

**Videomodelado y Autonomía de Personas Autistas. Revisión de Elementos  
para un Programa de Intervención Educativa**

**Videomodeling and Autonomy of People who have Autism. Revise of  
Elements for an Educational Intervention Program**

Victoria Raquel Martínez Rojas

Universidad San Ignacio de Loyola

victoriaraquelbrown@gmail.com

ORCID <https://orcid.org/0009-0008-7334-9496>

Fecha de recepción: 8 de noviembre de 2023

Fecha de aceptación: 4 de abril de 2024

Fecha de publicación: 20 de abril de 2024

**Resumen**

La aplicación del videomodelado en un programa de intervención educativa para desarrollar la autonomía de los estudiantes con trastorno del espectro autista de nivel 3 de severidad (TEA3). Es un elemento a tener en cuenta para el desarrollo efectivo de las habilidades sociales básicas, relacionadas con rutinas diarias de autocuidado (aseo e higiene personal, alimentación y vestimenta). Esta es una de las principales áreas afectadas según los criterios de diagnóstico clínico del trastorno del espectro autista en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-5 (DSM-5) del *American Psychiatric Association*. Este artículo plantea las particularidades del trastorno y las pautas a considerar para la aplicación de este método en el proceso del diseño de un programa de intervención educativo innovador dirigido a los Centros de Educación Básica Especial. El artículo considera aspectos técnicos, didácticos y organizacionales, así como las propuestas de la inclusión educativa a fin de asegurar la adaptación del programa tanto al entorno como al diagnóstico peculiar de los estudiantes. La metodología consiste en un análisis descriptivo basado en la revisión de la producción científica relacionada con este tipo de discapacidad y la aplicación del método de videomodelado.

*Palabras clave:* trastorno del espectro autista, programa de intervención educativa, autonomía, videomodelado

## Abstract

The application of video-modeling in an educational intervention program to develop the autonomy of students with autism spectrum disorder, level 3 severity (ASD3), is an element to take into account for the effective development of basic social skills, which are related to daily self-care routines (grooming and personal hygiene, food and clothing), as it is one of the main areas affected according to the clinical diagnostic criteria for autism spectrum disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5) of the current American Psychiatric Association. This article presents the particularities of the disorder and the guidelines to take into account for the application of this method in the process of designing an innovative educational intervention program aimed at Special Basic Education Centers considering technical, didactic and organizational aspects, as well as the proposals for educational inclusion in order to ensure the adaptation of the program both to the environment and to the peculiar diagnosis of the students. The methodology consists of a descriptive analysis based on the review of scientific production related to this type of disability and the application of the video-modeling method.

*Keywords:* autism spectrum disorder, educational intervention program, autonomy, video modeling

## Nota del autor

Magíster en Educación, prepara su tesis doctoral sobre el trastorno del espectro autista en el Perú. Catedrática y autora de libros sobre la enseñanza de la literatura y el desarrollo de la investigación en nivel Secundario, y examinadora del Programa de Diploma del Bachillerato Internacional (IB), ha dirigido el Departamento de español en varios colegios del IB. Funcionaria del Ministerio de Educación en las áreas de evaluación y monitoreo de los COAR y en formación de docentes en servicio (DIFODS).



Educación, ISSN: 1813-3363, e-ISSN: 2708-5074

Vol. 30. N° 1 ene-jun.2024 e3190

<https://doi.org/10.33539/educacion.2024.v30n1.3190>

Victoria Raquel Martínez Rojas

## **Videomodelado y Autonomía de Personas Autistas. Revisión de Elementos para un Programa de Intervención Educativa**

El artículo que presentamos desarrolla ideas relacionadas con la aplicación del videomodelado como metodología en el diseño de un programa de intervención educativa en el contexto de la Educación Básica Especial (EBE) en el contexto del enfoque inclusivo para desarrollar la autonomía de los estudiantes diagnosticados con un nivel de gravedad severo, nivel 3, del trastorno del espectro autista (TEA3). El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-5 (DSM-5) de la *American Psychiatric Association*, herramienta estandarizada y difundida internacionalmente para el diagnóstico, ha establecido en la categoría del TEA “al autismo, al síndrome de Asperger, al trastorno desintegrativo de la infancia y al trastorno generalizado del desarrollo no especificado” (APA, 2014, p. 30). También sostiene que todos en conjunto “se caracterizan por déficits en la comunicación y en la interacción social, así como por patrones de comportamientos, intereses o actividades de tipo restrictivo y repetitivo (APA, 2014, p. 28). En cuanto al trastorno del espectro del autismo, el DSM-5 señala tres niveles como categorías que corresponden a la gravedad que se aplica a cada persona según sus necesidades de apoyo:

Los niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo: nivel 1 requiere de apoyo y necesita ayuda leve; nivel 2 requiere un apoyo substancial y necesita ayuda notable; y, nivel 3 requiere un apoyo muy substancial y necesita ayuda muy notable (APA, 2014, pp. 31-32).

La modalidad de EBE atiende a la población con discapacidad severa; en el caso de los estudiantes diagnosticados con TEA3, uno de sus objetivos principales es desarrollar la autonomía, pues se trata de un área nuclear del espectro que está afectada según el DSM-5, ya que las personas con este diagnóstico presentan deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos (APA, 2014). Asimismo, el Currículo Nacional de Educación Básica, documento normativo, basado en el enfoque inclusivo, establece que se debe asegurar el aprendizaje de la población con Necesidades Educativas Especiales (NEE) para “atender a la diversidad, responder a las necesidades específicas y definir el tipo de soporte” (MINEDU, 2016, pp. 111-112).

Los Centros de Educación Básica Especial (CEBE), instituciones escolares que atienden a la población estudiantil con alguna discapacidad severa desde los 3 hasta los 20 años, fueron creados en 2006 en el Perú. Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes reciben en ellos el apoyo particular y permanente que requieren. Los estudiantes que tienen TEA3 forman parte de esta población y su formación está centrada en desarrollar el aprendizaje de las habilidades sociales básicas relacionadas con el autocuidado, como el aseo e higiene personal, la alimentación y la vestimenta, con el fin de mejorar su calidad de vida y lograr una mayor autonomía.

El concepto de habilidades sociales surgió en la década de 1970 y se relaciona con tres aspectos que indican una adecuada socialización: conducta asertiva, autoestima e inteligencia emocional; aspectos que permiten las interacciones positivas y aseguran una buena convivencia (Dongil y Cano, 2014). Por otro lado, el concepto de calidad de vida fue propuesto en la década de 1980 por Sharlock y Verdugo como una noción sensibilizadora para defender los derechos fundamentales de las personas con discapacidad y, también, “para guiar el diseño de políticas públicas, la práctica profesional y la provisión de servicios orientados a la atención de sus necesidades” (Martínez y Cuesta, 2013, p. 387).

Para lograr la formación de las habilidades sociales básicas de autocuidado en personas que tienen TEA3, los CEBE deben elaborar un programa de intervención educativo utilizando métodos de enseñanza en base a modelos estructurados y científicamente validados. A propósito, De La Torre (2020) afirma que “no existe un modelo más idóneo, pues en base a la evidencia científica, se debe adaptar al entorno y a las características individuales” (pp.43-44). Desde esta perspectiva, el método del videomodelado es presentado como una alternativa, pues se trata de uno de los métodos de enseñanza-aprendizaje dentro del paradigma conductista considerados eficaces, ya que inciden en el tratamiento de programas sociales que favorecen la comunicación y permiten el desarrollo de la autonomía (Watson, 1989; Dawson et al., 2010; Barrios, Blau y Foment, 2018, como se cita en De La Torre, 2020). Además de ello, su eficacia también se relaciona con la forma de aprender que caracteriza a las personas diagnosticadas con TEA, pues aprenden a través de la modelación, piensan a través imágenes y su nivel de comprensión es literal (Ojea, 2019). En tal sentido, el

uso del video presenta un modelo virtual de comportamiento o habilidad que ayuda a estos estudiantes a resolver, ya sea por imitación o comprensión, una situación determinada.

En relación con lo expuesto, se procedió primero a revisar aspectos claves de la atención de estudiantes que tienen TEA3 para la valoración de su trascendencia en el contexto educativo actual. En esta línea, se consideraron los siguientes aspectos: enfoque inclusivo, discapacidad, trastorno del espectro autista, autonomía y habilidades sociales, todos ellos incursos en un programa de intervención educativa. En su elaboración, ellos aportan las líneas de acción directas, dado que educar a personas que tienen TEA3 es complejo y demanda adaptar el programa tanto al entorno como al diagnóstico peculiar antes de aplicar algún método en concreto (Ojea, 2019; Cadaveira y Waisburg, 2019; Palomo, 2018). Además de ello, se requiere de un trabajo interdisciplinar integrado por docentes, psicólogos y psicoterapeutas, que incluya a las familias por ser estas las principales fuentes de información y de apoyo para lograr la autonomía (Manjarrés, 2021; De la Torre, 2020; Ojea, 2019).

El objetivo del presente artículo consiste en describir qué implica la elaboración de un programa de intervención educativa innovador diseñado para los CEBE. Consideraremos los aspectos de gestión técnicos, didácticos y organizacionales en el contexto del enfoque inclusivo a fin de asegurar que, al incluir el método de videomodelado, se favorezca el aprendizaje de las habilidades sociales básicas para lograr el desarrollo de la autonomía de estudiantes que tienen TEA3.

El artículo se sustenta, primero, en el análisis de la revisión de la producción científica sobre los temas arriba mencionados; segundo, en los criterios de diagnóstico clínico del trastorno del espectro autista en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-5* (DSM -5) del American Psychiatry Association vigente desde el año 2013; y, tercero, en la posición de varios autores especialistas en el TEA. Además, como producto del procesamiento de la información para la clarificación de los diferentes temas indicados, se podrá identificar tendencias y vacíos en este campo de investigación.

## **Enfoque Inclusivo y Concepto de Discapacidad**

En diferentes convenciones y debates públicos mundiales, regionales y nacionales realizados desde la última década del siglo XX sobre educación, el enfoque inclusivo se ha considerado como nuevo paradigma. Este enfoque surge en 1994 en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales (NEE) organizada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Gobierno español en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). El enfoque fue ratificado en 2006 por la ONU en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En principio, se busca la transformación de los sistemas educativos y de las escuelas con el propósito de incrementar el aprendizaje y la participación de todos los estudiantes. Al respecto, De La Torre (2020) señala que dicho enfoque está orientado a la creación de condiciones para la atención de la diversidad de casos y la generación de respuestas con métodos, procesos y estrategias pedagógicas que promuevan un aprendizaje basado en la accesibilidad, la disponibilidad, la aceptabilidad y la adaptabilidad de los servicios educativos (pp. 8-10).

El concepto de discapacidad ha sido replanteado a partir de las décadas de 1960 y 1970 desde un visión social, pues anteriormente “se indicaban aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una condición de salud, y sus factores contextuales, ambientales y personales”. (OMS, 2021, p. 227). La visión social posicionó a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y obligó a considerar factores ambientales como las circunstancias del entorno político, social, económico. Esto, según Manjarrés (2021), “permitió reconocer las situaciones de segregación, discriminación y opresión que padecen las personas con discapacidad” (pp. 50-51).

En el contexto latinoamericano, casi todos los países de la región tienen un marco legal que alude a las personas con discapacidad y varios países han adecuado sus legislaciones a los estándares internacionales. Al respecto, el estudio realizado por Stang (2011) con el apoyo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala:

Los derechos más ampliamente protegidos en las constituciones corresponden a la esfera económica: el aseguramiento de los ingresos y la seguridad social y el empleo/trabajo. Le siguen los relativos a la educación y la salud - atención médica, prevención, rehabilitación -. No es sorprendente, pero sí debería llamar la atención, el hecho que la participación política solo sea contemplada por un único país, Ecuador, [sic] se haya implementado una política de atención médica obligatoria para estos casos, lo que habla de la invisibilización de las personas con discapacidad como agentes políticos (p. 31).

Al revisar los avances sobre la atención de las personas con discapacidad en Latinoamérica, Stang (2011) observa que “la igualdad de oportunidades solo se ha alcanzado a nivel normativo, pero no en resultados y tampoco en las estructuras sociales que mantienen la discriminación, la segregación y la exclusión” (p. 61). También, señala que en los países de la región el Estado comparte responsabilidades con la familia para proteger a las personas con discapacidad severa y profunda, “salvo Ecuador que asegura programas de atención integral y estipula la provisión de medicamento gratuitos de por vida” (p. 33).

Informes más recientes, como el de Vásquez (2016) señalan que en Latinoamérica los Ministerios de Educación no cuentan con estadísticas sobre la inscripción, la deserción y el grado de escolaridad de los niños y adolescentes con discapacidad. Asimismo, Vásquez observa que la integración no está basada en políticas formales inclusivas: “las trabas educativas traen como consecuencia una menor integración social y una limitación de oportunidades en el mercado laboral y en el ingreso económico, todo lo cual determina una mayor dependencia” (p. 14). En consecuencia, aún sigue siendo un aspecto pendiente en las agendas de varios gobiernos latinoamericanos la sistematización de información sobre cómo se está realizando la formación de las personas con discapacidad y sobre cómo se está atendiendo a las personas que tienen TEA.

En Perú, el Ministerio de Educación, de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el de Salud, y el de Justicia y Derechos Humanos protegen los derechos de las personas con discapacidad de acuerdo con un marco legal enmarcado por la Constitución y los Convenios internacionales. En materia de Educación, el marco legal sustenta la

integración, acceso a servicios y algunos beneficios a través de la Ley 29973, Ley general de personas con discapacidad, que señala que “la persona con discapacidad tiene derecho a recibir una educación de calidad, con enfoque inclusivo, que responda a sus necesidades y potencialidades, en el marco de una efectiva igualdad de oportunidades” (2012, Artículo 35). Asimismo, la Ley 30150, Ley de protección de las personas con trastorno del espectro autista, establece que la elaboración del Plan Nacional para las Personas con Trastorno del Espectro Autista deberá coordinarse con la participación de Ministerios y otras entidades gubernamentales y municipales:

(...) los Ministerios de Salud, Educación, Desarrollo e Inclusión Social, Trabajo y Promoción del Empleo y Transportes y Comunicaciones; la Municipalidad Metropolitana de Lima; los gobiernos regionales; la Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE); y (...) los representantes de las personas jurídicas registradas en el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) impulsarán la atención, los servicios e integración laboral y social” (2014, Artículo 3).

Estas leyes evidencian avances en el presente milenio; no obstante, CONADIS no actualiza desde el año 2018 la información sobre la prevalencia del TEA a nivel nacional. Su última actualización corresponde al 31 de agosto de ese año en que reportó inscritas “4528 (2,06%) con diagnóstico del TEA (80,9% varones y 19,1% mujeres), con una tendencia de incremento anual” (Velarde-Incháustegui et al., 2021, p.176). Asimismo, el Informe presentado por la Defensoría del Pueblo (2020) establece que la prevalencia de género serían 186 mil varones con TEA, si se considera las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales establecen que el autismo afecta a 21 de cada 10 mil niños a nivel mundial. Por otro lado, un estudio referencial del tratamiento al que acceden las personas con TEA realizado por el Ministerio de Salud (MINSa) en el año 2019 indica que “el 81% son varones, y que 15,625 personas tienen esta condición de vida, y de esta cifra el 90.6% corresponde a menores de 11 años” (MINSa, 2019, p.1).

En el caso de las personas que tienen TEA3, se requiere de investigación para una mejor comprensión de esta discapacidad y, de ese modo, eliminar falsas percepciones hacia un estudiante con ese diagnóstico para posibilitar la conformación

de ambientes educativos ajustados a la satisfacción de sus necesidades. Al respecto, el apoyo a los estudiantes con discapacidad se viene ejecutando desde el año 2005 con el equipo de Servicio de Apoyo y Asesoramiento para la Atención de las Necesidades Educativas Especiales (SAANEE), bajo la Dirección General de Educación Básica Especial (DIGEBE) del Ministerio de Educación. Sin embargo, Guadalupe et al. (2017) afirman que el sistema educativo no registra información sistematizada sobre la atención educativa, por tanto, se dispone de información limitada acerca de la magnitud y de las características de esta población estudiantil. De lo anterior se desprende que hacen falta investigaciones sobre cómo se están atendiendo las demandas educativas de las personas diagnosticadas con TEA.

Por otro lado, la *Guía para orientar la Intervención de los SAANEE* publicada en 2011 por la DIGEBE tampoco ofrece suficiente información sobre qué estrategias se aplican en el aula para trabajar con estudiantes que tienen TEA, pues de las 110 páginas del documento solo dos abordan el trabajo en los CEBE con estudiantes diagnosticados con autismo. Estas dos páginas presentan 12 lineamientos sin mayor explicación. En cuanto al aspecto metodológico, el MINEDU-DIGEBE (2011, pp. 58-59) recomienda el uso de un sistema de comunicación alternativo basado en el *Picture Exchange Communication System* (PECS por sus siglas en inglés), que es un sistema para el intercambio de pictogramas (imágenes). Sin embargo, a pesar de estar considerado entre las 27 prácticas basadas en evidencias científicas y patentado por la Oficina de Educación Especial de EE.UU., la Universidad de Carolina del Norte, e Instituciones como *Wisconsin* y *Medical Investigation of Neurodevelopmental Disorders* (MIND) de la Universidad de California (De La Torre, 2020), este sistema alternativo está centrado en la comunicación, es decir, en solo una de las áreas afectadas de este trastorno.

Otra de las áreas afectadas que también demanda atención es el desarrollo efectivo de las habilidades sociales básicas que están relacionadas con rutinas diarias de autocuidado (aseo e higiene personal, alimentación y vestimenta), ya que se trata de un componente clave para lograr autonomía; no obstante, esta área no cuenta con propuestas metodológicas específicas para atender a estudiantes que tienen TEA. A propósito, la *Guía para atención educativa de niños y adolescentes con TEA* (MINEDU,

2013) brinda estrategias para innovar, optimizar y complementar las buenas prácticas, aunque estas se dirigen a estudiantes con niveles de gravedad 1 (alto) o Asperger, y 2 (moderado), pero dejan de lado el nivel 3 (severo). En tal sentido, De La Torre (2020) precisa que:

(...) si bien el proceso inclusivo desde etapas tempranas con apoyo de un grupo interdisciplinario y, con acompañamiento de docentes capacitados y adaptaciones metodológicas y curriculares ya ha sido incorporado en las políticas educativas, aún hace falta desarrollar y sistematizar estrategias orientadas a potenciar su autonomía (p. 60).

Por lo expuesto, proponer estrategias y métodos adecuados para favorecer el desarrollo de la autonomía de los estudiantes que tienen TEA3 es un aspecto fundamental en su formación, ya que incidirá en una mejor calidad de vida. Para esto, es necesario considerar cuánto se conoce en la actualidad sobre este trastorno y cómo se puede favorecer el logro de la autonomía.

### **Desarrollo de la Autonomía de Estudiantes Diagnosticados con TEA**

El trastorno del espectro autista, según Morán (2019), es un trastorno neurobiológico multifactorial, genéticamente determinado, que afecta a procesos de diferenciación neuronal y sináptica que tienen lugar en momentos muy tempranos de la ontogénesis cerebral, entre el tercero y séptimo mes del desarrollo embrionario; sin embargo, todavía está en estudio la etiología de este trastorno. Los especialistas en autismo afirman que no se trata de una enfermedad, sino de una condición de vida cuyas necesidades prioritarias se centran en los procesos sensorio-perceptivo cognitivos a nivel tanto individual como contextual. A su vez, el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-5 (DSM -5)* de la American Psychiatric Association (2014) explica que “se presentan problemas de comunicación y de interacción social; además de tener manifestar [sic] comportamientos e intereses restringidos y repetitivos” (p. 28). Aparte de los síntomas mencionados, existen otros asociados, que son periféricos y que se agrupan bajo el concepto de *comorbilidad*, como alteraciones sensorio-perceptivas, dificultades en la coordinación motora, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, ansiedad, discapacidad cognitiva, dispraxia, y enfermedades gastrointestinales (De La Torre, 2020).

Según Ojea (2019), la mayor característica es la heterogeneidad del trastorno en cuanto constituye un amplísimo espectro que incluye tanto a personas que no tienen comunicación verbal o carecen de niveles de autonomía personal como a otras que pueden realizar una transición más fluida a la vida laboral y vivir en forma independiente. Y, en cuanto a la incidencia de género, de acuerdo con American Psychiatric Association (2014), este trastorno ocurre cuatro veces más en varones que en mujeres y las niñas diagnosticadas exhiben déficits más profundos que los niños. A su vez, en cuanto a la prevalencia, las investigaciones realizadas concluyen que se sitúa en un caso por cada 150 niños, lo que representa aproximadamente un 0,6 — 0,7% de la población. Sin embargo, Palomo (2017) precisa que este porcentaje aumenta hasta el 1% o incluso lo supera.

Por otro lado, de acuerdo con las investigaciones de Manjarrés (2021), las prácticas de crianza parentales pueden contribuir a la reducción de la severidad de los síntomas, ya que la participación activa de los padres y cuidadores favorece a los procesos terapéuticos y educativos. De otro lado, en el plano del desarrollo cognitivo y su incidencia en el aprendizaje, es complicado detallar su relación por la poca información que la medicina proporciona sobre el encéfalo de niños y niñas que tienen TEA, aunque sí se ha demostrado que algunos niños y niñas con el trastorno poseen un desarrollo encefálico normal, aunque cognitivamente evidencian un retraso (Mira, 2020).

El diagnóstico y tratamiento de personas diagnosticadas con TEA, según Ojea (2019), requiere de una evaluación integral realizada por un equipo multidisciplinar que combine la observación del comportamiento, la evaluación de las competencias psicológicas, y la valoración médica al paciente, a la familia y a su entorno social. En el ámbito de la Psicología, el tratamiento se basa en técnicas específicas según el trastorno psicológico a tratar mientras que en el ámbito de la Educación se aplica una intervención interdisciplinaria a través de un programa de intervención personalizado o individualizado.

La elaboración del programa de intervención educativo y la selección del método que se aplicará, según Rivière (2001), deben cumplir ciertas condiciones de gestión previas. Así, en primer lugar, se deberá considerar la estructura del centro,

que debe ser pequeño en tamaño y número de estudiantes para evitar interacciones de excesiva complejidad social y para prevenir que sea excesivamente bullicioso o ´despersonalizado; en segundo lugar, es importante la organización, es decir, el trabajo con estilos didácticos directivos para facilitar la anticipación de la jornada escolar; en tercer lugar, el compromiso, pues directivos, docentes y psicólogos asumirán compromisos concretos con los estudiantes; y, finalmente, los recursos complementarios, es decir, se debe contar con especialistas en psicopedagogía y mantener contacto con los servicios que brinda la comunidad.

En este artículo nos vamos a focalizar en el diseño de un programa de intervención educativo, en el contexto del enfoque inclusivo en la EBE, para desarrollar las habilidades sociales básicas relacionadas con el autocuidado de los estudiantes diagnosticados con TEA3 que asisten a los CEBE. Con este objetivo, aplicaremos el método del videomodelado, puesto que uno de los objetivos principales de esta modalidad educativa es lograr una mayor autonomía. Por tanto, se describirá en qué consiste el programa de intervención educativo y se explicará cómo implementar el método de videomodelado, para lo cual es relevante revisar el concepto de *autonomía*, y los niveles y categorías que implica, y comentar el proceso de adquisición de las habilidades sociales.

La autonomía es un concepto clave en el desarrollo humano; comprende un proceso que se inicia en la etapa infantil y que abre camino al niño y a la niña a desenvolverse con independencia, tomar distancia frente a otros y desarrollarse emocionalmente para asumir responsabilidades, aceptar normas y ser capaz de manejar frustraciones que se le presenten en su actuar en el entorno social (Cornellas, 2003; Llópiz, et al., 2020; Manjarrés, 2021 y Silva, 2021). Para Samamé (2021) la autonomía se logra a través de los hábitos, de las interacciones sociales, del desarrollo intelectual, de las actividades de ocio y de responsabilidad. Por su parte, especialistas como Bandura (1987), Goldstein (1989), Goleman (1999), Morrison (2005) y Salazar (2017) coinciden en precisar que la autonomía se logra repitiendo comportamientos vinculados al desarrollo de las habilidades sociales, lo cual implica la imitación de modelos adecuados, el aprendizaje de las normas, la influencia de la Educación y se evidencia en la socialización. No obstante, en el caso de las personas que tienen TEA,

la familia y sus estilos de educativos de crianza —agresivos, permisivos, autoritarios o negligentes— pueden influir notablemente (Samamé, 2021; Manjarrés, 2021).

Manjarrés (2021) establece los niveles y categorías de autonomía para trabajar con estudiantes que tienen TEA, como se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Niveles y categorías de autonomía*

<b>Niveles de autonomía</b>	<b>Categorías</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>RAI</b>	<b>RES</b>	<b>Especificaciones</b>
<b>Actividades básicas</b> (Nivel básico: habilidades relacionadas con el autocuidado)	Aseo e higiene personal Vestimenta Alimentación					
<b>Actividades instrumentales</b> (Nivel intermedio: habilidades para la toma de decisiones e interacción en el entorno)	Tareas domésticas Movilidad Manejo de dinero Rutinas diarias familiares Hábitos de estudio Manejo de tiempo Desarrollo de responsabilidades					
<b>Actividades avanzadas</b> (Nivel avanzado: habilidades para la integración normalizada en el entorno)	Procesos educativos Desempeño laboral Desarrollo vocacional u ocupacional Ocio y tiempo libre Habilidades sociales Relación de pareja Formación de familia Autonomía en la comunicación Autonomía en la toma de decisiones					

*Nota:* “Sí” significa que “lo realiza autónomamente”; “No”, que no lo realiza; RAI, que requiere apoyo intermitente; y RAS, que requiere apoyo permanente. Esta tabla es una adaptación de Manjarrés (2021, p. 257).

Las personas que tienen TEA3, según Manjarrés (2021) necesitan para lograr autonomía acceder a oportunidades de aprendizaje y participación en el proceso de

desarrollo para explorar, interactuar y apropiarse del entorno. A su vez, De La Torre (2020) indica que para lograr autonomía en el nivel básico se deberán considerar tres indicadores: primero, la disminución del apoyo de las personas significativas de su entorno; segundo, el aumento progresivo de cada una de las actividades de autocuidado sin apoyo ni supervisión; y, tercero, el sentimiento de confianza en sí mismo para realizar de manera independiente las actividades. Por su parte, Silva (2021) prioriza el segundo indicador, por representar un nivel de complejidad clave que permitirá a la persona avanzar hacia la integración, la calidad de vida, la estabilidad emocional y a una mayor autonomía.

La enseñanza de las habilidades sociales básicas de autocuidado a las personas que tienen TEA3 debe partir de su organización y priorización; además, deben estructurarse en función de un enfoque teórico del aprendizaje. Ver la propuesta en la Tabla 2:

**Tabla 2**

*Aprendizaje de las habilidades sociales básicas de autocuidado*

<b>Habilidades sociales básicas de autocuidado</b>	Niveles de aprendizaje	Aprendizaje de inicio (con ayuda)	Respuesta al estímulo
			Refuerzo de la conducta
			Repetición de la conducta
	Niveles de aprendizaje	Aprendizaje adquirido (con supervisión)	Experimentación de la conducta
			Modificación de la conducta
			Fijación de la conducta
	Niveles de aprendizaje	Aprendizaje logrado (independiente)	Mantenimiento de la conducta
			Consolidación de la conducta
			Generalización de la conducta

*Nota:* Las habilidades sociales básicas de autocuidado se adquieren como consecuencia de la repetición de las acciones. Es un aprendizaje de tipo funcional (paradigma conductista).

El método del videomodelado corresponde al paradigma conductista, el cual “analiza de forma objetiva el comportamiento conductual que desarrollan las personas y se basa en estímulos y respuestas conformadas por el ambiente físico, biológico y social del organismo” (UNIR, 2022, p.1). Desde este enfoque, primero, se deberá agrupar las habilidades en niveles de aprendizaje y, segundo, se deberá ir disminuyendo, progresivamente, interferencias como apoyos y supervisiones, aunque para la modificación del comportamiento será necesario incluir refuerzos positivos y medidas correctivas.

Antes del diseño del programa de intervención educativo y de la inclusión del método del videomodelado es necesario identificar los requisitos y las fases. Ver la Tabla 3:

**Tabla 3**

*Procedimiento de adquisición de las habilidades sociales*

<b>Requisitos</b>	<b>Fases</b>
Relaciones afectivas: La convivencia positiva es un elemento fundamental, pues proporciona seguridad y confianza al estudiante para enfrentar el reto de nuevos aprendizajes.	Diagnóstico: Constatación de las habilidades que se tienen antes de iniciar el aprendizaje.
Equilibrio y estabilidad de la persona adulta: Las conductas han de repetirse siempre de la misma manera y bajo las mismas condiciones físicas y emocionales durante el proceso de adquisición.	Proceso de enseñanza-aprendizaje: Participación activa del estudiante con el apoyo de la persona adulta.
Autoridad: La persona adulta debe ejercer autoridad, esta condición aporta estabilidad a la situación de enseñanza-aprendizaje y proporciona seguridad al estudiante.	Ejercitación: Repetición constante bajo el mismo patrón hasta lograr el aprendizaje de la habilidad con la supervisión adulta.
Comunicación: El estudiante debe conocer lo que tiene que hacer y cuál es el propósito.	Fijación: Corrección en el control de la ejecución de la habilidad con la observación de la persona adulta.
Constancia y sistematización: El estudiante debe tener conciencia de que existen normas estables que no cambiarán por su posible oposición a las mismas.	Logro alcanzado: Aplicación de la habilidad adquirida en diversos contextos de manera independiente.

Los niveles de aprendizaje requieren precisar es el proceso de adquisición. A propósito, Santana (2020) señala que este implica requisitos y fases. En cuanto a los requisitos, estos se basan en el comportamiento de una persona en cuanto responde a dos condiciones: “el ambiente y las interacciones que tiene [sic] lugar en el medio que le rodea” (p.1), y en cuanto a las fases, estas deben ponerse en práctica luego de revisar dos condiciones previas, como son “la madurez psicológica y la secuenciación del proceso de aprendizaje” (p. 2).

Esta propuesta constituye un reto para la preparación de los directivos, docentes, psicólogos y otros especialistas que trabajen en los CEBE, pues se acentúa la responsabilidad de desarrollar una labor dirigida a la elaboración del programa de intervención educativo y a la aplicación del método del videomodelado a los estudiantes que tienen TEA3. En tal sentido, De La Torre (2020) sugiere que “el método utilice los intereses y puntos fuertes de los estudiantes para así crear un currículo accesible y gratificante” (pp. 56-60).

### **Incorporación del Videomodelado al Programa de Intervención Educativo**

Los programas de intervención educativos son métodos de enseñanza que se elaboran para la atención de personas que tienen TEA y pretenden, a través de modelos estructurados, promover el aprendizaje y mejorar la calidad de vida en diferentes aspectos cotidianos; de este modo, los estudiantes puedan interactuar y desenvolverse de forma autónoma en un entorno más cercano y comunitario. Para Vives (2020) los programas de intervención educativos deben ser, principalmente, “espacios de aprendizaje y vivencias significativas” (p. 472), pues al no ser un ambiente clínico se deberá dejar de lado la discapacidad para favorecer el aprendizaje; es decir, la motivación y la predisposición positiva hacia él (Delgado y Sánchez, 2015, como se cita en Vives, 2020).

De La Torre (2020) señala que hay 30 tipos diferentes de programas patentados, entre los cuales sobresalen los globales o comprensivos que desarrollan el lenguaje y las relaciones sociales (TEACCH, Early Star de Denver y SCERTS); los programas conductuales clásicos, centrados en el análisis funcional de la conducta; y los programas basados en evidencias científicas que desarrollan las principales áreas

de atención —área social, comunicativa o comportamental, cognitiva, académica, motora, adaptativa, profesional, de atención conjunta, de juego, de preparación para la vida escolar, y de salud mental—; sin embargo, cualquiera sea el programa de intervención educativa que se diseñe, este no puede generalizarse para atender de la misma manera a todos los estudiantes que tienen TEA3, pues deben ser personalizados considerando el diagnóstico y la idiosincrasia de cada estudiante.

Por otro lado, de acuerdo con los investigadores Rivière (2001), Palomo (2018), Ojea (2019), Cadaveira y Waisburg (2019), De La Torre (2020), Manjarrés (2021), Silva (2021), y Zamora y Gortázar (2021) el diseño del programa de intervención educativa debe basarse en la evaluación integral, lo cual incluye aspectos genéticos, ambientales, cognitivos y sociales, además de las teorías psicológicas psicodinámicas cognitivo-conductuales. No obstante, Fuentes et al. (2006, como se cita en De La Torre, 2020) señalan que los tratamientos que se adecuan a las personas con TEA son los que se basan en evidencias científicas y los que aplican intervención conductual; entre estos sobresalen los modelos psicoeducativo, sensoriomotriz y psicológico, puesto que tienen en común organización, intensidad, longevidad, amplitud y fundamentación operacional; además, cuentan con manuales o guías de *buenas prácticas*. Asimismo, Zamora y Gortázar (2021) afirman que resaltan por la atención temprana, la participación de la familia y la ratio de 1 a 1.

Por otro lado, el diseño y aplicación de un programa de intervención educativa deberá contemplar los recursos de la institución para responder a sus necesidades, para articular las modalidades de EBR con la EBE, para equilibrar los aprendizajes del currículo general con un currículo específico, y para considerar estrategias metodológicas para la enseñanza y evaluación (Rivière, 2001; Figueredo et al., 2019; De La Torre, 2020; Silva, 2021). Por tanto, el programa de intervención educativa deberá cumplir con las siguientes características:

- La *adaptación curricular* se elabora equilibrando los aprendizajes del currículo general con un currículo específico que está en función del diagnóstico, la idiosincrasia y las necesidades identificadas de cada estudiante.

- El *enfoque multidisciplinar* se elabora con el personal del CEBE, educadores de educación especial, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas, neurólogos, docentes de educación física y otros miembros de la comunidad.
- En el *entorno cercano* se incluye a los padres de familia y a los cuidadores (Ojea, 2019; Vives, 2020; Silva, 2021 y Manjarrés, 2021).
- El *plan de acción* se diseña de manera personalizada para organizar los bloques de intervención con objetivos concretos y acciones respectivas que respondan a cada una de las necesidades identificadas.
- Los *objetivos* se plantean considerando las particularidades de aprendizaje de cada estudiante y se evalúan periódicamente para valorar los avances.
- La *selección de métodos* considera los intereses y puntos fuertes de cada estudiante de modo que se seleccione el método más apropiado.
- En la *evaluación y valoración*, se evalúa la intervención considerando criterios y herramientas de seguimiento y observación para determinar la evolución del estudiante; se recomienda realizar la evaluación mensualmente (Vives, 2020).
- El *tiempo de intervención estipulado* es de mínimo un semestre y máximo un año escolar.
- La *aplicación del método seleccionado* es recomendada tres veces por semana, en periodos de 40 minutos en cada interacción.

A continuación, se presenta una propuesta de los aspectos a considerar en la elaboración de un programa de intervención educativo para desarrollar las habilidades sociales básicas de autocuidado en estudiantes que tienen TEA3. Ver tabla 4:

#### **Tabla 4**

*Propuesta para el diseño de un programa*

Etapas del diseño	Aspectos para considerar
1. Diagnóstico TEA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparar las condiciones en el CEBE, tanto organizativas como metodológicas</li> <li>- Diagnosticar las necesidades relativas a las habilidades sociales básicas de autocuidado para desarrollarlas a fin de determinar el conocimiento y dominio actual</li> </ul>
2. Planificación (plan de acción personalizado)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dividir las habilidades sociales básicas de autocuidado en bloques: primero, aseo e higiene; segundo, vestimenta; y, tercero, alimentación</li> <li>- Diseñar las actividades considerando las características del método seleccionado que se aplicará</li> <li>- Elaborar el manual de orientación metodológico con las indicaciones básicas, las recomendaciones de aplicación, las actividades y la organización de cada sesión de aprendizaje</li> </ul>
3. Implementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir los objetivos</li> <li>- Estructurar las actividades dentro de una secuencia lógica</li> <li>- Seleccionar los medios y procedimientos que mejor se ajusten a cada actividad. Tomar en cuenta tanto la complejidad como la significatividad de la misma.</li> </ul>
4. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar cada objetivo planificado</li> <li>- Trabajar con un instrumento de observación para llevar un registro del logro de las habilidades</li> <li>- Analizar los progresos en base al control de lo planificado</li> </ul>

*Nota:* adaptado de Silva (2021), Vives (2020) y Figueredo et al. (2019).

En cuanto al método del videomodelado, Rosal et al. (2018) precisan que presenta tres tipos: el primero es el *adult-VM*—un adulto graba la conducta objetivo—

, el segundo es el *peer-VM* —la conducta es grabada por los compañeros del participante—, y el tercero es el *Video Self Modeling* —el estudiante es el protagonista del vídeo, el cual es editado previamente para eliminar errores—. Acerca de su aplicación, señalan que el uso del vídeo es eficaz para trabajar un comportamiento o habilidad con estudiantes que tienen TEA3:

(...) la eficacia del videomodelado ha sido demostrada durante las tres últimas décadas por la literatura científica, ya que sus bases científicas fundamentadas en las propuestas de la Teoría de la mente han comprobado que las personas que tienen TEA3 son capaces de aprender habilidades implicadas con perspectivas visuales, como identificar una situación con un pensamiento o emoción (Rosal et al., 2018, p. 2).

Por otro lado, estos autores consideran que el *Video Self Modeling* es el más eficaz, ya que “es muy efectivo cuando se relaciona con competencias sociales” (p. 31). Asimismo, señalan que el *Video Self Modeling* cumple los criterios exigidos en la EBE, aunque se debe partir de un diagnóstico previo sobre el nivel de habilidades sociales que ya tiene cada estudiante, debido a que esta variable influye en la eficacia del método del videomodelado.

De igual modo, la aplicación del método del videomodelado, indistintamente del tipo que se elija, exige seis requisitos. Estos son los siguientes: capacidad de atención sostenida de cinco minutos; capacidad de imitar expresiones verbales o no verbales presentadas en la pantalla durante dos minutos; seguimiento de instrucciones simples (dos o tres órdenes); refuerzo de las conductas seleccionadas, las cuales deben ser fácilmente observables y cuantificables (expresiones, acciones o gestos); el soporte puede ser *Tablet*, TV, computador, celular, etc.; y, por último, capacidad de utilizar una ficha de observación para llevar un control del logro de las conductas (a propósito, ver el Apéndice, pues se sugieren conductas específicas para realizar la observación sistemática).

Al realizar un balance de los aspectos revisados en este artículo y los elementos claves para el diseño de un programa de intervención educativo que considere la aplicación del método del videomodelado con el propósito de desarrollar la autonomía

de los estudiantes que tienen TEA3 en los CEBE, podemos exponer los siguientes puntos:

- Los profesionales que trabajen con estudiantes con discapacidades deben conocer las políticas educativas, así como los convenios, leyes y normas vigentes, pues su disposición profesional es muy importante (Ojea, 2019).
- Los profesionales que trabajen con estudiantes diagnosticados con TEA3 deben manejar información actualizada sobre el diagnóstico y el tratamiento de esta población.
- Los elementos de un programa de intervención educativo dirigido a estudiantes que tienen TEA3 deben ser flexibles dada la heterogeneidad de esta discapacidad.
- El diseño de un programa de intervención educativo elaborado para el desarrollo de la autonomía de los estudiantes diagnosticados con TEA3 debe ser personalizado.
- Los métodos y técnicas que se seleccionen para trabajar con los estudiantes que tienen TEA3 deben adaptarse a ellos y no a la inversa, pues deben responder a la individualidad de cada estudiante (Silva, 2021).
- El desarrollo de la autonomía de los estudiantes que tienen TEA3 debe iniciarse con el componente de las habilidades sociales básicas de autocuidado; en especial, con las rutinas diarias de aseo e higiene, vestimenta y alimentación. A su vez, estas deberán dividirse en bloques, considerando, en primer lugar, aquellas que requieren menos ayuda.
- El uso del método del videomodelado es una herramienta práctica patentada en base a evidencias científicas; además, se considera apropiado para desarrollar las habilidades sociales básicas de autocuidado en estudiantes que tienen TEA3.
- El método del videomodelado de tipo Video Self Modeling es el más efectivo para desarrollar las habilidades sociales básicas de autocuidado con los estudiantes que tienen TEA3, debido a que facilita el desarrollo de la conducta y la comprobación de su aprendizaje.

- Es necesario que los CEBE que atiendan estudiantes con TEA3 revisen aspectos de gestión técnicos, didácticos y organizacionales; especialmente, necesitan revisar la estructura inmobiliaria del centro, la organización laboral, el cumplimiento de los protocolos de todo el personal a cargo de la institución, así como los recursos complementarios.

## **Conclusiones**

El presente artículo ha presentado reflexiones sustentadas en la revisión de la producción científica sobre el diseño de un programa de intervención educativo y la incorporación del método del videomodelado para ser aplicado en el desarrollo de las habilidades sociales básicas de autocuidado que contribuyan al logro de una mayor autonomía de estudiantes que tienen TEA3 y que asisten a los CEBE. Se ha considerado la posición de varios autores y, al mismo tiempo, el procesamiento de la información permitió identificar los aspectos y elementos que deberán tomarse en cuenta para la elaboración del programa y la aplicación de este método.

El estudio de documentos relacionados con el enfoque inclusivo, la atención a la discapacidad, el conocimiento actual sobre autismo y el proceso de adquisición de habilidades sociales, así como la aplicación del Video Self Modeling para trabajar el aprendizaje de las habilidades sociales básicas de autocuidado con estudiantes que tienen TEA3 revelan que es una herramienta eficaz. Asimismo, se advierte que, antes de aplicar este método, se deberá observar el cumplimiento de las características que deben estar inmersas en el diseño de un programa de intervención educativo. Sin embargo, también es necesario mencionar que podrían presentarse ciertas limitaciones que podrían afectar la eficacia del método debido a variables como la comorbilidad del trastorno, la conducta del individuo y los contextos seleccionados para un individuo en concreto, pues estos son factores que incidirían en el valor reforzante del método. Asimismo, existe la posibilidad de que para un subgrupo de estudiantes que tienen TEA3 el método no sea efectivo, dada la heterogeneidad del trastorno.

Aparte de esas limitaciones, debemos señalar que la principal fortaleza del método consiste en que ayuda a los estudiantes a generalizar los aprendizajes, lo cual es relevante si se considera la dificultad para una persona que tiene TEA3, pues su

nivel de comprensión es literal. No obstante, el estilo de enseñanza-aprendizaje conductista del método, que exige añadir refuerzo y feedback durante la intervención para aprender una determinada habilidad, demanda mucha innovación y creatividad de parte del docente/especialista para manejar la frecuencia de la conducta a aprender sin dejar de lado la influencia de la variable de comorbilidad.

Finalmente, cabe señalar que la educación actual de los estudiantes con el trastorno del espectro autista de nivel 3 de gravedad (TEA3), en el Perú, es un tema que requiere de investigación para conocer cómo se está atendiendo esta discapacidad; asimismo, hace falta sistematizar y documentar las prácticas pedagógicas eficaces que se están aplicando en los Centros de Educación Básica Especial.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales-5*. APA.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Cadaveira, M. y Waisburg, C. (2029). *Autismo. Guía para padres y profesores*. Planeta.
- Cornellas, M. (2000). *Los hábitos de autonomía. Procesos de adquisición*. Ediciones CEAC.
- De La Torre, B. (2020). *La inclusión del alumnado con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) en Educación Infantil: análisis de buenas prácticas en la Comunidad de Madrid*. [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid].  
<https://repositorio.uam.es/handle/10486/693786>
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2020). *El derecho a la educación inclusiva en el contexto de la emergencia sanitaria por el COVID-19. Alcances y limitaciones en el servicio educativo no presencial para estudiantes con discapacidad y con otras necesidades educativas especiales en la Educación Básica. Serie Informes Especiales (Informe N° 36-2020-DP)*. Defensoría del Pueblo.  
[https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Serie-Informes-especiales-36\\_Educaci%C3%B3n-inclusiva-en-contexto-de-COVID-19.pdf](https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Serie-Informes-especiales-36_Educaci%C3%B3n-inclusiva-en-contexto-de-COVID-19.pdf)
- Dongil, E. y Cano, A. (2014). *Habilidades sociales*. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS).  
[https://www.researchgate.net/publication/372482277\\_Habilidades\\_Sociales\\_Sociedad\\_Espanola\\_para\\_el\\_Estudio\\_de\\_la\\_Ansiedad\\_y\\_el\\_Estres\\_SEAS](https://www.researchgate.net/publication/372482277_Habilidades_Sociales_Sociedad_Espanola_para_el_Estudio_de_la_Ansiedad_y_el_Estres_SEAS)
- Figueredo, L.; Figueredo, E.; y Jiménez, R. (2019). Actividades físicas para niños autistas. Una metodología para su atención. *Olimpia*, (16)54, 229-239.  
<https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/720>
- Goldstein, A. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia. Un programa enseñanza*. Ediciones Martínez Roca.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Kairós.
- Guadalupe, C., León, J., Rodríguez, J. y Vargas, S. (2017). *Estado de la Educación en el Perú. Análisis y perspectivas de la Educación Básica*. FORGE, GRADE y CANADÁ.

- Llópiz, K., Pérez, D., y Rodríguez, B. (2020). Preparación para la vida adulta independiente: un camino para promover la inclusión socioeducativa de escolares con necesidades educativas especiales. *Propósitos y Representaciones*, 8(SPE3), e733. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.733>
- Manjarrés, D. (2021). *Estilos educativos parentales y discapacidad. Influencias en la construcción de un proyecto de vida autónomo*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Pedagógica de Bogotá]. <http://repository.pedagogica.edu.co/handle/20.500.12209/13463>
- Martínez, M. y Cuesta, J. (2013). *Todo sobre autismo: Los trastornos del espectro autista (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. Alfaomega.
- Ministerio de Educación del Perú. (2011). *Guía para orientar la Intervención de los SAANEE*. Dirección de Educación Básica Especial del MINEDU.
- Ministerio de Educación del Perú. (2016). *Diseño Curricular Nacional*. MINEDU. <http://www.minedu.gob.pe/curriculo/>
- Ley 30150 de 2014. Ley de protección de las personas con Trastorno del Espectro Autista. Diario oficial El peruano del 8 de enero del 2014.
- Ley 29973 de 2012. Ley General de la Persona con Discapacidad. Diario oficial El peruano del 13 de diciembre del 2012.
- Ministerio de Salud. (1 de abril de 2019). *El 81% de personas tratadas con Autismo son varones*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/27103-el-81-de-personas-tratadas-por-autismo-en-peru-son-varones>
- Mira, A. (2020). *La familia y el desarrollo conductual, socioemocional y comunicativo de niños con trastorno del espectro autista sin discapacidad intelectual*. [Tesis de doctorado, Universitat de València]. <https://roderic.uv.es/handle/10550/76757>
- Morán Suárez, M., Gómez Sánchez, L. & Alcedo Rodríguez, M. (2019). Inclusión social y autodeterminación: los retos en la calidad de vida de los jóvenes con autismo y discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 50(3), pp. 29-46. <https://doi.org/10.14201/scero20195032946>

- Morrison, G. (2005). *Educación infantil*. Pearson.
- Ojea, M. (2019). *Intervención de las familias y profesionales en personas con TEA*. Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *CIF*. OMS.  
[https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif\\_2001.pdf](https://aspace.org/assets/uploads/publicaciones/e74e4-cif_2001.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad*. ONU.  
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Palomo, R. (2017). *Autismo. Teorías explicativas actuales*. Alianza Editorial.
- Rivière, A. (2001). *Autismo: orientaciones para la intervención educativa*. Trotta.
- Rosal, T., Ivern, I. & Giné, C. (2018). Video modeling para enseñar habilidades sociales a niños con trastorno del espectro autista. Una revisión sistemática. *Revista española de discapacidad*, 6(1), 31-47.  
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/375>
- Salazar, A. (25 de septiembre de 2017). Albert Bandura y su teoría de aprendizaje social (TAS). Implicaciones educativas. *CogniFit*.  
<https://blog.cognifit.com/es/albert-bandura-teoria-de-aprendizaje-social-implicaciones-educativas/>
- Samamé, A. (2021). *Programa "Acompáñame a crecer" en la autonomía de los niños de dos años de un Pronoei*. [Tesis de doctorado, Universidad César Vallejo].  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58972?show=full>
- Santana, M. (12 de mayo de 2020). *Fases del proceso de adquisición de hábitos en niños y niñas de 0 a 6 años*. Crear para regalar.  
<https://crearpararegalar.com/fases-del-proceso-de-adquisicion-dehabitos-en-ninos-y-ninas-de-0-a-6-anos/>
- Silva, R. (2021). Programa de entrenamiento en habilidades sociales en adolescente con Trastorno del Espectro Autista: Escuela de lenguaje - Fábrica de palabras. *Revista boliviana de educación*, (3)4, 21-36.  
<https://revistarebe.org/index.php/rebe/article/view/286/859>
- Stang, M. (2011). Las personas con discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real. *Serie Población y Desarrollo*, 103.

CEPAL.

[https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7135/S1100074\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7135/S1100074_es.pdf)

Universidad Internacional de la Rioja (29 de julio de 2022). El conductismo en psicología: ¿cómo interactúa el individuo con su entorno? *Noticias*.  
<https://www.unir.net/salud/revista/conductismo-psicologia/#:~:text=El%20conductismo%20se%20basa%20en,por%20los%20refuerzos%20y%20castigos>.

Vásquez, A. (2016). *La discapacidad en América Latina. Discapacidad. Lo que todos debemos saber.* OPS.

<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Discapacidad%20America%20Latina.pdf>

Velarde-Incháustegui, M., Ignacio-Espíritu, M., & Cárdenas-Soza, A. (2021). Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad, *Telesalud. Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 175-182.  
<https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034>

Vives, J. (2020). Efectos de un programa educativo asistido con caballos en el equilibrio y control postural de un grupo de niños con trastorno del espectro autista. [Tesis de doctorado, Universitat Jaume I].  
<https://www.tdx.cat/handle/10803/669336?show=full>

Zamora, M. y Gortázar, M. (2021). Atención temprana y autismo desde la evidencia y el desarrollo temprano. En Daniel Valdez (Comp.). *Autismo. Intervenir desde el desarrollo* (1° ed., Vol. 1, pp. 15-58). Machado Grupo de Distribución.

## Apéndice. Ficha de Observación

A continuación, se presenta una tabla que contiene varias conductas sugeridas que, en el marco de un Programa de intervención, deben desarrollar la autonomía de los estudiantes diagnosticados con TEA3. La aplicación del método del Videomodelado, de tipo *Video Self Modeling*, implica el desarrollo de las habilidades sociales básicas de autocuidado mediante el establecimiento de rutinas diarias.

### ***Habilidades sociales básicas y lista de rutinas diarias de autocuidado***

Rutinas diarias	Conductas observables	Frecuencia			
		Nunca	A veces	Frecuente-mente	Siem-pre
<b>Aseo e higiene personal</b>	Lava su cara al levantarse en las mañanas				
	Seca sus manos después de lavárselas				
	Cepilla sus dientes después de cada comida				
	Utiliza papel para limpiarse luego de usar los servicios higiénicos				
	Jala la cadena del inodoro después de usarlo				
	Sabe ducharse diariamente				
	Seca su cuerpo y cabello después de ducharse				
	Peina su cabello				
<b>Vestimen-ta</b>	Elige la ropa que vestirá				
	Ordena su pijama				
	Dobla y/o cuelga su ropa adecuadamente				
	Guarda su ropa en el lugar adecuado				
	Deja la ropa sucia en el cesto correcto				
	Lava su ropa				
	Abriga su cuerpo cuando siente frío				
	Aligera la ropa que usa cuando siente calor				
<b>Alimenta-ción</b>	Calza sus pies correctamente				
	Elige la comida que desea				
	Rechaza la comida que no desea				
	Ayuda en la preparación de sus alimentos				
	Mantiene la postura correcta al sentarse en la mesa				
	Usa los cubiertos correctamente				
	Digiere sus alimentos adecuadamente				
	Limpia su boca y/o manos con la servilleta				
Lleva los platos sucios al lavadero de la cocina					
Limpia y lava los platos sucios que utilizó					