



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER DE ACOMPAÑAMIENTO PARA PADRES DE NIÑOS
CON AUTISMO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
DULCE ISABEL SIMÓN MOTA

DIRECTORA DE LA TESINA:
LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

COMITÉ DE TESIS:

Mtra. Blanca Rosa Girón Hidalgo.

Mtra. María Susana Eguía Malo.

Mtra. Alicia Migoni Rodríguez.

Dr. Jorge Rogelio Pérez Espinosa.



Ciudad Universitaria, D.F.

Septiembre, 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
1. Autismo	
1.1 Concepto	5
1.2 Antecedentes Históricos	7
1.3 Mitos sobre el Autismo	11
1.4 Epidemiología	14
1.5 Etiología	15
1.6 Características	18
1.7 Diagnóstico	20
1.8 Tratamiento	28
2. Familia y Autismo	33
2.1 Concepto	33
2.2 Antecedentes Históricos	34
2.3 Tipos de Familia	37
2.4 Familia y Autismo	39
3. Técnicas de Modificación de Conducta Aplicadas al Tratamiento del Autismo	43
3.1 Concepto	43
3.2 Antecedentes	44
3.3 Técnicas para incrementar y disminuir las conductas	46
3.4 Método Son-Rise	49
3.4.1 Principios del Método Son-Rise	51
4. Propuesta de Intervención	57
4.1 Justificación	57
4.2 Escenario	59
4.3 Materiales	60
4.4 Cuestionario de Evaluación	61
Rúbrica de evaluación	62
4.5 Cartas descriptivas	62
5. Discusión	71
6. Anexos	72
7. Bibliografía	81

RESUMEN.

La mirada que se ofrece hacia la discapacidad ha evolucionado, sin embargo en el particular caso del Autismo han crecido los mitos, no así la información fidedigna hacia centros de atención a primer nivel y ni qué hablar de centros educativos. No obstante, la finalidad del presente trabajo no es una propuesta para terceros, los padres quienes conviven, conocen y temen por sus hijos las 24 horas son el tema principal en este proyecto.

Para comenzar con este documento se detallarán las características y evoluciones del término Autismo y cada una de los aspectos que lo conforman, siguiendo con una exploración del núcleo familiar, uniendo ambos temas con la relación de la familia y el Autismo. Se dará una visión de la Modificación Conductual y la Metodología "Son Rise" para iniciar con el desarrollo de la intervención.

La propuesta de intervención relaciona la estructura y seguimiento organizado de la modificación conductual, intervención que ha probado tener resultados comprobables en el tratamiento del Autismo y una Metodología que involucra totalmente a los padres dentro de su hogar para fortalecer habilidades sociales y a partir de ello compartir intereses con el niño e ir incrementando otras habilidades que irán subiendo de nivel partiendo siempre de los intereses del hijo.

Palabras clave: autismo, familia, entrenamiento para padres, terapia en casa.

Abstract. The look is offered towards disability has evolved, but in the particular case of autism have grown myths, so no reliable information to care facilities first level let alone schools, however the purpose of this paper is a proposal for others, parents who live, know and fear for their children 24 hours are the main theme in this project.

To start with this document the characteristics and evolution of the term Autism and each of the aspects that make up detailing, along with an exploration of the nuclear family linking both issues with the family relationship and Autism. Vision of Behavioral Modification and Methodology Son Rise to start with the development of the intervention given.

The proposed intervention relates the structure and organized monitoring of behavioral modification intervention that has proven to have measurable results in the treatment of Autism and methodology that fully involves parents in your home to strengthen social skills and from this share interest's child with him and go increasing other skills that will level up, starting at the child's interests.

Keywords: autism, family, parent training, home therapy

INTRODUCCIÓN.

El Autismo aún es un trastorno desconocido, a pesar de que han pasado ya 70 años de que Kanner en 1943, hiciera observaciones clínicas y diera una sintomatología específica.

Muchos han sido los investigadores que han dado sus teorías comenzando por aquella que sugería que los niños con Autismo eran hijos de las “madres refrigeradoras” o padres carentes de afecto hacia los pequeños; otros, que el autismo es causado por el mercurio que contienen como conservador de vacunas. En fin; las investigaciones más fidedignas conciben al autismo como un trastorno que afecta varias áreas de desarrollo, entre las cuales destacan las habilidades sociales, la rigidez y obsesión en temas específicos o tareas no funcionales, y la falta de la intención comunicativa (Albores, Hernández, Díaz, Cortes; 2008).

A pesar de los avances en investigaciones hoy en día muchos centros de atención a primer nivel desconocen los criterios diagnósticos para este trastorno, lo que lleva a los padres a pensar que tienen hijos consentidos, que deben esperar a que maduren o que son padres o madres “refrigeradores”.

Las estadísticas mundiales reflejan que los diagnósticos están en aumento. Un registro existen 46 mil casos de autismo en México, aunque se advierte que es un aproximado pues debido a que no todos los casos están diagnosticados acertadamente.

Las causas aún no se esclarecen y es un trastorno tan versátil que cada niño es un caso totalmente distinto, las causas son multifactoriales ya que a pesar de que son diversos los factores no son concluyentes para todos los casos.

Las investigaciones entre la relación familiar y el Autismo apuntan que las familias se encuentran bajo un estrés constante por los comportamientos del niños, por los costos de las terapias, por los tiempos de traslado entre consultorios y además por las funciones de los padres como proveedores y otros hijos (Ayon, 2013).

Una investigación en particular (Ayon, 2013), sugiere que los padres que son parte del equipo terapéutico se muestran menos estresados y el tratamiento es generalizado con aprendizajes más consolidados.

La propuesta que yo suscribo con base en estos señalamientos surgió de las observaciones que realice en la clínica “Apoyando a Angelitos con Autismo y Alteraciones del Desarrollo Relacionadas A.C”.

Dichas observaciones fueron a partir de la separación que tienen los padres con respecto al tratamiento de sus hijos, y a pesar de las múltiples estrategias que se les brinda, nada es más efectivo que participar de forma activa, que les permita relajarse y que no sea tan metódico; pero sobretodo que no fracture la relación entre padres e hijos con frustraciones del hijo o del padre.

Las intervenciones terapéuticas en otros lugares del mundo (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, Téllez de Meneses. 2010) están entrenando a los padres con la finalidad no solo de ampliar las horas de tratamiento, o de generalizar los aprendizajes en otros ambientes. Se trata de involucrar a los progenitores a través de un vínculo emocional exclusivo de la relación padres e hijos por medio de actividades lúdicas iniciando con la reestructuración cognitiva de lo que implica ser padres de un niño con Autismo, construyendo expectativas reales de los alcances que pueden tener y siendo conscientes de que son sólo niños y que a pesar de su diagnóstico también pueden ser parte de la familia activamente.

El objetivo general de esta tesina es que al final de este taller los padres, cuidadores y familiares cercanos de las personas con Autismo empleen técnicas de modificación conductual y del Método Son-Rise que facilitarán la convivencia familiar y tratamientos adicionales, para ello se han desarrollado 4 capítulos que se describirán a continuación.

En el Capítulo 1 se aborda de forma esquemática los antecedentes, el concepto, las características, los criterios de diagnóstico, tratamientos más recurrentes y los mitos que engloban el término Autismo.

El Capítulo 2, nos permite conocer los antecedentes históricos, las clasificaciones y el momento de crisis que se enfrenta la Familia que experimenta el diagnóstico de Autismo.

Durante el Capítulo 3 se exploran las Técnicas de Modificación Conductual aplicadas al Autismo, las cuales son las únicas que han certificado la evolución del pronóstico.

Por último el Capítulo 4 describe la Propuesta de intervención, que suscribe una metodología flexible y que tiene como primer objetivo mejorar el vínculo padres e hijos y posteriormente incrementar habilidades sociales y cognitivas a partir siempre de los intereses del niño jugando e interactuando dentro de sus hogares.

Capítulo 1

AUTISMO.

Al escuchar “autismo”, las personas visualizan niños, balanceándose, sentados en un rincón en lo que denominan “su mundo”, o bien un niño “genio” con habilidades de notable proeza científica o matemática.

Los términos que los padres y profesionales han acuñado les proveen de serias etiquetas; ya que no todos cubren las representaciones visuales que los medios han perfeccionado sobre los individuos así diagnosticados; ni clarifica la trayectoria de estas personas a lo largo de su tratamiento.

El individuo que cubre una serie de síntomas para ser diagnosticado como parte del trastorno del espectro autista, puede ir desde una sintomatología severa, leve y moderada. Es decir, que no todos los niños se autolesionan, se balancean o son intelectualmente superiores a la norma.

Ciertamente a los padres no les queda claro cuando un profesional dictamina el diagnóstico, y las representaciones visuales no son de gran ayuda.

En esta primera parte trataremos de clarificar el concepto, la historia, las características y peculiaridades que engloban este término.

1.1 Concepto.

A continuación se enlistarán las definiciones que se han generado alrededor del Autismo.

Minkowski (1927, en Garrabé de Lara, 2012) definió el término como “la ruptura del contacto vital con la realidad” (p.257).

Sarason (1996), refiere que “los niños presentan una notoria falta de conciencia de la existencia de los demás” (p. 468).

Powers (1999), describió al Autismo como “un trastorno físico del cerebro que provoca una discapacidad permanente en el desarrollo” (p. 27).

Davison (2000), menciona al Autismo como “una anomalía grave en el proceso mismo de desarrollo y por tanto difiere de los trastornos mentales que se originan en la edad adulta” (p. 554).

Stanton (2002), delimita al Autismo como “un trastorno del desarrollo, la manera en que se manifiesta cambia a medida que el niño crece y se desarrolla” (p. 25).

Carlson (2006), define al Autismo como un “Trastorno crónico cuyos síntomas incluyen fracaso en desarrollar relaciones normales con los demás, deficiente desarrollo de la capacidad de comunicarse, falta de imaginación y movimientos estereotipados repetitivos” (p.615).

Swartz (2010), señala que “es una discapacidad del desarrollo compleja, resultado de un desorden neurológico que afecta el funcionamiento del cerebro en las áreas de interacción social y comunicación”(p. 48).

Las evidencias no aseguran una causa homogénea, aunque sí predicen factores de evolución en el desarrollo lo que descarta este trastorno como una enfermedad.

De acuerdo con los criterios de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) el Autismo es “un trastorno de características neurobiológicas” (2001).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM IV TR (2002), el Trastorno Autista está definido como “la identificación de distorsiones del desarrollo en múltiples áreas básicas como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y de lenguaje”.

Así mismo la OMS (2001), lo define como “un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia durante los primeros treinta meses de vida en donde las respuestas a estímulos auditivos y visuales son anormales y hay dificultad en la comprensión del lenguaje hablado, existe el deterioro del uso social del lenguaje y de los gestos y donde la inteligencia puede hallarse severamente disminuida, ser normal o estar por encima de los niveles ordinarios”.

Hoy se utiliza el término "Autismo" para referirse a diferentes discapacidades como son, “Autismo infantil, Autismo Típico, Autismo de Kanner, Trastorno Profundo del Desarrollo, Trastorno Profundo del Desarrollo Atípico, Rasgos Autistas, Trastorno Profundo del Desarrollo sin Especificar” (Powers, 1999); "Síndrome de Asperger, Autismo de Alto Funcionamiento, Autismo Atípico" (Stanton, 2002), etc. Actualmente se habla del autismo como un continuum (ya que aparece aislado o en conjunto con otros trastornos que afectan a la función cerebral) y por eso se ha tomado el término "Trastornos del Espectro Autista".

El término “Trastornos del Espectro Autista” facilita la comprensión de la realidad social de estos trastornos e impulsa el establecimiento de apoyos para las personas afectadas y sus familiares. No obstante, para la investigación es imprescindible la utilización del nombre de cada término, así como la descripción de sus características.

1.2 Antecedentes Históricos.

En el siglo XVIII los textos médicos describían casos de niños que no hablaban, que manifestaba un distanciamiento extremado y que poseían habilidades memorísticas fuera de lo común (Powers, 1999).

John Haslam (1809, en Wing, 1996), describió a un niño, que tuvo sarampión a la edad de un año, su conducta posterior describe habla repetitiva, conducta impulsiva y agresiva.

El término autismo aparece por primera vez en 1911 cuando Bleuer (en Cohen 2008) lo utilizó para describir la esquizofrenia, sustituyendo el término de Demencia Precoz.

Para Bleuer (en Garrabé de Lara, 2012) el término Autismo representaba “el repliegue de la vida mental del sujeto sobre sí mismo llegándose a la constitución de un mundo cerrado separado de la realidad exterior y a la dificultad extrema o a la imposibilidad de comunicarse con los demás” (p. 257)

Ligghtner Witmer (1919 en Wing, 1996), escribió un artículo sobre un niño de dos años y siete meses quien carecía de contacto afectivo, realizaba rutinas repetitivas, se observaban anomalías en el habla, memoria mecánica, dificultades de aprendizaje, más tarde estos rasgos formarían parte del autismo clásico de Kanner.

Kanner (1943 en Caballero, 2013) fue el primero en diferenciar el Autismo de la Esquizofrenia, identificándolo como “la inhabilidad innata para desarrollar el contacto afectivo, biológicamente desarrollado por las personas”.

Kanner (1943 en Wing 1996); utilizó el término como parte del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia infantil y se conoció como autismo clásico, autismo de Kanner o autismo infantil precoz.

Simultáneamente Asperger (1944 en Attwood, 2007), sugirió el término *Die Autistische Psychopathen in Kindesalter* (Trastorno Autista de la Personalidad), resaltando la descripción de la personalidad más que de una enfermedad mental como la esquizofrenia.

Anthony (1958 en Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velázquez, Zarruk; 2003), diferencia entre el Autismo idiopático primario y el Autismo secundario o sindrómico. El primero aparece en niños con un aparente desarrollo normal hasta la edad de año y medio y un posterior retraimiento “psicótico”. El Autismo secundario corresponde a un retraimiento neonatal por lesión cerebral o deprivaciones sensoriales.

Hasta 1962, en el Reino Unido se estableció la primera Asociación para padres y profesionales “National Autistic Society”; con ella se comenzó la publicación en los medios de comunicación y se dio a conocer que no todos los individuos cumplían con las descripciones específicas de Kanner aunque sí requerían de una orientación similar Wing (1996).

Jean-Marc-Gaspard Itard (1981, en Wing, 1996), se hizo cargo de un muchacho de aproximadamente doce años de edad, publicó varios artículos donde se describe cómo se comunicaba, ya que no tenía lenguaje, se le conoció como “el niño salvaje de Aveyron”. Se deduce que tenía autismo, pues a pesar de sus enseñanzas el niño no aprendió a hablar, no usaba los juguetes de maneras adecuadas y era organizado al borde de la obsesión, además de que era difícil de manejar por sus conductas agresivas.

Tustin, Mahler y Meltzer (1972, 1975, 1975 en Prego, 1999), recurrieron a este término porque para ellos existía una primera etapa de la vida del niño en la que es normal una fase autista; dado que en el infante entre cero y dos meses predominan los estados somniformes que “favorecen un modelo monádico cerrado y autosuficiente en su relación alucinatoria de deseos”.

Israel Kolvin (1970 en Wing, 1996), marcó las diferencias entre el autismo y la esquizofrenia infantil, un trastorno muy raro que se da en la niñez.

Rutter (1978 en Cohen 2008), contribuyó a la clasificación y diferenciación de otras patologías psiquiátricas, y ciertos trastornos del desarrollo. Sus teorías demostraron que el Autismo no se debe a una frialdad por parte de la madre y que los padres de niños con Autismo no son menos afectuosos que otros (Cohen 2008).

Wing (1981 en Padrón, 2006) tradujo el texto de Hans Asperger al inglés; ya que no fue conocido debido a la Segunda Guerra Mundial y al idioma en que fue escrito; la denominación de Síndrome de Asperger se debe a ella y además la justificación de que el diagnóstico de autismo no excluía al diagnóstico de

Síndrome de Asperger, con lo que quedaba manifiesta la relación y continuidad entre ambos.

Incluso la terminología de los Trastornos del Espectro Autista se debe a ella, pues como madre y fundadora de una sociedad de padres de hijos con autismo, sugiere que las demás terminologías son “confusas y abrumadoras” (Wing, 1996).

Gillberg (1993, en Wing 1996), halló que un niño de cada 330 padece Síndrome de Asperger.

Las primeras ediciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud, no incluían al Autismo, la octava edición (1967) mencionaba sólo el “autismo infantil” como una forma de esquizofrenia. La novena edición (1977), lo incluía como parte de “psicosis infantil” La décima edición (1992) lo adopta como trastornos del desarrollo (Wing, 1996).

Albores (2008), refiere que el Autismo fue clasificado por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico DSM II (1968) como una reacción psicótica de la infancia, en el DSM III (1980) recibió el nombre de Autismo Infantil, esta vez agrupado bajo una nueva categoría denominada Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), éste denotaba una afección global del desarrollo del niño, en el DSM III-R (1987) cambió el nombre a Trastorno Autista. En el DSM IV (1994) permaneció clasificado esta vez con criterios claros, menos restrictivos, esto aumentó la prevalencia de los casos de Autismo.

1.3 Mitos sobre el Autismo.

Son muchas y diversas las creencias que giran en torno al autismo. A continuación revisaremos las más comunes, para su aclaración.

En la **Epidemiología** del Autismo o la incidencia de los diagnósticos, se cree que:

- El porcentaje de autismo, se da más en varones que en mujeres.
Verdadero

Afecta más a los varones: se diagnostica con Autismo a una niña por cada cuatro varones. Las niñas presentan un daño mayor y más difíciles de tratar (Pérez – González, Williams; 2005).

Una de las principales áreas afectadas son las **Habilidades Sociales**, algunos mitos sobre estas incluyen:

- El autismo es una incapacidad emocional. Falso

Ciertamente el Autismo forma parte de una serie de incapacidades entre las cuales se encuentra la incapacidad para “leer la mente”, lo que impide que los niños se den cuenta de lo que piensan, creen, sienten o desean otras personas. (Firth, 2003; Tirapu-Ustárrroz, Pérez- Sayes, Erekatxo- Bilbao y Peregrin-Valero, 2007 en Gómez; 2010).

- Los niños con autismo no pueden mostrar afecto. Falso

Dennet (1987, 1991 en Gómez; 2010), establece dos criterios básicos que garantizan la presencia de la Teoría de la Mente:

- ✓ Tener creencias sobre las creencias de otros, distinguiéndolas de las propias.
- ✓ Hacer o predecir algo en función de esas creencias atribuidas y diferencias del propio sujeto.
- Los niños con autismo no quieren amigos. Falso

La “ceguera mental” (Baron-Cohen, 1995 en Gómez; 2010) afirma que los niños con autismo carecen de la habilidad para “leer” los pensamientos; esto significa que no pueden interpretar las necesidades de los demás, lo que complica la interacción con los otros.

- Los niños con autismo son completamente aislados de las relaciones humanas. Falso

Desde el enfoque cognitivo se le denomina “Teoría de la Mente”; Astintong (1998 en Gómez; 2010) aporta además que el descubrimiento de la mente significa hacerse consciente de que las personas e incluido él mismo, tienen mente y con base en ella se realizan las acciones; es decir que el establecimiento de las relaciones sociales no solo está vinculado con el diagnóstico.

- Los niños con autismo no sonríen. Falso

Los niños con Autismo suelen responder con una sonrisa o riendo, incluso siguen los juegos y gustan de las interacciones diádicas con sus cuidadores y hasta con extraños. Sin embargo, se trata de situaciones en donde los adultos participan activamente y se encontró que los problemas para socializar era cuando la interacción diádica no está organizada (Maya, 2012).

La mirada conjunta o **Atención conjunta** es la capacidad para compartir intereses a través de una comunicación no verbal, no presente en niños con Autismo, por ello se dice que:

- Los niños con autismo nunca hacen contacto visual. Falso

La dificultad para establecer este contacto no verbal en las personas con autismo se asocia con el déficit de otros aspectos del lenguaje no verbal, como la incapacidad para señalar cuando solicitan algo durante su crecimiento; en este mismo periodo se identifica la ausencia de atención conjunta, considerada una temprana manifestación de Autismo (Mebarak, Martínez, Serna; 2009).

Se ha demostrado que las personas con Autismo tienen dificultades en la asociación y transferencia intermodal de inputs sensoriales, en el caso de la vista, por ejemplo, los niños usan sus ojos de forma infrecuente en lugar de centrar la mirada en un objeto a la vez, observan toda la periferia. Así como no suelen ver un objeto por su centro prefieren observarlo desde un extremo con los ojos entrecerrados y con un ojo por vez, lo que deteriora las interacciones sociales (Maya, 2012).

En relación a las **Habilidades cognitivas** los mitos son:

- Los niños con autismo no hablan. Falso

Los estudios de lenguaje incluyen comunicación limitada, uso limitado del lenguaje con propósitos sociales, calidad de voz poco usual, y comunicación no verbal alterada; en algunos casos no se adquiere el lenguaje (Swartz, 2010).

- Todos los niños con autismo pueden realizar proezas mentales asombrosas, tal como memorizar la guía telefónica entera o multiplicar grandes cantidades de memoria. Falso

Aproximadamente dos tercios de los niños con Autismo obtienen puntuaciones de CI por debajo del promedio (Valle, 2012).

Las personas con Autismo y de un nivel intelectual estándar, pueden desarrollar ciertas capacidades para compensar sus limitaciones y así poder adaptarse (Maya, 2012).

Otras suposiciones incluyen:

- Todos los niños con autismo son exactamente iguales. FALSO

La gran variabilidad de las características fenotípicas de las personas con Autismo refleja probablemente la interacción de varios genes, que pueden ser distintos en cada persona (Pérez – González, Williams; 2005).

- Puedes decir en seguida si alguien tiene autismo. FALSO

La mayoría de los niños tienen un aspecto físico normal. El diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde edad temprana (Valle, 2012).

- El autismo es curable. FALSO

Los niños con Autismo cuyos casos son menos severos adolecerán de menos discapacidades cuando sean adultos; sin embargo, la mayor parte de los niños seguirán mostrándose afectados por el Autismo y algunos incluso en forma bastante severa (Powers, 1999).

1.3 Epidemiología.

Los estudios epidemiológicos en 1990 divulgaban que el trastorno autista se presenta de 2 a 5 casos por cada 10, 000 nacimientos (Jorde & cols., en Gómez, Camarena, Nicolini; 1997). Se ha demostrado a partir de las investigaciones una prevalencia de varones autistas aproximadamente de 2.5:1, el exceso de varones autistas que aparece en todos los estudios constituye una base acerca del origen biológico del autismo (Firth, 1991, Newson & cols., 1984 en Gómez, et al; 1997).

Hace treinta años el autismo era una rareza 4 niños de 10.000 nacimientos; “hoy es un trastorno muy común 4 de 100” (Cohen 2008).

Un registro voluntario realizado por el Instituto Nacional de Estadística Geográfica (INEGI) ubicó 46 mil casos de autismo en México (Silva; 2004, en Valdés, Cisneros, Vales, Carlos; 2009).

En EUA se reporta a un niño con autismo en cada 88. (Instituto Nacional de Salud Mental NHI, 2012; en Clínica Mexicana de Autismo A. C, 2013), un estudio en la ciudad de Cambridge, Reino Unido, ha encontrado (en niños de entre 5 y 9 años) a un niño en el espectro autista por cada 66 (Autism Research Centre UK, 2010). El Dr. Eric Fombonne y un equipo de investigadores del Corea del Sur reportaron la prevalencia de un niño con Autismo de cada 34 (Autism Speaks Organization, 2011; www.clima.org.mx/images/pdf/prevalencia.pdf).

En 2010 la organización Autism Speaks aprobó a México un financiamiento que se utilizaría para conocer el tamizaje en la ciudad de León Guanajuato, México; con una población de 35 000 niños de escuelas públicas y otras asociaciones civiles. A partir del inicio de estas investigaciones la Clínica Mexicana de Autismo y otras alteraciones del Desarrollo (CLIMA) A. C. responsable de esta investigación ha estimado una prevalencia para México de 1 en cada 300 niños (CLIMA 2013).

DOMUS, Instituto de Autismo; (organización no gubernamental mexicana) confirma en su portal electrónico que no hay un censo que establezca oficialmente la incidencia en nuestro país, ni concluye ninguna investigación epidemiológica sobre el autismo. Sin embargo, publica evidencia según estimación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), se situaron entre las primeras cinco causas de atención en tres periodos observados (2003, 2005, 2007).

Otra estimación realizada por psiquiatras del “Hospital La Raza” (2008), establece que en México puede haber 46,000 casos de autismo, confirmando que es 4 veces más frecuente en varones que en niñas (DOMUS, 2013).

1.4 Etiología

Así como los niños diagnosticados no han cesado desde que Kanner describió el Autismo, las causas tampoco han parado de surgir; como aquella que aseguraba que “las madres refrigeradoras o padres poco afectuosos” generaban Autismo.

Esta primera teoría fue alentada por el psicoanalista Bettelheim (1960 en Cohen 2008), quien además desarrolló el tratamiento denominado “parentectomía”.

Tinbergen (1983 en Cohen 2008) seguidor suyo publicó además que cualquier tipo de separación entre la madre y el hijo sería desencadenador de autismo; así mismo desarrolló la “terapia de apego”, pues durante estas separaciones del hijo y los padres el apego primario se veía afectado.

Sin embargo, debido a las aportaciones de Rutter (1978 en Cohen 2008), se desecharon las teorías al no encontrar resultados significativos al comparar a

pares de las mismas edades o incluso hermanos de estos pacientes, con el mismo desapego de los modelos parentales.

Dada esta evidencia y a la época en que nos concentramos debemos tomar en cuenta las bases psicológicas del trastorno del espectro autista y de la base biológica subyacente.

Al comparar en los inicios de la descripción del paciente con autismo se tomó en cuenta el diagnóstico de esquizofrenia, ya que la conjunción de los genes de ambos padres origina una carga genética de hasta 39% causal de este padecimiento.

La investigación actual ha demostrado que el origen del autismo se vincula con un desajuste orgánico en el cual intervienen diferentes factores que provocan un defecto en la funcionalidad del Sistema Nervioso Central (Caballero 2013).

La epilepsia en adolescentes con autismo sugiere así mismo la vinculación con otras patologías de origen biológico (Caballero 2013).

Se ha sugerido que pacientes con autismo pueden tener alteración en el sistema de neuronas de espejo, las cuales son un conjunto de neuronas que controlan nuestros movimientos y responden de forma específica a los movimientos e intenciones de movimiento de otros sujetos (Cornelio-Nieto 2009).

Este sistema neuronal descrito por Rizzolati (en Cornelio-Nieto 2009), participa de manera importante en la capacidad de reconocimiento de los actos de los demás, en la identificación con éstos e incluso en su imitación. Es decir, es un sistema involucrado en la interpretación de las intenciones complejas.

Entonces una disrupción del circuito neuronal podría explicar algunos signos cardinales del trastorno del espectro autista, como la ausencia de empatía, déficit del lenguaje, pobre imitación, etc.

Un estudio científico en la Universidad de California demuestra que “los niños autistas no muestran datos encefalográficos cuando observan a otros sujetos realizar actos motores” (Cornelio-Nieto 2009).

Así mismo las investigaciones con gemelos idénticos revelan que “si uno de los gemelos es autista, la probabilidad que el otro también lo sea es de 60%.”

También se encuentran anomalías en regiones cerebrales como el cerebelo, la amígdala, el hipocampo, el septo y los cuerpos mamilares, ya que las neuronas de estas regiones son más pequeñas y tienen fibras subdesarrolladas, las cuales pueden interferir con las señales nerviosas (Aragón 2010).

Las familias que tienen más de un hijo diagnosticado con alguna variante del espectro autista, son casi el 2%; es poco probable en el resto de la población que este trastorno se trate de una condición heredable. De igual forma, los estudios en gemelos monocigóticos muestran una concordancia de 33%, en gemelos dicigóticos es de 3%, lo que sugiere que los factores no biológicos también intervienen (Aragón 2010).

Como en cualquier otra anomalía el autismo puede ser secundario a otras afecciones biológicas entre las que destacan la esclerosis tuberosa (Calderón 1994); rubeola intrauterina, Síndrome X frágil, Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome de Angelman, encefalitis por herpes simple, fenilcetonuria, uso de fármacos durante el embarazo. Es especialmente importante en presencia de túberes que afectan los lóbulos frontal y temporal (Rogel-Ortiz 2004).

Cohen (2008); enlista afecciones como epilepsia, Síndrome de Gilles de la Tourette, Síndrome de Smith-Lemli-Opitz, Síndrome de Timothy, Distrofia muscular de Duchenne.

Se han realizado investigaciones por medio de técnicas modernas de imagenología cerebral, donde los resultados muestran, además de las anomalías anatomo-funcionales en las regiones del “cerebro social” (cortexórbito-frontal,

surco temporal superior, *gyrus* fusiforme, amígdala), trastornos de la conectividad anatómica y funcional de estas regiones (Garrabé de Lara, 2012).

También existen diferencias significativas en los neurotransmisores, uno de ellos es la *serotonina*, la cual es una monoamina neurotransmisora sintetizada en las neuronas serotoninérgicas en el Sistema Nervioso Central y en el tracto gastrointestinal, parte las personas con autismo muestran niveles elevados de ella, aunque siguen sin ser claros los efectos (Rogel-Ortiz 2004).

Por el contrario los bajos niveles de *GABA*, las neuronas gabaérgicas la producen cumpliendo con una función inhibitora en el cerebro adulto, de manera que los niveles bajos pueden manifestar los estados híper-reactivos y la hipersensibilidad en el Autismo lo que podría explicar la ansiedad y la hipersensibilidad en el autismo (Cohen, 2008).

1.5 Características.

Los niños difieren ampliamente entre sus habilidades y conductas, por ello cada síntoma puede manifestarse de distinta manera en cada uno, algunos niños se encuentran más discapacitados que otros debido a su trastorno. Algunos de los síntomas en un niño pueden ser más leves que otros (Powers, 1999).

Es un desorden de espectro, lo que quiere decir que las características y la severidad de éstas ocurren en una gran variedad de combinaciones, desde leves hasta severas (Swartz, 2010).

Kanner (1943 en López, Rivas & Taboada 2009), describió a partir del análisis a de 11 casos de niños pequeños con características específicas como son:

- Incapacidad para establecer contacto con los demás.
- Retraso importante en la adquisición del habla, uso no comunicativo del habla,
- Ecolalia retardada,
- Inversión pronominal,
- Actividades de juego repetitivas y estereotipadas,

- Insistencia obsesiva en preservar la identidad,
- Carencia de imaginación,
- Buena memoria mecánica

Powers (1999), enumera seis principales características:

- Incapacidad para desarrollar una socialización normal,
- Perturbaciones del habla, lenguaje y comunicación,
- Relaciones anormales con objetos y acontecimientos,
- Respuestas anormales a la estimulación sensorial,
- Retrasos en el desarrollo y diferencias en el mismo,
- Los comienzos de durante la infancia o niñez

Swarts (2010) especifica:

- Déficits en habilidades sociales. Carencia de apegos normales a los padres, intentos no adecuados de gestos en sonrisas, contacto visual pobre y evasivo, habilidades de imitación limitadas, no hay amistad con otros, no hay juego cooperativo, muestras poco frecuentes de afecto y empatía.
- Déficits de lenguaje. Incluyen comunicación limitada, en algunos no se adquiere. Uso limitado del lenguaje con propósitos sociales, calidad de voz poco usual y comunicación no verbal alterada.
- Insistencia en lo mismo. Problemas con cambios en el ambiente o en las rutinas, patrones de conductas ritualistas, conductas estereotipadas.
- Respuestas a estímulos sensoriales, híper e hipo sensibilidad frecuente a estímulos visuales, táctiles, auditivos, olfativos, gustativos, vestibulares y propioceptivos.
- Características asociadas. Inteligencia; rangos entre superior y retraso mental. Sobre selectividad a estímulos (patrones de procesos selectivos de información sensorial). Conducta auto-destructiva. Temores (sociales y sensoriales). Desórdenes orgánicos (secundarios).

Solloa (2001, en Maya; 2012) refiere que el Autismo está englobado dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, que son formas de psicopatía infantil que se caracterizan por déficits y alteraciones importantes en áreas como:

- La comunicación (limitada),
- La socialización (relaciones interpersonales, expresar afectos a terceros),
- El juego, (repetitivo),
- Habilidades cognitivas (irregularidad de competencias),

Así como por una gama de conductas estereotipadas, autoestimulatorias y extravagantes:

- Lenguaje ecolálico, y
- Estereotipia motriz.

1.6 Diagnóstico.

Díaz (2008 en Borges; 2012), revela que los criterios diagnósticos del Autismo se basan en la identificación de distorsiones del desarrollo en múltiples procesos psicológicos básicos, como la atención, la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y del lenguaje.

Este depende de la obtención de una historia personal que relacione, entrevistas con los padres, la historia desde la infancia y una descripción de la conducta presente Wing (1998).

Hay aspectos de la historia clínica que pueden ser relevantes para el diagnóstico diferencial, es preciso profundizar durante la historia clínica patrones de comportamiento durante la interacción social como son el interés por la interacción, comportamiento reservado. Sí la interacción es intencional, es un interés peculiar, sí existe y mantiene el contacto visual. (Díez-Cuervo, Muñoz-Yunta, Fuentes-Biggi, Canal-Bedia, Valdizán, Hervás-Zuñiga, Artigas-Pallares, Belichón-Carmona, Hernández, Martos-Pérez, Palacios, Posada-De la Paz; 2005).

En cuanto a la comunicación, se debe aclarar si la persona habla o no, si utiliza algún medio no verbal, o si ha ce uso de sistemas alternativos de comunicación (gestos, sistema de ayudas visuales o pictogramas); si en su lenguaje aparecen formas peculiares de expresión como ecolalias, lenguaje repetitivo o inversión pronominal; si su lenguaje es extremadamente literal y si su entonación y ritmo son más bien monótonos.

Con aspectos de carácter más pragmático es importante conocer si la persona puede iniciar (y, o) mantener una conversación apropiada a su nivel de desarrollo, si sus temas de conversación se adaptan, si puede entender dobles sentidos, indirectas o expresiones irónicas.

Respecto al patrón restringido de comportamiento, actividad e intereses se trata de saber, si la persona tiene alguna preocupación o interés especial, sí este interfiere de manera significativa en el funcionamiento de la persona y sí es anormal por la intensidad o por el tema.

Se han de explorar las dificultades con los cambios y las transiciones de unos contextos a otros, si la persona lleva a cabo rutinas o actividades repetitivas que en esencia son de carácter improductivo.

El comportamiento rutinario puede variar desde actividades altamente elaboradas hasta actividades repetitivas de tipo motor, es necesario aclarar si dichas actividades aparecen asociadas o no a determinados momentos o a situaciones cotidianas y si son susceptibles a de verse interrumpidas o modificadas por medio de instrucciones o guía física.

En la evaluación del funcionamiento de la persona, es necesario recabar información sobre si ésta utiliza objetos o juguetes en un contexto de juego imaginativo o si la forma en que manipula los materiales es inusual o peculiar.

La conducta que demuestre la persona con los materiales de juego puede ser indicativa del nivel de desarrollo cognitivo y simbólico y, por tanto, servirá para orientar la selección de pruebas estandarizadas a la evaluación de estos aspectos.

Es necesario preguntar a los familiares si la conducta del niño en la consulta es representativa de su comportamiento habitual (Díez-Cuervo, Muñoz-Yunta, Fuentes-Biggi, Canal-Bedia, Valdizán, Hervás-Zuñiga, Artigas-Pallares, Belichón-Carmona, Hernández, Martos-Pérez, Palacios, Posada-De la Paz; 2005).

Soto (2011) menciona que algunos instrumentos pueden ayudar en la evaluación hacia los pacientes; tales como:

- “Escala De Evaluación De La Conducta (EEC)”, Kozloff (1980).
- “¿Cómo enseñar a mi hijo?”, Baker (1980).
- “Guía Portage de educación preescolar”, Bluma et al. (1978).

Díez-Cuervo, et al (2005), sugieren que se pueden evaluar usando:

- ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) Lord et al (1994).
- DISCO (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder) Wing et al (2002).
- ADOS-G (Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic) Lord et al (2000).
- CARS (Childhood Autism Rating Scale) DiLalla y Rogers (1994).
- GARS (Gilliam Autism Rating Scale) Gillian y Janes (1995).

Maya (2012), propone evaluarlos utilizando:

- La Escala de Evaluación de Comportamientos Autísticos ECA (Gilbert Lelord y Catherine Barthélémy).
- El Perfil Educativo Personalizado PEP (Erik Schopler).
- La prueba Check-List for Sutsimin ToddlersCHAT (Simon Baron – Cohen).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el CIE-10 (2001) considera los siguientes criterios para el diagnóstico de Autismo.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo

Grupo de trastornos caracterizados por alteraciones cualitativas características de la interacción social, de las formas de comunicación y por un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de intereses y actividades. Estas anomalías cualitativas son una característica generalizada del comportamiento del individuo en todas las situaciones, aunque su grado puede variar. En la mayoría de los casos el desarrollo es anormal desde la primera infancia y sólo en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los cinco años de edad. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general, aunque estos trastornos están definidos por la desviación del comportamiento en relación a la edad mental del niño (retrasado o no).

F84.0 Autismo infantil

Trastorno generalizado del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictivas. El trastorno predomina en los chicos con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las chicas.

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un período previo de desarrollo inequívocamente normal pero, si es así, el período de normalidad no se prolonga más allá de los tres años. Hay siempre alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la forma de una valoración inadecuada de los signos socioemocionales, puesta de manifiesto por una falta de respuesta a las emociones de los demás o por un comportamiento que no se amolda al contexto social, por un uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento

social, emocional y de la comunicación, de un modo especial por una falta de reciprocidad socio-emocional. Asimismo, son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación. Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debido a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento.

Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego. Puede presentarse, sobre todo en la primera infancia, un apego muy concreto a objetos extraños, de un modo característico a los "no suaves". Los niños persisten en llevar a cabo actividades rutinarias específicas consistentes en rituales sin un sentido funcional, tal y como preocupaciones estereotipadas con fechas, trayectos u horarios, movimientos estereotipados o un interés en los elementos ajenos a las funciones propias de los objetos (tales como su olor o textura) y suelen presentar una gran resistencia a los cambios de la rutina cotidiana o de los detalles del entorno personal (tales como la decoración o los muebles del domicilio familiar).

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas. Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave.

La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real).

Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes.

Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75 % de los casos.

Incluye: Autismo infantil, Síndrome de Kanner, Psicosis infantil, Trastorno autístico.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

F84.1 Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo), a pesar de la presencia de características de una o dos de las otras áreas. El autismo atípico suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico de autismo. También sucede

esto en individuos con graves trastornos específicos del desarrollo de la comprensión del lenguaje.

Incluye: Retraso mental con rasgos autísticos, Psicosis infantil atípica.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría detallada por el DSM IV TR (2002), el diagnóstico debe cubrir los siguientes patrones:

Trastornos generalizados del desarrollo.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno autista (299.00)

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

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

(a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.

(c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

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

(c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

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

3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(d) preocupación persistente por partes de objetos

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

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

El diagnóstico es minucioso pero de vital importancia para dirigir y definir el tratamiento que sea el adecuado para el niño.

1.7 Tratamiento.

Debido a la infinidad y características especiales de cada uno de los tratamientos y para fines de este proyecto enlistaremos diferenciando entre programas farmacológicos y no farmacológicos.

- **TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS.**

Ritvo & Freeman (1984 en Cabezas 2011), reiteran el cuidadoso manejo farmacológico e insisten en que éste por sí solo no puede conseguir la recuperación del niño.

Meneghello y Grau (2000, en Contreras 2006), sugieren fármacos contra la epilepsia; para controlar el exceso de dopamina en las personas con autismo, ya que en algunos casos existe un nivel elevado de esta sustancia.

El National Institute of Child Health and Human Development (2005, en Mebarak, Martínez y Serna 2009), manifiesta los medicamentos que se suelen prescribir:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (SSRI), donde se agrupan antidepresivos que ayudan a disminuir la irritabilidad, rabietas, conductas agresivas y mejora el contacto visual.
- Antidepresivos tricíclicos para tratar la depresión y las conductas obsesivas compulsivas.
- Psicoactivos o antipsicóticos, pueden disminuir la hiperactividad, los comportamientos estereotipados y los síntomas de aislamiento y la agresión.
- Ansiolíticos para disminuir la ansiedad y el pánico

El tratamiento bioquímico, la L-dopa y fenflouramina se han utilizado para disminuir los niveles de serotonina. Campbell y Lowell (1984, en Cabezas 2011); han demostrado la eficacia del haroperidol y la trifluoperazina para mejorar el aprendizaje y favorecer los mecanismos de atención en los niños, en ambientes altamente controlados.

- **TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS.**

La terapia electroconvulsiva, es poco utilizada en la actualidad, excepto si la conducta autolesiva del niño es llevada a extremos graves, o padece un retraso mental muy profundo, pero no en todos los casos la conducta es eliminada (Cabezas, 2011).

El enfoque intrapsíquico, se orienta hacia la causalidad del ambiente en el autismo. Ward (1976, en Cabezas 2011), lo describe como una vulnerabilidad del niño, en virtud de la cual el ambiente no satisface sus necesidades, y ésta no satisfacción es la causa del problema. El tratamiento se centra en el reconocimiento del yo, que se encuentra casi ausente en el niño, además de promover el rompimiento de las conductas estereotipadas.

Bettelheim (en Davison, 2000), concibió un tratamiento diferente creando una atmosfera cordial y afectuosa para ayudar a que el niño entre al mundo, se trata del tratamiento psicodinámico. El terapeuta intenta convertirse en el sustitutivo de la madre; si el niño rechaza las ofertas de contacto el tratamiento comenzará estimulando placenteramente los órganos sensoriales. En la segunda fase el terapeuta se ofrece como un “yo de ayuda” ofreciendo y haciendo concesiones de ayuda mientras trabaja fases del desarrollo (Borges, 2012).

La Terapia Ambiental, tiene como objetivos ayudar al niño a aprender conductas para que pueda convivir con su familia o en otro ambiente comunitario partiendo del orden externo, proporcionado por el programa terapéutico poder producir algún orden interno que lleve al niño a una autoconciencia y mejor adaptación (Valle, 2012).

Terapia de Juego, con base en los estudios realizados se ha observado que esta terapia individual con corriente conductual y también en forma grupal es eficaz. Schaefer, (2005) propone que con base en técnicas cognitivas y conductuales adaptadas para los niños respecto a su edad es posible trabajar habilidades sociales, habilidades de resolución de problemas, conductas obsesivas, autocontrol, entre otras.

En esta técnica el terapeuta facilita en relación a la edad del niño, estrategias para desarrollar pensamientos y comportamientos adaptativos; estas habilidades de afrontamiento se modelan utilizando juguetes u objetos que permitan la manipulación y fortalezcan un vínculo.

Floor Time, esta técnica moviliza la expresión y la intensión de los niños para facilitarles el progreso a través de 6 etapas distintas: la autorregulación, la intimidad, la comunicación bidireccional, la comunicación compleja, las ideas afectivas y el pensamiento afectivo.

RDI (Relationship Development Intervention), consta de actividades semi-estructuradas centradas en el lenguaje declarativo, la flexibilidad cognitiva, la previsión y la retrospectiva, la coordinación social y las aptitudes para la referenciación afectiva (Mebarak, Martínez y Serna; 2009).

Los programas de **MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA** con frecuencia se utilizan con los niños que padecen autismo severo (Sarason, 1996).

Estos programas se centran en generar conductas adaptativas para disminuir otras que no resultan aceptables, en esta terapia se analizan las causas y consecuencias de la conducta y después se pone en práctica un programa conductual (Contreras, 2006).

Algunos de ellos citados, por Mebarak, Martínez y Serna (2009) son:

- Discrete Trial Teaching (DTT), la Enseñanza de Tareas discriminadas prioriza la intervención temprana intensiva en la instrucción sistemática, el entrenamiento en discriminación con prácticas repetitivas y programas de generalización y mantenimiento.
- Análisis de la Conducta Verbal (VB), presta atención especial a las principales operantes verbales.
- Pivotal Response Training (PRT), el entrenamiento en respuestas “centrales” considerando habilidades sociales, de comunicación y juego.

Las técnicas de Modificación Conductual así como sus contingencias serán revisadas detalladamente más adelante en el Capítulo 3.

Entre los **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS** a la terapia central que decidan los padres se encuentran:

Terapias de lenguaje, el objetivo primordial de esta es mejorar la habilidad comunicativa a través de la generalización (Peña, 1994 en Terán, 2010). Se centra en la habilitación o rehabilitación de funciones fonéticas o pragmáticas y en elementos específicos como son la adquisición del lenguaje (Terán, 2010).

La función del terapeuta es proporcionar apoyo o reeducación a los niños con dificultades, complementando con oraciones y sugerencias, dirigiendo a los docentes y padres de familia (Rayas, 1998).

Terapia ocupacional, centra sus objetivos en estimular las áreas de vida diaria, juego, ocio, escuela o trabajo con componentes sensorio motores, cognitivos y psicosociales tomando en cuenta contextos temporales y ambientales. Principalmente en población infantil; a partir del juego como actividad terapéutica y utilizando juguetes como ayuda técnica (Losada, 2006).

Terapia Asistida por Animales (como la equino terapia o delfino terapia), en este tratamiento el animal es la motivación que fuerza al paciente; sin embargo, es una persona preparada, la cual plantea los objetivos y guía las actividades (Estepa, 2012).

La **Terapia Sensorial** plantea que los pacientes con Autismo no procesan adecuadamente los estímulos táctiles, visuales, olfativos, gustativos, auditivos, vestibulares y propioceptivos que los lleva a una deficiente integración cerebral, generando malestares.

Esta técnica propone un juego dirigido de movimiento en donde el niño recibe determinados estímulos sensoriales con el fin de integrarlos y procesarlos adecuadamente (Fuentes, Ferrari, Boada, Touriño, Artigas, Belichón, Muñoz,

Hervas, Canal, Hernández, Díez, Idiazabal, Mulas, Palacios, Tamarit, Martos, Posada, 2006 en Mebarak, Martínez y Serna 2009).

La diversidad de apoyo existe; sin embargo, es decisión familiar la línea de tratamiento que escogerán junto a su hijo.

Capítulo 2

Familia y Autismo.

Una característica de los seres humanos es que nos desplegamos mejor en conjunto, el primer núcleo que nos impulsa a expandir habilidades sociales, de aprendizaje, desarrollo y crecimiento es la familia. En este capítulo se revisarán diversas perspectivas de este núcleo vital y en especial el vínculo familia y Autismo.

2.1 Concepto.

La definición tradicional conceptualiza a la familia como “un grupo solidario en que el estatus, los derechos y las obligaciones se definen por la simple pertenencia al mismo y por las diferencias secundarias de edad, sexo y vinculación biológica” (Parsons 1986 en Benítez 2013).

La palabra Familia viene del latín *famulus*, que significa sirviente, esclavo. El significado etimológico de familia es “un conjunto de esclavos y criados que sirven a un señor”, este significado tiene sus orígenes en la estructura original romana en la que se hace una exaltación a la figura paterna (Núñez, 2008).

La mayoría de las definiciones conciben a la familia como una estructura social básica que es consolidada a partir de los lazos afectivos entre cada una de ellas. En esta estructura social lo que afecta a un miembro de la familia afecta directa o indirectamente a cada una de ellos.

Se trata de una comunidad organizada intervenculada con jerarquías internas y en relación directa con el entorno físico, económico y social (Berger y Luckman, 1968 en Avalos Paniagua 2012).

Estrada (1990, en Navarro 2011) define a la familia nuclear como los seres que viven bajo un mismo techo y que tienen un peso emotivo y significativo entre ellos. Como un sistema que incluye en su órbita a tres subsistemas principales: el subsistema marital (pareja), el de padres – hijos y el de hermanos.

Para Núñez (2007), la pareja matrimonial es considerada tradicionalmente como el origen de la familia, la llegada del hijo implicará la evolución de una relación de dos al surgimiento del vínculo paterno-filial; ésta a su vez implica un proceso dinámico de desarrollo que comienza con las expectativas tanto de la madre como del padre depositadas en el futuro hijo y perdura a lo largo del ciclo vital.

2.2 Antecedentes Históricos.

Todos los seres humanos provenimos de un círculo social y creamos vínculos afectivos; al primer círculo que pertenecemos le llamamos FAMILIA, cómo es que se fue construyendo este concepto a lo largo de la historia, en este apartado lo revisaremos.

El primer acercamiento al grupo coincide con la llegada de la agricultura que supone el abandono del nomadismo, inclina la balanza hacia el hecho de tener hijos (Arranz, 2004).

Este contexto al que se tuvieron que relacionar estos neonatos sedentarios, le surtió de condiciones que facilitaron su desarrollo, dando como resultado la conformación de la comunidad para habilitar y constituir una familia.

Durante la Edad Media el grupo giraba en torno a un ambiente socioeconómico agrícola y de un conjunto familiar en el que convivían varias generaciones, a lo que aún se le denomina familias extensas. La inmersión de los niños al mundo adulto era muy temprana ya que trabajaban desde que eran capaces de ello. La crianza adecuada de un niño dependía de si iba a convertirse en una fuerza reproductiva para la familia en la que crecía (Arranz, 2004).

En el Renacimiento se concede importancia a la crianza y en especial al momento de la lactancia. Sin embargo, esta es llevada a cabo por una nodriza (Arranz, 2004), pues en las familias acomodadas es de vital importancia engendrar a un heredero. Las altas tasas de mortalidad influían en que las madres estuvieran gestando desde muy jóvenes y por ello los recién nacidos eran llevados al campo para asegurar su crecimiento.

Núñez (2007) describe que en el siglo XVII se conservaba al padre como la autoridad sobre sus hijos como la del rey sobre sus súbditos. Era dueño de su descendencia y disponía de ella a su antojo. El destino del hijo *dependía* de si recibía su reconocimiento, caso contrario era abandonado.

En el siglo XVIII comienzan a dominar las concepciones de que la sociedad se funda en la fraternidad y no en la paternidad; esto condiciona al padre a un intercambio afectivo limitado al mundo hogareño. “El padre abandona el papel de jefe o de amo, pues pasa a depender de los suministros emocionales que pueden brindarle su mujer y sus hijos” (Caratazzolo, 2002 en Núñez, 2007).

Dukheim (1975 en González; 2009) expone la “ley de contracción progresiva”; donde describe la evolución de la familia desde la tribu cuyos hombres buscan el acoplamiento fuera de sí misma y tiene una nula o muy baja división del trabajo social, hasta la moderna familia nuclear (familia conyugal), mediante un proceso de restricción progresiva de la amplitud familiar en proporción al crecimiento de la división en el trabajo en la sociedad. Desde esta perspectiva podemos observar que el vínculo familiar era solamente una conexión con la productividad y no de manera afectiva.

La pedagogía y filosofía de los siglos XVII y XVIII señalan a la familia de estas épocas como un entorno influyente sobre las características infantiles (Arranz, 2004).

En este contexto aparece Rousseau identificando a la infancia como un período diferente de la vida adulta, con sus propias peculiaridades y poseedora de derechos entre los que destacó *el de ser educado*. Su obra *Emile* (1762, en Arranz 2004), se concentra en ofrecer consejos a las madres para que amamanten y a los padres para que respondan a las obligaciones de la paternidad.

En el siglo XIX se destaca Johann Heinrich Pestalozzi, pues evidencia la trascendencia para el desarrollo psicológico de las vinculaciones emocionales familiares a través de la observación, pues era director de un orfanatorio; desde su punto de vista, el cambio social podría provenir de una adecuada educación temprana con la figura fundamental materna (Arranz, 2004).

A principios del siglo XX aparecen diversos tratados de crianza elaborados por pediatras entre los que resalta *El libro del sentido común del niño y del cuidado infantil* de Benjamin Spock (1946 en Arranz, 2004); en éste se enfatiza la influencia de los padres en el desarrollo de los hijos considerando necesaria la implicación progresiva de los hombres en el proceso de crianza; además de recomendar el uso de la firmeza siempre acompañada de respeto y afecto.

En los años cincuenta se desarrollan los estilos educativos, los cuales serán descritos más adelante.

La familia humana es un ámbito de intervención psico-educativa desde la perspectiva terapéutica, a través de sus diferentes metodologías, desde la perspectiva preventiva con el fin de aplicación de programas; y desde la perspectiva optimizadora apoyando institucional y educativamente a la familia para que se convierta en un contexto potenciador del desarrollo psicológico y de la salud mental Arranz (2004).

2.3 Tipos de Familia.

Si todos los miembros de la familia tenemos particularidades, ¿de qué manera las familias son diferentes unas de otras?, la investigación, observación y diferentes autores proponen las siguientes categorizaciones.

Schaefer (1959, en Arranz 2004) desarrolla un modelo denominado estilos educativos, en donde se cruzan dos continuos del comportamiento parental, el relativo al control disciplinario y el relativo a la calidez afectiva, que generan cuatro ambientes generales diferentes:

- el democrático, que combina alta calidez y alto control;
- el sobreprotector, que combina alta calidez con bajo control;
- el autoritario, que combina la frialdad afectiva con el control alto, y
- el negligente, que combina la frialdad afectiva con el control bajo.

A partir de estos estilos educativos Diana Baumrind (1971, en Arranz, 2004), definió cuatro tipos diferentes de padres:

- Los padres denominados autoritarios se caracterizan por el uso de una disciplina rígida con bajos niveles de manifestaciones afectivas.
- Los padres autorizados, se caracterizan por el uso de una normativa estricta, pero en el contexto de manifestaciones afectivas y de aceptación de sus hijos; además emplean el razonamiento del sentido de las normas como instrumento educativo característica que se define bajo el término de inducción.
- Los padres permisivos se caracterizan por el uso de bajo control y alta calidez afectiva.
- El último grupo es conformado por los padres rechazante-negligentes se caracterizan por la frialdad afectiva y el bajo control disciplinario (Arranz, 2004).

Entre las formas tradicionales de organización familiar y estructuras de parentesco, es posible distinguir entre cuatro tipos de familias (Minuchin 1980; en Avalos Paniagua; 2012):

- La familia nuclear o elemental, conformada por los padres o los hijos, ya sean de descendencia biológica de la pareja o adoptados por la familia.
- La familia extensa o consanguínea, conformada por más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas.
- La familia monoparental se conforma por uno de los padres y sus hijos.
- La familia de padres separados o biparental, donde los padres se encuentran separados pero continúan cumpliendo sus roles como padres.
- La familia de madre soltera, la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos (Navarro, 2011)

El INEGI (2000, en Benítez 2013), realizó la siguiente clasificación:

- Hogares familiares, por lo menos uno de sus miembros tiene relación de parentesco con el jefe, éste se divide en nucleares y extensos
- Hogares nucleares, está constituido por un jefe y su cónyuge, un jefe y su cónyuge con hijos no casados, o un jefe con hijos no casados
- Hogares extensos, aquéllos que además del jefe, cónyuge e hijos se encuentran integrados por uno o más parientes del jefe, y
- Hogares no familiares, ningún integrante tiene parentesco con el jefe o la jefa del mismo.

Navarro (2011), propone diversas formas de relación entre los miembros de la familia:

- Familia Rígida, los hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios,
- Familia Sobreprotectora, los padres retardan la madurez de sus hijos, y al mismo tiempo hacen que dependan extremadamente de sus decisiones.
- Familia Centrada en los Hijos, los padres buscan la compañía de los hijos y dependen de éstos para su complacencia.
- Familia Permisiva, los padres son incapaces de disciplinar a sus hijos por temor a sus demandas.
- Familia Inestable, los padres están confusos por falta de metas comunes.
- Familia Estable, los padres tienen claridad en su rol, con altos grados de madurez e independencia.

Estos estilos y características de la familia definirán las reacciones a consecuencia de múltiples eventos en el grupo.

2.4 Familia y Autismo.

Para ahondar en este tema es necesario tomar en cuenta a la recién pareja en espera de un hijo, las expectativas de desarrollo y el afrontamiento de discapacidad.

La llegada de un hijo siempre supone la continuidad del vínculo, sin embargo cuando se habla de discapacidad en la familia y en particularidad de Autismo la dinámica cambia. En este capítulo revisaremos las investigaciones acerca de la relación familiar de los pacientes con Autismo; para ello primero debemos describir el momento de “crisis”, al que se somete la familia cuando el hijo no responde a las expectativas debido a una imposibilidad del desarrollo.

Erickson (1963, en Núñez 2007) concibe la crisis como un momento crucial en el que el desarrollo debe tomar una dirección; que puede proporcionar la oportunidad de crecimiento. Cuando la crisis acontece a nivel familiar, implica un desequilibrio o perturbación, con efectos que muchas veces no pueden ser absorbidos por una sola organización familiar. Se suele hacer una diferenciación entre las crisis evolutivas o del desarrollo y las crisis accidentales.

En cuanto a las crisis accidentales que pueden sufrir las familias, éstas tienen una característica sobresaliente ya que se desencadenan ante un hecho precipitante que no tiene ninguna relación directa con la etapa del ciclo vital que atraviesa la familia: pueden ocurrir en cualquier momento. Podríamos deducir que dentro de las crisis accidentales familiares a aquellas que se desencadenan a partir de la sospecha e incluso confirmación del diagnóstico de la discapacidad (Núñez, 2007).

Cualquiera que sea el momento en que se produce el trastorno o acontece su diagnóstico, producirá un impacto sobre la familia. Habrá influencias en el establecimiento de un vínculo previo libre de interferencias emocionales hasta el momento en que se produce finalmente el diagnóstico; es decir, que existen mayores posibilidades de aparición de modalidades vinculares disfuncionales, cuando el hijo tiene algún déficit (Núñez, 2007).

Cuando nos referimos al Autismo, autores como Kanner (1949), Eistenberg (1957) y Bettelheim (1967), discutieron en su época la influencia que podrían tener los padres como factor “etiológico” del Autismo; se describía a los padres como personas frías, distantes, obsesivas y perfeccionistas o con algunas tendencias a la soledad estas teorías ya han sido rechazadas.

Sin embargo, otras como la Hipótesis del estrés parental (Polaino 1982, en Cabezas, de Caballo & Simón 2011) sostienen que convivir con un niño con autismo genera una gran ansiedad en sus padres y probablemente este comportamiento sea una consecuencia de la conducta desajustada de los niños con quien viven.

Ayon Vázquez (2013), revela que la familia del paciente con Autismo, está sometida a estrés crónico, ya que un 50% (de la muestra) evitan acudir a lugares públicos, la familia también reporta problemas de índole económico, debido a los gastos del tratamiento para el paciente, el estudio resaltó que el 45% de familias están separadas, y la madre asume la responsabilidad en ausencia total del padre.

Los datos muestran de manera indiscutible que muchas familias con hijos con Autismo presentan niveles de estrés crónico, significativamente superiores a los que presentan las familias con hijos con otras discapacidades.

Esta diferenciación en cuanto al efecto causado por el Autismo en la Familia, se inicia muchas veces a causa de las incertidumbres que plantea la evolución disarmonica de los niños y niñas con autismo, se mantiene posteriormente ante la ausencia de un diagnóstico y pronóstico claros y aumenta considerablemente como consecuencia de los múltiples efectos negativos en el ámbito familiar (Borges, 2012).

Cerca de un tercio de las madres de niños con autismo tienen problemas depresivos en relación a la situación estresante que viven Ramírez, (1995 en Becerra, 2008).

El estilo de vida en el que se encuentran inmersos, tanto padres como hermanos de un niño con Autismo, provoca estrés, depresión en los padres, separaciones matrimoniales, presión y frustración, lo cual conduce a diferentes formas de interacción familiar, por lo que la estabilidad familiar, su funcionamiento social y emocional pueden verse afectados (Becerra, 2008).

Los padres se enfrentan a la pérdida del niño "ideal" que habían conformado en su mente. Esa imagen se distorsiona por la imagen real, lo que desencadena una serie de sentimientos como Negación, Dolor, Culpa, Frustración, Cólera y llanto, hasta la aceptación (Cabezas, 2001)

Cabezas, (2001) menciona las siguientes etapas que atraviesan los padres de niños con autismo:

- Negación, se caracteriza por el aturdimiento y por la incredulidad. Aquí se inicia un largo peregrinar por diferentes profesionales, con la esperanza de que alguno les diga que hay una equivocación con el diagnóstico inicial.
- La Desinformación, unida al sentimiento del duelo que los padres no entienden, los lleva a experimentar Cólera por la pérdida del “niño ideal”.
- La Culpa surge en los padres al creer que son el origen del problema.
- El Rechazo hacia el niño y lo que lo rodea, es una forma de evadir el problema.

Todos estos sentimientos: miedo, dolor, tristeza, vergüenza son normales y parte del ajuste que enfrentan todos los seres humanos ante situaciones dolorosas.

Esto nos indica que si los padres reciben apoyo profesional en forma de entrenamiento, de modo que les permita manejar las conductas de su hijo, los niveles de estrés bajarán considerablemente y esto les ayudará a convivir con su hijo.

En cuanto a la participación de los padres en el tratamiento de hijos con Autismo, se han reportado dificultades en la integración de éstos al tratamiento. Esta falta de cooperación se origina, entre otros factores, por falsas creencias en relación a aspectos tales como características de estos niños; la etiología del trastorno y su tratamiento (Cabezas & Fonseca 2007; en Cuervo, Cisneros, Vales, Carlos 2009).

Paluszny (2002 en Cuervo et al, 2009) refiere que se ha encontrado que los niños cuyos padres habían sido entrenados para llevar a cabo intervenciones en el hogar, continuaron mostrando progresos incluso al dejar de asistir a los programas formales; mientras que los niños cuyos padres no estuvieron debidamente entrenados, no sólo fracasaron en su proceso continuado, sino que tuvieron regresiones leves de tratamiento previo.

Capítulo 3

Técnicas de modificación de conducta aplicadas al autismo.

3.1 Concepto.

Walker & Shea (1984), definen las intervenciones del manejo conductual como “todas aquellas acciones, en las que los maestros y padres se involucran para aumentar la probabilidad de que los niños en forma individual y en grupo desarrollen conductas efectivas que sean en lo personal satisfactorias, productivas y socialmente aceptables”.

La modificación conductual se ocupa principalmente de conductas inapropiadas o inaceptables que exhibe un individuo y de la intervención que puede diseñarse e imponerse para cambiar esa conducta observable.

También se define como todos los actos humanos observables y medibles, excluyendo los bioquímicos y fisiológicos según Roberts, (1975; en Walker & Shea, 1984).

La observación de la conducta ofrece datos iniciales para los objetivos terapéuticos. La conducta que se pretende alcanzar se descompone en pasos. Se aplica el principio de condicionamiento operante.

Las formas de comportamiento desarrolladas desde la investigación pueden estructurarse en cadenas de comportamiento (Borges, 2012).

La terapia conductual está basada en el rendimiento, ya que los cambios en las conductas concretas son evaluados objetivamente mediante un método analítico que emplea mediciones directas y repetidas experimentalmente (Cabezas, 2001).

3.2 Antecedentes.

La teoría conductista, incluyendo las técnicas de Modificación de conducta y sus aplicaciones a problemas individuales y de grupo, tienen sus raíces en los escritos e investigaciones de Wolpe (1961), Watson (1930), Thorndike (1932), Pavlov (1941), Hull (1943), Skinner (1953, 1971), Eysenck (1960), Bandura (1969), en Walker & Shea (1984). Los cuales serán descritos a continuación:

Wolpe (1961, en Delgado, 1983) es autor de uno de los libros de mayor influencia en el desarrollo de la terapia conductual *La psicoterapia por inhibición recíproca*, además del concepto de la desensibilización sistemática.

Watson (1930, en Delgado, 1983) representa al conductismo desde el siglo XX; entre sus obras se destaca una premisa “los temores se eliminan gracias a la re-exposición gradual a pequeñas dosis del estímulo que provoca el miedo”, que es la base del tratamiento de fobias y obsesiones.

Thorndike (1932, en Delgado, 1983), demostró que eran muy variadas las respuestas de los animales sujetos a control llevándolo a formular la ley del efecto o del ensayo y error.

Pavlov (1941, en Delgado, 1983), demostró científicamente la relación entre la fisiología y la psicología, y sentó la base teórica de la elaboración de procedimientos que constituyen la metodología pavloviana de los reflejos condicionados, según la cual estímulos comunes, como la luz, los sonidos, los olores, pueden convertirse en estímulos condicionados.

Hull (1943, en Delgado, 1983), los hábitos y las necesidades son parámetros fundamentales para entender la conducta, ya que “*los hábitos no representan tan sólo una respuesta emitida con regularidad, son algo más complejo y sofisticado, son respuestas altamente específicas del sistema nervioso.*”

Skinner (1953, 1971; en Delgado, 1983), creador del condicionamiento operante sienta la base del reforzamiento, argumentando que las respuestas de un organismo están fuertemente influenciadas por las consecuencias que éstas ejercen sobre el ambiente.

Eysenck (1960, en Delgado, 1983), publica en este año *La terapia conductual y la neurosis*, y tiene el mérito de haber fundado tres años más tarde, la primera revista de terapia conductual: Behaviour Research and Therapy.

Bandura (1969); (en Delgado, 1983), realizó una investigación evaluando comparativamente la eficacia del auto refuerzo, el refuerzo externo, de la ausencia de la contingencia y de la ausencia total del reforzamiento.

Los hallazgos sobresalientes destacan que los grupos que trabajaron con auto reforzamiento y con reforzamiento externo no mostraron diferencias, aunque ambos grupos mostraron un rendimiento evidente sobre los grupos de reforzamiento sin contingencia y al de no reforzamiento.

Hasta ahora todo indica que el auto reforzamiento es efectivo para fortalecer y mantener la conducta; su aplicación clínica no tiene mayores complicaciones y es de bajo costo.

Otro estudio de Bandura en relación con las variaciones individuales refleja la tendencia a esmerarse para obtener refuerzos, las cuales parecen depender de la historia de aprendizaje social de cada individuo (Delgado, 1983).

Los investigadores de la conducta han desarrollado investigaciones en los últimos años tomando como base las funciones cognitivas de los seres humanos, dando como resultado la terapia cognitivo conductual cuyos pioneros son Aaron Beck y Albert Ellis.

Ellis (en Rimm & Masters, 1980), desarrolló un enfoque cuya creciente orientación lo alejaba de la adquisición del *insight* "histórico", y lo llevaba hacia factores cognoscitivos de aquí y ahora que median en forma directa entre las conductas de desadaptación y las emociones.

Rimm & Masters (1980), resumen el modelo A-B-C-D-E de la Terapia Racional Emotiva (TRE), de la siguiente forma A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone. B se refiere a la cadena de pensamientos (auto verbalizaciones) que utiliza como respuesta a A, C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B. D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para *modificar* lo que ocurre en B; y E para las consecuencias emocionales y *conductuales* presumiblemente benéficas.

La TRE asume que la gente a menudo utiliza sus procesos cognitivos de una forma auto-derrotista, porque ésta es la forma en la que tienden a pensar natural y fácilmente, la gente tiende a condenarse y desarrolla frecuentemente síntomas secundarios incapacitantes (Ellis, Mahoney & Freeman; 1988).

3.3 Técnicas para incrementar y disminuir las conductas.

La etapa inicial en el proceso es la identificación de la conducta blanco, ésta es la que se va a cambiar, puede ser una conducta actual que se desee incrementar, disminuir, o una conducta que no se observa en el repertorio de habilidades y que se pueda desarrollar (Walker & Shea, 1984).

Principios del reforzamiento (Walker & Shea, 1984).

Principio 1. **El reforzamiento depende de la exhibición de la conducta blanco.** Si se intenta cambiar una conducta específica en un individuo mediante una intervención planificada, es preciso reforzar *sólo* aquella que pretende modificarse y sólo después de que ella se exhiba.

Principio 2. **La conducta blanco debe ser reforzada inmediatamente después de exhibirse.** Éste es válido durante la fase inicial del proceso de modificación, cuando trata de establecerse una conducta nueva.

Principio 3. **Durante las etapas iniciales del proceso de cambio de conducta, la conducta blanco se refuerza cada vez que se exhiba.** Si se pretende mantener una conducta recién adquirida en la frecuencia apropiada, el reforzador deberá utilizarse cada vez que dicha conducta se exhiba.

Principio 4. **Cuando la conducta blanco recién adquirida alcanza un nivel de frecuencia satisfactorio se refuerza intermitentemente.** Una vez que la conducta blanco se ha establecido a un nivel satisfactorio, la presentación del reforzamiento se cambia de continuo a intermitente.

Principio 5. **Los reforzadores sociales siempre se aplican con reforzadores tangibles.** Al progresar el cambio, el reforzador tangible se va extinguiendo y la conducta blanco se mantiene tan solo con reforzadores sociales.

Las consecuencias de la conducta humana se clasifican en:

- Reforzamiento positivo, “cuando cualquier refuerzo presentado contingentemente a una respuesta incrementa la probabilidad de reaparición de esa respuesta” (Delgado, 2003).
- Reforzamiento negativo, “cuando la respuesta se incrementa por el cese o remoción de un refuerzo contingentemente a la emisión de la respuesta” (Delgado, 2003).
- Extinción, la eliminación de una consecuencia que mantiene o intensifica una conducta.
- Castigo, Mc Daniel (1908 en Walker & Shea, 1984), señala que el castigo tiende a suprimir la conducta indeseable en vez de extinguirla; sin embargo este efecto es de corta duración y con frecuencia la conducta vuelve a presentarse.

Principio de Premack (Walker & Shea, 1984); o Teoría de la relatividad de la Respuesta. “una determinada actividad puede ser reforzada por el privilegio de ejecutar otra de mayor preferencia” a partir de una jerarquía de preferencia de respuestas. Este principio ha sido utilizado con gran efectividad en los programas de Auto- control.

Contingencias. Este término se refiere a técnicas que modifican un comportamiento controlando sus consecuencias (Schaefer, 2005), entre las cuales se encuentran:

- Extinción, el cese completo del reforzamiento causará una disminución en la frecuencia de la misma. La conducta se debilita como resultado de ser emitida sin reforzamiento (Martín & Pear, 2008).
- Reforzamiento diferencial de respuesta incompatible, una respuesta incompatible que se reforzará para eliminar otra respuesta concreta, una conducta que no pueda emitirse a la vez que la respuesta objetivo (Martín & Pear, 2008).
- Reforzamiento diferencial de conducta alternativa, implica la extensión de una conducta problema en combinación con el reforzamiento de una conducta que sea diferente pero no incompatible (Martín & Pear, 2008).
- Generalización de estímulos, aumenta la probabilidad de que se produzca determinada conducta en presencia de otros estímulos o situaciones (Martín & Pear, 2008).
- Moldeamiento, el desarrollo de una nueva conducta mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones (Martín & Pear, 2008).
- Encadenamiento conductual, las conexiones estímulo-respuesta son los vínculos que mantienen la cadena unida (Martín & Pear, 2008).
- Tiempo fuera, implica trasladar a una persona desde una situación reforzante a otra que no lo es inmediatamente después de que ha llevado a cabo una conducta específica que generalmente no es adaptativa (Martín & Pear, 2008).
- Costo de la respuesta, implica la retirada de una cantidad predeterminada de reforzador inmediatamente después de que se haya producido un comportamiento específico (Martín & Pear, 2008).

La primera tentativa realizada para comprender el comportamiento de los niños con Autismo, desde un punto de vista conductista, fue realizada por Ferster (1961, Lovvas & Newson en Leitenberg 1983).

Lovvas & Newson (en Leitenberg 1983), sugieren que un plan terapéutico para un niño con Autismo ha de centrarse en reforzar determinados comportamientos como la forma de hablar y actividades lúdicas.

Se pueden consolidar tales habilidades o ser inducidos de forma gradual gratificando por aproximaciones sucesivas. Y además afirman que resulta perfectamente posible desarrollar programas de tratamiento en los que se trabaja directamente sobre las conductas del niño (adolescente o adulto) aumentando unas y disminuyendo otras, mediante el empleo de aquellos reforzadores o castigos *que sean funcionales en cada paciente*.

La importancia de un entrenamiento centrado en las técnicas conductuales básicas ha sido demostrada también por Glahn (1975, Lovvas & Newson en Leitenberg 1983); haciendo énfasis en una investigación de un grupo de padres de niños con *psicosis* (Autismo), que fueron evaluados según su capacidad para enseñar nuevos comportamientos a sus hijos, quienes no pudieron obtener mejorías hasta recibir un entrenamiento consistente, observando cómo un terapeuta experimentado enseñaba a un niño cierto comportamiento.

3.4 El programa Son-Rise.

La familia Kauffman es precursora del Programa Son-Rise, que fue desarrollado como intervención para su hijo Raun Kauffman, quien fue diagnosticado con Autismo. Su madre al saber de los pronósticos poco favorables y negándose a dejarlo en una institución se conectó con él, a través de las mismas conductas que el niño presentaba; de este modo la madre logró flexibilizar sus rutinas y ser parte de su ambiente. Posteriormente incluyó a dichas conexiones variantes de estas conductas que le permitían al niño incrementar sus habilidades cognitivas, de lenguaje y sociales. (http://www.incluyemeac.org.mx/?page_id=711).

La familia Kauffman decidió intervenir con su hijo de un modo que le permitiera al niño estar entre su familia y que se les facilitara a ellos formar parte de él como individuo, sin ser intrusivos.

Como padres de familia con espacios limitados, la madre comenzó a interactuar uno a uno con su hijo, en un cuarto pequeño libre de distractores solo “uniéndose” a conductas auto-estimuladoras y fortaleciendo habilidades básicas como permanecer sentado, manipular objetos, establecer mayor contacto visual e interactuar; partiendo de actividades lúdicas, hasta establecer habilidades cognitivas complejas y un lenguaje de comprensión más estructurado.

Esta unión construyó un puente entre Samahria y Raun y él se conectó con su madre por primera vez. Poco a poco Raun fue aceptando a su madre, a su padre, a sus hermanas y voluntarios en su mundo.

Dicho programa mejoró la calidad de vida de Raun Kauffman; a causa de tan notable mejoría el padre escribió un libro (Son Rise, The Miracle Continues) y posteriormente se desarrolló una película (Son Rise, A miracle of love) a partir de ésta, muchos padres contactaron a Barry y Samahria y fue así como en 1983 estos padres fundaron Autism Treatment Center of America, en Sheffield, Massachusetts, Estados Unidos, para poder enseñar las técnicas. Desde entonces ha sido dirigido a los padres por especialistas altamente entrenados en el tema y consiste en mostrar la interacción placentera a través del aprendizaje social (juego paralelo).

Los padres puntualizan que el desconocimiento del Autismo y las expectativas que los profesionales dan después del diagnóstico los limitan junto con el niño a técnicas que no se adaptan fácilmente a los vínculos específicos del círculo familiar. Esta metodología favorece la relación entre los padres y el hijo; no dejando de lado la ayuda de otros miembros de la familia y valorando los progresos del niño con expectativas claras de lo que se espera de él.

Los padres como la mejor fuente de apoyo de los niños; son en este programa los directores; el rol de los profesionales es empoderar a los padres destacando las habilidades del niño.

3.4.1 PRINCIPIOS DEL PROGRAMA SONRISE.

- **Pronósticos limitados:** No se confía en las “falsas” esperanzas. Aunque no podamos predecir qué es lo que cada niño pueda lograr, no es útil para los padres o los niños que alguien concluya anticipadamente qué cosas no podrán lograr. Un padre jamás debería justificarse por impulsar a su hijo.
- **Motivación**, no repetición, es la clave para cualquier aprendizaje: Muchas de las modalidades tradicionales promueven el aprendizaje a través de la repetición indefinida, yendo muchas veces contra los propios intereses del niño. En lugar de eso se pretende descubrir las motivaciones específicas de cada niño, y se utilizan para enseñarles las habilidades que necesitan aprender. De esa forma, se obtiene el deseo del niño de participar, así como una atención interactiva más prolongada y un incremento en la retención y generalización de los aprendizajes.
- **Juego:** El autismo es un desorden neurológico en el cual el mayor desafío para los niños es la dificultad para relacionarse y conectarse con los que los rodean. La mayoría de los niños presentan lo que se llama trastorno de la conducta, como consecuencia de este déficit de socialización. Este método es dinámico y orientado hacia el juego, se focaliza en forma tan especial en la socialización y la construcción de relaciones.
- **Unión:** Las auto-estimulaciones del niño tienen valor y significado, en lugar de tratar de detener, sus comportamientos exclusivos y repetitivos. Esto permite construir una conexión, la plataforma que se necesita para cualquier futura educación y desarrollo. Participar con el niño de estos comportamientos facilita el contacto visual, y la inclusión de los otros en el juego. Al hacer “joining” (unión) los padres y los voluntarios se unen a las conductas exclusivas y repetitivas de los niños.

- **Ambientes estructurados:** El niño puede progresar en el ambiente correcto, la mayoría de los niños del espectro autista se sobre-estimulan con múltiples distracciones que la mayoría de nosotros ni siquiera evidenciamos. El programa muestra cómo crear un ambiente ideal para el aprendizaje, en el cual se eliminan las distracciones y se facilita la interacción. Este lugar de juego o “playroom” reduce además las posibles batallas que pueden plantearse y que inhiben el progreso y una interacción fluida, posibilitando no sólo el aprendizaje sino también la armonía en la interacción que los padres tanto desean.
- **Los padres son el mejor recurso para sus hijos,** es por eso que buscamos darles el poder; por ello se brinda entrenamiento en la actitud que deben tener, a escuchar lo que tienen para contar, y a ofrecerles todas las herramientas que necesitan para ayudar a sus niños. Los padres son directores y maestros del programa de su propio hijo.

El programa Son-Rise puede ser combinado efectivamente con otras terapias, está diseñado para atender a las necesidades propias de cada niño. Habiendo trabajado con diferentes niños se ha observado que cuando se aplican otras terapias al tiempo que se realiza el programa Son Rise, la intervención es más efectiva que cuando es usada en forma exclusiva (http://www.incluyemeac.org.mx/?page_id=711).

Los padres obtienen más confianza cambiando la creencia que tienen acerca de sus hijos y aceptándolos como son. Estas expectativas positivas elevan los potenciales de los padres y reconocen los esfuerzos de la familia y del niño.

Este tratamiento prioriza las relaciones, es decir inspira al niño a participar activamente en las relaciones sociales.

“Se basa en la experiencia de ir en búsqueda de los niños, despertando su interés para después mostrarles cómo vemos nuestro mundo, logrando así mejorar la calidad de vida de quienes padecen la discapacidad y de sus familias” (Fitzgerald, 2013. Manual de entrenamiento “The Son-Rise Program”).

Sin embargo, este método presenta una Reestructuración Cognitiva “*Perspectiva Inspiradora del Autismo*” partiendo de conceptos como la aceptación, esperanza, entusiasmo, valoración, querer con libertad, y creer en las grandes posibilidades de los niños y de esta forma eliminar los términos y actitudes negativos que se establecen alrededor de los niños y las familias.

Incita a reforzar “celebrando” los indicios de iniciación social, estableciendo una pauta para seguir y una interacción placentera, con tres E’s: Energía, Excitación y Entusiasmo, con tres instrumentos Cara, Voz y Cuerpo.

Para reconocer los momentos de interacción los padres deben tomar en cuenta su propio Estilo de Interacción, el Método Son-Rise expone los siguientes:

- Directivo, ignorando o impidiendo la comunicación, el adulto lidera, al niño se le impone un aprendizaje, el adulto inicia la interacción sin considerar los deseos del niño,
- Responsivo, responde a la comunicación, el adulto hace pausas para que el niño participe, sigue de forma flexible los intereses del niño, el adulto inicia actividades motivadoras e invita al aprendizaje, el adulto permite que el niño inicie la interacción – el niño inicia y el adulto responde.

No es que los padres se conviertan en totalmente permisivos dentro de la interacción padre- hijo, se refiere a los momentos de juego donde los papás responden positivamente a las motivaciones del niño y lo refuerzan para iniciar la socialización.

Al igual que otras perspectivas terapéuticas, el Método Son – Rise considera las deficiencias de procesamiento sensorial que originan conductas auto estimulatorias en este programa llamadas “*ISMS*”, y propone entender la base sensorial del comportamiento, para conocer el origen de la estimulación y reestructurar el pensamiento y creencia acerca de la conducta. Por ejemplo “*La repetición trae la predictibilidad y el control necesario para manejar estas situaciones*” (Fitzgerald, 2013. Manual de entrenamiento The Son-Rise Program).

Un ambiente de inicio controlado disminuye las distracciones, mejora o cambia la actitud y da un control de estímulos sensoriales que facilita la interacción y el confort del niño; por ello en este programa se trabaja en el Play Room (sala de juegos), un espacio dentro de casa que ofrezca la oportunidad de ir a jugar con la familia.

Para éste se proponen juguetes y materiales simples, se evitan aquéllos electrónicos o de pilas, se sugieren materiales que ayuden en la interacción, y tener un par de ellos para imitar las conductas del niño, además de material que lo regule sensorialmente.

Para identificar la Disponibilidad del niño para la interacción se proponen tres aspectos:

- Altamente Conectado, posiblemente el niño ría o sonría con el padre, demuestre un alto nivel de contacto visual, se comunique para mantener la interacción activa (verbalmente o no), contribuya con acciones dentro de la interacción o inicie espontáneamente una interacción.
- Interesado, eventualmente el niño mire la actividad, demuestre un nivel medio de contacto visual, nos permita contribuir en sus actividades, se comunique (verbal o no), y permita algún tipo de contacto físico.
- Aislado, atraído por sus propias actividades, el contacto visual y las respuestas a la comunicación son limitadas o ausentes.

Cuando el niño quiere algo de uno es importante ser responsivo y ayudarlo, celebrar que permita la ayuda y facilitar el contacto visual.

El niño ya está involucrado, por ello es importante adherirse a la actividad, agregando elementos nuevos y divertidos a las actividades.

La Tabla 1 refleja que al estar con los niños en el PlayRoom y observar su disponibilidad el programa ofrece sugerencias de cómo unirse al niño:

Disponibilidad	Cómo Unirse
Altamente Conectado	Adicionar elementos al juego.
Interesado	Ayudar de forma responsiva, y a las iniciativas de forma rápida con entusiasmo y acciones. Celebrar con las 3 E's, buscar el nivel del contacto visual, no saturarlo con preguntas.
Aislado	Hacer lo que el niño está haciendo, cambiar la actitud acerca del comportamiento del niño y satisfacer su necesidad sensorial. Mantener un espacio físico entre el niño y el padre, si el niño está usando material usar uno igual de la misma manera. Ceder el control y si el niño no permite el contacto o la imitación parar. Esperar a que el niño se regule.

Tabla 1. Relación entre disponibilidad del niño hacia el juego y propuesta de unión del padre.

La dinámica del juego siempre depende del niño; habrá días en que no esté con ganas de jugar y de forma responsiva se sugiere adecuarse a las interacciones de los niños.

El método sugiere conectarse en la misma actividad en la que el niño está enfocado, sumar elementos divertidos y espontáneos a la actividad del niño siempre que sean acciones y no preguntas, ser entusiastas y celebrar.

Unirse al niño dándole su espacio e imitando el comportamiento del niño ofrece iniciar un “juego”, en el que se recomienda brindar espacio, utilizar objetos iguales y propios, estar de frente al niño para fomentar el contacto visual y si cambiará su actitud ¡cambiar de juego!; ser responsivos y si el niño prefiere que no lo imiten aceptar, pero intentar más tarde.

Es importante en este punto hacer mención acerca de ceder el control al niño de lo que permite o no durante la interacción; tomando en cuenta que “algunos niños tienen verdadera dificultad con las conductas repetitivas (ISMS)”; por ello se aíslan con objetos pues “son sistemas mecánicos previsibles y más fáciles de controlar”; esta repetición les brinda predictibilidad y control. El control se refiere a “esperar a que el niño se auto-regule” y así poder continuar.

Es necesario ahondar en las razones sensoriales que originan el comportamiento repetitivo y atenderlas de forma interactiva cuando el niño esté interesado.

Facilitar el contacto visual implica buscar una buena posición, celebrar este contacto, solicitar el contacto y entender así las pausas y esperar las respuestas, para no bombardear al niño, siendo directivos.

El ritmo de la conexión la marca el niño, los padres y terapeutas se unen sin juicios, motivándolo cada vez a la unión; es decir, a la búsqueda del otro como par. Una vez conectados el adulto dentro del play room impulsa al menor a elaborar un juego o interacción más compleja acercándolo de forma lúdica a un “aprendizaje”, respetando las auto estimulaciones e invitándolo a regularse y porque no a vivir su sensación imitando sus estereotipias.

Capítulo 4

PROPUESTA

4.1 Justificación

Los estudios revelan que los métodos estructurados son los más eficaces para los niños dentro de los espacios terapéuticos, por otro lado otras investigaciones dejan ver que los padres que mantienen un entrenamiento del terapeuta no sólo mantienen los resultados sino que los padres disminuyen los niveles de estrés y mejoran el vínculo familiar.

La metodología Son-Rise fue diseñada por padres de un niño autista, y ésta ha ido evolucionando gracias al trabajo terapéutico, con la finalidad de disminuir el estrés en las relaciones familiares, mejorar la calidad de vida, estrechar los vínculos entre la familia y progresar con el tratamiento con más horas de trabajo en casa y menos horas de traslado entre consultorios y especialistas. Se unifican el tratamiento a partir de la experiencia terapéutica estructurada y la atención de los padres hacia sus hijos accediendo al juego como cualquier otra dinámica familiar; re-estructurando creencias y pensamientos acerca del niño con autismo.

En esta exploración se han identificado estas dos vertientes paralelas que han demostrado una notable mejoría: por un lado la técnica estructurada y metodológica y por el otro una intervención que exhorta a establecer la empatía, las dos apuntan hacia una evolución del niño con más habilidades y conectado con nosotros.

En esta propuesta el papel del psicólogo es sensibilizar al padre con respecto a las habilidades de sus hijos, segmentando los aprendizajes y técnicas, dándole seguimiento al trabajo y ofreciendo soporte al juego con el niño.

Objetivo

Al término del Taller los padres de hijos con Trastornos del Espectro Autista emplearán técnicas de modificación conductual y del método Son-Rise que facilitarán la convivencia familiar y tratamientos adicionales de sus hijos.

Objetivos específicos

- Describir a los padres de familia las características del Trastorno del Espectro Autista.
- Identificar las expectativas de la familia acerca del diagnóstico de Autismo.
- Dar a conocer a los padres los principios básicos de la modificación conductual.
- Desarrollar técnicas del método Son-Rise para complementar al Tratamiento que sus hijos están llevando.

Población

Un grupo de a 10 a 15 padres, abuelos o cuidadores de tiempo completo con las siguientes características:

Tener o cuidar por lo menos un hijo diagnosticado con Trastorno Autista, de 1 año a 15 años.

Preparación académica de nivel secundaria.

Personal que imparta el curso, se requiere de un Psicólogo Clínico, especialista en Autismo y que conozca el Taller.

Escenario

La presente propuesta se desarrollará en las instalaciones de **“Apoyando a Angelitos con Autismo A. C. Centro Terapéutico para niños con Autismo y otras Alteraciones del Desarrollo Relacionadas”**.

Antecedentes

Un grupo de madres de niños con Autismo planeó formar un grupo de apoyo para sus hijos donde los niños se vieran cada vez más involucrados en el medio social.

Estas madres precursoras cuentan con el apoyo de Terapeutas especialistas con vocación de servicio y de ofrecer una nueva alternativa que brindara el apoyo a cualquier familia que lo necesitara.

El proyecto inició hace 5 años con una población muy pequeña (6 niños) a la fecha labora un equipo de 14 terapeutas y asistentes al servicio de casi 30 niños (números grandes para una asociación pequeña y joven), quienes toman terapia ya sea en horario completo, por día, individual o grupo.

Apoyan a los niños y sus familias en cada una de las esferas de su desarrollo desde la etapa de evaluación y tratamiento, instruyendo a padres y familiares con cursos de sensibilización, la preparación continúa en las escuelas dando a los profesores herramientas que les faciliten a los niños la integración escolar y la oportunidad de generalizar sus habilidades desde el espacio terapéutico.

Contribuyen también a la formación de Guías Integradoras capacitadas para adaptar habilidades curriculares, sociales y de independencia en un ambiente natural.

Participan de congresos y cursos con otras asociaciones, lo que da soporte para los nuevos retos que han de superar cada uno de los pequeños.

La Meta es crear una comunidad entre padres, profesores y terapeutas comprometidos con la independencia de los futuros jóvenes y ser líderes en la

intervención temprana, el diagnóstico oportuno, tratamiento especializado y vida independiente; pero sobre todo Familias unidas y niños felices con calidad de vida.

Misión, Apoyar a niños, jóvenes y adultos con Autismo junto con sus familias, ofreciendo programas especializados, favoreciendo su autonomía e integración familiar y social.

Visión, ser una institución líder y a la vanguardia con avances mundiales que brinde apoyo con excelencia y de calidad a personas con Autismo y a sus familias, con personal altamente calificado.

Valores, Honestidad, Integridad, Transparencia, Respeto y Tolerancia, Profesionalismo, Aceptación, Igualdad y Diversidad, Sensibilidad, Solidaridad, Gratitud.

Estancia

Con amplitud para 15 personas, que cuente con suficiente mobiliario para los participantes, conexiones eléctricas, que pueda estar ventilado y permita actividades de pie.

Esta propuesta necesita ser impartida por un Psicólogo especialista en Autismo que conozca el Taller y domine temas de Modificación de Conducta y Metodología Son-Rise.

Materiales

Etiquetas adhesivas,

Marcadores de agua,

Rotafolios,

Hojas blancas,

Blocks de notas,

Bolígrafos,

Proyector,

Extensiones,

Computadora personal,

Presentaciones Power Point

Evaluación. Se diseñó un cuestionario con una escala tipo Likert, además de una rúbrica de evaluación para valorar los conceptos de las sesiones. Este instrumento fue diseñado por la autora de la presente propuesta y está a nivel piloto; siendo susceptible de futuros estudios de confiabilidad y validez.

Cuestionario de Evaluación.

A continuación se describen algunos conceptos, indica el grado de comprensión acerca del tema, siendo 5 el más alto y 1 el más bajo.	5 Muy de acuerdo	4 De Acuerdo	3 Ni Acuerdo Ni en desacuerdo	2 Un poco en desacuerdo	1 Muy en desacuerdo
¿Es el Autismo un desorden neurobiológico?					
¿Las personas con Autismo son genios?					
¿El Autismo puede curarse?					
¿Solo existen niños con Autismo?					
¿Las personas con autismo no sienten?					
¿Las personas con Autismo hablan?					
¿Los niños no deseados, pueden tener Autismo?					
¿Las personas con Autismo no se interesan por los demás?					
¿La Modificación conductual es un tratamiento para las Personas con Autismo?					
¿La metodología Son Rise, es un tratamiento para personas con Autismo?					

RÚBRICA DE EVALUACIÓN “Taller de acompañamiento para padres de niños con Autismo”

ASPECTO A EVALUAR	5 PUNTOS	4 PUNTOS	3 PUNTOS	2 PUNTOS	1 PUNTO
¿Es el Autismo un desorden neurobiológico?	Completo dominio de la definición del tema.	Comprender de la definición del tema	Conoce e Identifica lka definición de Autismo.	Conoce del tema.	No parece entender muy bien el tema
¿Las personas con Autismo son genios?	Completo dominio de los mitos del tema.	Comprender los mitos del tema.	Conoce e Identifica los mitos del Autismo.	Conoce mitos del Autismo.	No parece entender muy bien el tema
¿El Autismo puede curarse?	Completo dominio de las características del Autismo.	Comprender de las características del Autismo.	Conoce e Identifica las características del Autismo	Conoce las características del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿Solo existen niños con Autismo?	Completo dominio de la etiología del Autismo.	Comprender la etiología del Autismo del tema	Conoce e Identifica la etiología del Autismo del tema	Conoce la etiología del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿Las personas con autismo no sienten?	Completo dominio de las características del Autismo.	Comprender las características del Autismo.	Conoce e Identifica las características del Autismo	Conoce las características del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿Las personas con Autismo hablan?	Completo dominio de las características del Autismo.	Comprender las características del Autismo.	Conoce e Identifica las características del Autismo	Conoce las características del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿Los niños no deseados, pueden tener Autismo?	Completo dominio de la etiología del Autismo.	Comprender la etiología del Autismo.	Conoce e Identifica la etiología del Autismo.	Conoce la etiología del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿Las personas con Autismo no se interesan por los demás?	Completo dominio de las características del Autismo	Comprender las características del Autismo.	Conoce e Identifica las características del Autismo	Conoce las características del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿La Modificación conductual es un tratamiento para las Personas con Autismo?	Completo dominio de la Modificación Conductual	Comprender la Modificación Conductual	Conoce e Identifica la Modificación Conductual como Tratamiento del autismo.	Conoce Tratamientos del Autismo	No parece entender muy bien el tema
¿ La metodología Son Rise, es un tratamiento para personas con Autismo?	Completo dominio de la Metodología Son Rise?	Comprenderde la Metodología Son Rise?	Conoce e Identifica la Metodología Son Rise como Tratamiento del autismo.	Conoce Tratamientos del Autismo	No parece entender muy bien el tema

40- 39

puntos=10 38- 30 puntos= 9 29- 20 puntos=8 19- 10 puntos= 7 9- 1 puntos= 6

CALIFICACIÓN: _____

A continuación se detallarán las cartas descriptivas del Taller de acompañamiento para padres de niños con Autismo que cuenta con 10 sesiones de 2 horas cada una.

Sesión 1 Ideas acerca del Autismo.

Objetivos específicos:

Los participantes se integrarán como grupo y conocerán los objetivos del Taller.

Identificar los conceptos que los padres tienen acerca del término Autismo.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Presentación "Lluvia de ideas"	El psicólogo se presentará indicando los temas que se desarrollarán, puntualizando la temática de esta primera sesión. Utilizando la "lluvia de ideas", se establecerán las reglas de convivencia del grupo.	Hojas de rotafolio. Marcadores	30 min.
Integración del grupo; dinámica "me pica aquí"	El psicólogo explorará en las impresiones del grupo así como cuáles son las expectativas que tienen acerca de taller. El psicólogo le pedirá llenar la evaluación a modo de pre-test. El psicólogo formará un círculo y les pedirá sentarse cerca de un desconocido, y de este modo se realizará la dinámica "me pica aquí" (Anexo 1). En etiquetas adhesivas escribirán sus nombres.	Etiquetas adhesivas, marcadores. Rúbrica de evaluación	40 min
Identificación del término Autismo	El psicólogo formará equipos de tres integrantes dando la indicación de escribir en hojas de rotafolio sus ideas acerca de la palabra Autismo, el equipo denominará a un vocero quien expondrá las conclusiones. El psicólogo utilizará la proyección en power point acerca de los mitos acerca del Autismo, retomando la lluvia de ideas; esta proyección contiene videos de algunos de los comportamientos descritos.	Hojas de rotafolio, marcadores, computadora, presentación en power point "mitos acerca del autismo".	30 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		20 min.

Sesión 2. Criterios de evaluación diagnóstica.

Objetivos específicos:

Los participantes conocerán las pautas del proceso diagnóstico.

Identificar cada una de las áreas de desarrollo que se ven desfasadas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo dará la bienvenida y retomará conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.	rotafolio "lluvia de ideas; sobre la palabra autismo"	15 min.
Presentación de criterios del diagnóstico	El psicólogo utilizará una presentación power point sobre las áreas de desarrollo afectadas en caso de diagnóstico de autismo; estableciendo con claridad los diferentes grados dentro del trastorno permitiendo especificar los niveles de apoyo terapéutico.	Computadora, proyector, presentación de áreas de desarrollo.	40 min
	El psicólogo invitará a los participantes a conjuntar las ideas de estas dos primeras sesiones para formar una nueva perspectiva del diagnóstico de cada uno de sus hijos.		30 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, agradeciendo la participación y se anuncia la próxima cita.		35 min.

Sesión 3. Tratamientos más comunes en el Trastorno Autista.

Objetivo específico:

Identificar las expectativas de los padres con respeto al diagnóstico de autismo de sus hijos, a fin de que resuelvan sus dudas.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomará conclusiones de la sesión anterior.		15 min.
Descripción de tratamientos en el Autismo	Los padres describirán los diferentes tratamientos que ha llevado sus hijo, indicando cuáles son sus aportaciones a la vida cotidiana y como se han sentido como familia con estas intervenciones. El psicólogo proyectará una presentación en power point mostrando los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y conductuales; más recurridos y sus características haciendo referencia en la intervención directa entre padres y niños.	Proyector, computadora, presentación "Tratamientos del Trastorno Autista"	40 min 30 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		35 min.

Sesión 4. Afrontando el Diagnóstico.

Objetivo específico:

Identificar la situación de crisis que enfrentaron los padres de familia al conocer el diagnóstico de autismo de su hijo.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		15 min.
“Descripción del momento de crisis”	Para esta sesión el psicólogo solicitará que los participantes permanezcan junto a sus parejas o familiares (si es posible), y cada familia describirá la expectativa de su hijo al nacer, así como su momento de crisis y el diagnóstico. El psicólogo profundizará en el tema de la dinámica familiar antes, durante y después de la crisis.		40 min
Dinámica de confianza	Como parte de los contenidos se realizará la dinámica “el viento y el árbol” (Anexo 2).		30 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		35 min.

Sesión 5. Manejo Conductual.

Objetivo específico;

Conocer los principios básicos de la modificación conductual aplicados en los tratamientos del Autismo.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo expondrá frente al grupo las conclusiones de sesiones anteriores haciendo principal referencia hacia una de las primeras metodologías que ofrecieron tratamiento confiable hacia la patología del autismo, la modificación conductual; ya que la conducta del niño es uno de los factores que mueven la dinámica familiar.		5 min.
Presentación de técnicas de modificación conductual.	El psicólogo mostrará cada una de las técnicas conductuales en una presentación en power point.	Computadora, proyector, presentación	40 min
	Los padres de familia describirán en plenaria “situaciones cotidianas “que les impiden tener una dinámica familiar serena, por las conductas des adaptativas de los niños.	“Técnicas de Manejo Conductual”.	20 min
	El psicólogo pedirá que los participantes formen triadas donde uno de los padres actuara una conducta problema, uno de ellos aconsejara al otro una técnica conductual y el último afrontara al pequeño.		20 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		35 min.

Sesión 6. Proyección de la película “Milagro de amor”.

Objetivo específico;

Conocer el método “The Son-RiseProgram” que se utiliza en el tratamiento de niños con Autismo.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		10 min.
Proyección de la película “Milagro de Amor”	<p>El psicólogo proyectara la película “Milagro de amor”, en la cual se expone la trayectoria de la familia Kauffman, precursores del método Son-Rise.</p> <p>Al terminar el grupo formará un círculo de discusión para encontrar similitudes o diferencias de su propia experiencia, a partir de ello se describirán los principios de la técnica y su relación con el manejo conductual.</p>	Reproductor DVD, Película “ Milagro de Amor”, proyector,	1, 30 min
Cierre	A partir de esta sesión los padres deberán filmar las interacciones de rutina y fin de semana con sus hijos para futuras revisiones. Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		10 min.

Sesión 7. Principios del Método Son-Rise.

Objetivo específico:

Discriminar los principios básicos del Método Son-Rise.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		20 min.
Presentación "Principios básicos del Método Son Rise"	El psicólogo proyectará una presentación power point, describiendo el método Son Rise	Computadora, proyector, presentación	50 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios.		25min.
	Se agradecé la participación y se anuncia la próxima cita.		25 min

Sesión 8. Aplicación de Técnicas de Modificación Conductual en el Método Son-Rise.

Objetivo específico:

Entrelazar la temática de la sesión 5, con los principios básicos del Método Son-Rise, logrando que los participantes tengan más éxito, en las interacciones con sus hijos.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		20 min.
Co-Relación del Método Son Rise y la Modificación Conductual	El psicólogo hará un resumen a los padres de la sesión de modificación conductual y en parejas encontrarán semejanzas entre las dos corrientes terapéuticas.	Computadora, proyector, presentación "Método Son Rise y Modificación Conductual.	30 min
	Al final de la actividad se detallará a profundidad con una presentación Power point de esta con-relación.		50 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.		20 min.

Sesión 9. Creación de una lista de conductas a trabajar en casa.

Objetivo específico:

Que los padres integren técnicas del método Son-Rise, a la dinámica familiar.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		15 min.
Presentación de videos del método Son-Rise	El psicólogo mostrara diferentes videos que faciliten la comprensión del método y de los escenarios de otros padres de familia.	Computadora, videos del método Son-Rise, proyector.	40 min
Lista de conductas a trabajar	En esta sesión los padres podrán reflexionar acerca de su relación con sus hijos y las expectativas que podrían impulsar a partir de su propia intervención, creando una lista de conductas o situaciones que ellos consideren prioritarias e influyentes en la dinámica familiar.	Hojas blancas, bolígrafos.	30 min
Cierre	Se espera que a partir de esto los padres puedan practicar en casa y compartir con el resto del grupo filmando las interacciones para futuras revisiones.		35 min.

Sesión 10. Exposición de videos.

Objetivo específico:

Compartir y evaluar los videos de un día regular y un fin de semana.

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Inicio	El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.		15 min.
Los padres exhiben sus avances.	El psicólogo pedirá que sean los padres quienes expongan sus vivencias y entre ellos se retroalimenten, como se han sentido con esta nueva técnica y si su relación y expectativas han cambiado a partir de esta técnica.		80 min
Cierre	Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación. El psicólogo entregará el cuestionario y la rúbrica de evaluación a modo de post- test.		35 min.

Discusión.

Banner describió en 1943 a 11 niños que eran incapaces para establecer contacto con los demás y que las causas en aquel entonces determinaban que los padres eran poco afectivos con los niños, los tiempos han cambiado y aún no existen una causa homogénea y concluyente para todos los casos.

A pesar que desde entonces las incidencias del Autismo han ido incrementado, los tratamientos que se ofrecen alrededor del mundo siguen (por lo menos los confiables); alrededor de la modificación conductual que fue el primer método utilizado por Fester en 1961; aunque éste método ha demostrado perfeccionamientos; también se deben apoyar otras áreas del desarrollo para lograr un progreso óptimo y generalizable a todos los círculos de convivencia ya que el Autismo es una condición de vida y los pequeños crecerán, por lo que debemos anticiparnos a la edad adulta. Glahn en 1975, comprobó que los resultados son menos generalizables cuando los padres sólo observan a los terapeutas; otro estudio realizado por Paluszny en 2002 revela que los niños cuyos padres son entrenados para intervenir en casa logran mejoras incluso si abandonan la terapia.

Por resultados como éste se puede concluir que independientemente de los avances en la investigación causal del Autismo o a las modernas intervenciones en consultorio, se debe considerar a los padres como principales guías dentro de sus hogares. Este proyecto pretende apoyar a los padres con un tratamiento que les permita ser pilar del tratamiento del niño, restableciendo las expectativas acerca del menor, reformando las metas en el progreso de los menores y reintegrando al menor a un vínculo familiar, empezando por eliminar juicios acerca de los comportamientos sensoriales del menor.

Alcances y Limitaciones.

La propuesta espera contribuir a los padres de familia con información actualizada sobre el diagnóstico de sus hijos, eliminando culpas a través de la clarificación y desmitificación del término Autismo, y aportando con una metodología con bajos costos, que incluye como materia prima el interés del vínculo padres e hijos.

Así mismo brinda a los profesionales cercanos a la población con Autismo una investigación innovadora para la población mexicana pues el juego y el vínculo entre la familia y el o los hijos no requieren de procesos de estandarización, y se logran sin ser invasivos o intrusivos. Otras investigaciones sugieren que los niños cuyos padres participan de la intervención tienen progresos más significativos y las familias viven con menos estrés, y este también es un factor que afecta invariablemente al avance recomendable del pequeño.

Esta propuesta incluye a cuidadores o voluntarios que quieran participar y sensibilizarse con sus familiares o la comunidad, y es una aportación más pues los padres requieren de todas las redes posibles para seguir adelante con este proceso de crisis y darse tiempo para la vida en pareja, profesional y el vínculo con los otros hijos

Una de las limitaciones a nivel profesional es que las certificaciones de la metodología Son-Rise no están disponibles en México, y que por lo tanto los profesionistas tendrían que trasladarse a otro país para tenerla y así brindar a los padres una intervención efectiva. Este proyecto propone una intervención en voga en el círculo del Autismo lo que supone que el profesional debe estar en constante capacitación para adherir estrategias que favorezcan al menor; además de un buen criterio para evaluar que es primordial para las familias.

Por otro lado la limitación para las familias es que no se cuenten con los espacios adecuados para la intervención y aunque no es costosa seguramente los padres como proveedores de la familia y de él o los hijos no estén siempre en casa para mantener el ritmo de la intervención.

Anexos.

Anexo 1

Sesión 1 Ideas acerca del Autismo.

Objetivos específicos:

- Los participantes se integrarán como grupo y conocerán los objetivos del Taller.
- Identificar los conceptos que los padres tienen acerca del término Autismo.

El psicólogo se presentará, e indicará los temas que se desarrollarán a lo largo del taller, puntualizando la temática de esta primera sesión.

Utilizando la “lluvia de ideas”, se establecerán las reglas de convivencia del grupo.

El psicólogo explorará en las impresiones del grupo así como cuáles son las expectativas que tienen acerca de taller.

Se les entregará una rúbrica de evaluación a manera de pre-test diseñada para evaluar los aprendizajes de esta propuesta.

Para dar inicio con las actividades el psicólogo formará un círculo y les pedirá sentarse cerca de un desconocido, y de este modo se realizará la dinámica “me pica aquí” Cascón, Martín (2000),

Definición. Se trata de conseguir aprender los nombres de todo el grupo.

Desarrollo. Todo el grupo en círculo. La primera persona dice: “me llamo Carlos y me pica aquí” (rascándose alguna parte del cuerpo). La segunda persona dice: “se llama Carlos y le pica allí y yo me llamo María y me pica aquí” (rascándose otra parte del cuerpo. Y así sucesivamente hasta completar el círculo.

El psicólogo formará equipos de tres integrantes dando la indicación de escribir en hojas de rotafolio sus ideas acerca de la palabra Autismo, el equipo denominará a un vocero quien expondrá las conclusiones.

El psicólogo utilizará la proyección en power point acerca de los mitos acerca del Autismo, retomando la lluvia de ideas; esta proyección contiene videos de algunos de los comportamientos descritos.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 2

Sesión 2. Criterios de evaluación diagnóstica.

Objetivos específicos:

- Los participantes conocerán las pautas del proceso diagnóstico.
- Identificar cada una de las áreas de desarrollo que se ven desfasadas.

El psicólogo dará la bienvenida y retomará conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

El psicólogo utilizará una presentación power point en la cual describirá las áreas de desarrollo afectadas en caso de diagnóstico de autismo; estableciendo con claridad los diferentes grados dentro del trastorno permitiendo especificar los niveles de apoyo terapéutico.

El psicólogo invitará a los participantes a conjuntar las ideas de estas dos primeras sesiones para formar una nueva perspectiva del diagnóstico de cada uno de sus hijos.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, agradeciendo la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 3

Sesión 3. Tratamientos más comunes en el Trastorno Autista.

Objetivos específicos:

- Identificar las expectativas de los padres con respeto al diagnóstico de autismo de sus hijos, a fin de que resuelvan sus dudas.
- Los padres describirán los diferentes tratamientos que ha llevado sus hijos, indicando cuáles son sus aportaciones a la vida cotidiana y como se han sentido como familia con estas intervenciones.

En el transcurso de esta sesión el psicólogo proyectará una presentación en power point mostrando los tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y conductuales; más recurridos y sus características haciendo referencia en la intervención directa entre padres y niños.

Se espera que los padres reflexionen sobre los tratamientos a los que han recurrido diferenciando las ventajas y desventajas de cada intervención desde una perspectiva paterna.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 4

Sesión 4. Afrontando el Diagnóstico.

Objetivo específico:

- Identificar la situación de crisis que enfrentaron los padres de familia al conocer el diagnóstico de autismo de su hijo.

El psicólogo retomará conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

Para esta sesión el psicólogo solicitará que los participantes permanezcan junto a sus pareja o familiares (si es posible), y cada familia describirá la expectativa de su hijo al nacer, así como su momento de crisis y el diagnóstico.

El psicólogo profundizará en el tema de la dinámica familiar antes, durante y después de la crisis.

Como parte de los contenidos se realizará la dinámica “el viento y el árbol”, Chascón, Martín (2000).

Definición. Una persona, en el centro de un círculo, se deja bambolear de una a otra persona, como las ramas de un árbol mecidas por el viento.

Objetivo. Favorecer la confianza en el grupo y en uno mismo. Eliminar miedos.

Consignas de Partida. Se forman grupos pequeños. La persona que se sitúa en el centro permanecerá rígida. Las demás lo empujarán suavemente. El juego ha de hacerse en el mayor silencio posible.

Desarrollo. La persona participante se sitúa en el centro y cierra los ojos. Sus ojos penden a lo largo de su cuerpo y se mantiene totalmente derecha, para no caerse, el resto de los participantes, que forman un círculo a sus alrededor, le hacen ir de un lado para otro, empujándole y recibéndole con las manos. Al final del ejercicio es importante volver a poner a la persona en posición vertical, antes de abrir los ojos.

Evaluación. Es importante que cada uno exprese cómo se ha sentido.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 5

Sesión 5. Manejo Conductual.

Objetivo específico;

- Conocer los principios básicos de la modificación conductual aplicados en los tratamientos del Autismo.

El psicólogo expondrá frente al grupo las conclusiones de sesiones anteriores haciendo principal referencia hacia una de las primeras metodologías que ofrecieron tratamiento confiable hacia la patología del autismo, la modificación

conductual; ya que la conducta del niño es uno de los factores que mueven la dinámica familiar.

El psicólogo definirá cada una de las técnicas conductuales en una presentación en power point.

Los padres de familia describirán en plenaria “situaciones cotidianas “que les impiden tener una dinámica familiar serena, por las conductas des adaptativas de los niños.

El psicólogo pedirá que los participantes formen triadas donde uno de los padres actuara una conducta problema, uno de ellos aconsejara al otro una técnica conductual y el último afrontara al pequeño.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 6

Sesión 6. Proyección de la película “Milagro de amor”.

Objetivo específico;

- Conocer el método “The Son-Rise Program” que se utiliza en el tratamiento de niños con Autismo.

El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

El psicólogo proyectara la película “Milagro de amor”, en la cual se expone la trayectoria de la familia Kauffman, precursores del método Son-Rise.

Al terminar el grupo formará un círculo de discusión para encontrar similitudes o diferencias de su propia experiencia, con la finalidad de aclarar cuáles son los fundamentos de esta Metodología.

A partir de esta sesión los padres deberán filmar las interacciones de rutina y fin de semana con sus hijos para futuras revisiones. Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 7

Sesión 7. Principios del Método Son-Rise.

Objetivo específico;

- Detallar los principios básicos del Método Son-Rise.

El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

El psicólogo mostrara diferentes videos que faciliten la comprensión del método y de los escenarios de otros padres de familia, además de describir los principios que otros terapeutas han especificado para el trabajo en casa de esta metodología.

En esta sesión los padres podrán reflexionar acerca de su relación con sus hijos y las expectativas que podrían impulsar a partir de su propia intervención, creando una lista de conductas o situaciones que ellos consideren prioritarias e influyentes en la dinámica familiar.

Se espera que a partir de esto los padres puedan practicar en casa y compartir con el resto del grupo filmando las interacciones para futuras revisiones.

Anexo 8

Sesión 8. Aplicación de Técnicas de Modificación Conductual en el Método Son-Rise.

Objetivo específico:

- Entrelazar la temática de la sesión 5, con los principios básicos del Método Son-Rise, logrando que los participantes tengan más éxito, en las interacciones con sus hijos.

El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

El psicólogo pedirá a los padres que rememoren la sesión de modificación conductual y en parejas encontrarán semejanzas entre las dos corrientes terapéuticas. Al final de la actividad se detallará a profundidad con una presentación Power point de esta correlación.

La intención es dar a los padres una estructura metodológica de los principios de la Modificación conductual para que los padres logren diferenciar entre las conductas que solicitan un reforzador, o que manifiestan desagrado por parte de los niños.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se anuncia la próxima cita.

Anexo 9

Sesión 9. Creación de una lista de conductas a trabajar en casa.

Objetivo específico:

- Que los padres integren técnicas del método Son-Rise, a la dinámica familiar.

El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

Presentación de videos del método Son-Rise El psicólogo mostrara diferentes videos que faciliten la comprensión del método y de los escenarios de otros padres de familia.

En esta sesión los padres podrán reflexionar acerca de su relación con sus hijos y las expectativas que podrían impulsar a partir de su propia intervención, creando una lista de conductas o situaciones que ellos consideren prioritarias e influyentes en la dinámica familiar.

Se espera que a partir de esto los padres puedan practicar en casa y compartir con el resto del grupo filmando las interacciones para futuras revisiones.

Anexo 10

Sesión 10. Exposición de videos.

Objetivo específico:

- Compartir y evaluar los videos de un día regular y un fin de semana.

El psicólogo retomara conclusiones de la sesión anterior para entrelazar los aprendizajes.

El psicólogo pedirá que sean los padres quien expongan sus vivencias y entre ellos se retroalimenten, como se han sentido con esta nueva técnica y si su relación y expectativas han cambiado a partir de esta técnica.

Se entregará nuevamente la rúbrica de evaluación para tener un post-test de este taller y así comparar el aprendizaje.

Se abre una ronda de preguntas o comentarios, se agradece la participación y se rememoran las expectativas respecto al grupo.

Bibliografía.

Albores, G. L., Hernández, G. L., Díaz P. J.A., Cortes H. B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del Autismo. Una discusión. *Salud Mental*; 31:37-44. México.

Aragón J. V. (2010). *Etiología del Autismo*. México.

Attwood, T (2007). *Guía del síndrome de Asperger*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Avalos, P. N. H. (2012). *Perspectiva de la Familia en México como un sistema de identidades*. México.

Ayon, V. F. N. (2013). *Causas de tensión Familiar en pacientes con Autismo de 2 a 15 años de edad*. México.

Benítez (2013). *Taller para padres adolescentes con conductas de autolesión sin intencionalidad suicida*. México.

Borges, O. C. A. (2012) *El autismo como Trastorno Generalizado del Desarrollo: Revisión Documental Actualizada*. México.

Caballero, J. R. (2013). *Factores de riesgo para el desarrollo de Autismo en pacientes pediátricos con epilepsia de reciente diagnóstico*. México.

Cabezas, P. H. (2001). *Los padres del niño con autismo: una guía de intervención*. *Revista electrónica Actualidades Investigativas en educación*, vol. 1, núm. 2:1-17.

Cabezas, P. H. (2011). *El niño con Autismo: un programa estructurado para su educación*. *Manual de Psicología Clínica infantil y del adolescente. Trastornos Específicos*. Ediciones Pirámide. Madrid.

Carlson, N. R. (2006). *Fisiología de la conducta*. Madrid: Pearson Educación.

Cascón, S. P., Martín, B. C. (2000), *Las alternativas del juego I. Juegos y dinámicas de educación para la paz*. *Los libros de la catarata*. Madrid.

Cohen, S. B. (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Alianza.

Contreras, G. R. (2006). *Autismo un Trastorno oculto. Descripción de las causas y características del Autismo a través de dos perspectivas analíticas*. México.

Davison, G. C. (2000). *Psicología de la conducta anormal*. México: Limusa.

Delgado, S. F. (1983). La terapia de conducta y sus aplicaciones clínicas. México: Trillas.

Díez-Cuervo, Muñoz-Yunta, Fuentes-Biggi, Canal-Bedia, Valdizán, Hervás-Zuñiga, Artigas-Pallares, Belichón-Carmona, Hernández, Martos-Pérez, Palacios, Posada-De la Paz. (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Revista de Neurología, 41 (5):299-310. España.

Estepa (2012) Adquisición de habilidades sociales por medio de terapia asistida por animales. México.

Estepa Martínez, S. A. (2012). Adquisición de Habilidades Especiales por medio de Terapia Asistida por Animales. México.

Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. Salud Mental, 257-261.

Gómez, C. A., Camarena, M. B., Nicolini, S. H. (1997). Investigación sobre algunos de los factores genéticos y cognoscitivos que influyen en la etiología del autismo. Salud Mental vol. 20 (1): 50-55. México.

Gómez, E. I. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y Autismo. Pensamiento Psicológico, vol. 8, núm. 15: 113-123. Colombia.

González, F. (2005). La alteridad en la atención especial del autismo. Psicología desde el Caribe, núm. 15: 167-181. Colombia.

<http://www.clima.org.mx/images/pdf/prevalencia.pdf>

http://www.institutodomus.org/index.php?contenido=pagina&id=10&id_opcion=90&op=90

Leitenbergh, H. (1983). Modificación y Terapia de Conducta. Tomo II Infancia y Juventud. Aplicaciones Generales. Madrid: Ediciones Morata.

López, G. S., Rivas T. R. M., Taboada, A. E. M (2008). Detección de los riesgos maternos perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. Salud Mental; 31:371-379. México.

López, G. S., Rivas T. R. M., Taboada, A. E. M (2009). Revisiones sobre el autismo. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 41, núm. 43:555-570. Colombia.

López-Ibor Aliño (2002), Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona- México: Masson.

Losada Gómez, A. (2006). Características de los juegos y juguetes utilizados por terapia ocupacional en niños con discapacidad. Umbral Científico, núm. 9, 10-19.

Luna (2012) Influencia de factores familiares en el desempeño académico en estudiantes de nivel medio superior. México.

Mahoney, M. J., & Arthur, F. (1988). Cognición y Psicoterapia. España: Paidós.

Maya, M. J. M. (2012). El autista en la niñez y en la adultez. Diagnóstico Diferencial. México.

Mebarak, M., Martínez, M., & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. Psicología desde el Caribe, núm. 24, 120-146.

Mulas Fernando, Ros-Cervera Gonzalo, Millá María G., Etchepareborda Máximo C., Abad Luis, Téllez de Meneses Montserrat. (2010) Modelos de intervención en niños con autismo. Revista de Neurología; 50 (Supl 3): S77-S84.

Navarro (2011) Propuesta de un taller de prevención y detección de la distimia en adolescentes dirigido a padres de familia. México.

Organización Mundial de la Salud (2001), Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes.. Tr., Pedro Garcia Parajua, Monica Magariños Lopez. Madrid: Médica Panamericana

Padrón, P. P. (2006) Asperger en el Aula. Ediciones Díaz de Santos. España.

Pérez, G. L. A, Williams, G. (2005). Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. Psicothema, vol. 17, núm. 2: 233-244. España.

Powers, M. D. (1999). Niños autistas. Guía para Padres terapeutas y educadores. México: Trillas.

Prego, S. L. E (1999). Autismos. Revisando Conceptos. Ediciones Trilce. Uruguay.

Rayas, G. M. (1998). La Terapia de Lenguaje en Grupos Integrados. México.

Rimm, D. C., & C., M. J. (1980). Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos. México: Trillas.

- Rogel, O. F. J. (2005). Autismo. *Gaceta Médica*, Vol. 141: 143-147. México
- Sarason, I. G. (1996). *Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.
- Schaefer, C. E. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: El Manual Moderno.
- Soto, C. R. (2001). La evaluación de las personas con autismo. *Educación*, vol. 1: 103-110. Costa Rica.
- Stanton, M. (2002). *Convivir con el autismo. Una orientación para padres y educadores*. Barcelona: Paidós.
- Swartz, S. L. (2010). *Autism / Autismo*. México: Langares de México.
- Talero, C., Martínez, L. E., Mercado, M., Ovalle J. P., Velásquez, A., Zarruk, J. G. (2003). Autismo: estado del arte. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 1: 68-85. Colombia.
- Terán Méndez, M. N. (2010). *Análisis del Tratamiento de los Componentes de la Lengua en la Terapia de Lenguaje*. México.
- Valdés, C. A. A., Cisneros, R. M. E., Vales, G. J., Carlos, M. E. A. (2009). Creencias erróneas de padres de niños con autismo. *Psicología Iberoamericana*, vol. 17 (1): 15-23. México.
- Valle, M. K. Y. (2012). *Análisis y Aplicación del Tratamiento para el Autismo; un Estudio de Caso*. México.
- Walker, J. E. (1987). *Manejo Conductual*. México: El Manual Moderno.
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos*. Barcelona: Paidós Ibérica.