto de las situaciones de juego. Las características claves de la PCIT son: el trabajo terapéutico con padres de niños que tienen entre 3 y 6 años, con un enfoque de intervención temprana, que presenten problemas de conducta, como problemas de

externalización, es decir, el incumplimiento de normas y/o reglas, conductas desafiantes y agresión física hacia los demás; conductas desordenadas ante los comportamientos como la crueldad hacia los animales, robo, mentiras, juego con fuego; problemas de internalización como la tristeza, baja autoestima, perfeccionismo y problemas de relación padre-hijo en el contexto de divorcio y adopción. Es por ello que el entrenamiento requiere de la supervisión directa por parte del terapeuta sobre la interacción padre-hijo, para que los errores de los padres puedan ser corregidos, generando confianza, reconociendo cualidades, apoyando y motivando; la terapia es individual para cada niño y familia y la información que se va recopilando en cada sesión es con la que se trabaja en cada una de ellas, la sensibilidad a las preocupaciones del desarrollo también es una de las características importantes, ya que se va orientando a los padres acerca del desarrollo adecuado de cada niño, por eso es importante que el terapeuta identifique de manera favorable las capacidades mentales de cada niño.

La PCIT se aplica desde edades tempranas, debido a que las intervenciones en edades preescolares tienen mayor alcance para mejorar aspectos comportamentales y mayor potencial cuando los padres intervienen directamente, por lo que en la PCIT los padres son entrenados y monitoreados en tiempo real por parte del terapeuta desde una sala de observación, mientras la familia lleva a cabo la interacción.

Usualmente la PCIT requiere de 12 sesiones semanales de 1 hora, donde la progresión se basa en el dominio de la habilidad evaluada por medio de un sistema de codificación estandarizado. El proceso terapéutico finaliza cuando el padre domina ambas habilidades (CDI y PDI) y el comportamiento del niño mejora.

El tratamiento comienza con una sesión previa, a partir de la exploración del historial, aplicación de cuestionarios y observación por parte del terapeuta. La información es recabada mediante una sesión con los padres de familia donde se realiza una retroalimentación de los

resultados de la evaluación. Se aborda la planificación del tratamiento y las preocupaciones o dudas acerca de la PCIT.

Los entrenamientos se dividen en dos situaciones que permiten el desarrollo de dos habilidades:

La primera es la Interacción Dirigida por el Niño (CDI por sus siglas en inglés para: Child Directed Interaction). Tiene como propósito que los padres aprendan a usar habilidades básicas para fomentar la conducta prosocial infantil. En este componente de la PCIT se les enseña y entrena a los papás a Elogiar, Parafrasear, Imitar, Describir y Entusiasmarse (EPIDE) ante la conducta prosocial de los niños o niñas, y eviten los comandos es decir las órdenes, las preguntas, las críticas y los sarcasmos, y lleven a cabo la atención estratégica, a partir de ignorar las conductas disruptivas y elogiar las conductas adaptativas hasta que el niño muestre comportamientos positivos a través de un Rol Playing durante la sesión de enseñanza.

Ya que los padres dominan perfectamente estas habilidades se enseña y entrena la interacción Dirigida por los Padres (PDI por sus siglas en inglés para: Parent Directed Interaction). La PDI tiene como propósito el entrenamiento de los padres en las habilidades para mejorar el cumplimiento de órdenes por parte del niño y disminuir los comportamientos disruptivos; a partir de la orden y el cumplimiento de las normas con la finalidad de reforzar actitud positiva, en caso del incumplimiento los padres identifican y llevan a cabo el tiempo fuera como consecuencia al no obedecer a la instrucción.

Concluyendo con la sesión de graduación y sesión de evaluación post tratamiento donde se solidifica y reconoce la intervención de los padres. En la siguiente tabla se indican los pasos para el curso regular de la PCIT (Tabla 1).

Tabla 1.

Pasos del curso regular de la PCIT

Paso 1	Evaluación previa al tratamiento (1-2 sesiones)
Paso 2	Enseñar habilidades de interacción dirigidas por el niño (sesión 1)
Paso 3	Entrenar habilidades de interacción dirigidas por el niño (3-4 sesiones)
Paso 4	Enseñar habilidades de interacción dirigida por los padres (1 sesión)
Paso 5	Entrenar habilidades de interacción dirigidas por los padres (4-6 sesiones)
Paso 6	Evaluación Post tratamiento (1-2 sesiones)
Paso 7	Refuerzos (según sea necesario)

Nota: Traducida de: Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011).

2.2.1. Evaluación Inicial

En un primer momento se utiliza una entrevista semiestructurada de admisión para recabar la información sobre la historia y desarrollo del niño, así como de la familia. Los elementos indispensables para el desarrollo de la entrevista son los siguientes: Antecedentes prenatales, información sobre el nacimiento, temperamento del bebé, hitos del desarrollo, antecedentes médicos, historial genético, problemas para dormir, problemas de alimentación, control de esfínteres, abusos, experiencias escolares, relaciones interpersonales, eventos estresantes de la vida, antecedentes matrimoniales, preocupaciones dentro del núcleo familiar, estrategias disciplinarias utilizadas, fortalezas e intereses del niño (Bodiford, & Hembree-Kigin, 2011).

Una vez recabada la información, se aplica el Inventario de Comportamiento Infantil de Eyberg (ECBI por sus siglas en inglés para Eyberg Child Behavioral Inventory), donde se determina si el comportamiento del niño se encuentra dentro del rango clínico, puntuando la intensidad y frecuencia en la que el menor muestra cada una de las 36 conductas que vienen en la prueba, permitiendo a los padres identificar si la conducta es problemática o no. Así mismo se utiliza para rastrear los cambios de comportamiento a lo largo del tiempo. Es por ello que es indispensable administrarla antes y después del tratamiento, así como al inicio de cada sesión para medir el avance del tratamiento y las expectativas que tienen los padres sobre las conductas de los niños.

En cuanto a los niños que acuden a la escuela, el docente completa la información que se le solicita por medio del Inventario del Comportamiento del Estudiante de Sutter-Eyberg-Revisado (SESBI_R por sus siglas en inglés para Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised) y que sirve como una medida del comportamiento en el entorno escolar.

Finalmente se utiliza el Sistema de Codificación de Interacción Diádico de Padres-Hijo (DPICS – III por sus siglas en inglés para Dyadic Parent-Child Coding System-III), utilizado como una medida de observación informal del comportamiento que se da en la interacción entre padres e hijos, evaluando la capacidad del niño para jugar de manera independiente, las estrategias que el niño usa para atraer la atención de los padres, la respuesta de los padres a las demandas de los niños, la capacidad para establecer límites por parte de los padres, la calidez en la interacción padres-hijo, la evidencia de apego y ansiedad de separación (Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. 2011).

Durante la evaluación por medio del DPICS se evita que el terapeuta genere intervenciones directas dentro de la cámara de Gesell, solo interviene si se genera alguna

situación peligrosa. El sistema de codificación del inventario va dirigido a observar tres situaciones estándar de 5 minutos.

La primera situación se da a través del juego guiado por el niño, en la cual se le permite al niño jugar con lo que él quiera, durante ese proceso, los padres están observando las acciones del menor, mientras van interactuando a su manera, el terapeuta solo es espectador, sin embargo, va identificando como se va desarrollando la relación padre-hijo.

En la segunda situación el padre escoge la actividad y le indica al niño a qué jugar, lo cual suele ser un proceso desafiante para el niño que presenta problemas de comportamiento, por lo que se da una oportunidad para ver qué estrategias usa el padre para que logre la cooperación del niño; cómo responde el niño a las instrucciones de los padres y qué conductas disruptivas y de no obediencia presenta el niño.

La tercera situación y la que presenta mayor desafío es la de limpieza ya que si el niño tiene problemas significativos de comportamiento, por lo regular se manifiestan durante esta situación final, en ocasiones la limpieza no se completa durante los 5 minutos de observación, sin embargo, se permite que el padre continúe buscando las estrategias para que el niño logre seguir las instrucciones de limpieza.

La sesión de evaluación y orientación terapéutica previa al tratamiento es el primer contacto terapéutico con la familia y las bases para su desarrollo, por ello es fundamental en esta parte motivar a las familias con la eficacia de la PCIT, los padres de familia requieren ser escuchados, respaldados por la decisión de aceptar el tratamiento, apoyados, animados, y esperanzados, por ello la empatía, la comunicación y la reflexión son fundamentales.

Ya realizando la evaluación y orientación correspondiente, se les pide a los padres que asistan a una sesión de "enseñanza de la CDI" en la cual el terapeuta introduce a la familia a las habilidades básicas de la terapia, la sesión de enseñanza dura al menos 60 minutos con la

finalidad de responder a las preguntas que surgen del material presentado, a continuación, se describe de manera detallada:

2.2.2 Interacción Dirigida por los Niños (CDI por sus siglas en inglés para: Children Directed Interaction)

El objetivo de esta fase es favorecer la solución a los problemas específicos que fueron identificados durante la evaluación previa, se explica por qué es importante usarlo en sesiones breves diarias dentro del hogar, y se presenta un conjunto de habilidades EPIDE como estrategias de intervención; la primera habilidad EPIDE es Elogiar, sirve para prevenir y reducir el comportamiento problemático, ya que elogiar los comportamientos compatibles y prosociales es una estrategia positiva para reducir el comportamiento problemático sin necesidad de dar órdenes, gritar, castigar o criticar. La segunda habilidad es Parafrasear, es decir, los padres deben repetir el mensaje básico de lo que el niño ha dicho, a partir de una forma de imitación verbal, es importante realizar el parafraseo de manera declarativa ya que expresan afirmación y comprensión, hacen saber al niño que el padre realmente está escuchando y mantienen al niño al frente durante la conversación animándolo a colaborar. La tercera habilidad es Imitar, donde los padres son participantes activos en la actividad de juego y no solo espectadores pasivos, es decir, que los padres juegan con un juguete similar e intentan manipular el juguete de una manera que se aproxime a lo que está haciendo el niño, el juego paralelo que se fomenta mediante la imitación puede cambiar hacia un juego más interactivo a través de turnos y dinámicas igualitarias.

La cuarta habilidad es Describir el comportamiento del niño con base en las actividades en curso, esto permite que el padre participe y muestre interés sin dirigir el juego, las ventajas de llevar a cabo esta habilidad es que el niño siempre se mantiene al frente, de esa manera, el niño tiene la oportunidad de resolver problemas con una intervención mínima, y

no se apresura a seguir el ritmo del padre, fortalece la autoestima al comunicar el padre que la elección del niño sobre la actividad es interesante, a su vez se puede utilizar como una herramienta de enseñanza para conceptos pre-académicos, las descripciones también son usadas para modelar y corregir procesos gramaticales y fonológicos siendo particularmente importantes para estimular el desarrollo del lenguaje.

La última habilidad es el Entusiasmo, implicando hablar con una voz animada e inflexión variada.

El terapeuta presenta los conceptos de atención estratégica haciendo referencia a usar las habilidades de interacción dirigida al niño para recompensar cuidadosamente los comportamientos o cualidades que nos gustaría que el niño mostrará con más frecuencia e ignorar selectivamente para dar forma al comportamiento, se modela el uso de todas las habilidades en combinación. Se invita a los padres a realizar juegos de rol con el terapeuta proporcionando un entrenamiento previo.

Una vez enseñadas las habilidades CDI, estas se ponen en práctica en la cámara de Gessel y el terapeuta entrena en estas habilidades a los padres en tiempo real durante la interacción con sus hijos. (Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. 2011).

Ya que los padres dominen estas habilidades, se empieza a enseñar las habilidades PDI. A continuación, se describirá a detalle cómo se lleva a cabo dicha enseñanza y entrenamiento.

2.2.3 Interacción Dirigida por los Padres (PDI por sus siglas en inglés para: Parent Directed Interaction)

El objetivo principal de la habilidad PDI es trabajar la disciplina con la finalidad de mejorar el bienestar de los niños pequeños, disminuir el estrés, así como aumentar la tranquilidad en los padres.

En la enseñanza de la PDI, se les indica a los padres que asistan sin el niño, para disminuir los distractores. La enseñanza de los pasos de la disciplina es más sencilla cuando se explica cronológicamente, sin saltarse ningún paso. Si los padres hacen preguntas con respecto a un paso posterior de la secuencia, deben ser elogiados por hacer una buena pregunta, pero la respuesta debe esperar hasta que los pasos previos sean claros.

Se comienza por explicar la importancia de la consistencia, previsibilidad y seguimiento en esta fase del proceso terapéutico. Se habla de instrucciones efectivas, se plantea el cómo determinar si el menor ha obedecido, y se presenta cómo llevar a cabo el tiempo fuera. Una vez realizada la presentación o enseñanza de estas habilidades PDI, se entrena a los padres el juego de roles, a través de ejemplos y analogías (Tabla 2).

Tabla 2.

Pasos para la enseñanza de las Habilidades de la PDI.

Pasos para la enseñanza de las habilidades de la PDI
1. Explicar el uso de ejercicios de cumplimiento (5 min)
2. Dialogue como dar instrucciones efectivas (25 min)
3. Dialogue como determinar si el niño ha seguido las instrucciones (5 min)
4. Dialogue las consecuencias de no seguir las instrucciones (5 min)
5. Dialogue las consecuencias de desobedecer (40 min)
6. Presentar esquemas para el escape de tiempo fuera (30 min)
7. Entrenar a los padres en el juego de roles (10 min)

Nota: Traducida de: Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011).

Una de las primeras reglas del PDI es que los niños vayan identificando las indicaciones que se les van dando, para ello los padres deben llevar a cabo consecuencias diferentes en el cumplimiento y en el incumplimiento. Por ejemplo, en el cumplimiento el padre debe de tener una actitud entusiasta, donde premie el cumplimiento con palabras favorables; en cuanto al incumplimiento la actitud del padre debe ser indiferente, apática, es decir no tomar en cuenta la actitud.

Es importante establecer metas cortas y simples a partir del seguimiento de instrucciones en las dinámicas de juego, para que los niños las vayan identificando y cumpliendo. Conforme van cumpliendo con las tareas, se van incrementando las actividades, y son relacionadas a situaciones vivenciales (levantar los objetos y acomodarlos, acompañarlos a lugares con las precauciones necesarias, realizar las tareas asignadas).

Al no seguir las instrucciones recibirán una consecuencia negativa. Es importante que los padres indiquen las instrucciones de manera entendible y directa, es decir, que tengan claridad y sean simples, dando una instrucción a la vez de manera particular, positiva, específica y deje entendido qué es lo que deben hacer utilizando un tono de voz neutral, de manera respetuosa y acorde al desarrollo del menor.

Si el niño cumple con lo establecido, el padre lleva a cabo el elogio entusiasta de diversas maneras, cada vez que observe un cumplimiento, es necesario indicarle al niño que le agrada su comportamiento y que si se mantiene con ese comportamiento no recibirá la consecuencia llamada tiempo fuera.

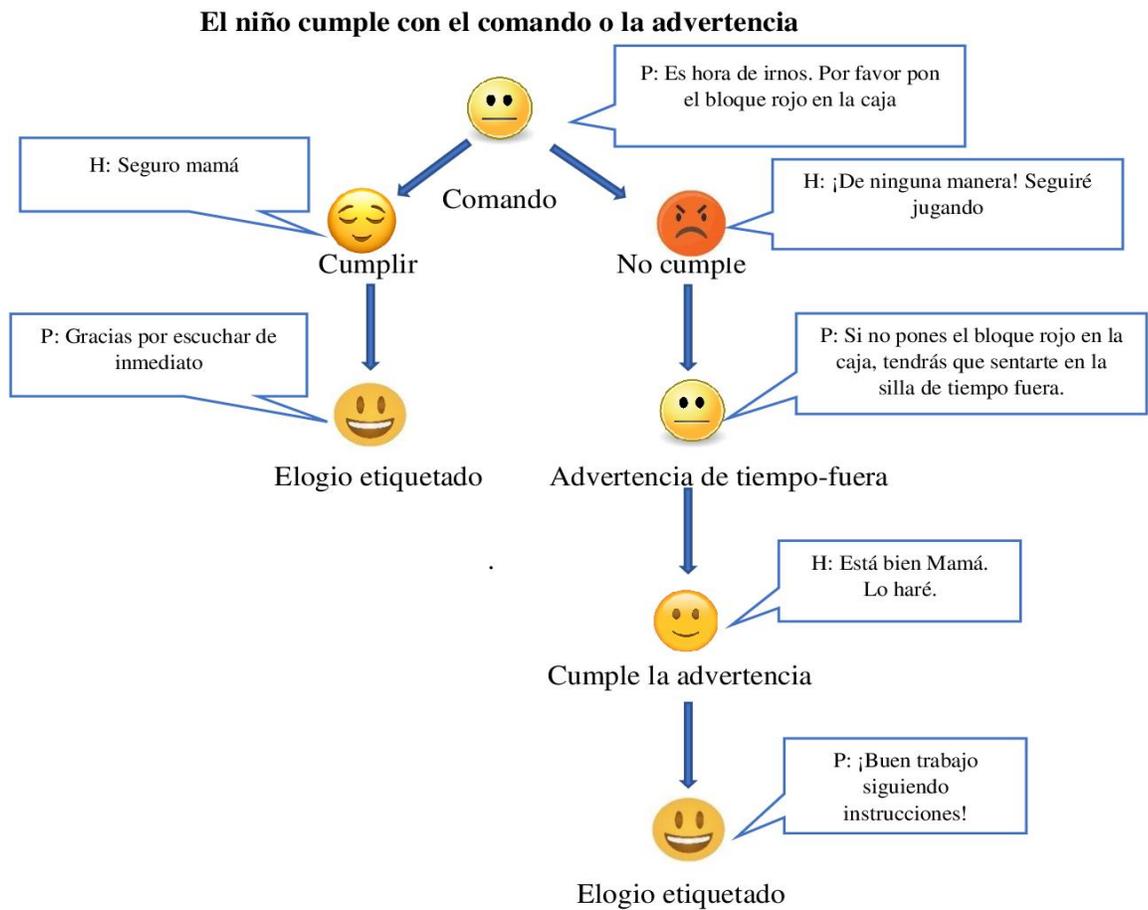
El tiempo fuera se refiere a colocar una silla en un lugar sin distractores, durante 3 minutos más 5 segundos de silencio, donde se ignoran las malas conductas, siendo inexpresivos y sin manifestar enojo; se utiliza como principal consecuencia del incumplimiento y es vista como una promesa seria y consistente.

Lo anterior se aplica en una secuencia como la siguiente:

El niño cumple con el comando o advertencia: Se le da instrucción eficaz al menor, si cumple, se elogia la acción, si el niño no cumple se advierte la consecuencia de tiempo fuera, en caso de que manifieste desafío sobre la advertencia, se le acompaña a la silla donde debe permanecer durante 3 minutos y estar en silencio durante 5 segundos (Figura 1).

Figura 1

El Niño cumple con el comando o la advertencia. P: Padres (mamá o papá), H: Hijo.

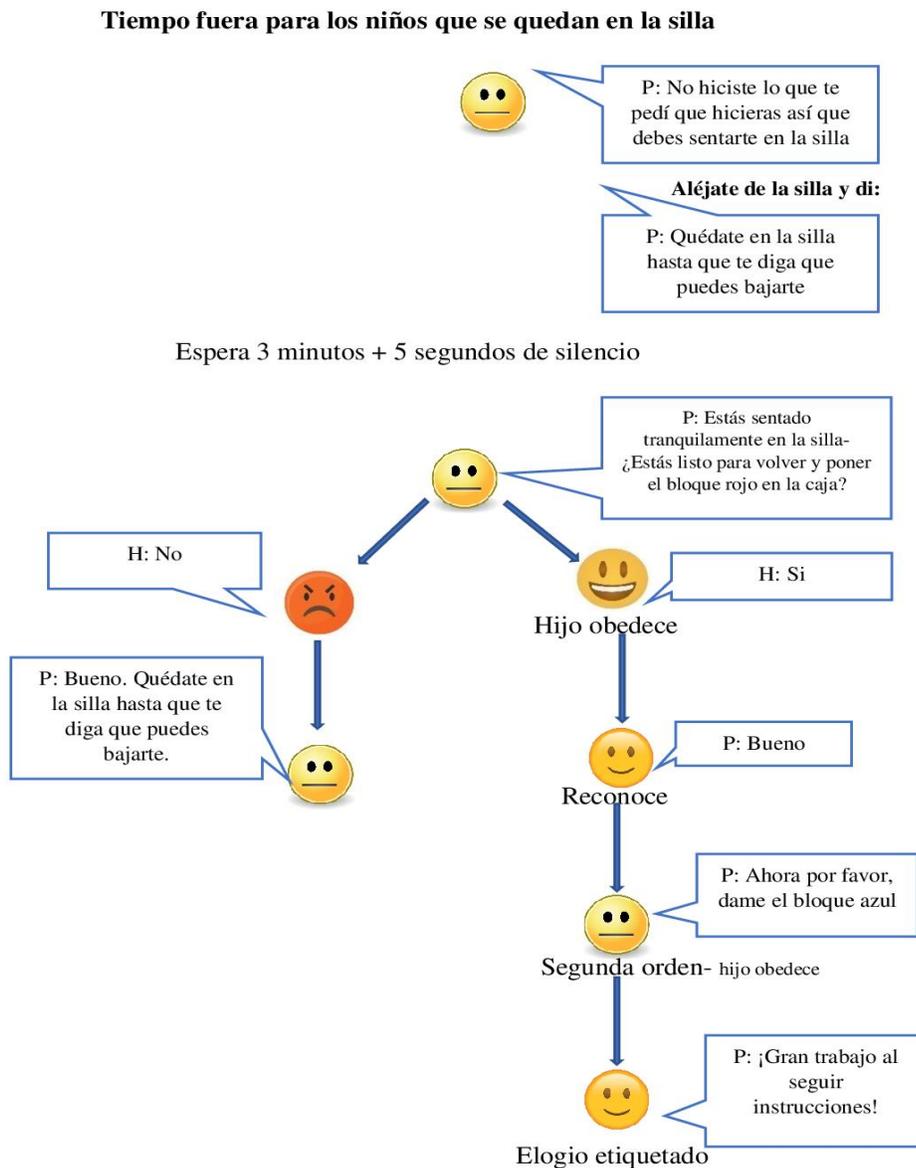


Nota: Tomado de: Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011).

Tiempo fuera para los niños que se quedan en la silla: Terminado el tiempo, se le indica que llevarán a cabo nuevamente la instrucción que quedó incompleta, en caso de que el menor continúe con la conducta aversiva se repite el tiempo fuera en la silla (Figura 2).

Figura 2

Tiempo libre para los niños que se quedan en la silla. P: Padres (mamá o papá), H: Hijo.



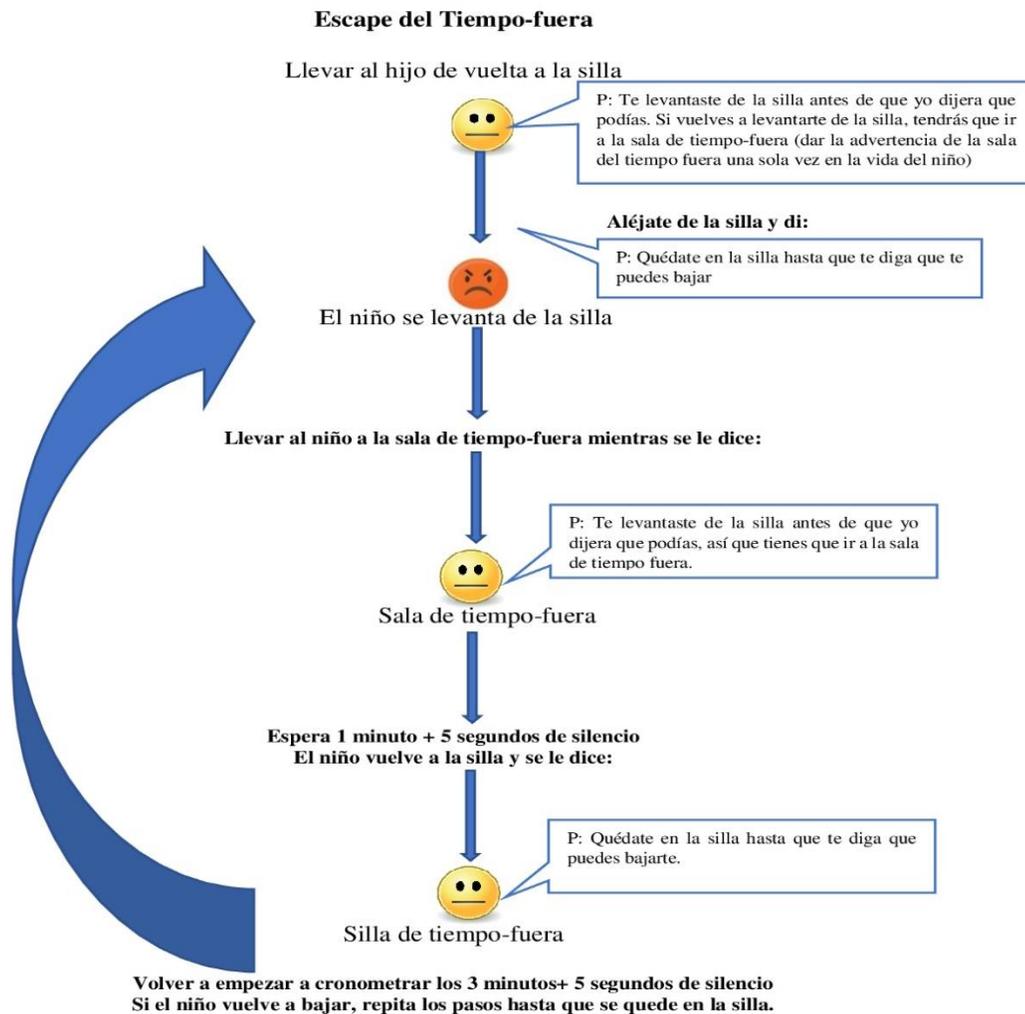
Nota: Tomado de: Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011).

Escape del Tiempo-Fuera: Cuando el niño cumpla con la instrucción original, se reconoce y se le da nueva instrucción, si cumple con esta, se le elogia y se vuelve a la terapia de juego. Si el niño se levanta de la silla, se lleva al niño a la sala de tiempo fuera y se espera

1 minuto más 5 segundos de silencio, si permanece en ese tiempo, se regresa a la silla de tiempo fuera y se repite la secuencia (Figura 3).

Figura 3

Escape del Tiempo Fuera. P: Padres (mamá o papá), H: Hijo.



Nota: Tomado de: Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011).

La PCIT ha tenido diversas adaptaciones, y una importante adaptación es que la PCIT sea aplicada en la escuela, esta adaptación se le conoce como Terapia de la Interacción Maestro-Alumno es decir TCIT. A continuación, se explica a detalle en que consiste.

3. Terapia De La Interacción Entre Maestro Y Alumno Para Preescolares (TCIT)

Estudios han demostrado que las mejoras conductuales en los niños después de completar la PCIT se han extendido en el ámbito escolar (McNeil, Eyberg, Eisenstadt, Newcomb & Funderburk, 1991).

A su vez se han desarrollado investigaciones observando si la capacitación directa a los maestros en el uso de las habilidades de PCIT genera resultados en los alumnos dentro de la escuela.

El manual de la PCIT incluye un capítulo en el que se proponen algunas modificaciones, la PCIT puede ser un entrenamiento también para maestros. El objetivo de la TCIT (por sus siglas en inglés para Teacher-Child Interaction Therapy for Preschool Classrooms) es mejorar la interacción entre el profesor y el alumno en el aula, aumentar el bienestar de los alumnos, reducir el estrés y mejorar la salud mental de los maestros. Siendo un entrenamiento donde el profesor recibe asesoría sobre las habilidades a poner en práctica, así como la retroalimentación en la aplicación de estas, adaptándolo a su propia aula (Ferro & Ascanio, 2014).

La TCIT se plantea en el manual como trabajo entre terapeuta, maestro/a y alumno/a. Para llevar a cabo la TCIT es importante que el terapeuta tenga una fuerte alianza con el maestro, facilitando el trabajo en equipo, es fundamental empezar por realizar una reunión con los profesores para platicar acerca de los objetivos, las dificultades y las técnicas que han desarrollado y no han funcionado, donde los maestros sean activos participantes en la planificación de la capacitación, aumentando la capacidad de respuesta de los maestros con la finalidad de que obtengan nuevas estrategias en sus aulas; ya reforzada la alianza, se inicia con el entrenamiento a profesores, por medio de talleres grupales incluyendo el entrenamiento

de las habilidades CDI y PDI (ahora TDI por ser aplicada por el Maestro y por sus siglas en inglés para Teacher Directed Interaction).

McIntosh, Rizza y Bliss (2000) aplicaron un diseño de caso único en un menor de 2 años que presentaba conductas disruptivas con su profesor, encontraron que el uso de habilidades positivas entrenadas por medio de la PCIT por parte del profesor como los elogios etiquetados y el describir comportamientos prosociales aumentaron, mientras que el número de órdenes disminuyeron, además el cumplimiento del alumno aumentó y el comportamiento disruptivo disminuyó (McIntosh et al., 2000).

Filcheck, McNeil, Greco y Bernard (2004), midieron la eficacia de la aplicación de la TCIT en clase, a través de un estudio de diseño de caso único, de tratamientos alternativos en 17 niños preescolares de comportamiento disruptivo, teniendo como resultado que el uso de elogios etiquetados en los profesores aumentó, se redujo el uso de la crítica, y el comportamiento inapropiado de los alumnos disminuyó.

Finalmente, Lyon, et al, (2009) diseñaron un estudio de base múltiple por medio de cuatro aulas con 78 niños preescolares, en cada aula había 3 profesores. El objetivo fue medir la eficacia de la TCIT. Obtuvieron resultados similares, Los cambios en las conductas de los alumnos y profesores fueron positivos, aunque moderadas (Ferro & Ascanio, 2014). Teniendo como conclusión que la TCIT favorece la interacción de los alumnos con conductas disruptivas y desadaptativas dentro del aula.

La interacción dirigida por el alumno en CDI dentro de la TCIT se centra en mejorar las relaciones e intervenir en los problemas de conducta. Los maestros reciben formación en todas las habilidades para proporcionar una atención positiva y estimulante en el comportamiento apropiado. Las habilidades EPIDE se utilizan de manera similar tanto en el aula como en el hogar, aquí el profesor identifica los momentos en que el alumno sigue la

instrucción comportamientos cumplidos y con ello ofrece el elogio específico, además se entrenan en elogiar los opuestos positivos de los comportamientos inapropiados. La capacidad de ignorar selectivamente se enseña a los profesores para quitar la atención de las conductas negativas y con ello resaltar a partir de los elogios a los alumnos que siguen las reglas.

Al igual que en la PCIT, en la TCIT se sugiere a los maestros mencionar 10 elogios etiquetados, 10 parafraseos y 10 descripciones de comportamiento en 5 minutos mientras que también dejan de usar las órdenes, críticas y preguntas dentro del aula. Los docentes son codificados antes de cada sesión de entrenamiento para determinar su progreso hacia el dominio de este.

La fase de interacción dirigida por el maestro, es decir la TDI, se lleva a cabo de forma similar a la fase PDI. Los maestros asisten a un taller para aprender estrategias de manejo de la conducta para usarlas en la clase (por ej., dar instrucciones efectivas, declaración de advertencia de tiempo fuera). Una vez que los maestros hayan completado el taller resulta indispensable platicar discutir y representar el proceso con los niños identificados, es decir trabajar casos específicos.

La TCIT enfatiza la importancia de llevar a cabo el juego dentro de un ambiente que sea cómodo para el niño en un esfuerzo por promover la generalización, a su vez contiene un componente intensivo de capacitación, estableciendo un escenario para un mayor éxito en una variedad de modalidades de tratamiento, esforzándose por aumentar las habilidades de preparación escolar mediante el uso de técnicas diseñadas para mejorar la relación Maestro-Alumno, así como las capacidades del lenguaje y habilidades sociales, aumentar la capacidad de atención, ampliar el repertorio de juego con las tareas propias de la edad asignada, aumentar la tasa de cumplimiento y disminuir los comportamientos agresivos (Masse, MacNeil, Wagner, & Chorney, 2007).

En el presente trabajo de investigación se retoman las sugerencias que los creadores de la PCIT hacen para la TCIT, con la finalidad de brindar los conocimientos y estrategias a los docentes para trabajar con niños con TEA desde la PCIT.

4. Antecedentes

4.1. PCIT en el Trastorno del Espectro Autista

De acuerdo con los antecedentes de la PCIT se consideraba que las y los niños con características de TEA no eran candidatos para recibir este tipo de terapia., debido a que no había evidencia de resultados favorables en las especificaciones sociales como el desarrollo verbal, el tiempo fuera y la indicación de ignorar. Sin embargo, investigaciones recientes han demostrado que esta terapia puede mejorar los problemas de comportamiento, las conductas disruptivas, desadaptativas, la agresión y el incumplimiento, siendo estas características principales del TEA (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011).

Existen investigaciones recientes que muestran evidencia de que la PCIT ha tenido resultados favorables con la población de Autismo de alto funcionamiento, así como en el Trastorno Generalizado del Desarrollo y Síndrome de Asperger; es decir, es un tratamiento eficaz en niños que son funcionales dentro del TEA, sin embargo la PCIT podría no ser útil para todas las personas con autismo, en especial, en niños con habilidades limitadas en el lenguaje perceptivo, que no entienden instrucciones sencillas y con extrema retracción social (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011).

Se han realizado diversas investigaciones al respecto, por ejemplo, en un estudio que realizaron Masse, McNeil, Wagner, & Quetsch, (2016) donde tuvieron como objetivo examinar la eficacia de tratamiento de la PCIT para niños de 2 a 7 años con diagnóstico de TEA, se reclutó un

total de 5 familias para el estudio, de las cuales 3 familias completaron el tratamiento, y dos fueron retiradas debido a que en una, el niño presentaba problemas de lenguaje receptivo y la otra no cumplía con las puntuaciones solicitadas. Los resultados que se encontraron en el estudio fueron, un aumento en el cumplimiento por parte de los niños, reducciones en cuanto al comportamiento disruptivo y mejora en las habilidades de crianza entre los participantes, reportando los cuidadores altos niveles de satisfacción con la intervención. El estudio sugiere que la PCIT se puede utilizar como tratamiento para niños que presentan TEA con dificultades conductuales concurrentes.

Otro grupo de investigadores han proporcionado estudios de la PCIT, encontrando resultados similares respecto a los efectos positivos sobre los padres en cuanto a la percepción de mejora en los problemas de conducta y funcionamiento adaptativo (Solomon, Ono & Goodlin, 2008). A su vez se ha demostrado que la PCIT mejora la autoestima, funcionando para estimular el desarrollo del habla y en general del lenguaje, se interviene en la conciencia de emociones, siendo eficiente, útil y adecuada para los niños que presentan TEA (Eisenstadt, et al, 1993; citado en Solomon, Ono & Goodlin, 2008)

Por último, se llevó a cabo un estudio de caso sobre un menor de 5 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger cuyo comportamiento era desafiante y agresivo (como golpear dar patadas o morder cada que se le negaba alguna situación u objeto). No presentaba contacto visual con sus compañeros de escuela, a su vez se identificó con ecolalia inmediata y tardía, deambulación, entre otras conductas que afectaban sus habilidades sociales, de apego y desarrollo escolar.

El objetivo del estudio fue comparar la relación padre-hijo antes y después del tratamiento de la PCIT, así como evaluar la mejoría en cuanto a la realización de tareas, permanencia en su lugar de trabajo, el uso apropiado de los juguetes y en las habilidades sociales del menor con Síndrome de Asperger antes y después del tratamiento con la PCIT.

Se empleó el protocolo PCIT estándar. Los resultados observados indicaron un comportamiento con mayor control tanto en el hogar como en la escuela, aumentando el cumplimiento de las actividades de un 15% a un 75%, así como los tiempos de permanencia en su lugar de trabajo de 30 s-1 min al pre-tratamiento a 15-20 min al post-tratamiento. Esto generó mayor participación en sus actividades, aumentó su interés en los juguetes, y mejoró su desarrollo verbal, generando una mayor apertura comunicativa con sus compañeros y con los adultos. A su vez se integró de manera favorable a la terapia de habla, y su participación dentro del programa fue favorable, su rendimiento académico aumentó, mientras que sus habilidades sociales y de comunicación mejoradas le permitieron desarrollar amistades significativas (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011).

4.2. Modificaciones a la PCIT en su aplicación al TEA

Las creadoras de la PCIT sugieren algunas modificaciones cuando la terapia es aplicada a niños y niñas con características de TEA, a continuación, se mencionarán las modificaciones de mayor significancia.

Interacción Dirigida por el Niño con TEA (CDI) (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011):

Dentro de las habilidades CDI aplicadas a niños y niñas con TEA se han sugerido modificaciones, estas modificaciones se realizaron en la intervención sobre los comportamientos repetitivos. El objetivo de la CDI es mejorar la relación padre-hijo y modificar el comportamiento a través de la atención selectiva. En la PCIT las actividades repetitivas y auto estimulatorias se clasifican como inapropiadas y por lo tanto deben ser ignoradas y redirigidas, pero algunos niños con TEA presentan este tipo de comportamientos en todo momento. Reduciéndose las sesiones a solo estar ignorando al menor la mayor parte del tiempo. Por lo que la forma de trabajar CDI en niños con TEA es identificar los comportamientos auto estimulantes como "apropiados" durante las sesiones

CDI siempre y cuando no sean peligrosos o destructivos, permitiendo que los niños tengan mayor participación en las actividades que se realizan.

Interacción Dirigida por los Padres de niños con TEA (PDI) (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011): En cuanto a la PDI se han encontrado resultados favorables para los niños con TEA ya que permite a los padres redirigir el juego a diversas actividades apropiadas para el desarrollo. Para el cumplimiento, un padre o madre elogia verbalmente y luego permite que el niño dirija la actividad durante un breve período de tiempo. Para reforzar el cumplimiento se requiere del procedimiento tiempo fuera y con ello regresar a realizar la tarea pendiente. Se indica que se dedique una sesión completa para brindar las herramientas necesarias sobre la secuencia del tiempo fuera con los padres para dominio de esta.

Con base en lo anterior se puede identificar que la TCIT aplicada a los alumnos con características del TEA puede generar cambios significativos en los comportamientos problemáticos.

5. Planteamiento del problema

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) incluye a) Autismo b) Desintegrativo infantil y c) Generalizado del desarrollo (Vázquez-Villagrán, et al, 2017). Sus principales características son: Deficiencias Persistentes en la comunicación y la interacción social (DSMV, 2013) y en muchas ocasiones además se presentan conductas disruptivas.

Por su parte, la PCIT es una terapia basada en evidencia que entrena a los padres de familia de niños preescolares en habilidades que les permiten mejorar la relación con sus hijos y disminuir las conductas disruptivas (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011). Se ha probado que la PCIT es eficaz en la reducción de estas conductas en niños y niñas con características de TEA (Masse, McNeil,

Wagner, & Quetsch, 2016). Las creadoras de la PCIT han propuesto una versión adaptada a profesores, la TCIT, que ha demostrado extender los beneficios del entrenamiento al aula (McIntosh; et al, 2000).

Las niñas y niños con TEA enfrentan barreras que afectan su integración, permanencia y participación dentro del aula. Dichas barreras se asocian con algunas de las conductas disruptivas que presentan, en la carencia de infraestructura dentro de las escuelas, en la falta de adaptación de los diferentes estilos de enseñanza que se ajusten a las características del TEA, en la ausencia de capacitación y entrenamiento para los docentes con la finalidad de que diseñen estrategias educativas para los alumnos que presentan TEA y en la falta de información y concientización dentro de la comunidad educativa sobre el trastorno.

A pesar de que se sabe que cada vez hay más niños y niñas que lo padecen y se incorporan a la educación formal, los profesores siguen en su mayoría careciendo de conocimientos y estrategias para llevar a cabo una intervención adecuada (Reynoso, Rangél & Melgar, 2017) y, no se han localizado trabajos que reporten la eficacia de utilizar la TCIT para proveer de conocimientos, y estrategias de trabajo a profesores de alumnos con características de TEA.

5.1. Pregunta de Investigación General

¿Qué eficacia tiene un taller basado en la TCIT para brindar conocimientos y estrategias de detección e intervención en niños con características de TEA a profesores de educación especial y regular?

5.1.1. Preguntas de investigación específicas

¿Qué conocimientos para detectar el TEA tienen los profesores de educación especial y regular antes y después de participar en un taller basado en la PCIT?

¿Con que estrategias cuentan los profesores de educación especial y regular para trabajar con niños con características de TEA antes y después de participar en un taller basado en la PCIT?

5.2. Hipótesis General

Un taller basado en la PCIT brinda conocimientos y estrategias a los profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir con niños y niñas con características del TEA.

5.2.1 Hipótesis Específicas

Un taller basado en la PCIT brinda conocimientos con los que los profesores de educación especial y regular pueden detectar a niños y niñas con características del TEA.

Un taller basado en la PCIT brinda estrategias con las que los profesores de educación especial y regular aborda de manera eficiente el comportamiento disruptivo de niños y niñas con características del TEA.

5.3 Objetivo de Investigación

Conocer la eficacia de un taller basado en la PCIT para brindar conocimientos y estrategias a profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir con niños y niñas con características del TEA.

5.3.1 Objetivos específicos

1. Diseñar un taller basado en la PCIT para brindar conocimientos y estrategias a los profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir con niños y niñas con características del TEA.

2. Evaluar los conocimientos con los que los profesores de educación especial y regular cuentan para detectar niños y niñas con características del TEA antes y después de la aplicación de un taller basado en la PCIT.
3. Evaluar las estrategias con las que cuentan los profesores de educación especial y regular para intervenir en el aula con niños y niñas con características del TEA antes y después de la aplicación de un taller basado en la PCIT.
4. Aplicar el taller basado en la PCIT para brindar los conocimientos y estrategias de los profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir en el aula con niños y niñas con características del TEA.

5.4 Justificación

Se ha observado que el TEA ha sido poco estudiado desde edades tempranas ya que una de las barreras principales es que los niños que presentan TEA no cuentan con un diagnóstico desde temprana edad, siendo identificados hasta que llegan a la escuela (Agrawai, C Rao, Bulsara, & Patole, 2018), presentando fundamentalmente problemas de adaptación, comportamientos disruptivos, de agresión, sociales y de comunicación. A su vez, la cantidad de niños con características del TEA que solicitan acceso en las escuelas públicas de educación especial ha presentado un aumento en los últimos años, siendo de 1,595, en 2005 y 14,723 en 2017. Esta última cifra equivale a un 0.43% de la matrícula de educación básica del 2017 (Anzaldo & Cruz, 2019). Esto ha ocasionado que los programas escolares incluyan en su proceso de enseñanza a los niños con TEA sin conocer ni identificar las herramientas y estrategias que son útiles para la intervención con los niños que presentan el trastorno. A pesar de este incremento, la capacitación de los profesores de educación regular y especial para identificar y trabajar con niños y niñas con estas características no ha sido suficiente ni adecuada (Reynoso, Rangél & Melgar, 2017). Por ello y con base en los estudios, se observa que la PCIT es un programa de entrenamiento para disminuir

favorablemente dichas conductas ya que se ha aplicado con éxito en algunos grupos con características de TEA. A su vez la PCIT presenta una modificación específica llamada TCIT que indica que se ha utilizado también para mejorar la relación profesor-alumno.

6. Alcance

El estudio es comparativo ya que se compararán los conocimientos y estrategias antes y después de la aplicación del Taller de la PCIT en profesores de Educación Especial y Regular

7. Tipo de Estudio

Se propone un estudio de metodología mixta, de diseño pre-experimental con pre test y post test de un grupo, con muestra no probabilística.

8. Población

Las participantes fueron 41 profesoras. El 66% pertenecían al área de Educación Especial y 34% al área de Educación Regular de la Unidad de Servicios para la Educación Básica en el Estado de Querétaro, de nivel preescolar, primero y segundo de primaria, el proceso de selección constó de solicitar los permisos pertinentes con las autoridades correspondientes dentro de USEBEQ para lanzar la convocatoria, se les hizo llegar la invitación a los profesores mediante WhatsApp y se generó una reunión previa para explicar a detalle el procedimiento del taller y firmar el consentimiento informado.

9. Instrumentos de recolección de datos

9.1. Instrumentos cuantitativos

Inventario de Conducta para profesores (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised, por sus siglas en inglés para SESBI-R) modificado por las investigadoras: Evalúa los problemas de conducta de los alumnos, la gravedad y la frecuencia de estos, son los profesores quienes responden al instrumento para que identifiquen si encuentran el comportamiento

problemático, respuestas a 30 las preguntas cerradas del formulario Google aplicado antes y después del taller.

9.2. Instrumentos cualitativos

Diario de campo, grabaciones de las sesiones virtuales, respuestas a las 40 preguntas abiertas del formulario Google antes y después del taller.

10. Procedimiento

El presente estudio constó de las siguientes etapas:

Primera etapa: Luego de la revisión bibliográfica se diseñó un taller de intervención psicoeducativo basado en la PCIT dirigido a profesores de educación regular y especial. Se tuvo contacto con autoridades educativas que hicieron llegar la convocatoria a participar en el taller a la población objetivo.

Primera etapa: Se les dio a conocer el procedimiento del taller y se les hizo entrega del consentimiento informado para su firma, aceptando los términos de la investigación. Se realizó una evaluación inicial por medio del Inventario de Conducta para Profesores Modificado (Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory- Revised por sus siglas en inglés para SESBI-R), para identificar los conocimientos y estrategias con las que contaban las maestras para detectar características de niños con TEA y trabajar en el aula con ellos, dentro del inventario se aplicaron preguntas de corte cualitativo.

Segunda etapa: Se llevó a cabo un taller de manera virtual en 10 sesiones, dividido a su vez en 3 módulos; en el primer módulo se abordaron los temas sobre los conocimientos acerca del TEA; en el segundo módulo se abordaron de forma teórica y práctica la CDI y en el tercer modulo se realizaron abordajes teóricos y ejercicios prácticos sobre la Interacción Dirigida por los Padres

de niños autistas (por sus siglas en inglés PDI: Parent Directed Interaction), los participantes elaboraron diversos productos relacionados a la información de cada uno de los módulos.

Tercera etapa: Se aplicó una evaluación final por medio del mismo Inventario de corte cuantitativo y cualitativo, para identificar si mejoraron y aumentaron los conocimientos y estrategias de los profesores para detectar y trabajar con niños/as con características de TEA. Se hizo entrega de una constancia con valor curricular por su participación.

11. Diseño del Taller

11.1. Concreción de metas

- Destinatarios: Profesores de escuelas de Educación Especial y Regular de San Juan del Río, Querétaro, de nivel preescolar, primero y segundo de primaria.
- Problemas al que se dirige: Los profesores carecen de capacitación sobre los conocimientos y estrategias para trabajar con niños con TEA.
- Necesidades documentadas:
 - * Estudios indican un aumento de casos diagnosticados con TEA, teniendo como prevalencia que de 1 en cada 160 niños lo presentan (Fommbone, y otros, 2016); (OMS, 2019). A su vez, la atención de niños con autismo en las escuelas públicas que atienden población de educación especial ha presentado un aumento con una magnitud de 1,595, en 2005 y 14,723 en 2017, lo que equivale a un .43% de la matrícula de educación básica en el 2017. Por ello, se identifica que cada vez hay más niños, niñas y adolescentes que lo presentan y se incorporan a la educación formal, por ende, los profesores carecen en su mayoría de conocimientos y estrategias para llevar a cabo una intervención adecuada (Reynoso, Rangél & Melgar, 2017).
- Posibles metas y objetivos a alcanzar:

* Conocer la eficacia de un taller basado en la PCIT para aumentar y mejorar los conocimientos y las estrategias de los profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir con niños y niñas con características del TEA.

11.2. Selección de contenidos

Esquema de contenidos: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA”	
Sesión 1.- Sesión de evaluación previa	<ul style="list-style-type: none"> ● Etapas en las que se desarrolla el estudio ● Consentimiento informado
Sesión 2.- Acercamiento teórico al TEA	<ul style="list-style-type: none"> ● ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista? ● ¿Cuáles son las características del TEA? ● Prevalencia del TEA ● Factores de Riesgo en asociados al TEA ● Bases Neurobiológicas del TEA ● Tratamientos ● Barreras que presentan los niños, niñas con características del TEA
Sesión 3.- ¿Qué es la PCIT?	<ul style="list-style-type: none"> ● Qué es la PCIT ● Panorama general de la PCIT ● Habilidades ● Adaptación de la PCIT a la escuela ● Diferencias entre PCIT y TCIT ● Características de la TCIT ● Efectividad

Esquema de contenidos: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA”

Sesión 4.-
Interacción Dirigida
por el niño (CDI por
sus siglas en Ingles
para Child Directed
Interaction)

- Objetivos de la CDI
- Juego especial
- 5 minutos
- ¿Qué hacer?
- Elogiar
- Parafrasear
- Imitar
- Describir
- Entusiasmarse
- ¿Qué evitar? ¿Por qué evitarlo?
- Atención estratégica
- Ignorar selectivamente
- Ejemplo de conductas a ignorar
- Ejemplo de atención estratégica e ignorar selectivamente

Sesión 5.- Autismo
y CDI

- Introducción
- Estudios preliminares
- Tratamientos con apoyo empírico para niños con TEA
- PCIT y Autismo
- PCIT y otras estrategias terapéuticas
- Interacción dirigida por el niño con TEA

Esquema de contenidos: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA”

	<ul style="list-style-type: none">● Conductas estereotipadas y repetitivas durante la CDI● Indicaciones para sesión presencial
Sesión 6.- Sesión Presencial, instalaciones Centro Universitario UAQ	<ul style="list-style-type: none">● Habilidades CDI● Interacción dirigida por el niño con TEA● Actividad: Rol Playing
Sesión 7.- Interacción dirigida por el docente (TDI)	<ul style="list-style-type: none">● Beneficios de que un niño siga una instrucción● Objetivo de la TDI● Importancia de la Consistencia, Previsibilidad y el Seguimiento● Identificar la mala conducta● Ejercicios de cumplimiento● Instrucciones a partir del juego● Dar instrucciones eficaces● Dar instrucciones positivas● Instrucciones eficaces
Sesión 8.- Continuación de la TDI	<ul style="list-style-type: none">● Determinación del cumplimiento/incumplimiento● Determinación del cumplimiento● Elogiando el cumplimiento● Razones para usar el tiempo fuera
Sesión 9.- Tiempo Fuera	<ul style="list-style-type: none">● Razones para usar el tiempo fuera

Esquema de contenidos: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA”

- Ejemplo de cómo funciona la advertencia del tiempo fuera
- Logística del tiempo fuera
- Secuencia de ir a tiempo fuera
- Ir a tiempo fuera
- Si el niño cumplió la instrucción camino a tiempo fuera
- Si el niño lleva un juguete a tiempo fuera
- El niño se va por sí mismo a tiempo fuera
- Duración de tiempo fuera conductas negativas comunes que deben ser ignoradas en tiempo fuera
- El tiempo fuera no termina hasta que la instrucción es cumplida

Sesión 10.-
Continuación de
Tiempo Fuera

- Uso de una segunda instrucción
- Uso de terapia de juego
- Tres conductas de tiempo fuera que no pueden ser ignoradas
- Uso de la sala de descanso de tiempo fuera para las conductas que no pueden ser ignoradas
- Adaptaciones en la interacción dirigida por el maestro
- Interacción dirigida por los docentes en los niños con características de TEA
- Limitaciones clínicas
- Adaptación de la PCIT: componente de comunicación y habilidades sociales
- Preocupaciones sobre el tiempo fuera en el TEA

Esquema de contenidos: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA”

	<ul style="list-style-type: none">● Esquemas de juego de roles
Sesión 11.- Sesión Presencial, instalaciones Centro Universitario UAQ	<ul style="list-style-type: none">● Habilidades TDI● Interacción dirigida por los docentes en los niños con características de TEA● Juego de Roles● Conclusión
Sesión 12.- Evaluación	<ul style="list-style-type: none">● Aplicación Post Evaluación SESBI-R● Entrega de Constancias

11.3. Diseño de Actividades

- **Sesión 1**

* Nombre: Sesión de evaluación previa

*Objetivos por conseguir:

- Dar a conocer los objetivos, las fases y las formas de trabajo durante el taller.
- Presentar el consentimiento informado para obtener la aprobación de los profesores al procedimiento del taller
- Identificar los conocimientos y estrategias de trabajo con los que cuentan los profesores sobre las características del TEA

*Contenidos a desarrollar:

- Etapas en las que se desarrolla el estudio.
- Consentimiento informado

*Actividades a desarrollar:

- Se les pedirá a los participantes que tomen 3 minutos para leer el documento “Procedimiento del taller.pdf”. Una vez pasado ese tiempo se llevará a cabo una presentación por parte de la tallerista apoyándose de la presentación: “Taller de conocimientos y estrategias de trabajo con niños con TEA.ppt”. Se hará una ronda de preguntas, aclarando dudas de los participantes.
- Al finalizar dicha ronda, se les pedirá ir al documento “Consentimiento informado.pdf” para expresar estar de acuerdo con el procedimiento del taller.
- Finalmente, los docentes contestarán la evaluación SESBI-R modificada (Anexo 1), a través de la plataforma Google forms.

*Materiales requeridos:

- Documento: “Procedimiento del Taller.pdf”
- Presentación: “Taller basado en la PCIT.ppt”.
- Documento: “Consentimiento informado.pdf”
- Cuestionario SESBI-R por Google forms

*Indicaciones para la realización: Se espera que los docentes comprendan y aprueben el procedimiento del taller, así mismo conocer mediante el instrumento SESBI-R a través de la plataforma Google forms la eficacia del taller basado en la PCIT para aumentar y mejorar los conocimientos y las estrategias de los profesores de educación especial y mejorar para detectar e intervenir con niños y niñas con características del TEA

*Criterios de evaluación:

Cuestionario SESBI-R por Google forms, dado que es una sesión de introducción, no se evaluará la sesión como tal. El criterio de evaluación que se nombra es el mismo que se aplicará al final del taller para analizar la eficacia del mismo <https://forms.gle/Dy2A3R3CV546ZasK7>

Nombre de la sesión: Sesión 1.- Evaluación Previa		Fecha: 25 de septiembre 2021	
Actividad	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación del taller: “Taller basado en la PCIT”	Dar a conocer los objetivos y las formas de trabajo durante el taller.	50 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Taller basado en la PCIT.ppt”
2.- Firma del consentimiento informado	Presentar el consentimiento informado para adquirir la aprobación de los profesores al procedimiento del taller.	25 min	<ul style="list-style-type: none"> ● “Consentimiento informado.doc”
3.- Aplicación del instrumento SESBI-R	Identificar los conocimientos y estrategias de trabajo con la que cuentan los profesores sobre las características del TEA	45 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Enlace del instrumento SESBI-R mediante Google forms

- **Sesión 2**

*Nombre: Acercamiento teórico al TEA

*Objetivos por conseguir:

- Identificar los conocimientos que tienen los profesores, sobre los mitos acerca del TEA
- Dar a conocer la definición, los síntomas, las conductas, las características, la prevalencia, los factores de riesgo, las bases neurobiológicas, y los programas de tratamiento del TEA
- Evaluar los cambios en el conocimiento del TEA de los asistentes al taller

*Contenidos por desarrollar:

- ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista?
- ¿Cuáles son las características del TEA?
- Prevalencia del TEA
- Factores de Riesgo en asociados al TEA
- Bases Neurobiológicas del TEA
- Tratamientos
- Barreras que presentan los niños, niñas con características del TEA

*Actividades a desarrollar:

- Se les pedirá a los profesores que abran el link de la plataforma jamboard https://jamboard.google.com/d/1uw1Xq8RXf6ocRwachFj9ZQo0Tg_DMWUUKaavkn9uUY0/viewer?f=0, posteriormente se les indicará la siguiente instrucción: “Contesta la siguiente pregunta ¿Qué mitos conoces acerca del autismo?” Se realizará una presentación sobre el “Acercamiento teórico al TEA.ppt”, en la que se abordan los siguientes temas ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista?, ¿Cuáles son las características del TEA?, Prevalencia del TEA, Factores de Riesgo en asociados al TEA, Bases Neurobiológicas del TEA, Tratamientos y Barreras que presentan los niños, niñas con características del TEA
- Posteriormente realizarán por parejas una infografía mediante la plataforma Canva https://www.canva.com/es_mx/graficas/site-maps/ acerca de los mitos y realidades en el autismo y la subirán a la carpeta de la sesión 2.
- Finalmente, se les solicitará que respondan el Google forms sobre la Evaluación de los conocimientos adquiridos sobre el TEA y retroalimentación de la sesión <https://forms.gle/17x9HbXyeYSwXhLm9>

*Materiales requeridos:

- Enlace del Jamboard con las preguntas.
- Presentación: “Acercamiento teórico del TEA.ppt”
- Enlace Canva
- Evaluación de la sesión 2 mediante Google forms

*Indicaciones para la realización: Se trata de una sesión donde los profesores identificarán las características del TEA, de forma dinámica y procurando el aprendizaje significativo.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos adquiridos por medio del Test de evaluación de la sesión 2 ya mencionado, diario de campo y lista de cotejo.

Nombre de la sesión: Sesión 2.- Acercamiento teórico del TEA		Fecha: 02 de Octubre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Conocimientos sobre el TEA	Identificar los conocimientos que tienen los profesores, sobre los mitos acerca del TEA.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Plataforma Jamboard
2.- Acercamiento teórico del TEA	<p>Dar a conocer los fundamentos teóricos del TEA</p> <p>Reforzar el conocimiento a partir de la realización de una infografía.</p>	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Acercamiento teórico del TEA.ppt” ● Enlace Canva
3.-Evaluación del aprendizaje adquirido	Comprobar si se generó aprendizaje en los profesores sobre la información expuesta acerca del TEA.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Enlace de la Evaluación 2 mediante Google forms

- **Sesión 3**

*Nombre: ¿Qué es la PCIT?

*Objetivos por conseguir:

- Presentar a los profesores la PCIT, su duración, sus características, sus objetivos, las fases que implica y su fundamento teórico.
- Introducir la TCIT y las características que la diferencian de la PCIT.

*Contenidos por desarrollar:

- Qué es la PCIT
- Panorama general de la PCIT
- Habilidades
- Adaptación de la PCIT a la escuela
- Diferencias entre PCIT y TCIT
- Características de la TCIT
- Efectividad

*Actividades a desarrollar:

- Se expondrá la Presentación: “¿Qué es la PCIT?.ppt” donde se explicará a detalle el concepto, el panorama general de la PCIT, las habilidades, la adaptación de la PCIT a la escuela, diferencias entre PCIT y TCIT y características de la TCIT. Posteriormente, se les indicará lo siguiente: “A partir de la presentación, por triada, realiza un mapa conceptual utilizando la plataforma Popplet <https://www.popplet.com/>, una vez terminado, se escogerán a 5 equipos para que los expliquen a sus compañeras y súbelo a la carpeta de la sesión 3, anotando los nombres de cada integrante.
- Finalmente, se les solicitará que respondan el Google forms sobre la Evaluación de los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT y la retroalimentación de la sesión 3

*Materiales requeridos:

- Presentación: “¿Qué es la PCIT?.ppt
- Plataforma Popplet <https://www.popplet.com/>
- Evaluación de la sesión 3 mediante Google forms.

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores identifiquen el procedimiento, los objetivos, el propósito del tratamiento de la PCIT y lo relacionen con la TCIT para su aplicación dentro del área educativa.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 3 ya mencionado, lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 3.- ¿Qué es la PCIT?		Fecha: 09 de Octubre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Entrenamiento de la PCIT	Enseñar el entrenamiento de la PCIT y las diferencias, así como las semejanzas con la TCIT a los profesores	50 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “¿Qué es la PCIT?.ppt”
2.- Compresión del entrenamiento de la PCIT	Reforzar la comprensión del entrenamiento de la TCIT a los profesores.	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Plataforma Popplet
Evaluación de la sesión 3		10 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

Sesión 4

*Nombre: Interacción dirigida por el niño (CDI por sus siglas en inglés para Children Directed Interaction CDI)

*Objetivos por conseguir:

- Dar a conocer a los profesores el procedimiento de la CDI identificando en qué consiste, su duración, características, objetivos y su fundamento teórico.
- Identificar las metas de la CDI
- Dar a conocer las habilidades EPIDE

*Contenidos por desarrollar:

- Objetivo de la CDI
- Juego especial
- 5 minutos
- ¿Qué hacer?
- Elogiar
- Parafrasear
- Imitar
- Describir
- Entusiasmarse
- ¿Qué evitar? ¿Por qué evitarlo?
- Atención estratégica
- Ignorar selectivamente
- Ejemplo de conductas a ignorar
- Ejemplo de atención estratégica e ignorar selectivamente

*Actividades a desarrollar:

- Se proyectará la Presentación: “Interacción Dirigida por el niño CDI.ppt” abordando objetivos de la CDI, el juego especial, los 5 minutos, en ese lapso, se aplicará la primera actividad de la sesión, indicando la siguiente instrucción: “Selecciona el alumno con el que te gustaría llevar a cabo los 5 minutos de juego especial e identifica en qué momento del día quieres llevar a cabo esos 5 minutos de juego especial”, terminando la actividad, se dará participación a 5 maestras, para que nos compartan su selección.
- Posteriormente se dará continuidad a la exposición, indicando los temas de Habilidades EPIDE, el evitar órdenes, preguntas, críticas y sarcasmos, así como la atención estratégica y el ignorar selectivamente, así mismo se les presentarán algunos ejemplos pedagógicos.
- Una vez terminada la exposición, se les dará la instrucción de la segunda actividad: “Individualmente preguntémonos ¿Qué comportamientos me gustaría disminuir en el alumno? ¿Qué comportamientos son contrarios a esto que quiero disminuir?”, terminando se dará la palabra a las profesoras que quieran participar.
- Finalmente, se les solicitará que respondan el Google forms sobre la Evaluación de los conocimientos y estrategias adquiridas sobre la CDI, así como la retroalimentación de la sesión 4

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Interacción Dirigida por el niño CDI.ppt”
- Presentación: “Habilidades ERIDE.ppt”
- “Evaluación de la sesión 4” mediante Google forms

*Indicaciones para la realización: Se espera que la tallerista brinde las herramientas necesarias para la comprensión de la sesión, ya que las actividades se realizarán tanto individual como grupalmente, aplicando los conocimientos y estrategias adquiridas de las habilidades ERIDE dentro del salón de clases y con la finalidad de reforzar lo aprendido ya que se estará trabajando en la siguiente sesión.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 4 ya mencionado, lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 4.- Interacción dirigida por el niño CDI		Fecha: 16 de Octubre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación de la CDI	Dar a conocer las habilidades de la CDI	70 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Interacción dirigida por el niño CDI.ppt”
2.- Actividad de los 5 minutos	Identificación del alumno y el espacio donde aplicarán las habilidades CDI	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz y papel
3.-Actividad 2: Preguntas individuales	Responder individualmente a las dos preguntas indicadas: ¿Qué comportamientos me gustaría disminuir en el alumno? Y ¿Qué comportamientos son contrarios a esto que quiero disminuir?	15 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Lápiz y papel
Evaluación de la sesión 4		20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

- **Sesión 5**

Nombre: Autismo y CDI

*Objetivos por conseguir:

- Dar a conocer las modificaciones realizadas en la CDI en población con Autismo.

*Contenidos por desarrollar:

- Introducción
- Estudios preliminares
- Tratamientos con apoyo empírico para niños con TEA
- PCIT y Autismo
- PCIT y otras estrategias terapéuticas
- Interacción dirigida por el niño con TEA
- Conductas estereotipadas y repetitivas durante la CDI
- Indicaciones para sesión presencial

*Actividades a desarrollar:

- Se expondrá la presentación “Autismo y CDI. ppt” donde se abordará la introducción, los estudios preliminares, con tratamientos con apoyo empírico en niños con TEA, la PCIT y autismo, la PCIT y otras estrategias terapéuticas, la CDI en niños con TEA y las conductas estereotipadas y repetitivas durante la CDI.
- Posteriormente se les dará a las docentes la instrucción de la actividad, indicándoles lo siguiente: Del alumno que elegiste para jugar los 5 minutos especiales, describe a profundidad: Características del niño, conductas a disminuir, conductas a aumentar, aplicación de las habilidades EPIDE, así como la atención estratégica y el ignorar selectivamente para lograrlo. Reúnanse en equipos de 5 integrantes y compartan las descripciones que hicieron. Terminando la actividad, se les pedirá que algunas maestras nos compartan lo que lograron.
- Finalmente, se les darán las indicaciones correspondientes para asistir a la sesión 6 que será de manera presencia y se les solicitará que respondan el Google forms sobre los conocimientos reforzados y estrategias adquiridas del tema de Autismo y CDI, así como la retroalimentación de la sesión 5.

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Autismo y CDI.ppt”.
- Evaluación de la sesión 5 mediante Google forms.

*Indicaciones para la realización: Se trata de que los profesores identifiquen las estrategias CDI para trabajarlas en población con características de TEA.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 5 mediante Google forms <https://forms.gle/qtYReD5txX11JRdy8> lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 5.- CDI y TEA		Fecha: 23 de Octubre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación Autismo y CDI	Brindar las habilidades CDI para intervenir con niños que presentan características de TEA.	40 min	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación: “Autismo y CDI.ppt”.
2.- Actividad: Estudio de caso	Identificar la aplicación de las habilidades EPIDE en los casos de cada una de las maestras.	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Zoom por medio de Salas.
Evaluación de la sesión 5		20 min	<ul style="list-style-type: none"> • Google forms

- **Sesión 6**

*Nombre: Sesión presencial CDI

*Objetivos por conseguir:

- Llevar a cabo el Rol Playing a partir de lo aprendido sobre las habilidades CDI

*Contenidos por desarrollar:

- Habilidades CDI
- Interacción dirigida por el niño con TEA

*Actividades a desarrollar:

- Se proyectará la Presentación: “Sesión presencial CDI.ppt” con la finalidad de llevar a cabo una retroalimentación sobre las habilidades CDI abordadas en las sesiones previas.
- Posteriormente se les dará la siguiente instrucción: “Se reunirán por triadas (cada integrante en una marca), realizaremos un Rol Playing representando los 5 minutos de juego especial, Los papeles que cada integrante tomará e intercambiará son: alumno (a), docente, terapeuta. El equipo organizador indicará los intercambios cada 5 minutos”.
- Terminando los Rol Playing, se dará un espacio de preguntas para ir las resolviendo.

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Sesión presencial CDI.ppt”
- Desarrollo de los Rol Playing

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores identifiquen la praxis de las habilidades CDI

*Criterios de evaluación:

Lista de cotejo

Nombre de la sesión: Sesión 6.- Sesión presencial CDI		Fecha: 30 de Octubre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación / Recordatorio	Permitir recordar las habilidades CDI y su aplicación en población con características de TEA	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Sesión presencial CDI.ppt”
2.- Rol Playing	Desarrollo del juego de Roles de las habilidades CDI para poner en práctica los elementos teóricos revisados	40 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Sesión presencial CDI.ppt”
3.- Retroalimentación	Intercambio de información, a partir de las dudas que surgieron durante la actividad del Rol Playing	20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno

- **Sesión 7**

Nombre: Interacción Dirigida por el Docente (TDI)

*Objetivo por conseguir:

- Dar a conocer las habilidades TDI

*Contenidos por desarrollar:

- Beneficios de que un niño siga una instrucción
- Objetivo de la TDI
- Importancia de la Consistencia, Previsibilidad y el Seguimiento
- Identificar la mala conducta
- Ejercicios de cumplimiento
- Instrucciones a partir del juego
- Dar instrucciones eficaces
- Dar instrucciones positivas

*Actividades a desarrollar:

- Se proyectará la Presentación: “Interacción dirigida por el docente (TDI).ppt”, donde se abordarán los Beneficios de que un niño siga una instrucción, el objetivo de la TDI, la importancia de la Consistencia, Previsibilidad y el Seguimiento, la identificación de la mala conducta, los ejercicios de cumplimiento, las instrucciones a partir del juego, el dar instrucciones positivas e instrucciones eficaces.
- Posteriormente se les dará la siguiente instrucción: “Van a realizar por parejas un cuadro de características sobre una instrucción eficaz, en la primera columna pondrán características de las instrucciones eficaces en la segunda columna describir la razón por la que esta instrucción es adecuada y van a poner dos ejemplos: 1.- Cumpliendo la característica y 2. Sin cumplir la característica, terminando, se dará un espacio para participación” se les comentará que su cuadro lo subirán a la carpeta correspondiente de la sesión 7.
- Finalmente, se les solicitará que respondan el Google forms sobre los conocimientos y estrategias adquiridas sobre las habilidades TDI

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Interacción dirigida por el docente (TDI)”.
- Evaluación de la sesión 7 mediante Google forms.

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores identifiquen las habilidades TDI para su aplicación dentro del aula.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 7 mediante Google forms <https://forms.gle/Ar4YpdA4xaeGsVq89>, lista de cotejo y diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 7: Interacción Dirigida por el Docente (TDI)		Fecha: 06 de Noviembre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación	Identificar las habilidades TDI	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación Interacción Dirigida por el Docente (TDI)
2.- Actividad	Identificar la manera de dar una instrucción eficaz	50 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Cuadro sobre las características de una instrucción
Evaluación de la sesión 7		20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

- **Sesión 8**

*Nombre: Continuación de la TDI

*Objetivos por conseguir:

- Continuar con la explicación de los conocimientos y estrategias sobre las habilidades TDI

*Contenidos por desarrollar:

- Determinación del cumplimiento/incumplimiento
- Determinación del cumplimiento
- Elogiando el cumplimiento
- Razones para usar el tiempo fuera

*Actividades a desarrollar:

- Se proyectará la Presentación: “Continuación de la TDI.ppt”, abordando la determinación del cumplimiento/incumplimiento, la determinación del cumplimiento y el elogio en el cumplimiento
- Posteriormente se les dará la siguiente instrucción para la actividad 1 “Pensando que el niño con el que estás trabajando la TCIT, cumple una instrucción que le has dado. De manera individual escribe 10 elogios diferentes que podrías hacerle, enseguida de cumplir la instrucción”. Una vez terminada se retroalimentarán las participaciones.
 - Se les expondrán ejemplos de elogio de cumplimiento y al finalizar se les dará la instrucción para la segunda actividad, indicando lo siguiente: “En parejas discutan las siguientes preguntas (anota las preguntas y tus respuestas): ¿Qué es el tiempo fuera?, ¿Lo has puesto en práctica?, ¿Con quién y cómo lo has llevado a cabo?, ¿Qué tan eficaz consideras que es?” Terminando se les pedirá que suban sus actividades en la carpeta de la sesión 8.
 - Finalmente, se les solicitará que respondan el Google forms para evaluar los conocimientos y estrategias adquiridas sobre las habilidades TDI y la retroalimentación de la sesión 8.

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Seguimiento de las habilidades TDI.ppt”
- Evaluación de los conocimientos y estrategias, así como la retroalimentación de la sesión 8 mediante Google forms

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores conozcan las habilidades TDI, asociándolo con las implicaciones estructurales dentro del aula.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 8 mediante Google forms <https://forms.gle/in8JPVRbdJxabMrs6> lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 8.- Continuación de las Habilidades TDI		Fecha: 13 de Noviembre 2021	
Actividades:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Continuación de la TDI	Explicar la continuidad de las habilidades de la TDI	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Continuación de las habilidades TDI.ppt”
2.- Actividad ¿Qué elogios usar?	Identificar 10 elogios para las instrucciones.	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno
3.- Actividad Comparto mi experiencia con el tiempo fuera	Discutir en parejas mi experiencia y la efectividad del tiempo fuera	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno
Evaluación de la sesión 8		20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

Sesión 9

*Nombre: Tiempo Fuera

*Objetivo por conseguir:

- Dar a conocer la estrategia del Tiempo Fuera

*Contenidos por desarrollar:

- Razones para usar el tiempo fuera
- Ejemplo de cómo funciona la advertencia del tiempo fuera
- Logística del tiempo fuera
- Secuencia de ir a tiempo fuera
- Ir a tiempo fuera
- Si el niño cumplió la instrucción camino a tiempo fuera
- Si el niño lleva un juguete a tiempo fuera
- El niño se va por sí mismo a tiempo fuera
- Duración de tiempo fuera, conductas negativas comunes que deben ser ignoradas en tiempo fuera
- El tiempo fuera no termina hasta que la instrucción es cumplida

*Actividades a desarrollar:

- Se expondrá la Presentación: “Tiempo Fuera.ppt” donde los docentes irán identificando las razones para usar el tiempo fuera, ejemplos de cómo funciona la advertencia del tiempo fuera, la logística del tiempo fuera, la secuencia de ir a tiempo fuera, ir a tiempo fuera, si el niño cumplió la instrucción camino a tiempo fuera, si el niño lleva un juguete a tiempo fuera, si el niño se va por sí mismo a tiempo fuera, la duración de tiempo fuera, las conductas negativas comunes que deben ser ignoradas en tiempo fuera y el tiempo fuera no termina hasta que la instrucción es cumplida.
- Se les indicará la siguiente instrucción para la actividad 1: “Además de bajarse de la silla, ¿Qué comportamientos son probables que el niño muestre mientras va al tiempo fuera? Y De manera individual enumeren todos los comportamientos que el niño podría mostrar al estar en tiempo fuera”
- Finalmente se evaluarán los conocimientos y estrategias del tiempo fuera, así como la retroalimentación de la sesión 9.

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Tiempo Fuera.ppt”.
- Evaluación de los conocimientos y estrategias, así como la retroalimentación de la sesión 9 mediante Google forms.

*Indicaciones para la realización: Se trata de que los profesores desarrollen las actividades para que logren identificar las estrategias de tiempo fuera dentro del aula.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 9 mediante Google forms <https://forms.gle/M27iviKU6BweEqFU7> lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 9.- Tiempo Fuera		Fecha: 20 de Noviembre 2021	
Actividades:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación	Exponer la estrategia de Tiempo Fuera	100 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: "Tiempo Fuera.ppt"
Evaluación de la sesión 9		20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

- **Sesión 10**

*Nombre: Continuación del Tiempo Fuera

*Objetivo por conseguir:

- Concluir con la exposición de la logística y características del Tiempo Fuera en la PCIT, TCIT y para niños con DX de TEA.
- Contenidos por desarrollar:
 - Uso de una segunda instrucción
 - Uso de terapia de juego
 - Tres conductas de tiempo fuera que no pueden ser ignoradas
 - Uso de la sala de tiempo fuera para las conductas que no pueden ser ignoradas
 - Adaptaciones en la interacción dirigida por el maestro
 - Interacción dirigida por los docentes en los niños con características de TEA
 - Limitaciones clínicas

*Actividades a desarrollar:

- Se expondrá la Presentación: “Continuación del Tiempo fuera.ppt”, donde se abordará el uso de una segunda instrucción, el uso de terapia de juego, las tres conductas de tiempo fuera que no pueden ser ignoradas, el uso de la sala de descanso de tiempo fuera para las conductas que no pueden ser ignoradas, las adaptaciones en la interacción dirigida por el maestro, la interacción dirigida por los docentes en los niños con características de TEA, las limitaciones clínicas, las adaptaciones de la PCIT: componente de comunicación y habilidades sociales, las preocupaciones sobre el tiempo fuera en el TEA y la presentación de los esquemas de juego de roles.
- Terminando se les pedirá a los profesores que se reúnan en triadas y que cada uno tome un rol (profesora, terapeuta, niño), llevando a cabo la aplicación de instrucciones eficaces, elogiando el cumplimiento del niño.
- Se les pedirá que los esquemas que se les harán llegar los impriman para llevarlos a la sesión presencial, así mismo se les darán las instrucciones necesarias para la 2ª sesión presencial
- Finalmente se aplicará la evaluación de la sesión 10

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Continuación Tiempo fuera.ppt”
- Esquemas 2, 3 y 4 de las consignas
- Evaluación de la sesión 10 mediante Google forms.

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores identifiquen cómo llevar a cabo el procedimiento de tiempo fuera dentro del aula.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 10 mediante Google forms <https://forms.gle/KqRui97xLv4a1Gnq5> lista de cotejo, diario de campo.

Nombre de la sesión: Sesión 10.- TDI: Tiempo fuera		Fecha: 27 de Noviembre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo :	Material:
1.- Presentación	Continuación de la presentación sobre el tiempo fuera	80 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Tiempo fuera.ppt”
2.- Rol Playing	Desarrollo del Rol Playing sobre el tiempo fuera para poner en práctica los elementos teóricos revisados	20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Tiempo fuera.ppt”
3.- Esquemas de Roles	Brindar los esquemas como material de soporte.	10 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Esquemas 2,3 y 4 de las consignas
Evaluación de la sesión 10		20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms

- **Sesión 11**

* Nombre: Sesión presencial TDI

*Objetivos por conseguir:

- Llevar a cabo el Rol Playing a partir de lo aprendido sobre las habilidades TDI

*Contenidos por desarrollar:

- Habilidades TDI
- Interacción dirigida por los docentes en los niños con características de TEA

*Actividades a desarrollar:

- Se proyectará la Presentación: “Sesión presencial TDI.ppt” con la finalidad de llevar a cabo un recordatorio sobre las habilidades TDI abordadas en las sesiones previas.
- Posteriormente se les dará la siguiente instrucción: “Se reunirán por triadas (cada integrante en una marca), realizaremos un Rol Playing representando el dar una instrucción eficaz, donde abordaremos si cumplió la instrucción dar un elogio, si no cumplió, llevar la estrategia tiempo fuera, es importante usar sus esquemas, Los papeles que cada integrante tomará e intercambiará son: alumno (a), docente, terapeuta. El equipo organizador indicará los intercambios cada 5 minutos”.
- Terminando los Rol Playing, se dará un espacio de preguntas y retroalimentación.

*Materiales requeridos:

- Presentación: “Sesión presencial TDI.ppt”
- Aula: exbiblioteca

Sillas*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores identifiquen la práctica de las habilidades TDI

*Criterios de evaluación:

Lista de cotejo

Nombre de la sesión: Sesión 11.- Sesión presencial TDI		Fecha: 04 de Diciembre 2021	
Actividad:	Objetivo:	Tiempo:	Material:
1.- Presentación / Recordatorio	Recordar las habilidades TDI y su aplicación en población características de TEA	30 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Presentación: “Sesión presencial TDI.ppt”
2.- Rol Playing	Desarrollo del juego de Roles de las habilidades TDI	60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Juguetes de construcción y esquemas TDI
3.- Retroalimentación	Intercambio de información, a partir de las dudas que surgieron durante la actividad del Rol Playing	20 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Ninguno

- **Sesión 12**

*Nombre: Conclusión del Taller

*Objetivo por conseguir:

- Concluir el Taller basado en la PCIT
- Identificar los conocimientos y estrategias que adquirieron los profesores sobre el taller de la PCIT

*Contenidos por desarrollar:

- Post evaluación de la SESBI-R

*Actividades a desarrollar:

- Los docentes contestarán la evaluación SESBI-R, a través de la plataforma Google forms.
- Al término de la aplicación se les dará la siguiente instrucción: “Damos por terminado al taller llamado: Taller basado en la PCIT, por su ardua y constante participación durante estas 12 sesiones, la Universidad Autónoma de Querétaro y la Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia, les hará entrega de una constancia a cada una de ustedes”. Se nombrará a cada profesora para hacerle entrega de su constancia, esta se mostrará mediante la pantalla y se hará llegar a su correo.

*Materiales requeridos:

- Cuestionario SESBI-R modificada mediante Google forms.
- Constancia de participación,
- Al correo se hará llegar el cuadernillo (Anexo 1)

*Indicaciones para la realización: Se espera que los profesores hayan adquirido posterior al taller, los conocimientos y estrategias para intervenir por medio de la PCIT a los niños que presentan características del TEA.

*Criterios de evaluación:

Se evaluarán los conocimientos y estrategias adquiridas de la PCIT por medio del Test de evaluación de la sesión 12 mediante Google forms

<https://forms.gle/Dy2A3R3CV546ZasK7>

Nombre de la sesión: Sesión 12.- Conclusión de la PCIT		Fecha: 11 de Diciembre 2021	
Actividad	Objetivo:	Tiempo:	Material:
Evaluación SESBI-R		60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Google forms
Entrega de constancias		60 min	<ul style="list-style-type: none"> ● Constancia entregada vía correo electrónico

12. Definición Operacional/ componente de datos

Variables	Definición conceptual de la variable	Definiciones operacionales/informadores	Unidad de Análisis	Valores
Variable 1 Conocimientos sobre el TEA	Capacidad de identificar la definición, las características, los síntomas, las causas, las conductas, los factores de riesgo, las bases neurobiológicas, la prevalencia, las barreras dentro del aula y los tratamientos del TEA.	Cuestionario SESBI-dirigido a profesores (Anexo 7.2)	Profesores de educación especial y regular	1 a 10 nivel de medición: Ordinal
Variable 2 Estrategias para trabajar con niños con características del TEA	Actividades conscientes e intencionales que guían las acciones de niños con características de TEA a seguir para alcanzar determinadas metas de aprendizaje.	Cuestionario SESBI-dirigido a profesores (Anexo 7.2)	Profesores de educación especial y regular	11 a 40 nivel Ordinal 41 a 70 nivel Ordinal (en un rango de 1 a 5, si el participante responde a todo 1, obtendría 30 de puntaje, si responde a todo 5, obtendría 150 de puntaje).

13. Consideraciones Éticas

El presente estudio está diseñado cuidando los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia que toda investigación debe seguir.

El principio de autonomía tiene como propósito que los individuos elijan por sí mismos su participación en el estudio, reconociendo sus derechos a tener la información que requieren para así dar, con conocimiento, su consentimiento informado. En esta investigación la selección de los participantes se realizará por medio de un muestreo no probabilístico, invitando a los profesores de educación especial y regular de nivel preescolar, primero y segundo de primaria a participar,

pidiendo a los participantes que lean el procedimiento (Anexo 1), en el que se explican las etapas en las que se desarrolla el estudio. Una vez informado el procedimiento, el participante estará en condiciones de firmar el consentimiento informado (Anexo 2), mencionando que los datos personales solicitados durante el estudio serán resguardados cuidadosamente solo la investigadora responsable tendrá acceso a esta información, la documentación será cuidadosamente resguardada de forma que nadie pueda acceder a estos datos. El acuerdo de participación no incluye remuneración económica; una vez informados los docentes y firmado el consentimiento se dará inicio a las sesiones estipuladas de los talleres.

De acuerdo con el principio de justicia, el investigador asegura que actuará de manera equitativa imparcial y apropiada, determinada por la cooperación social, brindando un trato igualitario para los participantes, esto se verá reflejado al momento de evitar la discriminación de género, étnico-racial y económica al llevar a cabo la elección de participación, generando así la inclusión de poblaciones vulnerables.

Con base en los principios de beneficencia y de no maleficencia la investigación asegura que se respetará la integridad física y psicológica de los participantes, que los instrumentos con los que se obtendrá la información son pertinentes en relación con la metodología recabada, así como con los fundamentos teóricos previos estudiados, respetando la protección de los derechos tanto de los docentes, así como de los estudiantes de educación especial y regular de preescolar, primero y segundo de primaria con características del TEA.

14. Resultados

. En Septiembre del 2021, se acudió a USEBEQ con la Subjefa Técnico Académica del Departamento de Educación Especial, y se mandó la información del taller diseñado a la coordinadora de gestión educativa, con la finalidad de que nos dieran la oportunidad de aplicar el taller a los docentes de educación Especial y Regular, de los grados Inicial, Preescolar, Primero y Segundo de Primaria. Quienes enteradas del propósito de la intervención identificaron e invitaron a un grupo seleccionado de maestras a participar todas eran docentes de Educación Regular y Especial de los municipios de Cadereyta de Montes, Corregidora, El Marqués, Jalpan de Serra, Pedro Escobedo, Peñamiller, Querétaro, San Juan del Rio y Ezequiel Montes.

El taller se llevó a cabo durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2021. Como se planeó, se realizaron 10 sesiones virtuales por medio de la plataforma Zoom® (figura 4) y 2 sesiones presenciales en las instalaciones de la Facultad de Psicología de la UAQ del Centro Universitario (figura 5), abordando los contenidos y las actividades establecidos previamente.

Figura 4.

Sesión Virtual

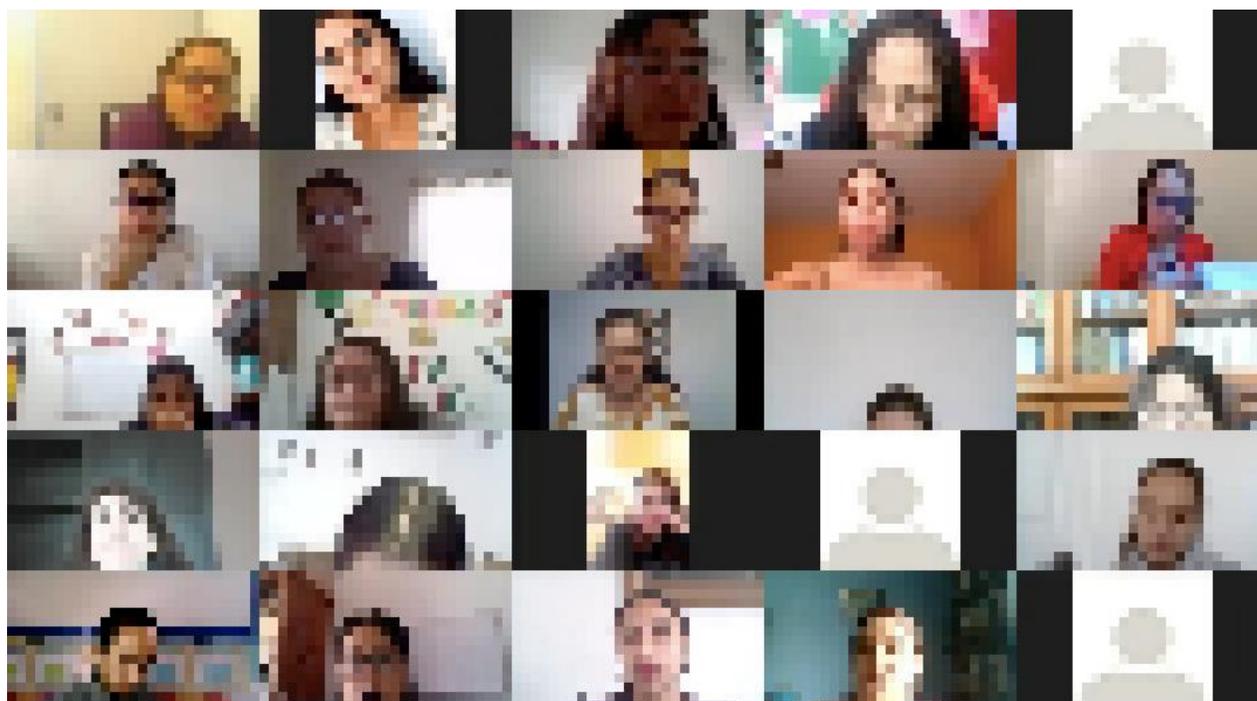


Figura 5.

Sesión Presencial



A la primera sesión asistieron 50 participantes, el 100% fueron mujeres. El 66% pertenecían al área de Educación Especial y 34% al área de Educación Regular. Se describió el procedimiento de la intervención y se solicitó firmar el consentimiento informado si estaban de acuerdo con el mismo.

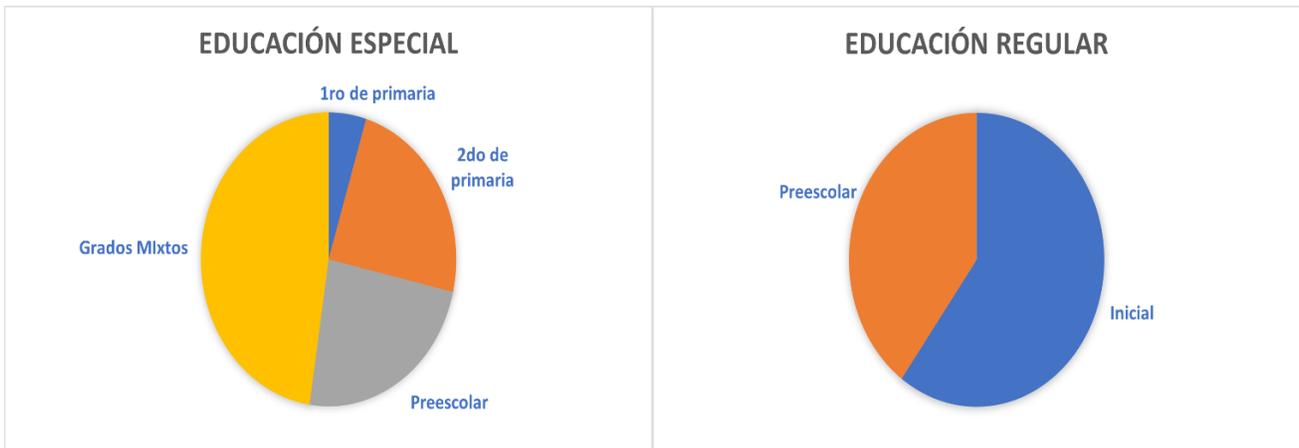
Entre las participantes el 12% eran de las áreas de psicopedagogía y con funciones administrativas (2 psicólogas 1 Subjefa de proyectos educativos 1 Subjefa técnico-académica 1 Directora de Educación Básica y una Orientadora a docentes de Educación Básica), el 88% eran maestras frente a grupo.

De las docentes pertenecientes a Educación Especial el 47.61% tenían grados mixtos, el 23.8% tenían grupos de grado preescolar, el 23.80% tenían segundo de primaria y el 4.7% Primero

de Primaria (Gráfica 1). De las docentes pertenecientes a Educación Regular el 60% se desempeñaban en educación inicial y el 40% en preescolar (Gráfica 2).

Gráfica 2.

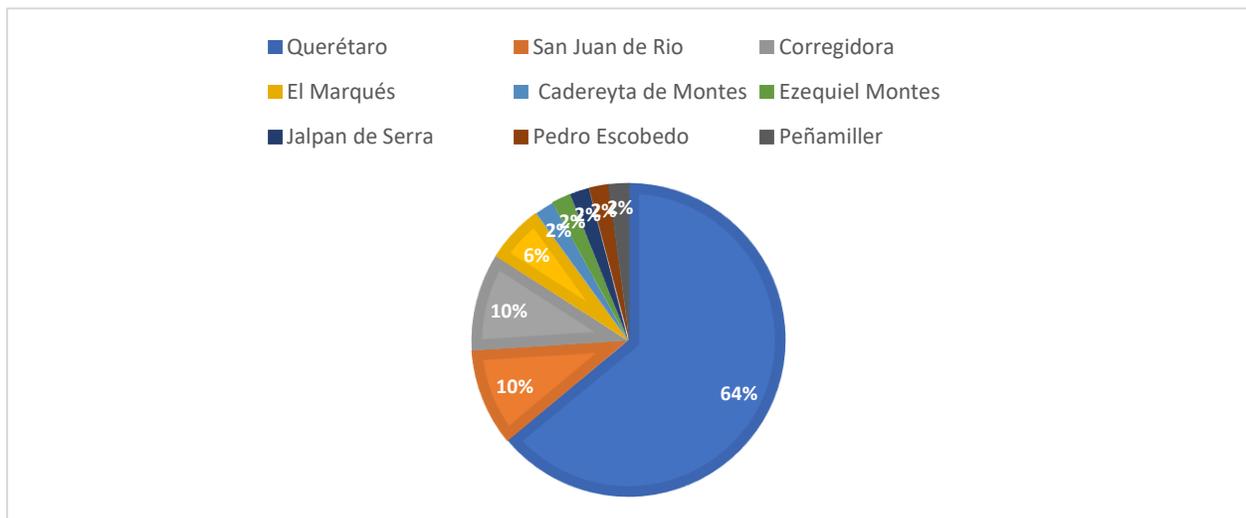
Participantes pertenecientes a Educación Especial y Regular divididas por grado escolar que atendían



Así mismo, los municipios de Querétaro a los cuales pertenecen las docentes son los siguientes: Querétaro: 64%, San Juan del Rio: 10%, Corregidora 10%, El Marqués: 6%, Cadereyta de Montes 2%, Ezequiel Montes 2%, Jalpan de Serra: 2%, Pedro Escobedo: 2% y Peñamiller: 2% (Gráfica 3).

Gráfica 3.

Municipios al que pertenecen las participantes



Sólo el 82% (41) de las participantes cubrieron los requisitos de asistencia necesarios y cumplieron ambas evaluaciones.

El taller se ofertó los días sábados en un horario de 9:00 am a 11:00 am. La asistencia de las docentes a sesiones presenciales se dividió en dos grupos debido al seguimiento del protocolo de seguridad derivado de la pandemia COVID 19, el primer grupo, conformado por 25 en un horario de 9:00 am a 10:30 am y el segundo grupo en un horario de 11:00 am a 12:30 pm.

En cuanto a la asistencia varió desde un 92% hasta un 40% en las distintas sesiones, así mismo el porcentaje de resolución de las evaluaciones semanales varió entre 96 y 44% (Tabla 3).

Tabla 3.

Porcentaje de la asistencia al taller y porcentaje de respuestas a las evaluaciones

Número de Sesión	Porcentajes de asistencia	Porcentaje de respuestas a las evaluaciones
1	92%	96%
2	86%	96%
3	94%	90%
4	90%	96%
5	92%	72%
6	84%	N/A
7	84%	68%
8	84%	64%
9	78%	56%
10	82%	44%
11	40%	N/A
12	84%	84%

14.1. Resultados del Análisis de datos a las respuestas cerradas del SESBI-R

De la aplicación previa y posterior al taller del SESBI-R modificado se obtuvieron los puntajes de la percepción del número e intensidad de los problemas que presenta el o la alumno/a para cada maestra. Se realizó un análisis estadístico utilizando la t de Student para identificar si hubo diferencias significativas entre la puntuación media inicial y la final.

La percepción de las docentes respecto al número de conductas problemáticas obtuvo una media antes de la aplicación del taller de 26.46 con una desviación estándar de 4.38 y disminuyó después de la aplicación del taller obteniendo una media de 23.53 ± 5.14 ($t(40) = 3.507$, $p < 0.001$) (Gráfico 4). En cuanto a la percepción de la intensidad de conductas problemáticas (D.E.= 79.146) la disminución no fue estadísticamente significativa al comparar la media antes ($\bar{x}=72.682$, D.E=21.31) con la media después ($\bar{x}=72.68 \pm 21.73$), ($t(40) = 1.5481$, $p < 0.05$) (Gráfico 5 y Tabla 4)

Tabla 4.

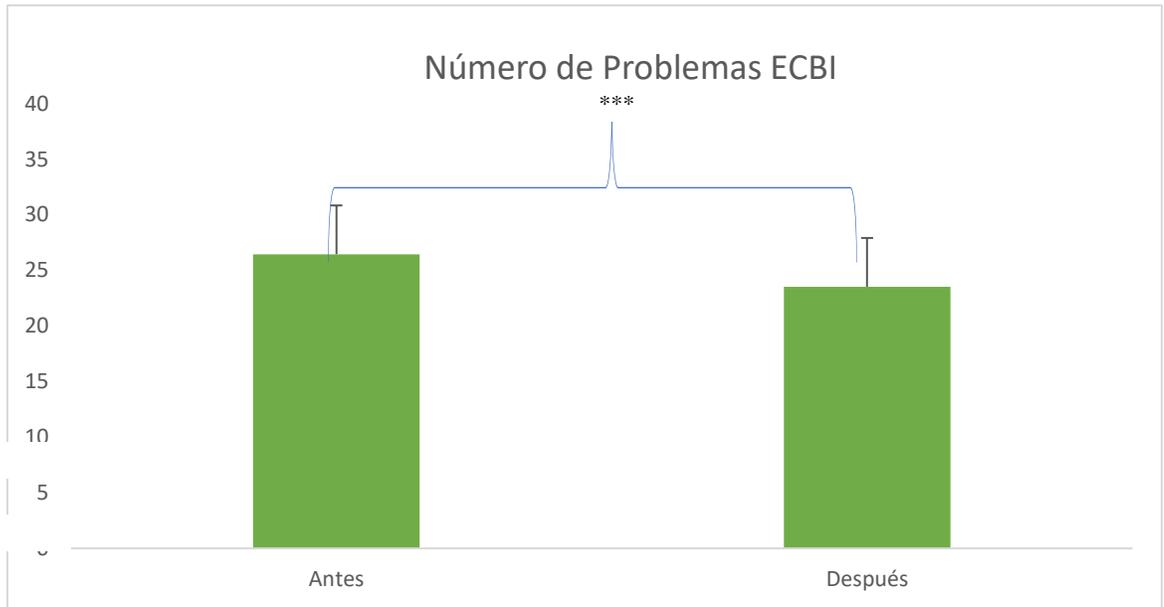
Comparación de la percepción del número e intensidad de los problemas antes y después de la aplicación del taller

		Antes	Después		
		Media ± DE	Media ± DE	t	g.l.
Número de	problemas	26.4 ± 4.3	23.5 ± 5.1	3.503***	40
Intensidad de	los problemas	79.1 ± 21.3	72.6 ± 21.7	1.548	40

Nota: DE= Desviación Estándar; gl= grados de libertad; *** $p < 0.001$

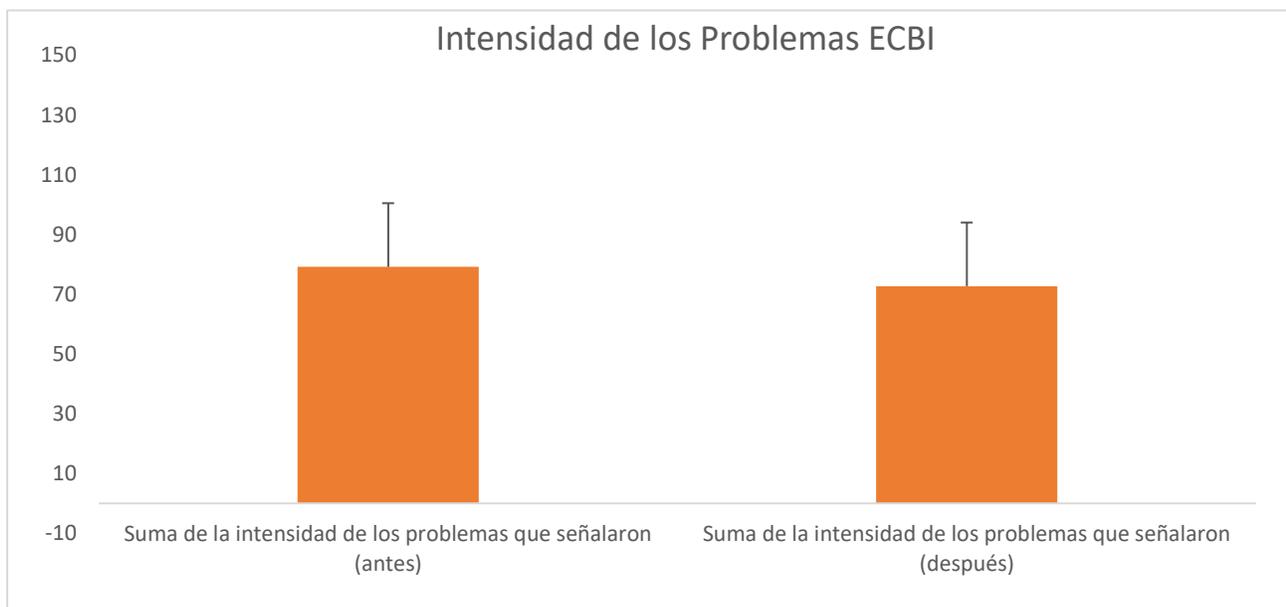
Gráfica 4.

Percepción del número de conductas problemáticas antes y después de la aplicación del taller



Gráfica 5.

Percepción de la intensidad de conductas problemáticas antes y después de la aplicación del taller



Se encontró que en 8 de las 29 conductas evaluadas por el SESBI-R aumentó el número de maestras que las señalaban como problema al finalizar el taller, mientras que en 3 de las conductas se mantuvo igual el número de maestras que las señalaban como problema y en 18 de las conductas disminuyó el número de maestras que las señalaban como problema al finalizar el taller.

Se clasificaron cada una de las conductas enlistadas en el SESBI-R como: 1) Relacionadas con el desarrollo emocional, 2) Relacionadas con el desarrollo cognitivo, 3) Relacionadas con el desarrollo social y 4) conductas disruptivas. Algunas cabían en más de una clasificación. En seguida se calculó la proporción de maestras que señalaron cada una de las conductas como un problema antes y después de la intervención con el taller.

Se identificó que la mayoría de las conductas en las que aumentó el número de maestras señalándolas como problema son asociadas al desarrollo emocional y cognitivo. Mientras que, la mayoría de las conductas en las que disminuyó el número de maestras señalándolas como problema son asociadas al desarrollo social y a conductas disruptivas. Recordemos que estas últimas dos son, de hecho, el objetivo principal de la PCIT y la TCIT. (Véase tabla 5).

Tabla 5.

Clasificación de las conductas enlistadas en el SESBI-R y número de conductas que disminuyeron y aumentaron

	Número de preguntas en el SESBI-R	Disminuyó el número de maestras que las señalaron como problema	Aumentó el número de maestras que las señalaron como problema	Se mantuvo el número de maestras que las señalaron como problema
Desarrollo Emocional	7	2	4	1
Desarrollo Cognitivo	7	1	4	2

	Número de preguntas en el SESBI-R	Disminuyó el número de maestras que las señalaron como problema	Aumentó el número de maestras que las señalaron como problema	Se mantuvo el número de maestras que las señalaron como problema
Desarrollo Social	16	15	1	0
Conductas Disruptivas	11	9	2	0

14.2. Resultados del Análisis mediante nube de palabras

Se utilizó la plataforma WordArt para generar una nube de palabras por las respuestas de las 41 participantes a cada una de las preguntas. Las nubes de palabras ponderan el tamaño de las palabras por su frecuencia de aparición. Se eliminaron los artículos (el, la, los, un, unos, etc...) de este análisis. Presentamos algunos ejemplos representativos de los cambios que generó la intervención sobre los conocimientos (Tabla 6) y las estrategias utilizadas (tabla 7).

Tabla 6.

Comparativa de conocimientos antes y después de la aplicación del taller

Pregunta	Antes	Después
<p>¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA)?</p>		

Pregunta	Antes	Después
<p>¿Qué haces cuando un alumno no obedece a las normas por sí mismo?</p>		
<p>¿Qué haces cuando un alumno tarda en obedecer las indicaciones?</p>		

Pregunta	Antes	Después
<p>¿Qué haces cuando un alumno hace ruidos en clase?</p>		
<p>¿Qué haces cuando un alumno presenta apego excesivo a objetos?</p>		

Pregunta	Antes	Después
<p>¿Qué haces cuando un alumno hace ruidos constantes?</p>		
<p>¿Qué haces cuando un alumno está inquieto en el asiento?</p>		

Pregunta	Antes	Después
<p>¿Qué haces cuando un alumno no escucha y no sigue las indicaciones?</p>		
<p>¿Qué haces cuando un alumno muestra dificultades para permanecer sentado?</p>		

14.3. Descripción del análisis y clasificación de las respuestas abiertas del SESBI-R.

El análisis y la clasificación de las respuestas se obtuvieron de la siguiente manera:

Se leyeron las respuestas de las 41 profesoras antes y después del taller. Una vez analizados los resultados obtenidos; las respuestas correspondientes a los conocimientos se clasificaron en: a) respuestas correctas complejas, b) respuestas correctas sencillas, c) respuestas parcialmente correctas/incorrectas, d) respuestas de desconocimiento y e) respuestas erróneas. Mientras que las respuestas correspondientes a las estrategias se clasificaron en; a) estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT, b) estrategias correctas asociadas a la PCIT, c) estrategias correctas no asociadas a la PCIT, d) estrategias de desconocimiento o no aplicadas a su contexto y e) estrategias poco adecuadas.

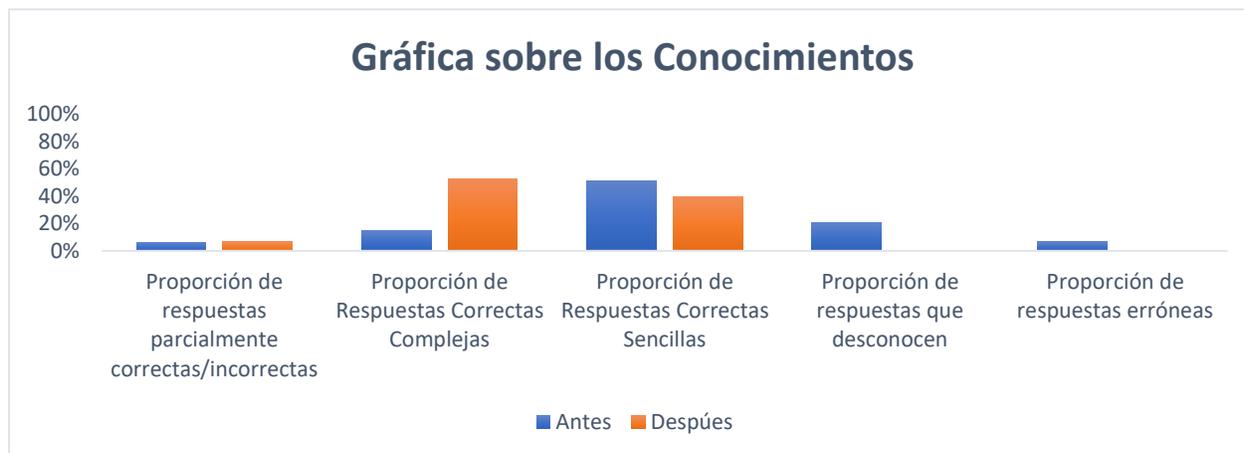
Se contabilizó el número de respuestas que entraban en cada clasificación y se obtuvo el promedio del porcentaje para todas las profesoras, esto se hizo con todas las respuestas tanto de los conocimientos como de las estrategias. Se compararon los resultados antes y después y se analizó si aumentaron o disminuyeron el número de respuestas de cada clasificación.

14.4. Resultados del análisis de las respuestas a las preguntas abiertas sobre conocimientos

Con respecto a los conocimientos la proporción de respuestas parcialmente correctas/incorrectas se mantuvo, ya que el promedio clasificado antes del taller fue de 6.34% y posterior al taller fue de 6.59%. La proporción de respuestas correctas complejas antes del taller era de 14.88% y después del taller fue de 52.93%. La proporción de respuestas correctas sencillas tuvo un promedio previo al taller de 51.46%, después del taller, disminuyó a 39.51%. En cuanto a la proporción de respuestas desconocidas y respuestas erróneas se observa una disminución, ya que antes del taller en respuestas de desconocimiento se obtuvo un promedio de 20.73% y en respuestas erróneas de 6.49%. Después del taller disminuyó en ambas a un promedio de 0.49%. (Gráfica 6).

Gráfica 6

Promedio de las respuestas sobre los conocimientos antes y después de la aplicación del taller



Se leyeron y analizaron cualitativamente las respuestas de las maestras a las preguntas abiertas en las que se abordaban los conocimientos sobre el TEA. Se presentan aquí cambios que nos parecen representativos del efecto que generó el taller de intervención.

En la pregunta ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA)? Las respuestas de las maestras previo al taller clasificaron en respuestas desconocidas, ya que escribieron lo siguiente: la maestra con iniciales LVRM escribió *“No lo conozco bien el concepto, considero que es cuando los niños presentan alguna dificultad para estar en los grupos, muestran algunas actitudes de enojo, malestar o en otros de aislamiento, he visto algunos niños que es poco perceptible y en otros sus actitudes son más notorias, pero no sé bien lo que sucede”* y la maestra con iniciales JLG escribió *“No he trabajado con pequeños que presenten este trastorno”* Posterior al taller se observa que las mismas maestras pasaron a respuestas correctas complejas, escribiendo lo siguiente: LVRM *“Se considera como un trastorno poligénico de origen multifactorial de tipo genético, neuroquímico, neuroanatómico y neuro funcional, abarca los siguientes grupos: Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger y Trastorno generalizado del desarrollo no especificado”* JLG escribió *“Es un trastorno poligénico de origen multifactorial, que puede ser genético, neuroquímico,*

neuroanatómico y funcional que comprende estos grupos clínicos como autismo, síndrome de Rett, síndrome de asperger y trastorno generalizado”

En cuanto a la pregunta *¿Cuáles son las características del TEA?* Previo al taller su respuesta de la maestra FLH clasificó en respuestas erróneas debido a que indicó *“Un trastorno psicológico concentrándose la persona que lo padece en su mundo interior y pierde su realidad exterior”* Posterior al taller se identifica que la maestra amplió sus conocimientos acerca de las características del TEA en respuestas complejas, indicando *“1. Deficiencia persistente en la comunicación y la interacción social. 2. Deficiencia en la reciprocidad socioemocional. 3. Deficiencia en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social. 4. Deficiencia en el desarrollo mantenimiento y comprensión de las relaciones”* La respuesta de la maestra JLG clasificó antes del taller en respuestas de desconocimiento indicando *“No las conozco por eso me integre a este taller”* Posterior al taller la maestra agregó respuestas correctas complejas, identificando que las características son: *“La deficiencia en la comunicación social e interacción. Patrones repetitivos del comportamiento. Insistencia en lo monótono e Hiperreactividad a los estímulos sensoriales”*

En la pregunta *¿Cuáles son las causas del TEA?* La respuesta de la maestra LLM clasificó en respuestas erróneas ya que escribió *“No están determinadas científicamente, ni de forma genética, ni neurológica, ni ambiental”* Posterior al taller su respuesta se amplió a respuestas correctas complejas escribiendo *“Algunas condiciones de riesgo son: Hipertensión y diabetes gestacionales, consumo de alcohol y drogas, edad materna y paterna mayor a 35 años y trastornos neurológicos familiares”* La maestra GZO previo al taller su respuesta clasificó en respuestas correcta sencilla, indicando *“Pues no se conocen exactamente las causas. Pueden a haber una gran variedad de factores”* Posterior al taller su respuesta clasificó en respuestas correctas complejas, escribiendo *“Los factores de riesgo asociados al TEA son: Prematurez y prematuridad extrema,*

exposición ambiental de la madre a toxinas, infecciones graves, Disfunción placentaria, Alteraciones hormonales, estrés durante el embarazo, bajo peso al nacer, hipoxia perinatal, edad materna y paterna mayor a 35 años, hipertensión y diabetes gestacional, amenaza de aborto, parto por cesárea, sufrimiento fetal, trastornos neurológicos familiares y consumo de alcohol y drogas”

En la pregunta ¿Qué conductas presentan los niños con TEA? La maestra JLG, antes del taller su respuesta clasificó en respuestas de desconocimiento indicando “*No lo sé*” Posterior al taller aumentó sus conocimientos sobre las conductas en niños con TEA, pasando a respuestas correctas simples “*Insistencia a realizar siempre lo mismo, no socializa, se aferra a un solo objeto*” La maestra LMB previo al taller su respuesta clasificó como respuestas parcialmente correctas/incorrectas escribiendo “*Conductas que se podrían ver como agresivas por lo mismo que no saben cómo interactuar con los demás*” Posterior al taller cambió a respuestas correctas complejas agregando “*Las manifestaciones clínicas varían mucho entre las personas que lo presentan, así como su funcionamiento intelectual y sus habilidades lingüísticas. Sin embargo, todas ellas comparten características fundamentalmente en dos áreas del desarrollo y del funcionamiento personal: la comunicación e interacción social y la flexibilidad de comportamiento y de pensamiento*”

En la pregunta ¿El TEA implica modificaciones en la estructura en el Sistema Nervioso Central? Cuáles. Las maestras MG y RP antes del taller sus respuestas clasificaron en respuestas de desconocimiento ya que escribieron “*desconozco*” Y “*Consideró que sí, sin embargo, desconozco cuales*” respectivamente. Posterior al taller sus respuestas clasificaron en correctas complejas, debido a que MG escribió “*Alteraciones funcionales en la corteza cerebral, anomalías estructurales en el patrón de conexiones en las columnas corticales y en la estructura de las espinas dendríticas*” y RP escribió “*Son manifestaciones de anomalías en la formación de circuitos y contactos*

sinápticos en regiones cerebrales implicadas en la conducta social, especialmente en la corteza cerebral prefrontal”

En la pregunta Actualmente ¿Cuál es la prevalencia del TEA? Las respuestas de las maestras LVRM y VCG clasificaron en respuestas erróneas antes del taller ya que indicaron “*Poca, tal vez por el nivel no se identifica*” y “*Bastante*” respectivamente. Después del taller las respuestas clasificaron en correctas complejas ya que la maestra LCRM escribió “*1 de cada 160 niños a nivel mundial*” y la maestra VCG indicó como prevalencia que “*Aprox uno de cada 160 niños y niñas*”

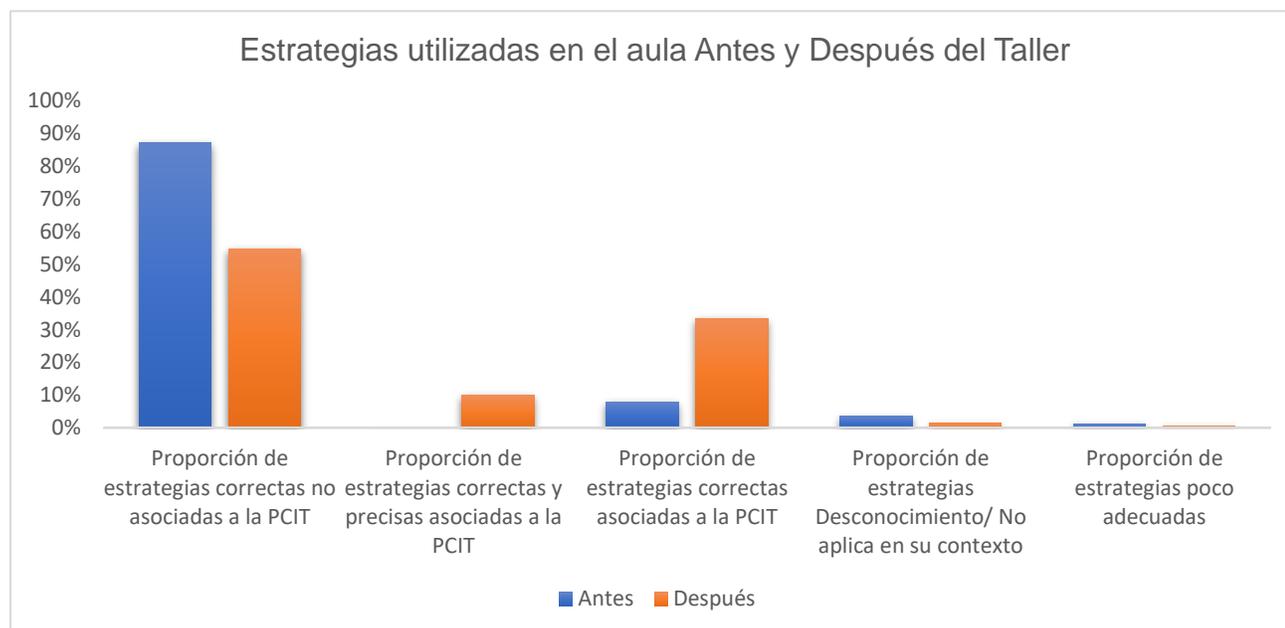
En la pregunta ¿Qué tratamientos del TEA conoces? Las respuestas de las maestras ERM, FMR y AHJ clasificaron en respuestas erróneas indicando “Tomatis” (enfoque natural de estimulación neurosensorial), “médicos administración de jarabes o pastillas. especialistas en el área social y lenguaje.” y “*No hay tratamiento, pues no es algo que se quite*” respectivamente. Después del taller las respuestas de las maestras ERM y FMR clasificaron en respuestas correctas complejas, la maestra ERM escribió “*Programas estructurados y especializados como el PCIT. Terapia de manejo conductual y Terapia cognitivo-conductual*” y la maestra FMR escribió “*farmacológicos (ansiolíticos y antipsicóticos) y psicológicos (TEACCH y PCIT)*” Finalmente, la maestra AHJ cambió a respuestas correctas simples indicando “*Por medicamentos, por alimentación, conducta a través del PCIT*”

En la pregunta ¿Qué barreras enfrentan los niños, niñas con características del TEA dentro del aula? Previo al taller la respuesta de la maestra KRT clasificó en preguntas correctas simples ya que indicó “*Didácticas y en ocasiones actitudinales*” Posterior al taller su respuesta cambió a correctas complejas, ya que agregó aspectos más específicos, escribiendo “*Poca infraestructura dentro de la escuela, ausencia de capacitación y entrenamiento, falta de adaptación a los diferentes estilos de crianza y falta de concientización del trastorno*”

14.5. Resultados del análisis de las respuestas a las preguntas abiertas sobre estrategias

Referente a las estrategias la proporción de estrategias correctas no asociadas a la PCIT, antes del taller fue en promedio de 87.24%, posterior al taller fue de 54.80%. La proporción de estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT antes del taller tuvo un promedio de 0.16% posterior al taller fue de 10%. La proporción de estrategias correctas asociadas a la PCIT de igual manera tuvo un aumento, ya que antes del taller su promedio fue de 7.97%, posterior al taller fue de 33.33. Finalmente, en la proporción de estrategias de desconocimiento o que indican que no aplica a su contexto y estrategias poco adecuadas se observa una disminución, debido a que antes del taller el promedio de estrategias de desconocimiento o en las que expresan que no aplicaba a su contexto era de 3.55% y de las estrategias poco adecuadas era de 1.14%, posterior al taller los promedios fueron de 1.30% y 0.57% respectivamente.

Gráfica 7
Promedio de las estrategias antes y después de la aplicación del taller



Se leyeron y analizaron las respuestas de las maestras a las preguntas abiertas en las que se abordaban las estrategias a utilizar en el aula al trabajar con niños/as con características del TEA. Se presentan aquí cambios que nos parecen representativos del efecto que generó el taller de intervención.

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno presenta cambios de humor?* La maestra CRG previo al taller su estrategia clasificó en estrategias correctas no asociadas a la PCIT ya que indicó *“Intento averiguar a que se puede deber ese cambio, tal vez algo le incomoda en su ropa por ejemplo o tiene sueño o hambre. Posteriormente trato de calmarlo o consolarlo”* Después del taller agregó una estrategia asociada a la PCIT, indicando *“Busco darle tiempo para que se tranquilice ignorando su cambio de humor si fuese negativo”*

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno se frustra con tareas difíciles?* Las maestras KRT y DBP previo al taller sus estrategias fueron correctas no asociadas a la PCIT, debido a que respondieron *“Contamos hasta 10, mientras respira, posteriormente me siento junto a él para apoyarlo”* y *“Tratar de mencionarle que, si puede hacerlo que no se desespere, busco otra alternativa para que pueda hacer las tareas”* respectivamente. Después del taller sus estrategias cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT ya que KRT respondió *“Elogiar etiquetadamente las acciones que ha realizado bien, ignorando lo que quizá le está costando trabajo”* y DBP respondió *“Elogiar al alumno sobre sus capacidades para poder lograr la tarea, intentar apoyar sólo si él me lo permite y entusiasmarlo con sus logros”*

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno no obedece a las normas por sí mismo?* las maestras DBP, KRT, JMH y CRG previo al taller respondieron *“Intento en ocasiones mostrarle por que las normas son importantes en el salón, pero en ocasiones le llamo la atención”, “Establezco acuerdos con él”, “Se hacen actividades para reforzar las normas, se adecuan de acuerdo con las necesidades del grupo, se concientiza a los niños de la importancia de seguir los acuerdos”* y *“Es*

muy complicado en la edad preescolar seguir las reglas o normas de clase, se requiere mucha paciencia con los alumnos, es cuestión de constancia y reglas muy claras. Hay que ser firmes y claros ante todo” respectivamente, estrategias que fueron clasificadas como correctas no asociadas a la PCIT. Después del taller, cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT ya que la maestra DBP respondió *“Regular su conducta por medio del Tiempo fuera , recordando las instrucciones eficaces al realizar una actividad”*, la maestra KRT respondió *“Primero trabajar con CDI para posteriormente trabajar la TCIT de esta manera, el alumno conocerá el procedimiento, y si sigue son obedecer, llevarlo a tiempo fuera”*, la maestra JMH respondió *“Se aplica la técnica de 5 minutos de juego y el tiempo fuera”* y la maestra CRG respondió *“Considero que debo dar las indicaciones con más claridad, repitiendo para ese alumno en particular”*

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno tarda en obedecer las indicaciones?* Previo al taller las respuestas de las maestras DBP, KRT, ESP y CRG se clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Recalco mucho las indicaciones o busco otras palabras para explicarlas”*, *“Establezco acuerdos con él”*, *“Me pregunto, me está entendiendo, que necesita hacer, es la forma adecuada de transmitirlo para que lo comprenda”* y *“Hay que tratar de que todos los chicos vayan en la mayoría contigo en las indicaciones que se van dando, hay que esperar y no dejarlo atrás”* respectivamente. Posterior al taller las respuestas de las maestras se clasificaron en estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT ya que la maestra DBP escribió *“Esperar, ignoro de manera selectiva las conductas que no son correctas y realizar la atención estratégica cuando si me ha seguido las indicaciones”*, la maestra KRT escribió *“Esperar los 5 segundos, si no obedece, señalar con la mano lo que queremos que hace, si aún no lo hace llevarlo a tiempo fuera”*, la maestra ESP escribió *“Se considera incumplimiento, se le otorga un tiempo para cumplir la indicación, se da una advertencia”* y la maestra CRG escribió *“Repetir la indicación a ese alumno de forma más sencilla y clara”*

En la pregunta ¿Qué haces cuando un alumno tiene dificultades para permanecer en una tarea? Previo al taller las respuestas de las maestras DBP, KRT, ESP y CRG clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Busco alternativas para que pueda realizarla”, “Le pido que realice el ejercicio por partes, realiza una parte y puede salir a dar una vuelta o utilizar material, mientras yo trabajo con otro alumno, posteriormente, regreso con él”, “Cambiarle la dinámica, la cantidad es adecuada, el tiempo, el material, que puedo hacer”* y *“Prefiero darle unos minutos para que camine por el aula o vaya al baño para que trate de continuar con su tarea”* respectivamente. Posterior al taller las respuestas de las maestras clasificaron en estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT ya que la maestra DBP escribió *“apoyarlo con instrucciones eficaces, elogios, describir lo que ha hecho cuando está haciendo la tarea, entusiasmarse”*, la maestra KRT escribió *“Comenzar con instrucciones sencillas y posteriormente ir aumentando la dificultad y el tiempo”*, la maestra ESP escribió *“Promover tiempo de juego especial, aplicar EPIDE por tiempo de 5 min. en trabajo uno a uno, favorecer mecanismos de vinculación maestro alumno. atención estratégica a aquellas actividades a favorecer, ignorar la que queremos disminuir”* y la maestra CRG escribió *“Utilizar el tiempo fuera para lograr poco o poco logre cumplir con sus tareas”*

En la pregunta ¿Qué haces cuando un alumno se distrae con facilidad? Previo al taller las respuestas de las maestras DBP, CRG, KRT y ESP clasificaron en estrategias no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Sinceramente me he desesperado cuando esto pasa, pero he intentado buscar su atención agregando cosas a la actividad como canciones, imágenes, tonos de voz. También intento desmenuzar o hacer las actividades más prácticas y rápidas para alumnos que se distraen”, “Buscar llamar su atención, con un cambio de voz, acercándome a su lugar y tocando su hombro o acercándolo a mi lugar para tenerlo más observado”, “Intento incluirlo en la clase, haciéndole preguntas o pidiendo que participe”* y *“Buscar que aspectos le son interesantes, para*

buscar atraer su interés, pero no aquello que lo limite, o lo aislé más” Posterior al taller sus estrategias cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT debido a que DBP respondió *“En ocasiones aún me desespera esto, pero comienzo a atraer su atención elogiando sus capacidades y logros, me apoyo en el alumno para hacer otras actividades o que me ayude en algo.”*, la maestra CRG escribió *“motivarlo y elogiarlo para que logre interés en terminar la tarea”*, la maestra KRT escribió *“Trabajar con instrucciones sencilla y elogiar etiquetadamente, para que él se percate que si logra cumplir con una tarea, es recompensado”* y la maestra CRG escribió *“Revalorar la actividad, a tareas más simples, que pueda cumplir, utilizar la estrategia de juego especial, buscando el incremento de los tiempos de atención, utilizar frases sencillas, generar ambiente propicio, ser consistente en las estrategias, favorecer la estructura”*

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno se pelea con otros estudiantes?* las respuestas de las maestras DBP, ESP y LLM previo al taller se clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Intento conocer el contexto previo de por qué se pelearon, trato de que reconozcan su error y se disculpen entre sí”*, *“Separarlos, conocer la situación, observar, regular, reforzar hábitos de conducta social, elementos difíciles para ellos, si no comprenden o regulan sus frustraciones o no logran comunicarse”* y *“Es importante que ellos observen si lo que hizo sea buen o mal comportamiento, y que reconozca sus sentimientos, practicar con él diferentes situaciones para que el niño aprenda con el tiempo a decidirse por el comportamiento y la emoción adaptada en cada situación”* respectivamente. La maestra KRT antes del taller clasificó en estrategias de desconocimiento o en las que indican que no aplica en su contexto, respondiendo *“No ha sucedido”*. Posterior al taller sus estrategias cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT debido a que la maestra DBP respondió *“Hablar con él estudiante , reforzar sus cualidades y características positivas, intentando buscar una solución antes de aplicar el tiempo fuera”*, la maestra ESP escribió *“Si los niveles de agresión ponen en*

riegos la seguridad de los demás es necesario sacarlo del escenario rápidamente, haciéndolo pasar un tiempo fuera donde se ignora su mala conducta”, la maestra KRT escribió “Ignorar la conducta negativa y apoyarnos de otro compañero para indicar y elogiar la conducta positiva” y la maestra LLM escribió “Apoyarle a mejorar sus habilidades sociales a través del proceso y entrenamiento PCIT, entrenamiento progresivo y si es posible tiempo fuera”

En la pregunta ¿Qué haces cuando un alumno hace ruidos en clase? Previo al taller las respuestas de las maestras DBP, ESP, KRT y JMH clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Pregunto quién hace los ruidos, por que los hace. Me voy específicamente con ese estudiante para saber por qué está haciendo ruido”, “En etapas tempranas es bien difícil, lloran, golpean cosas, hacen ruidos, y tratamos de pedirles un poco de silencio con señas convencionales, ya que aun estando trabajando, llegan a desconcertar al grupo, muchas veces es el grupo quien maneja niveles de tolerancia ante sus palmadas continuas o sonidos diversos”, “Dejo que los realicen, por lo general, a pesar de esos ruidos, prestan atención, si es que el ruido es muy alto, le pido que baje un poco su voz” y “Busco un espacio en la planeación para que todos tengamos un espacio libre para realizar ruidos. (máximo 10 minutos)”*. Posterior al taller sus estrategias cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT debido a que la maestra DBP respondió *“Ignorar de manera selectiva y poder aplicar la atención estratégica a otras cualidades positivas de él”*, la maestra ESP escribió *“Ignorar la conducta y elogiar las actividades de los demás, centrando la atención en otro tipo de actividades, elogiando el cumplimiento si disminuye la actividad”*, la maestra KRT escribió *“Ignorar la conducta negativa y apoyarnos de otro compañero para indicar y elogiar la conducta positiva”* y la maestra JHM escribió *“Se ignora la conducta y cuando muestre un comportamiento positivo se elogia”*

En la pregunta ¿Qué haces cuando un alumno se le dificulta seguir turnos? Las maestras CRG y DBP antes del taller sus respuestas clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la

PCIT debido a que indicaron *“Pues por lo general interrumpe a sus compañeros y hay que indicarle la importancia de escuchar también a los compañeros que participan”* y *“Menciono que tendrá su turno pero que debe esperar a los demás o a los que ya estaban formados”* Posterior al taller sus estrategias cambiaron a estrategias correctas y precisas asociadas a la PCIT debido a que la maestra CRG respondió *“Ser más firme y clara en las indicaciones para con ese niño”* y la maestra DBP respondió *“Recordar las reglas de cumplimiento y normas de clase, elogiar cuando ha conseguido seguir los turnos, aplicar tiempo fuera en caso de incumplir”*

En la pregunta *¿Qué haces cuando un alumno realiza preguntas repetitivas?* La respuesta de la maestra DBP previo al taller clasificó en estrategias poco adecuadas ya que respondió *“Le resuelvo su pregunta, pero si he llegado a desesperarme por las preguntas me ha pasado con mi hija”*, a su vez las respuestas de las maestras CRG y ESP clasificaron en estrategias correctas no asociadas a la PCIT debido a que respondieron *“Hacerle saber que esa pregunta ya la respondimos y continuar las actividades”* y *“Contestar y centrarlo en el tema o actividad”*, respectivamente. Posterior al taller las maestras cambiaron sus estrategias a correctas y precisas, ya que la maestra DBP respondió *“Reforzar las actitudes positivas en el alumno e ignorar las preguntas repetitivas”*, la maestra CRG respondió *“De primera vez respondo las preguntas, después ignoro selectivamente e intento aplicar las habilidades EPIDE para reforzar cuando no ha hecho estas preguntas repetitivas”* Y la maestra ESP respondió *“Mantener una actitud neutral, responder en un primer momento, favorecer el regreso a las indicaciones iniciales”*

14.6. Resultados del análisis de las transcripciones de las sesiones virtuales

Se transcribieron las grabaciones de las sesiones virtuales del taller con la finalidad de identificar el efecto que tuvo la intervención. Las transcripciones se dividieron en iniciales (de la 1ra a la 4ta sesión) intermedias (de la 5ta a la 8va sesión) y finales (de la 9na a la 12va sesión).

Se identificó que en las sesiones iniciales las docentes cuestionaban constantemente la información proporcionada, a su vez los temas abordados con relación a los conocimientos sobre el TEA eran desconocidos por ellas, por lo que se consideró conveniente esclarecer constantemente las dudas que surgían. Al inicio de las sesiones se les indicaba a las docentes que pensarán en un alumno en específico para que trabajaran las habilidades con ese niño y con ello ir llevando a la práctica la información. Compartimos aquí algunas de las participaciones que nos parecen representativas del conjunto de sesiones iniciales, la maestra RP indicaba *“Pienso en el niño y cada vez lo veo más complejo, de manera virtual se complica, estoy hablando de un chiquito de nuevo ingreso al CAM, donde el niño no te tolera escasamente unos minutos frente a la pantalla, además hay que considerar que la mayoría de nuestros alumnos se conectan a través de un teléfono, para ellos es más complejo porque el tamaño de la pantalla es pequeño, te decía este chiquito es de nuevo ingreso, estaba en un preescolar regular, pero desde que nos fuimos a virtual, el ya no fue atendido en el preescolar y tiene conductas, que puede estar tranquilo como ausente, de momentos de que se altera, lo pienso y lo veo complejo en el sentido de cuando hablas de ciertos materiales que tendría que tener la mamá en casa, tendríamos que tener nosotros, porque estamos de manera virtual, lo pienso y lo veo complejo por los materiales, por el tiempo, la tolerancia, la pantalla, ahora se me complica”*.

En las sesiones intermedias se fueron identificando cambios en la maestra RP y en otras profesoras. RP comentó *“Este chico del CAM no tiene escolaridad previa. Antes tenía conductas problemáticas, ahorita ya está medicado, y te mantiene un poco, se observa que le interesan juegos como columpio, ventilador, cosas con movilidad. Está en turno vespertino, pienso que pudiera aplicarlo antes de que entre, porque después, cuando está en clase, está inquieto, no se mantiene sentado, le da un vistazo al teléfono, se va, anda por la habitación, donde toma la clase y anda”*. Mientras que la maestra MG indicó *“Estoy poniendo en práctica las habilidades EPIDE, empezando*

por los 5 minutos de juego especial y realmente he visto un cambio en la relación que tenía con mi alumno, ya permanece más tiempo en las actividades y se mantiene en su lugar en los 5 minutos en los que estamos jugando”. Por lo que consideramos que empezaba a mostrarse mayor apertura.

Finalmente, en posteriores sesiones la docente RP muestra mayor interés y apertura en llevar a cabo las habilidades EPIDE, ya que va identificando en qué momento usarlas en el alumno con el que está trabajando, comenta *“Pudiéramos decir que es como gradual y depende como se dé la situación con los niños. Con el pequeñito que te comentaba, se podría iniciar las primeras acciones del juego, con la parte de elogiar y si vamos teniendo respuesta, pasar a la siguiente habilidad, dependiendo las condiciones. Pudiera ser, primero elogiamos, después parafraseamos o aplicamos todas las habilidades en los 5 minutos de juego”*.

Al finalizar el taller se tuvo el reconocimiento de algunas docentes por la aplicación y los temas abordados dentro del taller, mostrando agrado e interés por continuar con la formación sobre la PCIT y haciendo hincapié de la importancia de llevarlo a cabo de manera presencial. La maestra AHG indicó *“Quiero agradecer a ustedes por que la verdad que aprendí bastante, el plan que tenemos en la USAER está en implementar la PCIT con unos compañeros, de trabajarla un poco más, de empaparnos bien toda la USAER, para poderlo trabajar con nuestros chicos, ya que se ha identificado que en la USAER se cuenta con 8 chiquillos con algún trastorno del Neurodesarrollo y la propuesta es poderla implementar y empezarla a trabajar con los maestros”*. La maestra Rosalba comentó *“Quiero agradecer el espacio de actualización, organización e información. Se me complicó la educación a distancia, me gustaría aplicarlo en presencial, estoy en la función directiva, la distancia si es un poco complicada, sin embargo, en la cuestión presencial, la información va ser muy funcional. En sesión presencial poder continuar con las asesorías, me gustaría que le diéramos seguimiento”*.

15. Discusión

El principal objetivo de esta investigación fue conocer la eficacia de un taller basado en la PCIT para brindar conocimientos y estrategias a profesores de educación especial y regular para intervenir con niños y niñas con características del TEA. Nuestros principales resultados fueron que el número de problemas de conducta percibidos por las maestras disminuyeron, que las maestras incluyeron en su lenguaje palabras asociadas a los conocimientos y estrategias que se les brindaron durante el taller, y que la mayoría cambiaron de conocimientos correctos sencillos a conocimientos correctos complejos acerca del TEA y de estrategias correctas a estrategias correctas asociadas a la PCIT.

El análisis estadístico mostró que la percepción de las docentes respecto al número de conductas problemáticas disminuyó después de la aplicación del taller. Esto nos indica que las conductas problemáticas, en un inicio mostraban una dificultad para las maestras. Posterior al taller, la percepción de las docentes ante esas conductas disminuyó significativamente, es decir, su percepción acerca de las conductas disruptivas cambió en un sentido positivo, incrementando su atención positiva ante las situaciones problemáticas que se dan en el aula. Podríamos decir que los resultados coinciden con uno de los objetivos de la PCIT/TCIT que es mejorar el uso de la atención estratégica para la atención y prevención de problemas de conducta (Bodiford, M. C., & Hembree Kigin, T. L, 2011), enseñando al profesor a enfocar su atención en el buen comportamiento del alumno, favoreciendo que los comportamientos pro sociales sean mostrados por los niños con mayor frecuencia. Estos resultados coinciden por los encontrados por Lyon y colaboradores (2009) quienes aplicaron un taller de entrenamiento en vivo con 12 maestros y reportaron entre sus resultados que los participantes Incrementaron sus habilidades de atención positiva hacia los niños después del entrenamiento (Lyon et al., 2009).

La disminución en la percepción de la intensidad de conductas problemáticas después de la aplicación del taller no fue estadísticamente significativa. Podemos decir que consideramos que esta tendencia podría convertirse en una diferencia significativa si: se hubiera tenido una muestra más amplia, si se hubieran tenido sesiones de entrenamiento de las habilidades de forma presencial, si las maestras hubieran tenido contacto directo con sus alumnos para aplicar lo que estaban aprendiendo. Recordemos que Estas características suelen ser las características de la aplicación típica de la PCIT y la TCIT.

El número de maestras que señalaron como problemáticas las conductas exploradas en el SESBI cambiaron dependiendo del tipo de conducta. En las conductas relacionadas al desarrollo emocional, y al desarrollo cognitivo, se identificó un aumento. Mientras que en las conductas relacionadas al desarrollo social y las conductas disruptivas se identificó una disminución. Esto puede explicarse recordando que el principal propósito de la PCIT es disminuir el número de conductas disruptivas y mejorar la relación maestro-niño, y podríamos decir que hasta ahora no se ha planteado con el objetivo de mejorar las capacidades cognitivas o específicamente emocionales, aunque empieza a haber evidencia de que la PCIT puede ser coadyuvante en esas áreas. (Bodiford & Hembree-Kigin, 2011). Este resultado, además, genera nuevas preguntas de investigación, por ejemplo, ¿Por qué el número de maestras que señalan las conductas relacionadas con el desarrollo cognitivo y emocional aumentaron? Una hipótesis que podría probarse es si el acceso al taller permitió a las maestras hacer una observación más detallada de los procesos cognitivos y emocionales de sus alumnos/as dando como resultado la identificación de problemáticas en estas áreas.

El análisis de las respuestas abiertas a las preguntas de conocimientos sobre el TEA permitió identificar que antes del taller, la mayoría de las maestras expresaban conocimientos correctos pero sencillos y después del taller conocimientos correctos, pero ahora expresados en respuestas

complejas. Esto indica que las docentes adquirieron conocimientos más profundos sobre el TEA acerca de su definición, de las características, de las causas, las conductas, de las modificaciones en la estructura del Sistema Nervioso Central, sobre sus bases neurobiológicas, sobre la prevalencia, sobre los tratamientos y las barreras que enfrentan las niñas y niños con características de TEA dentro del aula. Pensamos que esto podría implicar que las posibilidades de las maestras de detectar de forma oportuna alumnos/as con características de TEA aumentó y se hizo más precisa. Si tomamos en cuenta que nuestra población se compuso de maestras de niveles iniciales, preescolares y del 1er y 2do ciclo de primaria, consideramos que esto puede tener un impacto importante en la evaluación y detección temprana del TEA, como se indican en los estudios de Zwaigenbaum y colaboradores (2021). La identificación temprana del trastorno del espectro autista (TEA) es necesaria para asegurar que los niños puedan acceder a intervenciones especializadas optimizando los resultados a largo plazo, disminuyendo situaciones estresantes que experimentan las familias previo al diagnóstico. A su vez, se ha encontrado que los programas e intervenciones tempranas que involucran la participación activa de los padres, los cuidadores y educadores como coterapeutas pueden tener un impacto positivo en los niños con sospecha o diagnóstico temprano de TEA (Zwaigenbaum et al., 2021)

Algunas de las razones por las que consideramos positivo que las estrategias de intervención de las maestras participantes incluyan elementos de la PCIT/TCIT son: La PCIT/TCIT es una terapia con evidencia empírica que prueba su eficacia en poblaciones neurotípicas y con alteraciones en el neurodesarrollo. Por ejemplo: La asociación Estadounidense de Psicología ha identificado pocas intervenciones como eficaces en los problemas de conducta, específicamente relacionado con TEA como el ABBA y el EIBI enfocados a enseñar a los niños comportamientos sistematizados utilizando los principios del aprendizaje operante, demostrando ser eficaces en cuanto a la adaptación de los niños en sus diversos contextos, en la comunicación social y en la reducción de

comportamientos problemáticos (Papadopoulos, 2020). Sin embargo, son estrategias que involucran un tiempo prolongado, son costosas, las enseñanzas de las habilidades son generalizadas y el trabajo es enfocado al niño específicamente, disminuyendo la participación de la familia. La PCIT hasta el momento, ha demostrado ser una intervención accesible y donde la familia es involucrada en las fases de enseñanza y entrenamiento, a su vez, la evidencia demuestra que su aplicación reduce los comportamientos reductivos en los niños, mejora el comportamiento social y fortalece la interacción de calidad y consistencia con los padres (Parladé, et al., 2019). Atendiendo a las necesidades específicas de cada familia (Zlomke & Jeter, 2019).

Se ha identificado que las docentes cambiaron eficazmente sus estrategias ligadas a la TCIT para su intervención inmediata ante las conductas problemáticas, disruptivas y desadaptativas producidas dentro del aula, encontrado que previo al taller, las estrategias utilizadas en su mayoría eran estrategias no asociadas a la PCIT, iban enfocadas a resoluciones pedagógicas generales. Posterior al taller, se observa un aumento en la expresión de estrategias asociadas a la PCIT, precisando cada una de las habilidades que se manejan dentro de la terapia. Esto puede significar que las maestras participantes interiorizaron algunas de las habilidades que se sugieren en la terapia. identificándolas favorablemente en cada una de las problemáticas que se les pudiera presentar. Estos resultados nos indican que participar en un taller basado en la PCIT ha favorecido a las maestras en la obtención de conocimientos más detallados y específicos, y de estrategias de intervención con mayor eficacia. Lo que coincide con lo encontrado por Garbacz y colaboradores que en el 2014 desarrollaron un estudio de efectividad de la TCIT en niños de 2 a 3 años con evaluaciones pre y postratamiento, así como de seguimiento a los tres meses posteriores. Los investigadores encontraron un aumento en el uso de habilidades EPIDE por parte de los profesores, satisfacción al usar la terapia y mejora en el comportamiento de los alumnos/as (Garbacz et al. 2014). En un estudio realizado por Bagner y Eyberg en el 2007 en el que se trabajó con niños con discapacidad intelectual,

se reportó que posterior a la intervención los niños mostraron puntajes más altos en el seguimiento de instrucciones y sus madres reportaron menos conductas disruptivas, simultáneamente, las madres mejoraron su uso de las habilidades de juego (Bagner & Eyberg, 2007). Otro estudio realizado por Funderburk y colaboradores en el 2015 investigaron la eficacia de la PCIT, compararon los resultados de los pacientes mediante vía telefónica y en video en vivo. La investigación se llevó a cabo con 80 terapeutas y 330 familias de niños con problemas de conducta. Los resultados encontrados indicaron diferencias significativas antes y después del tratamiento medido mediante el ECBI, es decir, los problemas de conducta disminuyeron. (Funderburk et al., 2015).

En cuanto a la TCIT se ha demostrado su eficacia. En los estudios realizado por McIntosh y colaboradores en el 2000 sobre un caso único en una niña de 2 años con conductas disruptivas hacía su profesor, aplicando la Terapia de Interacción Maestro- Alumno, indicaron un incremento de uso de las habilidades EPIDE por parte del profesor y las conductas disruptivas de la menor disminuyeron significativamente, así mismo amentó el cumplimiento por parte de la estudiante y disminuyó (McIntosh, Rizza & Bliss, 2000).

La aplicación de esta terapia en problemas de conducta en la infancia es el área más fructuosa, los resultados de la actual investigación nos indican que el entrenamiento brinda y da a conocer estrategias específicas, cortas y eficaces al profesional educativo, convirtiendo a los docentes en terapeutas dentro de su intervención áulica, por lo que permite contar con orientaciones intervenciones psicoeducativas eficaces favoreciendo a la diversidad, así como a la igualdad de oportunidades para los estudiantes con características de TEA.

16. Limitaciones del estudio

Se recomienda continuar con la línea de investigación considerando el entrenamiento en vivo como se lleva a cabo la PCIT y TCIT para obtener resultados de mayor significancia, ya que

como se observó en el estudio, derivado de la contingencia Covid-19, 10 de las 12 sesiones aplicadas fueron virtuales lo que limita los efectos que el entrenamiento pudiera tener al ser presencial.

Otra limitación detectada es la redacción de algunas de las preguntas relacionadas con el TEA, lo que ocasionó que algunas respuestas de las docentes fueran repetitivas en más de una pregunta.

17. Conclusiones

- Un taller psicoeducativo basado en la PCIT permite disminuir la percepción del número de conductas problemáticas después de su aplicación.
- La disminución en la percepción de la intensidad de conductas problemáticas no es significativa después de la aplicación de un taller basado en la PCIT.
- Las maestras que asisten a un taller psicoeducativo basado en la PCIT cambian de conocimientos correctos pero sencillos a conocimientos profundos y adecuados sobre el TEA.
- Las maestras que asisten a un taller basado en la PCIT cambian de estrategias no asociadas a la PCIT a estrategias correctas asociadas a la PCIT, precisando cada una de las habilidades que se manejan dentro de la terapia.

18. Anexos

18.1. Anexo 1

7.1. Inventario de Conducta para profesores

SESBI-R

Iniciales del Profesor/a _____

Iniciales del centro escolar _____

Fecha actual _____

Curso o grado que imparte _____

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene como propósito identificar la información con la que cuentan los profesores sobre el TEA y las estrategias que utilizan, agradecemos la honestidad de tus respuestas.

1. ¿Qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA)?	
2. ¿Cuáles son las características del TEA?	
3. ¿Qué síntomas se presentan en el TEA?	
4. ¿Cuáles son las causas del TEA?	
5. ¿Qué conductas presentan los niños con TEA?	
6. ¿El TEA implica modificaciones en la estructura del Sistema Nervioso Central? Cuáles	
7. ¿Cuáles son las bases neurobiológicas del TEA?	
8. Actualmente ¿Cuál es la prevalencia del TEA?	
9. ¿Qué tratamientos del TEA conoces?	

18.2. Anexo 2

10. ¿Qué barreras presentan los niños y niñas on características del TEA dentro del aula?	
11. ¿Qué haces cuando un alumno presenta cambios de humor?	
12. ¿Qué haces cuando un alumno se enfada?	
13. ¿Qué haces cuando un alumno provoca o fastidia a otros niños?	
14. ¿Qué haces cuando un alumno se frustra con tareas difíciles?	
15. ¿Qué haces cuando un alumno no obedece a las normas por sí mismo?	
16. ¿Qué haces cuando un alumno se enoja cuando las cosas no salen como él quiere?	
17. ¿Qué haces cuando un alumno tarda en obedecer las indicaciones?	
18. ¿Qué haces cuando un alumno te interrumpe?	
19. ¿Qué haces cuando un alumno tiene dificultades para permanecer en una tarea?	
20. ¿Qué haces cuando un alumno tiene dificultades para permanecer en el grupo?	
21. ¿Qué haces cuando un alumno se distrae con facilidad?	
22. ¿Qué haces cuando un alumno no finaliza tareas o proyectos?	

23. ¿Qué haces cuando un alumno te falta al respeto?	
24. ¿Qué haces cuando un alumno tiene discusiones con otros estudiantes?	
25. ¿Qué haces cuando un alumno se muestra nervioso?	
26. ¿Qué haces cuando un alumno se pelea con otros estudiantes?	
27. ¿Qué haces cuando un alumno hace ruidos en clase?	
28. ¿Qué haces cuando un alumno lleva a cabo una discusión acerca de las normas e indicaciones?	
29. ¿Qué haces cuando un alumno interrumpe a otros estudiantes?	
30. ¿Qué haces cuando un alumno hace ruidos constantes?	
31. ¿Qué haces cuando un alumno se le dificulta seguir turnos?	
32. ¿Qué haces cuando un alumno pierde las cosas que necesita para las actividades de la escuela?	
33. ¿Qué haces cuando un alumno está inquieto en el asiento?	
34. ¿Qué haces cuando un alumno no escucha y no sigue las indicaciones?	
35. ¿Qué haces cuando un alumno es susceptible o fácilmente irritable?	

36. ¿Qué haces cuando un alumno tiene dificultades para prestar atención?	
37. ¿Qué haces cuando un alumno muestra dificultades para permanecer sentado?	
38. ¿Qué haces cuando un alumno presenta apego excesivo a objetos?	
39. ¿Qué haces cuando un alumno realiza preguntas repetitivas?	
40. ¿Qué haces cuando un alumno presenta falta de interés por las personas de su entorno?	

Instrucciones: El siguiente cuestionario tiene como propósito identificar qué tanto representa para tí un problema una serie de conductas que enlistamos, selecciona con una X el número que te identifique, siendo 1 nunca, 2, raras veces, 3 alguna vez, 4 a menudo y 5 siempre. Agradecemos la honestidad de tus respuestas.

Que tanto representa para tí un problema cuando:

41. Un alumno presenta cambios de humor	1	2	3	4	5
42. Un alumno se enfada	1	2	3	4	5
43. Un alumno provoca o fastidia a otros niños	1	2	3	4	5
44. Un alumno se frustra con tareas difíciles	1	2	3	4	5
45. Un alumno no obedece a las normas por sí mismo	1	2	3	4	5
46. Un alumno se enoja cuando las cosas no salen como él quiere	1	2	3	4	5
47. Un alumno tarda en obedecer las indicaciones	1	2	3	4	5
48. Un alumno te interrumpe	1	2	3	4	5
49. Un alumno tiene dificultades para permanecer en una tarea	1	2	3	4	5
50. Un alumno tiene dificultades para permanecer en el grupo	1	2	3	4	5
51. Un alumno se distrae con facilidad	1	2	3	4	5

52. Un alumno no finaliza tareas o proyectos	1	2	3	4	5
53. Un alumno te falta al respeto	1	2	3	4	5
54. Un alumno tiene discusiones con otros estudiantes	1	2	3	4	5
55. Un alumno se muestra nervioso	1	2	3	4	5
56. Un alumno se pelea con otros estudiantes	1	2	3	4	5
57. Un alumno hace ruidos en clase	1	2	3	4	5
58. Un alumno lleva a cabo una discusión acerca de las normas e indicaciones	1	2	3	4	5
59. Un alumno interrumpe a otros estudiantes	1	2	3	4	5
60. Un alumno hace ruidos constantes	1	2	3	4	5
61. Un alumno se le dificulta seguir turnos	1	2	3	4	5
62. Un alumno pierde las cosas que necesita para las actividades de la escuela	1	2	3	4	5
63. Un alumno está inquieto en el asiento	1	2	3	4	5
64. Un alumno no escucha y no sigue las indicaciones	1	2	3	4	5
65. Un alumno es susceptible o fácilmente irritable	1	2	3	4	5
66. Un alumno tiene dificultades para prestar atención	1	2	3	4	5
67. Un alumno muestra dificultades para permanecer sentado	1	2	3	4	5
68. Un alumno presenta apego excesivo a objetos	1	2	3	4	5
69. Un alumno realiza preguntas repetitivas	1	2	3	4	5
70. Un alumno presenta falta de interés por las personas de su entorno	1	2	3	4	5

18.3. Anexo 3

Inventario de Conducta para profesores

SESBI-R

Iniciales del profesor/profesora

Tu respuesta

Iniciales del centro escolar

Tu respuesta

Fecha actual

18.4. Anexo 4



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



ORO
ORGULLO
MX

Consentimiento informado para participantes

Por medio de la presente, bajo protesta de decir la verdad, declaro que he sido informado/a y doy mi consentimiento de que yo: _____ participaré de un taller basado en la PCIT para aumentar y mejorar los conocimientos y estrategias de los profesores de educación especial y regular para detectar e intervenir con niñas y niños con características del TEA y los resultados del taller serán utilizados en la investigación denominada: **"Análisis de la eficacia de un taller para profesores basado en la Terapia De La Interacción Padres Hijos / Parent Child Interaction Therapy sobre conocimientos y estrategias de trabajo con niños con características del Trastorno Espectro Autista"**. La información recabada mediante el taller y los resultados generados de este estudio serán estrictamente confidenciales y solamente serán utilizados con fines académicos. La investigadora se compromete a salvaguardar la identidad, los datos y la información surgida de dicha investigación y que no sea usada para otros fines distintos que los aquí expresados.

Mi participación a lo largo del estudio es voluntaria y no remunerada, sin embargo, al término del taller se me otorgará una constancia por mi participación activa en el mismo.

En caso de tener dudas respecto a esta información, puedo contactarme con la investigadora responsable Lic. Marina Isabel Jiménez Licón, correo electrónico

isabelina1807@gmail.com

marina.jimenezl@usebq.edu.mx

mjimenez114@alumnos.uaq.mx



FACULTAD DE
PSICOLOGÍA



ORO
ORGULLO
MX

MEDIANTE LA PRESENTE MANIFIESTO QUE HE SIDO INFORMADO(A) SOBRE LOS PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN, QUE COMPRENDO LOS ALCANCES Y FINES DE LA MISMA, QUE HAGO EXPLÍCITO MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN Y QUE SE ME GARANTIZA LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE MIS DATOS, ASIMISMO, QUE LOS RESULTADOS DE "LOGRAR GENERAR APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS EN LOS DOCENTES DE LA COMUNIDAD ESCOLAR, DESARROLLANDO AMBIENTES DE CONOCIMIENTOS PREVIOS, Y OTORGANDO LAS ESTRATEGIAS NECESARIAS PARA SU INTERVENCIÓN ESCOLAR" SEAN UTILIZADOS SÓLO PARA LOS FINES QUE AQUÍ SE EXPRESAN.

Nombre (o pseudónimo) y firma del participante:

Nombre y firma de la investigadora:

Lugar y fecha del taller:

Nombre y Firma de Testigo: _____

19. Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Agrawai, C., C Rao, S., Bulsara, M., & Patole, S. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Preterm Infants: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 142(3).
- Albores, G., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J., & Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo, una discusión. *31*(1).
- Anzaldo-Montoya, M. & Cruz-Ruíz, L. P. (2019). Capacidades científicas en el Trastorno del Espectro Autista en México: reflexiones desde el vínculo entre ciencia, tecnología e innovación y políticas sociales. *Ciencia y Sociedad*, 44(1), 12-26.
- Arberas, C., & Ruggieri, V. (2019). Autismo. Aspectos Genéticos Y Biológicos. *Autismo. Clínica Y Etiología* 17, 79(Supl I), 16-21.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 32(115), 567-587.
- Bacon, E., Moore, A., Lee, Q., Carter, K., Courchesne, E., & Pierce, K. (2020). Identifying prognostic markers in autism spectrum disorder using eye tracking. *SAGE Journals*, 24(3).
- Baio, J. (30 de March de 2012). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008*. Obtenido de Centers for Disease Control and Prevention: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm?s_cid=ss6103a1_w
- Baker, J. K., Fenning, R. M., Erath, S. A., Baucom, B. R., Moffit, J. & Howland, M. A. (2018). Sympathetic Under-Arousal and Externalizing Behavior Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Abnorm Child Psychol*, 46(4), 895–906.
- Ballester, A. (2006). Del entrenamiento al entrenamiento metodológico conjunto. *EduSol*, 6(16), 25-35.
- Bhandari, R., Paliwal, J., & Kuhad, A. (2020). *Neuropsychopathology of Autism Spectrum Disorder: Complex Interplay of Genetic, Epigenetic, and Environmental Factors*. Obtenido de SpringerLink: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-3-030-30402-7_4
- Blanchart, J., & al, e. (2019). La formación docente ante el trastorno del espectro autista. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 8(2), 59-66.
- Bodiford-McNeil, C., Hembree-Kigin, T. L., Sheila, E., Newcomb, K., & Funderbuk, B. (1991). Parent-Child Interaction Therapy With Behavior Problem Children: Generalization of Treatment Effects to the School Setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 140-151.

- Bodiford, M. C., & Hembree-Kigin, T. L. (2011). *Parent-Child Interaction Therapy*. New York: Springer.
- Carlsson, T., Molander, F., Taylor, M., Jonsson, U., & Bölte, S. (2020). Early environmental risk factors for neurodevelopmental disorders – a systematic review of twin and sibling studies. *Development and Psychopathology*, 1–48.
- Castellano, F. (2017). *Correlatos Estructurales De Las Alteraciones Cognitivas En Niños Con Tea*. Castellón: Universitat Jaume I.
- Castillo, A., & Grau, C. (2016). Conductas disruptivas en el alumnado con TEA: estudio de un caso. *ENSAYOS ,Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 31(2).
- Chiaroti, F., & Venerosi, A. (2020). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders: A Review of Worldwide Prevalence Estimates Since 2014. *Brain Sci.*, 10(5), 274.
- Contreras, P. (2018). Trastorno del Espectro Autista TEA. *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(1/2), 114-121.
- Courchesne, E., Gazestani, V., & Lewis, N. (2020). Prenatal Origins of ASD: The When, What, and How of ASD Development. *Trends in Neurosciences*, 43(5), 326-342.
- Courchesne, E., Mouton, P., Calhoun, M., Semendeferi, K., Ahrens-Barbeau, C., Hallet, M., . . . Pierce, K. (2011). Neuron Number and Size in Prefrontal Cortex of Children With Autism. *JAMA*, 306(18), 2000-2010.
- Díaz, M. (2014). *La importancia de la capacitación de los docentes de educación básica para alcanzar la calidad educativa: en el caso de México*. Ciudad de México: Universidad Pedagógica Nacional.
- Fernández, M., Mollinedo-Gajate, I., & Peñagarikano, O. (2018). Neural Circuits for Social Cognition: Implications for Autism. *NEUROSCIENCE*, 148-162.
- Fitzpatrick, S., Srivorakiat, L., Wink, L, Pedapati, E., & Erickson, C. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat.*, 12, 1525–1538.
- Flores, J. (2018). Intervención Educativa En Alumnos Con Autismo En El Centro De Atención Multiple Número 3 De Pachuca Hidalgo. *Instituto De Ciencias Sociales Y Humanidades, Área Académica De Las Ciencias De La Educación, Especialidad En Docencia*. PACHUCA, HIDALGO.
- Fombone, E., Marcin, C., Manero, A., Bruno, R., Díaz, C., Villalobos, M., . . . Nealy, B. (2016). *Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey*. Obtenido de SpringerLink: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-016-2696-6>
- Giraldo, L., Restrepo, F., & Arboleda, V. (2018). Trastorno del espectro autista, electroencefalografía y neuronas espejo. *Acta Neurológica Colombiana*, 34(3), 215-222.

Giuseppe, I. (1985). *Hacia una didáctica general dinámica* (3ra ed.). Buenos Aires: Kapelusz.

Green, G. (1996). Early behavioral intervention for Autism: What does the research tell us? In C. Maurice, G. Green, & S. C. Luce (Eds.), *Behavioral intervention for young children with autism* (pp. 29–44). Austin, TX: PRO-ED.

Gordillo, F., Mests, L., Pérez, M., & Arana, J. (2019). El Cerebro Social En El Autismo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(3), 2671-2688.

Hervás, A., & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, S31-S38.

Holly A. Filcheck, C. B. (2004). Using a whole-class token economy and coaching of teacher skills in a preschool classroom to manage disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 41, 351-361.

Jennifer, T. (2011). Teacher–Child Interaction Therapy for Preschool Classrooms. En C. B. Hembree-Kigin, *Parent-Child Interaction Therapy* (pág. 483). USA: Springer.

Jeter, K. (2019). Comparative Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy for Children with and Without Autism Spectrum Disorder. *Springer*, 2041–2052.

Koegel, R. L., Bimbela, A., & Schreibman, L. (1996). Collateral effects of parent on family interaction. *Journal of Autism and developmental Disorders*, 23, 347–359.

Kim, Y., & al, e. (2011). *Psychiatry online*. Obtenido de Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample:
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2011.10101532>

Lampi, K., Lehtonen, L., Lien Tran, P., & Souminen, A. (2013). Risk of Autism Spectrum Disorders in Low Birth Weight and Small for Gestational Age Infants. *J Pediatr*, 161(5), 830–6.

Lemus-Roldán, K. (2019). Factores pre y perinatales como riesgo en el desarrollo del Trastorno del Espectro Autista primario. [Tesis de Especialista en Neurología Pediátrica, Universidad Tecnológico de Monterrey]. Repositorio Institucional TEC.
<https://repositorio.tec.mx/handle/11285/633088>López, S., Rivas, R., & Taboada, E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(3), 555-570.

Lyon, A. R., Gershenson, R. A., Farahmand, P. J. T., Behling, S. & Budd, K. S. (2009). Effectiveness of Teacher-Child Interaction Training (TCIT) in a Preschool Setting. *Behavior Modification*, 33(6), 855-884

MacKenzie, H. (2008). *Reaching and Teaching the child with Autism Spectrum Disorder. Using Learning Preference and Strengths*. London and Philadelphia USA: Jessica Kingsley London and Philadelphia.

- MacKenzie, H. (2019). *Teacher's Guide to Autistic Behavior: What, Why and how to help*. Canada: Wired Fox Publications.
- Mancebo, L. (2017). *Viviendo con TEA: desarrollo emocional e influencias en la dinámica familiar*. Montevideo: Universidad de la República Uruguay.
- Martínez, M. (2019). *Intervención psicoeducativa para niños con Trastornos del Espectro Autista: Descripción, alcances y límites*. Miño y Dávila.
- Martínez, M; et al. (2019). Bases Neurobiológicas del autismo y modelos celulares para su estudio experimental. *Medicina*, 27-32.
- Masse, J., MacNeil, C., Wagner, S., & Chorney, D. (2007). Parent-Child Interaction Therapy and High Functioning Autism: A Conceptual Overview. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(4), 714-735.
- Masse, J., McNeil, C., Wagner, S., & Quetsch, L. (2016). Examining the efficacy of parent-child interaction therapy with children on the autism spectrum. *Journal of Child and Family Studies*, 25(8), 2508-2525.
- Masse, J. (2011). Autism Spectrum Disorders. In C. B. Hembree-Kigin, Parent-Child Interaction Therapy (p. 483). USA: Springer.
- Mebarak, M., Martínez, M., & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfico-analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el caribe*(24), 120-146.
- Milla, M., & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el Trastorno del Espectro Autista. *Revista Neurológica, supl 2*, S47-S52.
- Mulas, F., & al, e. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol*, 50(3), S77-S84.
- NINDS. (2016). *Trastornos del espectro autista*. Obtenido de National Institute of Neurological Disorders and Stroke: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/autismo.htm>
- O'Nions, E., Happé, F., Evers, C., Boonen, B., & Noens, I. (2018). How do Parents Manage Irritability, Challenging Behaviour, Non-Compliance and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders? A Meta-Synthesis. *J Autism Dev Disord*, 48(4), 1272-1286.
- OMS. (2019). *Trastornos del espectro autista*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *CIE 11. Onceava Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. (Madrid, Ed.)
- Parladé, M. V., Weinstein, A., García, D., Rowley, A. M., Ginn, N, C. & Jent, J.F. (2019). Parent-Child Interaction Therapy for children with autism spectrum disorder and a matched case-control sample. *SAGE*, 24(1), 160-176.

- Peñagarikano, O. (2016). *Oxytocin in animal models of autism spectrum disorder*. Obtenido de Developmental Neurobiology: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/dneu.22449>
- Petinau, K., & Minaidou, D. (2017). Neurobiological Bases of Autism Spectrum Disorders and Implications for Early Intervention: A Brief Overview. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 38–42.
- Rangél, A. (2017). Orientaciones pedagógicas para la inclusión de niños con autismo en el aula regular. Un apoyo para el docente. *Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 19(1), : 81 – 102. 2.
- Reynoso, C., Rangél, M., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2).
- Reviere, Á. (1997). Desarrollo normal y Autismo (1/2), Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. *Curso de Desarrollo Normal y Autismo*, (págs. 1-39). España.
- Reyes, N., Pickard, K., & Reaven, J. (2019). Emotion regulation: A treatment target for autism spectrum disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 38(3).
- Reynoso, C., Rangél, M., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2).
- Rivieré, A. (1999). *IDEA, Inventario de espectro autista*. Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos.
- Solomon, M., Ono, M. & Goodlin, B. (2008). The Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy for Families of Children on the Autism Spectrum. *J Autism Dev Disord*, 38(9), 1767–1776.
- Sanz-Cervera, P; et al. (2018). Efectividad De Las Intervenciones Basadas En Metodología Teacch En El Trastorno Del Espectro Autista: Un Estudio De Revisión. *Papeles del Psicólogo*, 39(1).
- Secretaría de Gobernación. (2016). *REGLAMENTO de la Ley General para la Atención y Protección a Personas con la Condición del Espectro Autista*. Obtenido de dof.gob.mx: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5445374&fecha=21/07/2016
- Sheena, L., Mirollyuba, I., & Tanja, M. (2018). *Epigenética y organoides cerebrales: direcciones prometedoras en los trastornos del espectro autista*. Obtenido de Translational Psychiatry: <https://www.nature.com/articles/s41398-017-0062-x>
- Schopler, E. (1994). A statewide program for the treatment and education of autistic and related communication handicapped children (TEACCH). *Psychoses and Pervasive Developmental*

- Tiano, J. D. (2011). Teacher–Child Interaction Therapy for Preschool Classrooms. En C. B. Hembree-Kigin, Parent-Child Interaction Therapy (pág. 483). USA: Springer.
- Torres, T. (2014/2015). Trastorno del Espectro Autista: Bases Biológicas, de valoración, Intervención y Diseño de Materiales en la educación primaria. *Trabajo de fin de grado, Universidad de Sevilla*.
- Tortosa, F. (2004). *Intervención Educativa En El Alumnado Con Trastornos Del Espectro Autista*. Obtenido de <http://diversidad.murciaeduca.es/>:
<http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur2/gestion/documentos/unidad20.pdf>
- Valle, A., González, R., Cuevas, M., & Fernández, A. (1998). Las estrategias de aprendizaje: características básicas y su relevancia en el contexto escolar. *Revista de Psicodidáctica*(6), 53-68.
- Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J. S. & Méndez-Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(5), 31-45.
- Virues-Ortega, J., Julio, F., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: a meta-analysis of intervention studies. *Meta-Analysis Clin Psychol Rev*, 33(8).
- Wang, C., Geng, H., Liu, W., & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism. *Medicine (Baltimore)*, 96(18).
- Wieder, S., & Greenspan, S. I. (2006) Infant and early childhood mental health: The DIR model. In G. M. Foley & J. D. Hochman (Eds.), *Mental health in early intervention: Achieving unity in principles and practice* (pp. 175–189). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Zlomke, K.R. & Jeter, K. (2019). Comparative Effectiveness of Parent–Child Interaction Therapy for Children with and Without Autism Spectrum Disorder. Springer, 2041–2052.
- Zwaigenbaum, I., Bauman, B., Stone, W., Yirmiya, N., Estes, A., Hansen, L., . . . Wagner, S. (2021). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *PEDIATRICS*, 136(1), S10-S40.