



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL PARA DESARROLLAR
HABILIDADES EN LOS PADRES DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

GERALDINE TENORIO GUTIÉRREZ

DIRECTORA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



Ciudad Universitaria, CDMX., 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

Resumen	8
Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista (TEA).	10
1.1 Antecedentes Históricos.....	10
1.2 Modelos Explicativos del Trastorno del Espectro Autista.....	13
1.3 Etiología.....	16
1.4 Clasificación del Trastorno del Espectro Autista.....	19
1.5 Características generales.....	23
1.6 Prevalencia.....	25
1.7 Diagnóstico.....	26
Capítulo II. Programa de intervención para padres de hijos con Trastorno del Espectro Autista (TEA).	34
2.1 Intervención Farmacológica.....	34
2.2 Intervenciones Psicoeducativas y Psicológicas.....	36
2.3 Contexto Familiar del niño con Trastorno del Espectro Autista y la importancia de su participación en la intervención.....	67
Capítulo III: Método	77
3.1 Planteamiento del problema.....	77
3.2 Objetivo General.....	77
3.3 Objetivos específicos.....	77
3.4 Preguntas de investigación	78
3.5 Hipótesis.....	78

3.6 Participante.....	78
3.7 Instrumento.....	79
3.8 Procedimiento.....	79
Capítulo IV: Reporte de Caso	83
Capítulo V: Resultados	100
5.1 Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg.....	100
5.2 Programa de Modificación Conductual.....	105
Capítulo VI: Discusión y Conclusión.....	110
Referencias.....	119

ANEXOS

1. Carta compromiso.....	126
2. Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg.....	127
3. Imágenes.....	130
4. Sugerencias para realizar un programa de intervención para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA).....	131
5. Tríptico para padres.....	132

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México y en especial a la Facultad de Psicología por haberme formado ética y profesionalmente.

Dra. Mariana Gutiérrez Lara, gracias por orientarme en todo momento para la realización de este trabajo, gracias por su confianza, tolerancia, paciencia, experiencia y conocimiento brindando.

A la Mtra. María Concepción Conde Álvarez, gracias por su compromiso y darse el tiempo de guiarme con su sabiduría y sencillez.

A la Lic. Cristina Conde Álvarez, muchas gracias por las sugerencias a este trabajo, así como el tiempo que dedico para lograr este resultado, porque con su apoyo y sabiduría tuve la posibilidad de mejorarlo.

Al Lic. José Abraham Castro Romero, muchas gracias porque siempre estuvo disponible para orientarme y alentarme a terminar este trabajo. Gracias

A la Mtra. María Luisa Herrán Iglesias, agradezco su tiempo, confianza y calidez que tuvo durante la realización de este trabajo.

DEDICATORIAS

Creo plenamente que los padres necesitan un apoyo que no sólo se quede en un espacio, sino que se expanda a todos los contextos del niño con alguna condición de vida diferente. Esto lo aprendí gracias a la oportunidad que me brindó cada padre de familia para intervenir con su hijo y escucharnos día a día para encontrar intervenciones que los beneficiaran a ambos.

∞

Esta tesis tiene la finalidad de agradecer y aportar a todas las familias de personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

∞

Las personas inspiran a más personas, mi ángel y sobrina Sophie desde donde este me inspiró y me hizo creer que lo imposible es posible. Deseo que esto te inspire a ti mi querida sobrina Valentina, crea y aporta algo positivo a este mundo.

Las llevo en mi corazón.

∞

Agradezco a mi mamá Rocío por brindarme los valores necesarios para alcanzar cualquier objetivo que me proponga, gracias por tus palabras de aliento y motivación. Gracias a ti soy la persona que soy y todos los días agradezco a la vida de tenerte a mi lado. Te amo

∞

Javier, gracias por tu amor incondicional, tus detalles y por cada palabra que tienes para hacerme sentir que hago las cosas bien.

∞

A mis queridas hermanas Claudia y Fernanda, gracias por estar a mi lado y acompañarme en este proyecto de mi vida, las admiro y las amo.

∞

Agradezco a toda mi familia abuelos, tíos y primos por estar presentes en mi vida y reconocer mis logros.

∞

Edgar, gracias por siempre tener las palabras perfectas para hacerme continuar con lo que comienzo, gracias por siempre estar disponible y apoyarme en cada proyecto.

∞

A mis queridas amigas Diana, Silvia, Paola, Elizabeth, Luisa, Paulina, Jessica e Ileana, gracias por siempre estar presentes, compartir sus conocimientos y proyectos. Cada una sabe lo importantes que son y lo que aportan a mi vida.

Las quiero y admiro.

∞

A Nayeli e Iván, gracias por compartir su tiempo y sabiduría. Agradezco cada palabra que me alentó para finalizar este trabajo.

*“Cada interacción que se realiza entre usted y su hijo,
representa una oportunidad para enseñarle algo.”*

(Powers, 1999).

*“Cada vez que usted accede a las demandas de su hijo,
él aprende que posee la facultad de manipularlo.”*

(Powers, 1999).

*“Los encuentros más esporádicos,
pueden dar lugar a una experiencia aleccionadora”.*

(Powers 1999).

Un apoyo innecesario, es una limitante para el paciente.

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno neuropsicológico de curso continuo, con un inicio antes de los tres años de edad que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como patrones de comportamiento restringido, repetitivos y estereotipados en distintos niveles (López, Rivas y Taboada, 2009).

Respecto a la integración terapéutica con los padres, se diseñan intervenciones para que ellos las lleven a cabo en diferentes contextos, como puede ser la casa. Se deben identificar los objetivos, la enseñanza a los padres para implementar y ofrecer retroalimentación de la intervención (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012).

El objetivo de la presente tesis es implementar un programa para el desarrollo de habilidades en la madre de un niño con TEA mediante el seguimiento de un programa de modificación conductual. Se trabajó con un paciente de once años diagnosticado con TEA y con su madre, a quien se le aplicó el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg, con la finalidad de que eligiera cinco conductas inadecuadas que para ella fueran conductas problema y deseará disminuir. El programa estuvo dividido en ocho sesiones y en la tercera sesión, se proporcionó a la madre el programa personalizado y el material necesario para intervenir en las conductas inadecuadas. Los métodos empleados en el programa fueron el método ABA y el modelo TEACCH, debido a que diversos autores han demostrado su eficacia para intervenir, desarrollando nuevas habilidades sociales y de la comunicación, disminuir y mantener conductas, utilizando un aprendizaje estructurado mediante estrategias visuales.

Al finalizar el programa de intervención se encontró que las conductas definidas como inadecuadas del niño con TEA y la falta de habilidades de la madre disminuyeron, logrando así adquirir nuevas habilidades para intervenir en diversas situaciones.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista (TEA), conductas inadecuadas, habilidades, ABA, TEACCH.

Capítulo I: Trastorno del Espectro Autista (TEA).

1.1 Antecedentes Históricos

El concepto clásico de autismo ha ido variando a través del tiempo. A lo largo de los siglos XVIII y XIX se hizo manifiesto el interés por los niños con perturbaciones severas de las capacidades de interacción, contacto afectivo y físico. A principios del siglo XX, los psiquiatras comienzan a utilizar diversas etiquetas para designar ciertos casos de síndromes psicóticos semejantes a las descripciones contemporáneas del autismo. Así, Sanctis (1908) define el concepto de dementia precocissima, Heller (1908) el de dementia infantilis y Bender (1908) el de esquizofrenia infantil (citado en López, Rivas y Taboada, 2009).

En 1943, Kanner realizó un estudio con una población de niños diagnosticados con esquizofrenia. De esta muestra, aisló a un grupo de once niños que manifestaban una serie de síntomas comunes y describe un cuadro de trastorno del desarrollo. De su análisis clínico, establece un conjunto de criterios diagnósticos, factores etiológicos y un cuadro psicológico que denomina autismo, caracterizado por la incapacidad para establecer relaciones con las personas, retrasos y alteraciones en la adquisición y uso del lenguaje, una insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios y una tendencia a realizar ritualizaciones (López, Rivas y Taboada, 2009).

Para Kanner (1943), los rasgos más comunes del autismo son “la incapacidad” para establecer contacto con los demás, retraso en la adquisición del habla, utilización no comunicativa del habla, ecolalia retardada, inversión pronominal, actividades de juego repetitiva y estereotipada, carencia de imaginación, memoria mecánica, aspecto físico normal y anormalidades en la primera infancia (López, Rivas y Taboada, 2009).

En 1944, Hans Asperger, identificó una condición semejante a la planteada por Kanner, a la que consideró como un trastorno de la personalidad y lo denominó psicopatía autista. Asperger, fue el primero en reconocer un componente genético en el trastorno, principalmente en los padres e identificó su prevalencia en los varones (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008).

Hacia finales de la década de los 60, el autismo se consideraba una forma de esquizofrenia infantil y se clasificaba dentro de la categoría de las 'psicosis infantiles'. Con la aparición en 1980 de la 3.^a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III), el autismo se convirtió en el prototipo de un nuevo grupo de trastornos del desarrollo descritos bajo el título de trastornos pervasivos del desarrollo (PDD). En el DSM-III se consideraba el autismo como un trastorno de gravedad ampliamente variable, lo cual coincidía con la idea original de Kanner (Holguín, 2003). Fue hasta 1996 que Wing propuso el término Trastorno del Espectro Autista (Cortez y Contreras, 2007).

Como consecuencia de una mejor comprensión de éste trastorno (en adelante TEA), Riviere ha mencionado algunos puntos importantes (Martos-Pérez, 2005):

1. El autismo es un trastorno del desarrollo, por lo que su tratamiento requiere de la identificación de alteraciones en las funciones superiores como la capacidad de comprender a las personas, las funciones de comunicación y lenguaje, las competencias simbólicas y las destrezas intersubjetivas que permitan compartir estados internos.

2. El periodo crítico del trastorno se presenta entre los 18 meses y los cinco años, etapa en la que no logran consolidar competencias complejas, simbolización, relación con las personas y organización significativa de la realidad. Esas condiciones del desarrollo no se dan del mismo modo en momentos posteriores de la vida.
3. Probablemente debido a anomalías en el desarrollo de circuitos límbicos, cerebrales y/o de áreas temporales y frontales del neocórtex, en los niños con autismo se producen condiciones neurobiológicas especiales o anómalas.
4. Desde una perspectiva psicológica, considerando las funciones de cognición, como el lenguaje, el niño con autismo no puede descifrar la intención del mensaje lo que es necesario para las funciones superiores básicas.
5. El autismo implica una alteración en el desarrollo, así como en las destrezas de relación, acción y atención conjunta, teoría de la mente, comunicación, lenguaje expresivo y receptivo, anticipación, flexibilidad, asignación de sentido a la acción, imaginación, imitación y suspensión.
6. El tratamiento del autismo es un intento por desarrollar en el niño las funciones alteradas y disminuir las anomalías emocionales o de conducta que pueden acompañar el trastorno.
7. Estos procesos se basan en mecanismos de aprendizaje y, en ciertas condiciones y casos, es necesario emplear fármacos para facilitar el aprendizaje.

8. A través de procesos de enseñanza-aprendizaje, que implican un compromiso familiar, terapéutico y educativo, se producen cambios en el autismo.
9. El tratamiento debe adecuarse a las condiciones individuales de cada paciente, así como en sus niveles de desarrollo, su personalidad, sus motivaciones y la gravedad del trastorno.
10. Actualmente el autismo no es curable, sin embargo, el trastorno puede mejorar en la mayoría de los casos.

Pese a los avances en la investigación, todavía no existe una definición técnicamente aceptable y universal del TEA, esto se debe en parte a la dificultad de describir y comprender las diversas alteraciones se manifiesta en dicho trastorno (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008).

En términos generales se puede definir al Trastorno del Espectro Autista como “un trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado frecuentemente a retraso mental, con un inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados de distintos niveles de gravedad” (López, Rivas y Taboada, 2009).

1.2 Modelos Explicativos del Trastorno del Espectro Autista

Existen diferentes teorías psicológicas que han intentado explicar la sintomatología del Espectro Autista, entre las que se encuentran: la Teoría de la Mente, la Teoría de Coherencia Central Débil y la Teoría de la Disfunción Ejecutiva.

Baron- Cohen, Leslie y Firth (1985; citado en Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejo, 2013) postularon la *Teoría de la Mente* refiriéndose a la habilidad cognitiva compleja que permite que un individuo atribuya estados mentales así mismo y a otros. Se refiere a un sistema de conocimientos que permite inferir creencias, deseos, intenciones y emociones, y así lograr interpretar los comportamientos propios y ajenos con el objetivo de predecirlos y controlarlos. Incluyen la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía, la posibilidad de interpretar emociones sociales complejas por medio de la mirada y la empatía.

Alrededor de los 4 años, los niños con autismo tienen dificultades para comprender que los otros tienen intereses, pensamientos y sentimientos diferentes a los propios, que los lleva a actuar de una manera determinada, ya que no consiguen ponerse en el lugar del otro.

Los niños con autismo presentan una especie de “ceguera mental” o falta de Teoría de la Mente que les produce alteraciones en la interacción social, imaginación, juego de ficción espontáneo y simbolización, razón por la cual el mundo social les parece confuso y, en casos extremos, los lleva al aislamiento y a realizar escasos intentos de interacción con los demás.

Baron- Cohen, Leslie y Firth (1985; citado en Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejo, 2013) postulan algunas consecuencias de carecer de habilidades cognitivas (Teoría de la Mente):

- Ausencia de guías para predecir e interpretar conductas ajenas.
- No comprenden las conductas de los demás.
- Dificultad para desarrollar la comunicación.

- Ausencia o retraso en las capacidades declarativas.
- Dificultad para establecer diálogos que contenga reciprocidad emocional.
- Falta de empatía.
- Repertorio limitado de intereses.
- Problemas específicos para comprender deseos sencillos y predecir los deseos de otros cuando éstos entran en conflicto con los propios.

Firth (2004; citado en Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013) propone la *Teoría de Coherencia Central Débil*, en la que propone que el núcleo fundamental del TEA se caracteriza por dificultades para integrar la información y en un estilo cognitivo caracterizado por la tendencia al procesamiento local o de detalles y la dificultad para elaborar representaciones significativas globales a nivel perceptivo y cognitivo. Por lo tanto, los niños con TEA presentan incapacidad para dar coherencia a sus pensamientos.

Las personas con TEA procesan de manera diferente la información del entorno y su atención se enfoca sólo hacia una parte y no al todo (hiperconcentración en detalles).

Respecto a la memoria, los niños con TEA almacenan información de manera mecánica, presentando dificultades en la memoria significativa, estas habilidades se evalúan a través de la descripción de láminas o interpretación de relatos o de una lectura (Hervás, Maristany, Salgado y Sánchez, 2012).

Otra de las teorías que en la actualidad tienen importancia es la Teoría de la Disfunción Ejecutiva. Las funciones ejecutivas son un conjunto de procesos cognitivos superiores que incluye habilidades específicas como la memoria de trabajo, planeación,

autorregulación, planificación, anticipación, flexibilidad y atención. Estas funciones implican la capacidad de hallar soluciones a un problema nuevo mediante la planeación de soluciones imaginadas y sus consecuencias. El trastorno en las funciones ejecutivas de las personas con autismo se deben a alteraciones en el lóbulo frontal lo cual se relaciona con un pensamiento rígido, impulsividad, dificultades en el control emocional, conductas perseverantes y repetitivas, intereses focalizados, dificultades para tomar decisiones, dificultad en la planeación, dificultades en la organización del discurso verbal y escrito, dificultades para mantener una conversación, dificultades en la atención y concentración y dificultades en el aprendizaje también destaca la ausencia de empatía, falta de espontaneidad y afectividad (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013; López, Rivas y Taboada, 2009).

Martos-Pérez (2005), menciona que la intervención con niños autistas se enfoca en la importancia de desarrollar habilidades específicas de función ejecutiva. Para ayudar en la planificación, se puede enseñar al niño a dividir las tareas en pasos. En las dificultades de consolidación del conocimiento, se enseña a los niños a identificar la idea principal en una nueva información, se establecen asociaciones entre la nueva información y el conocimiento adquirido y a ver la globalidad más que los detalles.

1.3 Etiología

Actualmente se desconoce la causa del TEA, sin embargo se tiene conocimiento sobre diversos factores que hacen posible su presencia teniendo en cuenta que es una interacción entre genética, cerebro, cognición, entorno, conducta o diferentes problemas durante el embarazo y el parto. Al ser un trastorno del neurodesarrollo se expresa de manera conductual de forma variable dentro de un amplio espectro

manifestándose durante los tres primeros años de vida (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos 2013; López, Rivas y Taboada, 2009).

La amplitud de teorías etiológicas del TEA se pueden subdividir en dos grupos. El primer grupo se centra en las causas primarias patogénicas entre ellas la que hace referencia a anomalías en el entorno psicológico y a problemas orgánicos ligados a anomalías genéticas. Mientras que el segundo grupo identifica los desórdenes psicológicos y fisiológicos como rasgos etiológicos, destacando la organización cerebral diferente, los trastornos neurofisiológicos, los déficits cognitivos, perceptivos y sensoriomotores (López, Rivas y Taboada, 2009).

- Factores Genéticos. Aunque no hay genes específicos relacionados, se sabe que existen diferentes mecanismos genéticos en el TEA. Un 10% de los casos se asocia a causas monogénicas identificadas, como son los casos del frágil X y el síndrome de Rett. Un 5% se asocia a alteraciones cromosómicas anormales como el síndrome de Turner. El otro 5% se asocian a variaciones en el número de copias de partes del genoma. Otro 5% está relacionado a variaciones genéticas poco frecuentes en la población. El otro 75% de las causas siguen siendo multifactoriales desconocidas, asociados a con factores ambientales como la edad paterna. Estudios en familias han demostrado que la probabilidad de aparición de autismo en un segundo hijo se incrementa alrededor del 32% contra un 13.5% en aquellas familias que no tienen un hijo con TEA. El riesgo se incrementa dependiendo del género del hijo afectado siendo un 25.9% de riesgo de recurrencia en hermanos si el afectado con TEA

es varón y de un 9.6% si el afectado es una niña (Hallmayer, Cleveland, Torres, Phillips, Cohen, Torigoe, et al, 2011).

- Factores ambientales. Se han identificado determinados factores medioambientales que podrían afectar el desarrollo de una persona genéticamente predispuesta como la exposición a ciertos productos tóxicos como pesticidas o plaguicidas. También, una combinación de moléculas químicas, fármacos, metales pesados y otros contaminantes interfieren y alteran los procesos celulares (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos 2013).
- Factores neurobiológicos. Se han observado en un 20% y 25% de los pacientes con autismo, anormalidades en el trazado electroencefalográfico y trastornos convulsivos. Las altas tasas de epilepsia sugieren un papel fundamental en la génesis del autismo (Alcamí, et al., 2008); otros estudios han demostrado alteraciones celulares del sistema límbico y del cerebelo (Holguín, 2003). Minshew y Golstein (1993, citado en Holguín, 2003) mencionan que es posible que exista una organización anormal de las sinapsis, que repercute en el funcionamiento de áreas cerebrales relacionadas con las deficiencias en la relación social, el lenguaje comunicativo, la preferencia por la permanencia y la resistencia al cambio. La neuroquímica ha encontrado que un 25% de los autistas tienen valores elevados de serotonina; esta hiperserotoninemia puede encontrarse en los familiares de los autistas (Leventhal, Cook y Morford, 1990 citado en Holguín, 2003). Por otro lado, en el cerebro se han descrito áreas con aumento de la densidad celular, reducción del tamaño de las células del hipocampo, del subículo, porciones de la amígdala, de los cuerpos mamilares y del núcleo septal medio.

- Factores Cognitivos. Cerca de dos tercios de los autistas (70-80%), tienen retraso mental; de éstos un tercio con formas leves y el resto formas moderadas y graves. Aunque este trastorno puede considerarse como una deficiencia adicional del autismo, Minshew piensa que el retraso mental es la expresión más grave del déficit cognitivo que se manifiesta en aquellos autistas con un coeficiente intelectual normal o superior bajo la forma de una deficiencia neuropsicológica para el razonamiento abstracto y conceptual (Holguín, 2003).
- Factores Perinatales. López, Rivas y Taboada (2012) hacen referencia a que un alto porcentaje de niños con una variedad de problemas en el desarrollo han sufrido diversas complicaciones y riesgos perinatales. De este planteamiento, los niños que han vivido complicaciones durante el desarrollo prenatal, durante el parto, o durante los primeros días del nacimiento, muestran un riesgo frente a trastornos físicos, neuropsicológicos, mentales y comportamentales.

López, Rivas y Taboada (2009) demostraron que la incidencia de las complicaciones pre y perinatales en las madres de los sujetos autistas son superiores. Se han encontrado diferentes factores obstétricos asociados al autismo como la edad materna avanzada, las infecciones virales y el uso de sustancias teratógenas.

1.4 Clasificación del Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Este trastorno implica una afectación cognitiva y del lenguaje. En la clasificación del DSM-IV, se encuadra en el subgrupo del Trastorno Generalizado del Desarrollo, que considera cinco variantes clínicas en el Espectro Autista (Mulas et al, 2010).

Ruggieri y Arberas (2007, citado en Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013) describen cada una de las categorías diagnósticas:

1. Trastorno Autista

Es un trastorno conductual de base biológica y asociado a diversas etiologías. Socialmente son niños aislados, desinteresados por el entorno, no tienen un juego simbólico, su contacto visual es disperso y tienen dificultades para reconocer las expresiones faciales.

2. Enfermedad de Rett

Se presenta principalmente en niñas. Se caracteriza por un estancamiento en el crecimiento cefálico, pérdida del uso propositivo de las manos, conductas estereotipadas de las manos y un deterioro psicomotor progresivo.

3. Trastorno desintegrativo de la niñez

En un inicio el desarrollo aparenta ser normal, pero alrededor de los dos años hay una regresión conductual en diversas áreas del desarrollo.

4. Trastorno de Asperger

Se caracteriza por una alteración grave y persistente de la integración social, baja coordinación y concentración, restricción de intereses, y no tienen un compromiso cognitivo. El lenguaje es funcional.

5. Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificado

Se caracteriza por una dificultad severa y generalizada en las habilidades de comunicación verbal y no verbal, en las interacciones sociales, y por un comportamiento e intereses estereotipados, pero no cumplen con los criterios para ser clasificado dentro del Trastorno Generalizado del Desarrollo.

En la 5a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se incorpora la denominación TEA y se eliminan las categorías. El grado de compromiso o severidad está delimitando por el funcionamiento cognitivo y la presencia y funcionalidad del lenguaje. Con respecto a la severidad del TEA se describen tres niveles para dos dimensiones que son: la comunicación social, y los intereses restringidos y conductas repetitivas. (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

NIVEL DE GRAVEDAD		
NIVEL	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTAS REPETITIVAS
NIVEL 1	Requiere un soporte muy considerable	Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren acentuadamente con el funcionamiento en todas las áreas. Malestar cuando los rituales o las rutinas se modifican y gran dificultad para reconducir los intereses fijos o para abandonarlos de forma inmediata.
	Severos déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal que ocasionan graves alteraciones en el funcionamiento, imitación muy limitada, inicio muy limitado de las interacciones sociales y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás.	

NIVEL 2	Requiere un soporte considerable	Rituales o conductas restringidas y/o preocupaciones o intereses obsesivos que al parecen con suficiente frecuencia para ser evidentes a un observador casual, e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. El malestar o la frustración son evidentes cuando los rituales o conductas restringidas se modifican y los intereses fijos son difíciles de reconducir.
	Marcados déficits en las habilidades de comunicación social, verbal y no verbal. Alteraciones sociales manifiestas incluso con soporte en el lugar. Limitada capacidad para iniciar interacciones sociales y respuesta reducida o anormal a las iniciativas sociales de los demás.	
NIVEL 3	Requiere soporte	Rituales o conductas restringidas que causan una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Se resiste a los intentos de los demás para interrumpir los rituales o conductas restringidas o para ser desviado de los intereses fijos.
	Sin soporte en el lugar, los déficits en la comunicación social causan alteraciones observables. Dificultad para iniciar interacciones sociales y respuestas atípicas e ineficaces con las iniciativas sociales de los demás. Aparente falta de interés en las interacciones sociales.	

1.5 Características Generales

El término Trastorno del Espectro Autista hace referencia a las distintas manifestaciones de gravedad del autismo. Es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por alteraciones cualitativas en la interacción social recíproca y en la comunicación, y por la presencia de conductas repetitivas e intereses restringidos (Martos-Pérez y Paula-Pérez, 2011).

Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos (2013) mencionan las características cualitativas del TEA:

- a. **Sociales.** Puede presentarse desde un aislamiento completo en el que la persona se queda dentro de su mundo indiferente a las personas, hasta presentar dificultades en la interacción social por problemas para comprender sutilezas sociales y por no poder codificar las reglas sociales implícitas. Se les dificulta apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos. Considerando estas características, el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, razón por la cual se aíslan.

Estas limitaciones sociales son específicamente marcadas en la infancia; sin embargo, su interés social va aumentando espontáneamente durante el desarrollo, lo cual favorece el aprendizaje de nuevas competencias y, en general existe una disminución del aislamiento social.

- b. **De la comunicación.** Presentan una alteración en el lenguaje y comunicación verbal y no verbal. Esta falla de la comunicación verbal se acompaña de pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente el habla o la sustituyen. Quienes desarrollan el

habla, lo hacen con ciertas características particulares como ecolalia, perseveración, inversión pronominal y entonación anormal.

Lo más característico es que el lenguaje no se utiliza de manera social para compartir experiencias ni vivencias. Se presentan dificultades para iniciar o mantener una conversación recíproca, bromas, ironías o dobles intenciones. También se observan alteraciones en los aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje.

- c. **Conductuales.** Presentan rigidez de pensamiento, conductas ritualistas, estereotipadas y perseverantes. Pueden aparecer movimientos corporales estereotipados (aleteos de manos, giros sobre sí mismo, balanceo, deambulación sin funcionalidad).

El juego tiende a ser repetitivo y poco imaginativo (hacer hileras, agrupamientos, fascinación por contar y repetir) y se pueden generar contenidos obsesivos y limitados de pensamiento y ausencia de juego simbólico.

También presentan intereses especiales, que no son frecuentes en otras personas de su edad (fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, letras o logotipos, apego a objetos), aunque lo más característico es que no comparten sus intereses con los demás.

En las personas con recursos intelectuales, sus intereses restringidos son más sofisticados y pueden incluir colecciones, listados, recopilar datos sobre temas específicos como astronomía, monedas, mapas, trenes, entre otros. Generalmente no están interesados en compartir sus conocimientos de manera recíproca.

En la edad adulta, la adaptación al cambio mejora, pero el interés restringido perdura, y aquellos con adecuada cognición tienden a focalizarse en tópicos estrechos o restringidos, como horarios de trenes, mapas o aspectos históricos que dominan su vida. Las estereotipias pueden disminuir por posturas anormales (Mulas, Hernández-Muela, Etchepareborda y Abad-Mas, 2004). Algunos niños o adolescentes con autismo presentan comorbilidad con otras entidades, como ansiedad, déficit de atención con o sin hiperactividad y conducta agresiva (Holguín, 2003).

1.6 Prevalencia

Al abordar la prevalencia del TEA parece difícil ajustarse a una cifra real, debido a la multiplicidad de metodología de investigación y de criterios diagnósticos utilizados. Riviere, (2001; citado en López, Rivas y Taboada, 2009), menciona que debido a la incidencia cada vez mayor de factores físicos capaces de producir cambios genéticos en la población o a las modificaciones en los criterios diagnósticos y a la mayor precisión de los métodos de detección, es difícil tener cifras exactas.

El TEA está presente en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos; sin embargo, la prevalencia es 5:1, es decir, que por cada 5 casos, 4 son varones y 1 es niña. En el 2012, el Instituto Nacional de Salud Mental (NHI) en EE.UU., reportó que por cada 88 niños hay 1 caso de TEA; así como en Reino Unido donde la prevalencia en el 2010 fue de 66:1 en niños cuyas edades oscilaban de 5 a 9 años; y en el 2011, Corea del Sur reportó que 1 de cada 34 niños tiene autismo. En el 2010, en la ciudad de León Guanajuato (México), la Clínica Mexicana de Autismo A.C. realizó un estudio de prevalencia en 5000 niños en edades de 8 años pertenecientes a escuelas primarias

regulares, escuelas especiales, niños atendidos en el sistema salud y DIF para identificar a niños con dicho trastorno; se encontraron puntajes significativos en autismo; posteriormente se entrevistó a la familia, pruebas para el Diagnóstico de Autismo, recolección de expediente clínico y finalmente se determinó cuáles casos reunieron los criterios para confirmar el diagnóstico de Autismo. Con base en este estudio se estimó que 1 de cada 300 niños tenían diagnóstico de Autismo en México, con una probabilidad aproximada de 115 mil niños con Autismo en el país. (Cumi, Guillen y Zúñiga, 2015).

1.7 Diagnóstico

El diagnóstico del TEA es clínico, ya que no existen hasta el momento marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificar a niños que cumplen criterios diagnósticos de TEA, por lo que se trata de un diagnóstico psiquiátrico. La detección y el diagnóstico están influidos por los cambios inherentes al ciclo vital, por lo que la valoración debe tener una perspectiva evolutiva. Tomando en cuenta estas referencias, la valoración debe ser entendida como un proceso continuo y flexible en función de los cambios del sujeto (Alcamí et al, 2008). Para llevar a cabo este proceso se requiere de un equipo multidisciplinario conformado por especialistas en pediatría, psicología, neurología y psiquiatría (Díez-Cuervo et al, 2005).

La evaluación del TEA debe adecuarse a las edades cronológicas y mentales, historia del desarrollo, situación vital y evaluaciones previas que haya recibido la persona. Por lo general incluye información sobre la historia de la persona, antecedentes médicos y familiares, una evaluación médica que incluiría estudios

psiquiátricos y biomédicos, y una evaluación psicológica de la inteligencia, habilidades sociales, habilidades comunicativas y lingüísticas, y competencias adaptativas (Díez-Cuervo et al, 2005).

En cuanto a las señales de alerta, además de conocer el desarrollo normal del niño deben tenerse en cuenta los antecedentes familiares y la evolución en la adquisición de habilidades esperadas según la edad de desarrollo. Algunos indicadores para un posible diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista son:

Señales de alerta en el desarrollo que pueden indicar la presencia del TEA	
Edad	Indicadores
0 a 18 meses	<p>Apatía y desinterés por las personas y los abrazos o mimos.</p> <p>Llanto constante o ausencia de llanto.</p> <p>Retraso o ausencia de sonrisa social como respuesta a algo que le resulta agradable.</p> <p>No comparte con la mirada, le cuesta compartir su mundo con los demás.</p> <p>No señala con el dedo.</p> <p>Movimientos repetitivos de balanceo, estereotipias de manos... etc.</p> <p>Problemas de alimentación y/o sueño.</p> <p>Sordera aparente, no responde a su nombre, muestra indiferencia hacia algunos sonidos.</p> <p>Posee un juego rígido y estereotipado, ordena y apila juguetes de manera repetida.</p> <p>Falta de desarrollo de las pautas de comunicación anteriores al lenguaje.</p>

18 a 36 meses	<p>Alteraciones del lenguaje o falta de lenguaje.</p> <p>No suele participar en interacciones sociales sencillas.</p> <p>No dice adiós con la mano.</p> <p>Es complicado compartir intereses y acciones con el niño.</p> <p>No inicia juegos interpersonales, o si lo hace suele ser de forma muy estereotipada.</p> <p>No tiende a buscar a sus padres cuando están en casa.</p> <p>Puede permanecer mucho tiempo mirando fijamente al vacío o a un objeto.</p> <p>Parece evitar la mirada de los demás y el contacto físico.</p> <p>No mira lo que le señalan.</p> <p>No hace frases ni comprende prohibiciones.</p> <p>Le gustan algunos sonidos atípicos.</p> <p>Le atraen las luces, algunos puntos determinados de algún lugar o movimientos repetitivos de ciertos objetos.</p> <p>Excitación, irritabilidad, ansiedad difícilmente controlable.</p> <p>Le cuesta imitar.</p> <p>No realiza juego simbólico.</p> <p>Resistencia a distintas clases de cambios.</p> <p>Estereotipias (manos, cabeza, cuerpo, etc.)</p>
3 a 6 años	<p>Dificultad o imposibilidad de manejar símbolos.</p> <p>Posee algunos temores específicos.</p> <p>Dificultad en comprender los sentimientos de los demás.</p> <p>No son capaces de expresar con palabras sus sentimientos.</p> <p>Ausencia de interacción recíproca.</p> <p>Tendencia al aislamiento y dificultades importantes de relación.</p> <p>Expresiones faciales restringidas o poco variadas.</p> <p>Dificultad en expresar verbalmente lo que quieren.</p> <p>Ecolalias.</p> <p>Persistencia de alteraciones del lenguaje.</p> <p>No suele jugar con otros niños.</p>

6 a 12 años	<p>Muestran dificultad para ponerse en el lugar del otro.</p> <p>Encuentran dificultades en la pragmática y en el uso del lenguaje, así como errores de inversión pronominal.</p> <p>Muestra alteraciones en la prosodia y dificultades en la narración.</p> <p>Pueden llegar a aprender inadecuadamente algunos mensajes ya que su pensamiento es literal.</p> <p>Suelen tener menos dificultades en cuanto a la construcción de frases, en el área sintáctica y gramatical.</p> <p>Permanece la dificultad para imaginar y jugar.</p> <p>Permanece la dificultad para anticipar y pensar en futuro, generar hipótesis y alternativas.</p> <p>Pueden realizar conductas sin propósito, sentido o meta alguna como por ejemplo dar vueltas sobre sí mismos...</p> <p>Con intervención pide realizar un juego más flexible, aunque le siguen encantando las rutinas y pueden haber disminuido la excitación y las rabietas. Pueden continuar las conductas ritualizadas y compulsivas.</p> <p>Dificultad en el inicio de la comunicación social.</p>
-------------	---

La falta de acceso a los servicios médicos especializados retarda el tiempo en que los niños son diagnosticados acertadamente (Mandell, Novak y Zubritsky, 2005). Las formas más graves del espectro autista son diagnosticadas en los primeros años de vida, mientras que las formas moderadas se identifican hasta la etapa escolar. El diagnóstico correcto y temprano del autismo es importante por sus implicaciones para el pronóstico, la utilización y la planeación de servicios médicos y educativos, así como la elección de programas de intervención.

Se presentan numerosos obstáculos para la evaluación del espectro autista; sin embargo, el más importante es que la mayor parte de los instrumentos que se han diseñado para la identificación del autismo requieren entrenamiento profesional

especializado (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008).

Entre los instrumentos más comunes para el diagnóstico del TEA se encuentran:

- CHAT. Cuestionario para el Autismo en Niños Preescolares (Checklist form Autism in Toddlers). Este cuestionario se diseñó para detectar el autismo en niños a partir de los 18 meses de edad. Su aplicación tiene una duración de 15 minutos y combina la respuesta de los padres en dos secciones: la primera parte contiene reactivos con respuesta si/no y una segunda parte que consiste en una observación semiestructurada del niño. Estos dos componentes proveen niveles de funcionamiento en el señalamiento protodeclarativo (interés o satisfacción ante el objeto recibido), monitoreo de la mirada y juego simbólico. Es uno de los pocos instrumentos de tamizaje dirigido a preescolares y consta de cinco reactivos clave en la primera sección que miden atención conjunta y el juego simbólico, los reactivos clave de la sección B se usan para validar los anteriores, y los restantes proveen información adicional con el objetivo de distinguir al autismo con otros problemas del desarrollo (Baron- Cohen, Allen y Gillberg, 1992).
- CHAT M (Cuestionario para el Autismo en Niños Preescolares Modificado). En 2001, Robins, Fein, Barton y Green modificaron la lista al aumentar los reactivos de 9 a 23, conservando el mismo formato de respuestas si/no con el objetivo de aumentar la capacidad de discriminación entre el autismo y los problemas del desarrollo. A diferencia del CHAT, no contiene una sección para el observador sólo contempla el informe del padre (Robins, Fein, Barton y Green, 2001).
- CARS. Escala de Evaluación del Autismo Infantil (The Childhood Autism Rating Scale, CARS). Es una escala diseñada para estructurar observaciones del niño

en la escuela, la casa o el hospital y se puede aplicar a niños mayores de 24 meses de edad. Consta de 15 reactivos, organizados en una escala tipo lickert de 4 puntos, que exploran conductas comúnmente observadas en niños autistas. El puntaje total permite distinguir entre el autismo grave, moderado, leve y no autista. Su aplicación es de tiempo aproximado de 30 a 45 minutos. Esta escala está ampliamente reconocida y se usa como un instrumento confiable para el diagnóstico y evaluación de la gravedad del autismo. El inconveniente de este instrumento es que diagnostica con autismo a niños de 2 años de edad que presentan retraso mental; sin embargo, este problema disminuye en niños de mayor edad (Schopler, Reichler, DeVellis y Daly, 1980).

- CBCL/1.5-5 Listas de Síntomas del Niño de 1.5-5 (Child Behavior Checklist). Este instrumento evalúa psicopatología general y comorbilidad. Cubre un rango de 18 meses a cinco años de edad y consta de 100 reactivos de problemas emocionales y conductuales, además contiene una escala denominada LDS (Language Delay Survey) con el objetivo de valorar atraso en el lenguaje expresivo del niño a partir del informe de los padres, así como un cuestionario para la identificación de factores de riesgo. La CBCL/1.5-5 evalúa la comorbilidad más frecuente del TEA, puede ser usada en la escuela para estudios epidemiológicos y como tamizaje en el ambiente clínico (Achenbach y Rescorla, 2000; citado en Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008).
- ADI. Entrevista para Diagnóstico de Autismo (Autism Diagnostic Interview). Es una escala estructurada para que un clínico con experiencia entreviste a los padres. Recoge información detallada de las conductas necesarias para

establecer el diagnóstico de autismo y cubre una edad de 5 años hasta la vida adulta. Las preguntas de este instrumento tienen como objetivo distinguir el autismo de otros problemas de retraso en el desarrollo. Debido a que es una entrevista muy larga, se desarrolló la versión corta denominada ADI-R (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández, 2008)

- ADI-R. Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada (Autism Diagnostic Interview). Es una entrevista semiestructurada que establece el diagnóstico del autismo en niños y adultos con edades mentales mayores a 18 meses. Se organiza a partir de los criterios del DSM y contiene una sección de preguntas sobre la historia sintomatológica del niño, explora aspectos sociales y de la comunicación a partir de las respuestas del padre. Se obtienen puntuaciones de la sintomatología autista: Trastornos cualitativos de la conducta social recíproca, retrasos en el desarrollo del lenguaje y conductas estereotipadas e intereses restringidos (Lord, Rutter y Le Couteur, 1994).
- ADOS. Cédula para el Diagnóstico del Autismo. Este instrumento se diseñó en 1980 con fines de investigación para evaluar a niños con problemas de retraso en el lenguaje expresivo con edades entre 5 y 12 años. Se introdujo como un instrumento complementario al ADI para evaluar a niños más pequeños. Fue necesario introducir cambios en el ADOS y en ADI: la necesidad de evaluar a niños con edades tempranas y con habilidades verbales y cognitivas y la necesidad de un instrumento para un estudio de investigación que involucre a niños preescolares (Lord, Rutter y Le Couteur, 1994).
- PL-ADOS. Cédula Prelingüística Genérica de Observación para el Autismo. Este instrumento discrimina a niños con autismo con edades de 2 a 5 años y se aplica

en 30 minutos aproximadamente. Este instrumento no incluye a niños autistas con problemas de lenguaje expresivo (DiLavore, Lord y Rutter, 1995).

- ADOS G. Cédula de Observación Genérica para el Autismo (Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic). Este instrumento evalúa la conducta de sujetos con sospecha de autismo dentro de un amplio rango de síntomas a lo largo del desarrollo. Y junto con el ADI-R se consideran un estándar para la investigación científica. Mide el funcionamiento actual y explora síntomas de manera retrospectiva. Este instrumento semiestructurado y estandarizado propicia interacciones sociales con juguetes apropiados para el nivel del desarrollo del niño. Es una entrevista de juego a partir de la cual surgen presiones sociales para que el niño muestre las habilidades que están ausentes o disminuidas en el autismo; su aplicación dura de 30 a 45 minutos y se emplea para evaluar el autismo y trastornos del espectro autista. Esta prueba explora cuatro tipos de conductas: restrictivas, repetitivas, de interacción social y de comunicación. Este instrumento permite diferenciar a niños con autismo de aquellos con un trastorno no autista (Lord, Risi, Lambrecht, Cook, Leventhal, et al, 2000).

Capítulo II: Programa de intervención para padres de hijos con Trastorno del Espectro Autista

El tratamiento del TEA incluye diversas modalidades como terapias conductuales y sensoriales; tratamientos psicoeducativos, cognitivos y conductuales; tratamiento para aumentar la comunicación y tratamientos biomédicos, entre otros, el cual se establece teniendo en cuenta las necesidades de cada paciente (Fuentes-Biggi et al, 2006).

2.1 Intervención Farmacológica

Aunque no existe una terapia médica específica para los síntomas del TEA (Gillberg y Coleman, 1996), se han ensayado muchas intervenciones biomédicas para tratar síntomas concretos. Estos tratamientos pretenden potenciar el beneficio que la persona va obtener de otros tratamientos educativos o conductuales y mejorar su calidad de vida y de la familia. Al iniciar una medicación se debe considerar la calidad de vida, la evitación o el control de los efectos adversos, la información científicamente contrastada, los costos y la efectividad de las terapias. Algunos medicamentos han demostrado eficacia para determinados problemas, edades y tipos de TEA; sin embargo, existen tratamientos farmacológicos cuyo resultado es controversial y se apoya en investigaciones metodológicamente débiles. Es de vital importancia considerar la aparición de efectos nocivos, la interacción con otros medicamentos y el efecto a largo plazo, sobre todo en pacientes muy jóvenes (Fuentes-Biggi et al., 2006).

Las personas con TEA pueden presentar trastornos añadidos como déficit de atención asociado o no a hiperactividad, obsesiones y compulsiones, trastornos del sueño, agresividad y comportamientos autolesivos además de trastornos como

ansiedad, depresión o epilepsia. Estos síntomas obstaculizan la educación y la adaptación social, además de que complican el tratamiento. Por estos motivos, los psicofármacos se utilizan como tratamiento sintomático en los pacientes con TEA (Fuentes-Biggi et al., 2006).

- Los antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina y la dopamina) son los fármacos más utilizados en el manejo de la hiperactividad y conductas problemáticas (agresividad y comportamientos autolesivos) que pueden aparecer en pacientes con TEA. En general. Se emplea en la población infantil (Fuentes-Biggi et al., 2006). Actualmente, la risperidona es el antipsicótico más seguro y eficaz en el tratamiento a corto plazo de la hiperactividad, conductas explosivas, agresividad y comportamientos autolesivos (Broadstock y Doughty, 2003).

Al emplear la olanzapina se hallaron efectos positivos en la disminución de las conductas desafiantes y una mejoría en el funcionamiento social y el lenguaje (Barnard, Young, Pearson, Geddes y O'Brien, 2002)

Los posibles efectos adversos de estos antipsicóticos atípicos incluyen: sedación, aumento de peso, alteraciones endocrinas o inducción de diabetes tipo 2 (Fuentes-Biggi et al., 2006).

- Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS). Destaca su eficacia en la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, así como en la ansiedad y la agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA. También se emplean en el tratamiento de los trastornos depresivos. Los posibles efectos adversos incluyen: náuseas, cefaleas, temblores e insomnio. En algunos casos aparece el llamado efecto

serotoninérgico que se caracteriza por un fenómeno de activación consistente en conducta desinhibida y agitación (Fuentes-Biggi et al., 2006).

- Estimulantes (metilfenidato): En personas con TEA el tratamiento con estimulantes disminuye las estereotipias y el lenguaje inapropiado. Entre los efectos adversos se encuentran pérdida de peso, aislamiento y dificultad para conciliar el sueño (Di Martino, Melis, Cianchetti y Zuddas, 2004).
- Medicamentos antiepilépticos. Un porcentaje de personas con TEA presentan convulsiones durante la adolescencia temprana. El porcentaje de epilepsia en el autismo oscila entre el 8 y 30% (Canitano, Luchetti y Zappella, 2005). Para aquellos que presentan convulsiones se prescriben medicamentos como topiramato y carbamacepina. La carbamacepina se emplea como un posible medicamento para la agresividad en personas con autismo (Fuentes-Biggi et al., 2006).

2.2 Intervención Psicoeducativa y Psicológica.

En cuanto a las intervenciones psicoeducativas, para el establecimiento del plan terapéutico y la determinación de las prioridades en la intervención, se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo en el que se encuentra el niño, su capacidad cognitiva y la gravedad de la afectación en el contexto. Así mismo, se debe considerar un tratamiento de apoyo para los padres, fomentando los recursos de la familia (Alcamí et al, 2008).

El aumento de niños con TEA ha llevado al aumento de la demanda de servicios de atención lo cual ha favorecido que se planteen cuestiones como: procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento que sean apropiados y eficaces. Con instrumentos válidos de diagnóstico se tiene una oportunidad para identificar a los niños con TEA en

el segundo año de vida y poderles proporcionar una intervención temprana de alta calidad (Salvadó, Palau, Clofent, Montero y Hernández, 2012). Entre más temprano se inicie la intervención, mejores resultados se obtienen. Los modelos de intervención necesitan tener una evidencia de su eficacia demostrada mediante el uso de diseños de investigación rigurosa (Reichow, Volkmar y Cicchetti, 2008).

El concepto de intervenciones basadas en la evidencia se inició en la medicina en los años 70 y en los últimos años se ha empleado en otras disciplinas. En un inicio, en psicología fue llamado “tratamiento validado empíricamente” y se aplicó en el campo de los tratamientos de psicoterapia en adultos (Kazdin, 2008; Rogers y Vismara, 2008).

El concepto “basado en la evidencia” ha sido empleado por profesionales para valorar diferentes formas de tratamiento en una variedad de poblaciones clínicas, incluyendo la intervención y la educación de niños y adultos con TEA (Rogers, 1998). La práctica basada en la evidencia se define como “la integración de la mejor y más actual evidencia en la investigación con la pericia clínicoeducativa y las perspectivas de los grupos de intereses relevantes, a manera de facilitar las decisiones para la evaluación e intervención que se consideran efectivas y eficientes para una persona concreta” (Tamarit, 2010 citado en Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent- Torrentó, Montero- Camacho y Hernández-Latorre, 2012). También se considera la cultura, las necesidades, los valores y las preferencias de los usuarios y su integración en la toma de decisiones sobre el cuidado del individuo (Kazdin, 2008).

Los principios que debe reunir la práctica basada en evidencia son:

- Tener una racionalidad convincente para las estrategias clínicas.

- Los resultados deben apoyarse en la investigación sobre la práctica y pericia clínica de los profesionales que lo llevan a cabo.
- Las intervenciones deben ser acordes a las características únicas del usuario.
- Las investigaciones deben incluir resultados en la vida diaria y comunitaria.
- Los tratamientos eficaces son aquellos que se hacen generalizables a las condiciones complejas de la vida y a los múltiples contextos y culturas.

Las intervenciones basadas en la práctica son eficaces para mejorar habilidades comunicativas, sociales, cognitivas y adaptativas; además de abordar los problemas de conducta de las personas con TEA, reduciendo los síntomas de ansiedad y las conductas agresivas (Rogers y Vismara, 2008).

Las prácticas basadas en la intervención (focused intervention practices) son procedimientos de aprendizaje o prácticas específicas que los profesionales o familiares utilizan para promover el desarrollo y aprendizaje de conductas determinadas o para disminuir conductas problemáticas concretas en un tiempo relativamente breve (Odom, Boyd, Hall y Hume, 2010).

Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent- Torrentó, Montero- Camacho y Hernández-Latorre, (2012) mencionan algunas prácticas basadas en la intervención, como lo son:

- **Conjunto de estrategias conductuales preventivas** (antecedent package).
Son un conjunto de estrategias que pueden ser claves o señales en la que los adultos dan ayudas verbales y físicas a la persona para conseguir una conducta

deseada. Se incluyen ayudas visuales, físicas y verbales y tiempo de espera de la respuesta.

- **Conjunto de estrategias de intervención conductual** (behavioral intervention package). Son estrategias diseñadas para disminuir los problemas de comportamiento y enseñar conductas alternativas funcionales o habilidades por medio de la aplicación de los principios básicos del análisis de la conducta aplicada. Se emplean técnicas de apoyo, de análisis de la tarea y economía de fichas. Las estrategias conductuales se han utilizado en prácticas individuales y como elementos claves en las intervenciones globales:
 - a. **Entrenamiento por ensayos discretos.** Consiste en desglosar las habilidades específicas en pequeños periodos que se enseñan directamente y de forma gradual antes de llegar al encadenamiento conjunto.
 - b. **Apoyo conductual positivo.** Son una serie de estrategias que por medio de la adaptación del entorno y la enseñanza de habilidades, tienen por objetivo mejorar la calidad de vida y minimizar los problemas de conducta.
- **Moldeamiento:** Se presenta una conducta que se ha de imitar con el objetivo de enseñar y provocar esa conducta en otra persona. El procedimiento es por medio de un reforzamiento diferencial, que consiste en reforzar aproximaciones cada vez más cercanas a la respuesta objetivo. Al inicio puede reforzarse cualquier respuesta parecida a la deseada para progresivamente ir sólo reforzando la que constituye la conducta final. Esta técnica de enseñanza facilita el trabajo hacia la autonomía.

- **Intervención de atención conjunta:** consiste en potenciar las habilidades involucradas en la regulación de los comportamientos dirigidos a otros como señalar, mostrar o responder.
- **Estrategias en el contexto natural:** Enseñanza de habilidades funcionales en el entorno donde se llevan a cabo las actividades de la vida diaria, haciendo énfasis en la generalización.
- **Intervenciones implementadas por los padres:** Se diseñan intervenciones para que los padres y otros miembros de la familia las lleven a cabo en los diferentes contextos naturales como puede ser en la casa. Se requiere identificar los objetivos de intervención, enseñar a los padres a implementar la intervención con supervisores que ofrecen retroalimentación y consultas colaborativas con los familiares.
- **Estrategias de aprendizaje a iguales:** Son intervenciones que incluyen la enseñanza de los niños con desarrollo típico para facilitar el juego y la interacción social con los niños con TEA.
- **Estrategias para la autonomía:** El objetivo de estas intervenciones es promover la independencia y regular la propia conducta.
- **Sistemas estructurados de trabajo:** Se implementa un sistema de trabajo o juego organizado visualmente por áreas para aprender habilidades.
- **Soportes visuales:** Se colocan señales visuales en el entorno con el propósito de que el niño pueda verlas y le ayude a mantener conductas funcionales o habilidades deseadas.

Tratamientos Psicoeducativos y Psicológicos.

❖ Programa de Intervención Conductual.

En este apartado se incluyen todas las terapias que se basan en principios de modificación de conducta y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje como las principales herramientas de enseñanza. Cabe señalar que los programas, técnicas o modelos de tratamiento se diferencian entre sí en variables tales como la edad de inicio, intensidad, duración, escenario donde se aplican, especificidad para el TEA, posibilidad de ser compatibles con otras intervenciones y nivel de participación de los padres como coterapeutas (Fuentes-Biggi, et al., 2006).

Los programas conductuales y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje, son elementos fundamentales en el apoyo a las personas con TEA ya que, fomentan su desarrollo para afrontar los problemas del comportamiento (Fuentes-Biggi, et al. 2006). Entre ellos se encuentran:

✓ *ABA: Análisis Conductual Aplicado.*

Este enfoque terapéutico surgió en la década de los 60's, con las ideas de Charles Ferster, Ivar Lovaas, Montrose Wolf y Todd Risley. Es una intervención que usa métodos derivados de los principios conductuales y utiliza las bases de la Teoría del Aprendizaje para mejorar habilidades sociales. Parte del supuesto de que toda conducta se aprende por medio de las consecuencias que se obtengan (Thorwarth, 1999).

El objetivo de esta intervención consiste en aumentar la consecución de conductas adaptativas y reducir de las conductas inapropiadas, para lograr así una mejor integración del niño con TEA en el ambiente (Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera, 2012).

En la implementación del método ABA se deben de tomar en cuenta la edad, cultura, rangos de hábitos, gravedad sintomática y otras dificultades del niño (Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera, 2012).

Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera (2012) señalan los objetivos y procedimientos del método ABA:

- El objetivo de este método es promover conductas adaptativas y/o suprimir o disminuir de las conductas que son perturbadoras para el niño o para los otros. Para lograrlo, se emplea el reforzamiento positivo.
- Realizar un análisis general del comportamiento y habilidades del niño.
- La evaluación incluirá el área académica, social, ocupacional, ocio y autocuidado (Foxy, 2008 citado en Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera, 2012).
- Conforme el niño va adquiriendo y consolidando conductas adaptativas, va a generar una progresiva independencia hacia el terapeuta (Foxy, 2008 citado en Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera, 2012).
- Para abordar las conductas inapropiadas, se realiza un análisis de los desencadenantes, ya sean fisiológicos o ambientales.
- El objetivo general es que el niño logre ejecutar sus actividades diarias y la complejidad de las mismas van aumentando conforme se logran objetivos específicos.

- Las instrucciones deben ser cortas y claras.
- Una acción se debe reforzar y repetir.
- Los efectos positivos se deben generalizar a todos los ambientes.

Por otra parte, Thorwarth (1999) señala que es importante que los padres sean precisos al elogiar una conducta, empleando un lenguaje claro, con la finalidad de que el niño comprenda cuál es la conducta que merece una recompensa. Estas recompensas pueden ser tangibles o elogios, sobre todo en las primeras fases de la enseñanza.

En ocasiones, es posible frenar una conducta antes de que se desarrolle. En estas situaciones, los padres pueden anticipar, planificar y aplicar medidas preventivas ante una conducta disruptiva. Algunas estrategias que pueden implementar son (Thorwarth, 1999):

- Modificar el entorno: el objetivo es prevenir problemas conductuales.
- Prestar atención a los indicios que manifiesta el niño antes de que se desencadene una conducta disruptiva, es necesario prestar atención a las señales de dicha conducta, para así reorientar al niño.
- Describir lo que está sucediendo: describir al niño, con palabras sencillas y concretas, qué está sucediendo o qué va a suceder en una situación determinada.
- Establecer con claridad las consecuencias: explicar al niño cuáles serán las consecuencias de un mal comportamiento.

Es importante mencionar que estas estrategias preventivas, no siempre resultan eficaces, ya que se debe considerar la individualidad de cada niño; sin embargo, se puede disminuir la frecuencia de las conductas problema (Thorwarth, 1999).

Dentro de las técnicas empleadas en el método ABA para modificar la conducta, se encuentran:

a. **Recompensas:** un método para modificar la conducta consiste en recompensar sistemáticamente al niño por cada conducta apropiada que realice o por cada conducta específica que lleve a cabo. A medida que el niño experimente la gratificación que obtiene con las conductas apropiadas, aumentará la probabilidad de aprenderlas y disminuirán las conductas problema (Thorwarth, 1999).

b. **Extinción:** consiste en ignorar por completo al niño cuando no se comporta adecuadamente. Se evita prestarle atención cada vez que muestre la conducta problema. Esta técnica se emplea en conductas que pretendan llamar la atención y se basa en el supuesto de que si no se le presta atención al niño, éste se sentirá menos motivado para repetir la conducta indeseable (Thorwarth, 1999).

Bados y García-Grau (2011) proponen algunas sugerencias para aplicar la extinción:

- Decidir si una conducta es apropiada para aplicar el principio de extinción. No es apropiado aplicar la extinción en conductas peligrosas o que sean intolerables.
- Combinar la extinción con la enseñanza y el reforzamiento de conductas alternativas con el objetivo de que no aparezcan nuevamente las conductas problemas o que se presenten otras inadecuadas.

- Al identificar los reforzadores que mantienen la conducta es probable que se puedan suspender o discontinuarlos.
- Informar al paciente que se empleará el procedimiento de extinción.
- Si el reforzador que se va retirar es la atención, no se reaccionará al comportamiento indeseado ya sea verbal o no verbal. Se sugiere continuar con las actividades que se están realizando, iniciar una tarea diferente, mirar a hacia otro lado o salir del escenario.
- La extinción debe ser ejecutada continuamente para evitar la resistencia a dejar esa conducta. Es importante trabajar en forma conjunta (terapeutas, papás y maestros) con el fin de evitar discrepancias entre ellos.
- Es probable que durante las fases iniciales de la extinción la conducta indeseada aumente en frecuencia, duración o intensidad. A pesar de esto se debe continuar con el procedimiento, ya que la conducta terminará por disminuir. Por otro lado, sí se suspende la extinción, la conducta indeseada aumentará.
- Se puede presentar frustración y agresión durante el procedimiento de extinción.
- Aplicar la extinción de acuerdo a la etapa del desarrollo del niño.

c. **Tiempo fuera:** consiste en alejar o aislar físicamente al niño de la situación problemática. En este caso, es necesario establecer un lugar para el tiempo fuera y evitar tener contacto con el niño, sólo se le observará para asegurarse de que esté bien (Thorwarth, 1999).

Bados y García- Grau (2011) mencionan que existen varias formas de llevar a cabo el tiempo fuera:

1. Tiempo fuera mediante aislamiento: La persona será aislada a un área específica por haber realizado una conducta indeseada.
2. Tiempo fuera con exclusión: La persona permanece en el mismo lugar pero no puede ver lo que está sucediendo (mantener la cabeza hacia abajo o voltearse a la pared).
3. Tiempo fuera sin exclusión: La persona permanece en el mismo lugar sin tener acceso al reforzador, ni participar en la actividad.

El tiempo fuera se utiliza en el tratamiento de conductas antisociales y de conductas inadecuadas. Se recomienda su uso en niños de 2 a 12 años.

Sugerencias para la aplicación del tiempo fuera:

- Al aislar físicamente al niño el área deberá estar ventilada e iluminada y sin objetos de interés para el niño.
- La duración del tiempo fuera será entre 30 segundos y 20 minutos tomando en cuenta la edad del niño. Se sugiere que los minutos de tiempo fuera, sean de acuerdo a los años que tenga el niño.
- No debe concluir el tiempo fuera mientras el niño este ejecutando una conducta inadecuada. En caso contrario el periodo de tiempo fuera se reinicia.
- Mientras se ejecuta el tiempo fuera, la interacción con el niño se limita.
- Mientras está en periodo de tiempo fuera, debe evitar elogiarse al niño aunque se esté portando bien.

- Cuando el niño se encuentra en una situación que no le resulte placentera, el tiempo fuera no funcionará o puede que aumente la conducta indeseable.
- Para evitar que el niño utilice excusas, antes de instaurar el tiempo fuera, es necesario revisar si existe una condición orgánica que justifique abandonar el lugar establecido.
- Si el niño abandona el tiempo fuera, se le hace volver al espacio asignado las veces que sean necesarias hasta cumplir lo establecido en un principio.
- Al finalizar el tiempo fuera, se le pide al niño que realice el comportamiento adecuado y se le refuerza por ello.

Una de las ventajas del tiempo fuera es que el niño y quien lo aplica pueden tranquilizarse y considerar la situación de una forma objetiva. Por otra parte, uno de los efectos es que las primeras veces que se aplica el tiempo fuera se producen conductas indeseables, como llorar, rabietas, gritos e incluso pegar.

d. **Sistema de ganancias y pérdidas:** esta técnica consiste en que el niño gane fichas, puntos, vales, marcas, etc. cada vez que realice una conducta apropiada y las podrá canjear por recompensas físicas, bienes, actividades o privilegios. Si realiza una conducta inapropiada, pierde las fichas y por lo tanto, la recompensa. Se deben identificar, seleccionar y especificar qué reforzadores serán adquiridos con las fichas ganadas. (Thorwarth, 1999; Bados y Garcia-Grau, 2011).

Brados y García-Grau (2011) mencionan que la ventaja de la economía de fichas es que las fichas pueden entregarse inmediatamente y no interfieren con la ejecución de la conducta deseada, ya que establecen el puente entre las conductas deseadas y la

entrega de los reforzadores, están poco sujetas al efecto de saciedad, su eficacia es independiente y permite una retroalimentación. La persona debe aprender el valor de las fichas mediante explicaciones verbales que sean concretas y claras y con el uso de las propias fichas. Con niños muy pequeños o personas con capacidades diferentes se comienza dándoles una ficha y permitiéndoles que la cambien inmediatamente por algún reforzador. Esto se repite varias veces y con distintos reforzadores, finalmente, se combinan las explicaciones verbales simples y el moldeamiento para que la persona comprenda que las fichas hay que ganarlas y como se ganan. El elogio y la explicación concreta de lo que ha hecho bien el niño debe ser inmediato al entrega de las fichas par que estos reforzadores sociales puedan mantener la conducta objetivo.

e. **Instigación:** La instigación se basa en aquellos procedimientos que se apoyan en la manipulación de estímulos discriminativos, es decir, estímulos antecedentes que señalan que una conducta determinada será probablemente reforzada y que su propósito es el desarrollo o facilitación de una conducta. Los efectos obtenidos mediante los procedimientos de instigación deben de estar apoyados por otras técnicas, de lo contrario serán temporales. Por último, se consideran las instrucciones, el modelado, la guía física y la inducción situacional como procedimientos que se pueden utilizar para reducir y eliminar conductas.

Ejemplo: Para lograr que un niño pequeño vaya al sanitario a hacer pipí, pueden emplearse las siguientes técnicas:

- Instrucciones: “Vamos a hacer pipí”.
- Modelado: se puede utilizar un muñeco que hace pipí en el w.c.
- Guía física: Llevarlo de la mano.

A continuación se describen dichas técnicas:

1. Instrucciones: Brados y García-Grau (2011) mencionan que el uso de las instrucciones se basan en el empleo del lenguaje oral o escrito con el objetivo de aumentar, mantener, reducir o eliminar la conducta. Las instrucciones describen de manera verbal o escrita la conducta a ejecutar e incluyen explícita o implícitamente las consecuencias que se presentarán.

Utilizar únicamente instrucciones para modificar una conducta puede tener efectos limitados o temporales, a no ser que, estas se acompañen de las consecuencias que se tendrán al cumplirlas o no cumplirlas.

Brados y García- Grau (2011) proponen algunas sugerencias para la aplicación de instrucciones:

- Se debe conseguir la atención de la persona a quien se le van a dar las instrucciones. Si se utilizan instrucciones verbales, la persona debe mirarla a la cara y de ser posible a los ojos. En caso de ser necesario, se puede brindar ayuda física.
- Las instrucciones deben ser comprensibles verbalizándolas de forma clara, sencilla y breve. En caso necesario se podrá realizar preguntas para corroborar que la persona ha comprendido.
- Mencionarle a la persona la conducta que va realizar de manera clara y concreta, y no formularlas como preguntas.
- Las instrucciones complejas deben desglosarse en pasos más sencillos.

- Las instrucciones deben ser graduales, comenzando por las conductas fáciles a las más difíciles para la persona.
- Las instrucciones deben ser firmes pero de manera agradable y cortés.
- Las instrucciones deben ser de una en una y espaciadas.
- Cuando se verbalice una instrucción se debe evitar que se dé mientras la persona se encuentra haciendo una actividad agradable.
- Se le debe informar a la persona sobre las consecuencias que obtendrá si cumple o no la ejecución de las instrucciones.
- Dejar pasar un cierto tiempo y si la persona no sigue las instrucciones, se le darán nuevamente de forma calmada. Se establece un tiempo para empezar a cumplirlas y se le recuerda las consecuencias que obtendrá si no las cumple.
- Una vez aplicadas las consecuencias por incumplimiento, se le debe pedir nuevamente a la persona que cumpla las instrucciones. En caso de no hacerlo, deben aplicarse las consecuencias de nuevo hasta que cumpla las instrucciones.
- Se deben eliminar poco a poco las instrucciones cuando se desea que la conducta quede controlada sólo por otros estímulos ya presentes en la situación.

2. Modelado: Bandura publicó estudios sobre el modelado aplicado terapéuticamente. Los modelos proporcionan información sobre la forma de adquirir conductas de forma rápida, sin tener que llevarlas a cabo y sin tener que modelar una conducta aplicando el ensayo y error (Caballo y Buela-Casal, 2001).

El efecto del modelado está determinado por las características del modelo y las actividades cognitivas del observador, así el modelado está influido por el estatus y la similitud con el observador y por la capacidad del observador para atender, extraer y

recordar lo que ve. Los modelos pueden ser reales o simbólicos y el observador puede ser pasivo o activo y mostrar cambios de conducta inmediatamente después de ver la conducta del modelo, después de un tiempo de demora o nunca (Caballo y Buela-Casal, 2001).

- Bandura (1969, citado en Caballo y Buela-Casal, 2001) señala los efectos del modelado:
 - Efecto de adquisición: se refiere al aprendizaje de una nueva secuencia de conductas como resultado de observar a un modelo.
 - Efecto de desinhibición: la conducta inhibida del observador es más frecuente después de observar a un modelo realizar la conducta de interés sin sufrir consecuencias negativas.
 - Efecto de inhibición: la conducta del observador ocurre con menos frecuencia como resultado de haber observado la conducta.
 - Efecto de facilitación: aumentan las conductas del observador tras haber aprendido.

- Factores que mejoran los efectos del modelado (Bandura, 1977 citado en Caballo y Buela-Casal, 2001):
 - Procesos de atención: los procesos de atención determinan qué modelos se seleccionan y a qué conductas se presta atención.
 - Procesos de retención: cuando el observador atiende a la información importante del modelo, es capaz de recordar (memoria simbólica). El procesamiento de la información se da a través de la codificación, la

clasificación, la unión de imágenes gráficas al material verbal y los esquemas estructurados.

- Proceso de reproducción motora: las representaciones simbólicas se convierten en representaciones motoras. Las ejecuciones de funciones motoras exigen habilidades físicas apropiadas para su ejecución. En estos procesos influyen la capacidad física, la disponibilidad de las respuestas componentes, la observación de las propias reproducciones y la retroalimentación.
 - Procesos motivacionales: Es posible que el observador no lleve a cabo la conducta modelada debido a que espera que dicha conducta tenga consecuencia aversivas. Una conducta se llevará a cabo cuando las consecuencias gratificantes sean mayor que las consecuencias aversivas.
- Al llevar a cabo el procedimiento del modelado, se pueden seguir una serie de pasos (Caballo y Buena-Casal, 2001):
- El terapeuta debe determinar por adelantado que los estímulos de modelado planteados satisfacen los objetivos terapéuticos y el sistema de valores del paciente.
 - El terapeuta debe expresar claramente al paciente cuál es la conducta deseada.
 - El paciente debe estar tranquilo.
 - El terapeuta debe proporcionar instrucciones relevantes de la conducta.

- El modelo debe demostrar las acciones manifiestas que se desean y describir de forma verbal lo que está haciendo, así como las consecuencias que anticipa.
- Después de la secuencia modelada, el terapeuta pedirá al paciente que describa la conducta del modelo, sus antecedentes y consecuentes.
- El terapeuta instruirá al paciente para que repita la secuencia modelada en ausencia de señales.
- El terapeuta deberá hacer que el paciente ensaye las acciones modeladas mientras se encuentran presente las señales del modelado.
- Si el terapeuta tiene motivos para creer que el paciente tendrá dificultades en copiar las acciones modeladas, puede emplear una guía u orientación física.
- El terapeuta pedirá al paciente que practique las conductas modeladas en ausencia del modelo.
- El procedimiento se debe de llevar a cabo bajo la supervisión del terapeuta antes de que el paciente lo realice solo.
- El terapeuta deberá utilizar modelos sobresalientes con el objetivo de conseguir y aumentar la atención del paciente.
- El terapeuta deberá ajustar el tratamiento con la finalidad de que el paciente observe varios modelos.
- Tras varias sesiones de modelado, el terapeuta establecerá como objetivo un problema concreto.
- Se reforzará al paciente cuando logre reproducir los elementos básicos de la conducta modelada.

- Conforme el paciente adquiera habilidades, el terapeuta dirigirá la conducta modelada a un nivel de mayor dificultad.
- El terapeuta entrenará al paciente en la autoobservación y el autorrefuerzo para que él, pueda hacerse cargo de su programa de tratamiento.
- Se reforzará al paciente cuando ejecute las conductas deseadas.
- Se castigará al paciente cuando no ejecute las conductas deseadas.
- El terapeuta deberá intentar innovar en la secuencia de modelado.

Los procedimientos de modelado se aplican en diversos ámbitos, como una estrategia única de tratamiento o como parte de otras técnicas o programas de tratamiento. Entre los problemas que abordan están la depresión, ansiedad, falta de habilidades sociales, fobias (Caballo y Buela-Casal, 2001).

3. Guía física: Bados y García-Grau, (2011) mencionan que esta técnica se basa en la ejecución de una conducta mediante la guía física de las partes adecuadas del cuerpo de la persona. Por ejemplo, tomarle las manos a la persona para guiarle, con el objetivo que aprenda cierto movimiento o bien, mediante el contacto físico; por ejemplo, guiar la mano de la persona para que escriba. La guía física se puede utilizar para enseñar a seguir instrucciones e imitar modelos, con el objetivo de que puedan ser utilizados para crear otras conductas. Algunas sugerencias para la aplicación de la guía física son:

- Asegurar la cooperación de la persona y no forzarle a ejecutar la conducta. El ambiente debe ser agradable y el agente de cambio debe estar tranquilo.
- Combinar la guía física con las instrucciones.
- Utilizar la presión mínima para guiar el movimiento.

- Administrar el reforzador inmediatamente después de la ejecución exitosa de la conducta guiada.
- La guía física debe emplearse gradualmente desde las conductas fáciles a las más difíciles para la persona.
- Eliminar gradualmente la guía física de forma que distintos estímulos más naturales pasen a controlar la conducta.

f. **Moldeamiento:** Es el establecimiento de una conducta final, puede ser que la persona no la posea o que muy raramente la emita, mediante el reforzamiento diferencial de conductas cada vez más similares o próximas a ellas (Bados y García-Grau, 2011).

Bados y García-Grau (2011) proponen algunas sugerencias para aplicar la técnica de moldeamiento:

- Especificar claramente la conducta que se quiere conseguir.
- Seleccionar los reforzadores que se van a emplear.
- Seleccionar una conducta que suceda con frecuencia y que se aproxime a la conducta final.
- Para alcanzar una conducta final se irán programando aproximaciones sucesivas y se podrá modificar de acuerdo a la ejecución de cada persona.
- Combinar el moldeamiento con las instrucciones, el modelado, la guía física y la situación para facilitar la conducta.
- Reforzar inmediatamente cada ocurrencia de la conducta seleccionada que fue elegida como punto de partida y no reforzar la conducta que sea incompatible.
- Para pasar a la siguiente aproximación, la persona debe dominar la anterior.

- Una vez dominada la aproximación, se debe dejar de reforzarla y pasar a reforzar la siguiente.
- Las aproximaciones deben ser de acuerdo a las habilidades que adquiera el niño, de lo contrario, si se realiza un incremento grande, el proceso se detendrá.
- No reforzar varias veces un paso para que no quede establecida la aproximación a la conducta. Tampoco reforzarla poco ya que el progreso se detendrá.
- Es conveniente emplear una variedad de reforzadores.
- Si el progreso se detiene es probable que el procedimiento haya sido demasiado rápido o el reforzador fue ineficaz.
- Una vez alcanzada la conducta final se debe mantener con un reforzamiento esporádico.

g. **Sobrecorrección:** Bellack y Hersen (1985; citados en Bados y García-Grau, 2011) mencionan que la sobrecorrección es un tipo de procedimiento de castigo en el que la persona ejecuta repetidamente o prolongadamente las conductas que están directamente relacionadas con la conducta indeseada.

La sobrecorrección tiene dos componentes (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1977/1983, 1991; citados en Bados y Garcia-Grau, 2011):

1. La sobrecorrección restitutiva: Se emplea a las conductas que tienen un efecto perturbador o destructor sobre el ambiente, tales como aventar objetos, ensuciar o atacar a otros. La persona debe sobrecorregir las consecuencias de su conducta regenerando el ambiente a un estado mejor que el anterior a la conducta o bien sobrecompensando a la persona a la que ha causado daño. Por ejemplo, el niño que

tira unos lápices de la mesa debe ponerlos nuevamente en la mesa y ordenar todo lo que esté en ella.

2. La sobrecorrección mediante práctica positiva: radica en la ejecución repetida o bien duradera de una o más conductas incompatibles o alternativas apropiadas contingentemente a la emisión de la conducta inadecuada. Se utiliza el procedimiento de práctica positiva cuando la conducta inadecuada no tiene una alteración ambiental.

La sobrecorrección se ha utilizado con niños y adultos con capacidades diferentes, en especial con personas autistas. Los problemas tratados han sido conductas agresivas, estereotipias autoestimuladoras y autolesivas, dificultades de control de esfínteres (enuresis, encopresis), respuestas orales inapropiadas y hábitos nerviosos.

Bados y Garcia-Grau (2011) proponen algunas sugerencias para la aplicación de la sobrecorrección:

- Asegurarse que las actividades restituidas y de práctica positiva que va realizar la persona por su conducta inadecuada estén directamente relacionadas o sean pertinentes.
- Utilizar instrucciones verbales o gestos y en caso de ser necesario utilizar guía física, evitando la fuerza excesiva. Si la persona pone resistencia a la guía física, esperar un momento a que se calme sin ponerle atención o bien se puede utilizar otro procedimiento.
- Si se utiliza guía física debe retirarse gradualmente a medida que aumenta el cumplimiento de la persona con las instrucciones verbales.

- Cuando la persona se encuentra realizando las actividades de sobrecorrección, se debe eliminar los accesos a los reforzadores positivos, es decir, evitar alabanzas y aprobación, ya que podría reforzar también la conducta inadecuada que dio lugar a la misma.
- Se recomienda que la persona realice las actividades de sobrecorrección sin pausas. También es importante que dichas actividades deban ser un trabajo y esfuerzo extra, con el objetivo de reducir la conducta indeseada.
- La duración de las actividades de sobrecorrección no debe ser extensa de 3 a 15 minutos suele ser suficiente en la mayoría de los casos.

Las ventajas que tiene la sobrecorrección es que no es dolorosa ni proporciona un modelo agresivo, sus efectos son más rápidos y de mayor duración, enseña conductas apropiadas, es más socialmente aceptable que otros procedimientos de castigo, aumenta la obediencia y cooperación. Por otro lado, las limitaciones que tiene dicho procedimiento, por que requiere mayor tiempo y dedicación, no es eficaz con niños muy pequeños y no se recomienda a personas muy agresivas (Sulzer-Azaroff y Mayer, 1977/1983, 1991; citado en Bados y García-Grau, 2011).

h. **Saciedad del estímulo:** Se basa en suministrar frecuentemente y repetidamente un reforzador positivo hasta que se reduce o elimina el atractivo o eficacia de éste. Como consecuencia, la conducta mantenida por tal reforzador disminuye o desaparece. La saciedad del estímulo puede considerarse como procedimiento aversivo. El uso de un reforzador positivo puede llegar a ser aversivo, de forma que lo que antes operaba como reforzador positivo llega a convertirse en un estímulo neutral o aversivo. Algunas sugerencias para aplicar la saciedad del estímulo son (Bados y García-Grau, 2011):

- Suspender todas las medidas que hayan podido tomarse encaminadas a limitar el acceso de la persona al reforzador.
 - Suministrar el reforzador positivo frecuente y repetidamente a lo largo de diversos días o semanas.
 - Continuar el procedimiento hasta que la persona rechace el reforzador de forma decidida y consistente.
- ✓ *PECS: Sistema Comunicativo de Intercambio de Imágenes.*

El Sistema Comunicativo de Intercambio de Imágenes (PECS) fue desarrollado en Estados Unidos. Un aspecto importante es que los niños son quienes inician la interacción; es decir, no dependen de los adultos para comunicarse. El sistema se inicia con una petición y requiere interacción con otros desde el principio y alienta al niño a iniciar la comunicación en lugar de responder a una señal. El objetivo esencial de este tratamiento es que el niño adquiera habilidades básicas de comunicación especialmente a iniciar la comunicación en un intercambio social (Frontera, 2013).

Se enseña a los niños que no tienen comunicación funcional a entregar la imagen de un objeto deseado a otra persona como intercambio para conseguir tal objeto. Al inicio del programa, el terapeuta asiste físicamente al niño a tomar la imagen del objeto deseado y a colocarla en la mano abierta del segundo terapeuta (el que tiene el objeto). Conforme avanzan las sesiones se desvanece la ayuda física (Frontera, 2013).

Una parte crítica de la enseñanza es no adelantarse al niño preguntando qué quieres, sin esperar a que el niño entregue la tarjeta primero de modo que sea él quien comience la interacción. Progresivamente el terapeuta se va alejando de modo que el niño tiene que realizar un esfuerzo mayor para dirigirse a él y posteriormente va aumentando el número de personas receptoras de la imagen (Frontera, 2013).

Cuando el niño aprende a usar una imagen con varias personas, se van añadiendo más imágenes de cosas que le agraden. Después de estar un tiempo usando varias imágenes, una a una, el terapeuta puede poner 2 imágenes en un tablero, consecutivamente tres y así sucesivamente (Frontera, 2013).

El programa tiene varios niveles de complejidad incluyendo construir frases sencillas del entorno. La meta final es el desarrollo de interacciones espontáneas y recíprocas, facilitando en algunos casos, el lenguaje. Durante el tratamiento se utiliza una variedad de técnicas conductuales de enseñanza como el encadenamiento hacia atrás, moldeamiento, instigación anticipada, instigación demorada y desvanecimiento de instigadores físicos (Frontera, 2013).

El programa está estructurado en varias fases (Frost y Bondy, 1994; citado en Frontera, 2013):

- a. Fase 1: Intercambio físico.
- b. Fase 2: Desarrollando la espontaneidad en el intercambio.
- c. Fase 3: Discriminación de fotografías.
- d. Fase 4: Estructura de la oración.
- e. Fase 5: Respondiendo a ¿Qué quieres?

f. Fase 6: Respuesta y comentario espontáneo.

- ✓ *TEACCH: Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y con problemas de la Comunicación.*

Actualmente, el modelo TEACCH es el programa de educación especial más usado. Existen informes de su eficacia en mejorar habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas disruptivas y mejorando la calidad de vida, conseguir autonomía en el niño y disminuyendo el estrés familiar. Este método fue creado por el Dr. Eric Schoper en la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte en 1966 (Ozonoff y Catheart, 1998).

El principio que guía esta intervención es el de los ambientes estructurados. Su enfoque de intervención se llama “enseñanza estructurada” que se basa en la evidencia y observación que los niños con autismo presentan un patrón de déficits neuropsicológicos y puntos fuertes denominados “cultura del autismo”, con las características mencionadas a continuación (Miguel, 2013; Frontera, 2013):

- Una de las habilidades con las que cuenta los niños con TEA es el procesamiento visual, por lo tanto, el objetivo de este método es sacar provecho de dicha habilidad.
- Atención en los detalles y dificultad en la integración del significado.
- Variabilidad en la atención: atención focalizada o lapsos de atención cortos.
- De acuerdo al nivel del desarrollo, se presentan dificultades para iniciar un diálogo y el uso adecuado del lenguaje social.

- Dificultad en el concepto de tiempo: no distinguen el concepto “de prisa, despacio o muy despacio”, así como dificultad en el comienzo, duración, término y cuándo será finalizada una actividad.
- Se encuentran adheridos a rutinas y a escenarios donde se han establecido, de manera que se les dificulta transferirlas al aprendizaje previo y la ruptura de éstas pueden crear confusión, irritabilidad y malestar.
- Los intereses en sus actividades preferidas son elevados, por lo que es complicado retirarse una vez comenzada.
- Preferencia y selección sensoriales muy marcadas.

Mulas, et al. (2010) mencionan cinco componentes en los que se basa el método

TEACCH:

- Aprendizaje es estructurado.
- Utilización de estrategias visuales.
- Sistema de comunicación basado en pictogramas, signos, gestos, palabras, fotos, etc.
- Aprendizaje de habilidades básicas: formas, colores, números, campos semánticos, etc.
- Fomentar el trabajo con los padres.

Salvadó (2012; citado en Miguel, 2013) refiere algunas de las características que define el método TEACCH:

- Estructurar el ambiente y las actividades: el objetivo es estructurar y anticipar, con la finalidad que el niño (a) con TEA tenga la seguridad de lo va ocurrir después de cada actividad.

- Emplear la técnica del aprendizaje sin error: su objetivo es no centrarse en los errores, modificar los objetivos al niño (a) en concreto, evitar distractores y utilizar códigos sencillos.
- Aprovechar las habilidades visuales o intereses que posee: el objetivo es explotar los puntos fuertes con los que cuentan los niños (a) con TEA ya que la información visual es clave para la comprensión.
- Motivar y apoyar el empleo de la comunicación funcional y espontánea.
- Usar la técnica del encadenamiento hacia atrás: consiste en desacomodar una secuencia de un aprendizaje en objetivos muy delimitados, brindar ayuda para la realización de actividades o tareas, con el fin de completarlas e ir disminuyendo el apoyo desde el final hacia adelante, para que por aproximaciones se vaya retirando.
- Enseñanza accidental: se basa en situaciones iniciadas por el niño, el padre, docente o el terapeuta quien debe estar alerta y adaptarse a las nuevas circunstancias, brindando respuestas adecuadas, y aprovechando los intereses que el niño (a) muestre.
- Responder a las conductas comunicativas verbales o gestuales que muestre el niño (a), intencionales o no intencionales. Al igual beneficiar las conductas comunicativas por medio de manipulación del entorno, por ejemplo colocando algunos objetos a su alcance.
- El modelado: consiste en realizar una conducta que deseamos que el niño (a) haga, por medio de la imitación. Ello conlleva un reforzamiento sistemático de las aproximaciones a la conducta deseada.

- Utilizar diferentes técnicas y métodos combinados de manera flexible, considerando las necesidades individuales así como sus habilidades.
- Colaboración de los padres.
- Se requieren apoyos visuales como pictogramas, dibujos, fotos, vídeos, etc.

En las intervenciones en autismo, se emplea el término “Enseñanza Estructurada”. Su principal característica es describir la organización del tiempo, del espacio y de las secuencias de los eventos dentro del entorno con el objetivo de que las actividades de aprendizaje sean claras y fáciles. Se postulan cuatro mecanismos fundamentales (Frontera, 2013):

- A. Estructurar el ambiente y las actividades de modo que sean comprensibles al sujeto.
 1. Estructura física: organización del material y señales visuales en áreas específicas indicándole que actividad se realiza en ese lugar. Asignar lugares estratégicos para reducir distractores en el ambiente; por ejemplo, sentarlo lejos de ventanas o puertas.
 2. Organizar y comunicar la secuencia de eventos del día: diseñando horarios de forma comprensible y significativa. Con niños más avanzados, se pueden utilizar dibujos o palabras e ir aumentando progresivamente los horarios (medio día, un día, una semana, un mes...), mientras que con niños con recursos básicos se pueden emplear objetos en concreto.
 3. Organización de tareas individuales utilizando medios visuales:
 - a) Qué tengo que hacer
 - b) Cuánto durará la actividad

- c) Cómo puedo saber que está progresando al objetivo
 - d) Cómo puede saber que la tarea ha terminado.
 - e) Qué hará después.
4. Unir tareas individuales en una secuencia de actividades (sistema de trabajo): aumentar el tiempo en las actividades que favorezcan al niño y disminuir las que no.

B. Utilizar los puntos fuertes del sujeto en habilidades visuales así como su interés en los detalles visuales para complementar habilidades relativamente débiles.

Las personas con autismo comprenden, asimilan y retienen mejor la información de manera visual, por lo que para incrementar sus habilidades como la realización de actividades, comunicación, recordar expectativas y límites, se emplea material visual. El uso de información visual promueve la implicación en actividades productivas y reduce la confusión y ansiedad cuando se emplea en exceso el lenguaje.

C. Utilizar los intereses especiales para implicarlos en el aprendizaje.

Los intereses intensos y atípicos constituyen una característica del TEA y resulta efectivo utilizar estos intereses para implicar a los niños en el aprendizaje. Estos intereses especiales se emplean como refuerzo al finalizar una tarea y como motivación en diferentes aspectos del aprendizaje.

D. Apoyar la iniciativa en la comunicación significativa.

El TEACCH pretende desarrollar habilidades de comunicación e independencia, por medio del desarrollo de habilidades de comprensión y de expresión personal. Al desarrollar una comunicación preverbal se desarrolla el uso intencional del lenguaje como medio de comunicación y las palabras deben ser enseñadas en la comunicación

preverbal. Cuando el niño aprende la asociación entre los símbolos/etiquetas y las actividades, se pueden ofrecer elecciones que es el primer paso para lograr una comunicación expresiva, comprensible y socialmente aceptable.

Para ejemplificar el método se emplean estrategias para minimizar distracciones en los niños con TEA y aumentar su atención (Miguel, 2013):

Zonas de trabajo uno a uno

Existen diferentes formas para utilizar este método, una de ellas es cara a cara. Se utiliza para potenciar la comunicación, la evaluación o realizar actividades sociales. Otra es uno al lado del niño (a) el cual beneficia centrar su atención en las instrucciones dadas y en los materiales utilizados y por último cuando se coloca detrás del niño (a) con el fin de apoyarle a realizar tareas o actividades concretas; para utilizar este método se elige la forma a trabajar, según la actividad que se requiera realizar.

Zona de trabajo individual

Se le proporciona al niño el trabajo encomendado, por medio de un tablero visual ilustrado con las actividades. El niño (a) sabe qué trabajo debe realizar, completar, cuando va terminar y lo que ocurrirá una vez que haya finalizado. Se pueden utilizar colores para asociar las actividades.

Cuando el niño (a) vaya terminando cada actividad irá retirando las fotografías, dibujos o pictogramas, con el fin de que se dé cuenta qué actividades faltan por concluir. El concepto de terminar es de suma importancia para ellos, ya que le ayuda a cambiar de una actividad a otra y saber cuándo cambiarla. Se le

proporcionará una caja o bolsa, generalmente a la derecha, en la que irá introduciendo la tarjeta de la actividad realizada.

Por ejemplo, se organiza la actividad de que el niño lea un texto y elabore un dibujo a partir del mismo, para ello se proporciona el tablero con apoyos visuales que le indiquen los pasos a seguir: lee el texto, traza tu dibujo, colorea tu dibujo, escribe tu nombre, entrega a la profesora. Cada que el niño termina una de las actividades, retira su estímulo visual y lo guarda como señal de que ese paso está concluido, con ello, él se percata de que ha terminado, cuando ha guardado todos sus estímulos visuales.

2.3 Contexto Familiar del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y la importancia de su participación en la intervención.

Se define a la familia como “un conjunto de personas unidas por diferentes vínculos y se mantiene en una constante relación. La calidad de la relación es de vital importancia ya que un cambio, modificación o característica especial en uno de sus miembros, va influir de forma significativa en los demás” (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

Es frecuente que las familias que tienen un hijo con TEA se cuestionen en qué fallaron, qué hicieron mal y cómo pueden enfrentar el diagnóstico que presenta su hijo (Balseira, Alonso y García, 2007; citado en Martínez y Cuesta, 2013). La convivencia con un niño con este diagnóstico puede estar lleno de retos y superaciones; sin embargo, ello no implica que no existan dificultades a lo largo de su desarrollo.

Comprender mejor el trastorno y las implicaciones que tiene, puede ayudar a proporcionar a las familias recursos y estrategias que apoyen a la trayectoria del diagnóstico de forma más saludable. El recurso más importante con el que contamos, es tener el conocimiento del TEA, y así evitar ideas erróneas, mitos y situaciones abusivas, esto proporcionará a la familia seguridad y certeza para afrontarlo con éxito (Benites, 2010; citado en Martínez y Cuesta, 2013).

Las familias con un hijo con TEA se encuentran en un proceso de aceptación al diagnóstico, ya que afrontan una situación en la cual se presentan dificultades y ello lleva a un desajuste en la dinámica familiar ya sea en su totalidad o en cada uno de los miembros que la integra, así como en las necesidades en todos los contextos y ámbitos del desarrollo. Las habilidades de la interacción social, de comunicación, compartir emociones, ponerte en el lugar del otro, la interacción con sus pares, con los miembros de la familia y el establecimiento de relaciones afectivas, se ven afectadas (Martínez y Cuesta, 2013; Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

En el ámbito científico, muchas familias que tienen un hijo con TEA muestran niveles superiores de estrés crónico, en comparación con padres con hijos que presentan otros trastornos o con desarrollo típico (Martínez y Cuesta, 2013). Ello es causa de la incertidumbre que plantea la evolución disarmónica de los niños (as) con TEA, y permanece ante el desconocimiento de un diagnóstico o pronóstico claro, por lo que se eleva considerablemente debido a diversas consecuencias negativas en el ámbito familiar. La familia sufre una crisis, que se define como “un evento que altera permanentemente el entendimiento de la realidad, que no se anticipa y para el cual no

se está preparado”. El resultado de esta crisis es el enfrentamiento con el hijo con déficit y el hijo ideal que se esperaba (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

La convivencia en el contexto familiar de una persona con TEA suele ser compleja, las familias se ven forzadas a modificar su vida habitual por las limitaciones que presenta el hijo con TEA (García, Cuxart y Jiménez, 2006; citado en Martínez y Cuesta, 2013).

La falta de marcadores biológicos externos, así como el desconocimiento de la evolución del trastorno, dificulta la aprobación del diagnóstico. Los padres van a pasar por un proceso largo, creyendo que las dificultades que presenta su hijo son pasajeras; sin embargo, se continuarán presentando síntomas que producirán malestar en la familia por no llegar a comprender lo que está ocurriendo con su hijo. Por otro lado, es importante mencionar que el TEA es un trastorno que genera sentimientos confusos de culpa, ansiedad, pérdida de autoestima y estrés (Martínez y Cuesta, 2013). La sensación de que “algo se ha hecho mal” se encuentra latente en los padres, ello genera consecuencias a nivel psíquico.

El estado anímico de los padres, y particularmente de las madres, se va a ver alterado. El no recibir atención y ayuda necesaria desde un inicio, les va a crear una resistencia y barrera para saber en qué consiste verdaderamente el trastorno, sus características, su etiología y las diversas intervenciones (Martínez y Cuesta, 2013).

Vivir sin un diagnóstico es complicado. Ante el desconocimiento del trastorno, a menudo se tiende a explicaciones fáciles, a justificar los hechos y a culpabilizarse y esas recriminaciones aumentan a medida que se prolonga el tiempo necesario para

obtener una respuesta. El obtener un diagnóstico tardío puede afectar considerablemente el inicio de una intervención. Por otra parte, Mayer y Andrykowski (2012; citado en Martínez y Cuesta, 2013) mencionan que es importante tener en cuenta que el afrontamiento del diagnóstico grave, está determinado por el apoyo emocional que se le brinda al padre al recibir en la primera consulta el diagnóstico.

El diagnóstico inicial marca el proceso de duelo que comienzan a experimentar los padres. Se entiende por duelo “al proceso por el cual nos separamos de algo o alguien significativo, es una respuesta espontánea, no aprendida y necesaria para la supervivencia”. Los padres sufren la pérdida del hijo de sus sueños para eventualmente centrar su atención en el hijo real. La intensidad de sentimientos que experimentan los padres está en relación con las características de personalidad de cada uno (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

Autores como Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos (2013) mencionan que los padres de niños con TEA atraviesan por diferentes etapas emocionales al ser diagnosticados:

1. Choque emocional: Ante la noticia del diagnóstico se produce una reacción de desconcierto. Esta etapa se caracteriza por evitar la situación de crisis por parte de los padres. Esta etapa es de corta duración y sirve a los padres como un mecanismo de defensa que les permite manejar la aflicción que les produce el diagnóstico.
2. Negación: Es una reacción que los padres emplean como un mecanismo de defensa para reducir la ansiedad ante el diagnóstico, ya que resulta difícil

aceptar la situación de su hijo, manifestándose en un rechazo hacia la discapacidad y lo que ésta implica.

3. Reconocimiento: Los padres toman consciencia del problema de su hijo y comienzan a reaccionar emocionalmente experimentando sentimientos como la confusión y la ira que se presentan cuando se frustran todas las expectativas. Las primeras manifestaciones de ira son proyectadas hacia el niño y posteriormente al profesional que no les brindó un diagnóstico temprano. La ira puede volcarse hacia sí mismo manifestándose en depresión.

Otro sentimiento que experimentan los padres es la impotencia como producto de la angustia al no sentirse capaces por hacer algo para mejorar a su hijo.

4. Culpa: Es un sentimiento que genera resentimiento hacia el niño, los padres buscan una respuesta sobre la causa del problema lo cual es difícil determinar.

La culpa se manifiesta de tres maneras:

- Se sienten directamente responsables.
- Piensan que merecen lo que les sucede.
- Asumen que se merecen la crisis pero sin saber por qué, pensando que no se hubiese podido evitar.

Las formas de respuestas por los padres se vuelven inapropiadas manifestándose en depresión, apatía y sentimientos de vacío. Estas respuestas emocionales se pueden acompañar de un abandono del hijo o de sí mismos y predominan sentimientos de impotencia, desesperanza y pérdida.

5. Reorganización: Cuando el duelo sigue un curso favorable, los padres llegan a un proceso de reconocimiento y aceptación del hijo tal cual es y no tal cual se deseaba que fuera. Después de pasar por las etapas anteriores, los padres toman consciencia de que hay alternativas y caminos para su hijo y se produce la aceptación por lo cual la familia logra incorporar al niño a la vida del grupo. Esta fase de reorganización implica una redistribución de roles y funciones familiares. La vulnerabilidad del niño estimula en los padres una reeducación de las oportunidades de aprendizaje para que el niño desarrolle habilidades y logre identificar situaciones problemáticas y elaborar estrategias de solución de problemas.

“He percibido en los padres mucha confusión y angustia cuando escuchan términos como “problemas en la interacción social recíproca” y “conductas estereotipadas” cuando en realidad intentaban tratar con un niño que hacía caso omiso cuando le pedían que jugara o que se balanceaba una y otra vez, o que alineaba repetidamente sobre el suelo los muñecos en una fila. He visto como los padres reaccionan cuando se dan cuenta de que su hijo no les abraza o no corre a recibirles al regresar a la casa después de estar todo el día fuera. Debe parecer imposible entender este comportamiento, tener un hijo que es capaz de terminar puzzles increíbles un día, de programar el vídeo más complicado otro, pero que no habla, que no les dice ni la más simple frase” (Szatmari, citado en Martínez y Cuesta, 2013, p.138).

Martínez y Cuesta (2013) señalan que de acuerdo a la gravedad y la cantidad de síntomas que presente el hijo (a) con TEA, va a depender la dificultad que experimenten los padres. Entre más alteraciones cognitivas y conductuales existan en

el hijo, mayor será la alteración de la convivencia en el contexto familiar, la sensación de discapacidad que perciban los padres será mayor, al igual que las limitaciones de sus actividades. El nivel intelectual del hijo (a) se va a reflejar de manera considerable en la vida familiar, ya que entre mayor sea el grado de discapacidad intelectual, mayor será la dependencia y menor la autonomía del hijo, lo cual se refleja en la dedicación de los padres. Las expectativas de los padres se ven influidas por el potencial de aprendizaje y las posibilidades de comunicación que tengan sus hijos (as).

“Es muy duro para una madre ir al lado de su hijo que niega cualquier contacto físico. Ir como dos islas haciendo constantemente las mismas rutas” (Ródenas de la Rocha, citado en Martínez y Cuesta, 2013, p.138).

Domènech (1997; citado en Martínez y Cuesta, 2013) menciona que cuando la comunicación del hijo con el entorno es escasa o bien, cuando el comportamiento es disfuncional, porque agrede a los demás o a sí mismo de manera intensa y persistente, se dificultan las actividades de la familia y su integración en el ambiente social.

La severidad del trastorno y las dificultades conductuales que presente el hijo, pueden influir de manera negativa en la convivencia familiar y los desajustes de la dinámica familiar limitan las actividades fuera del hogar, ello genera una sensación de anormalidad y la comparación con otras familias, que no tienen que enfrentar la misma situación (Martínez y Cuesta, 2013).

Detectar y diagnosticar el TEA debe tener un efecto positivo en la familia. En los programas de atención en el TEA hay que contemplar a la familia como aliada para desarrollar el programa de intervención con el niño, pero a su vez como objeto de

intervención. Los equipos interdisciplinarios, deben procurar la cohesión familiar y proporcionar el apoyo y el acompañamiento que se requiera ante las nuevas circunstancias familiares (Millá y Mulas, 2009).

Millá y Mulas (2009) mencionan que el principal objetivo de la intervención familiar es apoyar a los padres a superar las fases del proceso de asimilación del TEA y atender sus demandas y necesidades de información y formación. La información del TEA debe ser general y acorde a la situación en particular del niño y así ofrecerla de forma gradual y temprana a la familia para que la puedan ir asimilando e integrándola adecuadamente. Es importante lograr el ajuste de las expectativas de los padres a las posibilidades reales del niño y de la intervención. Los padres deben comprender las características del TEA para que puedan aceptar de forma objetiva las manifestaciones sintomáticas de su hijo.

La formación de los padres mejora sus habilidades en el desarrollo y evolución del niño mientras que la intervención familiar debe contribuir al fortalecimiento de un entorno estructurado para el niño a fin de favorecer su comunicación, la autonomía, las interacciones familiares, los juegos y las actividades diarias. El entorno familiar es el principal agente socializador del niño con TEA y en este entorno se ofrecen patrones de conducta que favorecen el proceso de desarrollo del niño (Millá y Mulas, 2009):

- a. Estructurar el entorno con el objetivo de que resulte predecible para el niño.
- b. Utilizar gestos evidentes y emplear un lenguaje concreto para facilitar la comprensión.
- c. Brindarle experiencias variadas en un ambiente lúdico y de seguridad.

- d. Se sugiere ir acercando al niño gradualmente a ambientes ruidosos y poco estructurados.
- e. Desarrollar estrategias para establecer límites ante las alteraciones conductuales y los comportamientos estereotipados y rituales.

Otra parte importante en el contexto familiar son los hermanos, quienes sufren una ruptura de expectativas al tener que enfrentarse a una realidad diferente. El programa de atención debe ofrecer apoyo a los hermanos de los niños con TEA, creando un espacio para que puedan expresar sus preocupaciones y ansiedades, que adquieran conocimientos, estrategias y habilidades para jugar e interactuar con su hermano. En este contexto, es necesario explicarles y darles información sobre las dificultades del hermano con TEA y brindarles estrategias para interactuar con ellos (Millá y Mulas, 2009).

A medida que el hijo crece, la familia ha ido aprendiendo a enfrentarse a las situaciones de la vida cotidiana, debido a que cuentan con la experiencia, los apoyos y la evolución de su hijo. La severidad del trastorno, y los problemas de conducta tienen un impacto según se trate del padre o de la madre. Autores como Willoughby y Glidden (1995; citado en Martínez y Cuesta, 2013) señalan que este patrón diferencial de respuesta coincide con una distribución tradicional de roles que se manifiesta en un impacto menor si ambos padres participan en las diferentes actividades dentro del hogar y del cuidado del hijo con TEA.

En un estudio realizado por Pozo, Sarriá y Mendez (2006; citado en Martínez y Cuesta, 2013) se encontró que la mayoría de las madres muestran un grado de estrés

clínicamente significativo. Por otro lado, Pozo, Brioso y Sarriá (2011; citado en Martínez y Cuesta, 2013) afirmaron que la severidad del TEA, es un factor que afecta de forma diferente a padres y madres. En las madres los niveles de ansiedad, no constituyen una variable significativa, es decir el trastorno no involucra el desarrollo de ansiedad en las madres; sin embargo según la percepción de las madres, el trastorno si afecta la calidad de vida familiar; por el contrario para los padres, la severidad no es relevante en su percepción de la calidad de vida familiar pero para el desarrollo de sus niveles de ansiedad si es significativo.

En la mayoría de las familias la madre es la que se ocupa de cuidar y atender al hijo con TEA, mientras que el padre trabaja la mayor parte del día. Por lo tanto, el estrés es mayor para la madre en lo que se refiere a la duración, frecuencia e intensidad en la incertidumbre sobre el futuro y la responsabilidad de mantener una atención prolongada.

En otro estudio, Keller y Honing (2004; citado en Martínez y Cuesta, 2013) señalan que el estrés en las madres está relacionado con las demandas y necesidades de cuidado del hijo. Se cuestionan sus habilidades como madre y valoran más las emociones para decidir que actitudes deben tomar ante las distintas situaciones. Con los resultados encontrados, sugirieron que las madres trabajen fuera del hogar con la finalidad de que tengan su propio espacio y les permita visualizar sus propios proyectos y reencontrarse a sí mismas.

Capítulo III: Método

3.1 Planteamiento del Problema

Debido a la complejidad del TEA y a que su intervención requiere un enfoque multidisciplinario, autores como Mulas et al. (2010) mencionan que el ABA (Análisis Conductual Aplicado) y el modelo TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y con Problemas de Comunicación), son intervenciones que combinan elementos conductuales y evolutivos de manera eficaz para pacientes con TEA. Por otro lado, Ozonoff y Cathart, (1998) y Mulas et al. (2010) han reportado que estos programas de intervención reducen conductas inadecuadas y promueven el desarrollo de nuevas habilidades.

3.2 Objetivo General

Implementar un programa para el desarrollo de habilidades en la madre de un niño con TEA mediante el seguimiento de un programa de modificación conductual.

3.3 Objetivos Específicos

1. Describir las conductas inadecuadas que la madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) identifica.
2. Identificar las habilidades que tiene la madre con un niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) para manejar las conductas inadecuadas de su hijo.
3. Observar si las conductas inadecuadas descritas por la madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus apoyos innecesarios, disminuyen después de la intervención.

3.4 Preguntas de Investigación

1. ¿Qué conductas inadecuadas describe la madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA)?
2. ¿La madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tiene habilidades para manejar las conductas inadecuadas de su hijo?
3. ¿Las conductas inadecuadas del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y las habilidades inapropiadas de la madre disminuyen después de la intervención?

3.5 Hipótesis

H1 El niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) presenta conductas inadecuadas, tales como: poca capacidad de atención, se distrae fácilmente, dificultades para concentrarse y para ejecutar instrucciones.

H2 La madre del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tiene habilidades para el manejo de las conductas inadecuadas de su hijo.

H3 Las conductas inadecuadas del niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y las habilidades inapropiadas de la madre disminuyen después de la implementación de un programa personalizado basado en el método ABA y el modelo TEACCH.

3.6 Participante

Un varón diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA), con una edad de 11 años, acompañado por su madre acude al Centro de Desarrollo Infantil ubicado al sur de la Ciudad de México.

3.7 Instrumento

Se emplea el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg con el objetivo de identificar y describir conductas inadecuadas en el niño con Trastorno del Espectro Autista (TEA).

Descripción del instrumento

El Inventario de Comportamiento Infantil (Eyberg & Ross, 1978 traducción al español), consta de 36 reactivos que evalúan la conducta del niño en los últimos tres meses, donde los padres tienen la posibilidad de elegir en una escala tipo Likert de tres puntos (1 = nunca, 2 = a veces y 3 = siempre) la frecuencia con la cual los niños exhiben ciertas conductas, además de dos opciones de respuesta (Si o No) a la pregunta: ¿representa un problema? Para este estudio se utilizó la escala adaptada a población mexicana, la cual cuenta con un índice de confiabilidad de Cronbach de 0.90 para la subescala de frecuencia y de 0.91 para la subescala de “representa un problema”; la confiabilidad global de la escala es de 0.90 (Vite, Negrete, & Miranda, 2012).

3.8 Procedimiento

En el Centro de Desarrollo Infantil, ubicado al sur de la Ciudad de México, se invitó a una madre con un niño diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) con la finalidad de proporcionarle un programa de intervención para disminuir las conductas inadecuadas que presenta su hijo.

Al inicio de la sesión, se le proporcionó a la madre una carta consentimiento (ver Anexo 1), en la cual se le informó sobre el objetivo de la intervención y la duración del programa.

El programa está dividido en ocho sesiones. Las tres primeras fueron una vez por semana. La cuarta y quinta sesión se programan dos semanas después de la última sesión para explicar a la madre el programa de modificación conductual a seguir. Las tres sesiones siguientes se programan una sesión cada dos semanas para observar el seguimiento del programa.

Las sesiones son divididas de la siguiente manera:

- **Evaluación de conducta infantil**

En la primera sesión se estableció el encuadre con la madre, y se informó sobre el objetivo del programa y su duración. Posteriormente, se le proporcionó la carta compromiso.

En la segunda sesión, se aplicó el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg (ver Anexo 2) a la madre, con el objetivo de contestar los 36 ítems e identificar las conductas inadecuadas en su hijo. Al finalizar, se le pidió que seleccionara cinco conductas inadecuadas que para ella fueran conductas problema y deseara disminuir (estas conductas se mencionan en el reporte de caso). Posteriormente se le solicita a la madre describir las cinco conductas inadecuadas que presenta su hijo. Se realiza un análisis funcional de la conducta, en el que se le pide a la madre identificar qué hace antes, durante y después de la emitida.

- **Intervención**

En la tercera sesión, se proporcionó el programa personalizado y el material a la madre (ver Anexo 3), basado en las conductas inadecuadas más importantes. Se le

dieron las instrucciones necesarias y se aclararon dudas al momento. Una vez que la madre comprendió el procedimiento, se estableció el acuerdo de que ella implementara el programa al día siguiente.

La cuarta sesión, se estableció una semana después con el objetivo de aclarar dudas respecto al programa y continuar aplicándolo.

En la quinta y sexta sesión la madre se presentó a consulta dos semanas después y un mes después de la aplicación del programa para aplicarle nuevamente el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg, con el objetivo evaluar las conductas y observar si hubo una disminución.

En la séptima sesión, la madre describió nuevamente las cinco conductas inadecuadas del programa personalizado. Por cada conducta, se le preguntó qué hizo antes, durante y después de la conducta, con la finalidad de obtener resultados cualitativos y comparar las habilidades que adquirieron.

En la octava y última sesión, se reforzó a la madre su intervención, verbalizándole los resultados obtenidos después de la aplicación del programa personalizado.

- **Los métodos que se emplean en la intervención de los programas son:**

- ✚ El método ABA (Análisis Conductual Aplicado) es una intervención en la que se aplican los principios de la teoría del aprendizaje de una manera sistemática para incrementar, disminuir, mantener o generalizar determinadas conductas objetivo (lectura, habilidades académicas, habilidades sociales, de comunicación y de la vida diaria). Ayuda a los niños a incrementar conductas, aprender nuevas habilidades, mantener conductas, generalizar o transferir conductas a otra

situación, restringir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas y así reducirlas (Mulas et al, 2010).

- ✚ El modelo TEACCH (Tratamiento y Educación de Niños Autistas y con Problemas de Comunicación). Se centra en el diagnóstico del niño. Proporciona un entrenamiento a los padres con la finalidad de brindarles estrategias que le permitan el desarrollo de las habilidades sociales, de comunicación y entrenamiento del lenguaje. (Francis, 2005 citado en Mulas et al, 2010).

Se basa en cinco componentes: Centrarse en el aprendizaje estructurado, uso de estrategias visuales para orientar al niño, aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas, aprendizaje de habilidades preacadémicas (colores, números, formas, etc.) y el trabajo de los padres como coterapeutas, usando en casa los mismos materiales y técnicas (Mulas et al, 2010).

Capítulo IV: Reporte de Caso

Nombre: Y. F. B.

Sexo: Masculino

Fecha de Nacimiento: 2 de junio del 2005.

Edad: 11 años

Datos Socioeconómicos: al momento de la entrevista la madre refirió que su edad es de 33 años, el padre de 34 años, se encuentran casados, viven con la abuela paterna en la colonia Iztapalapa. La madre se dedica a las actividades del hogar y el padre trabaja en un taller de anuncios publicitarios percibiendo un salario mínimo.

Motivo de Consulta: La madre se presenta a consulta con “Y.” refiriendo que el menor manifiesta dificultades conductuales inadecuadas, principalmente en casa. Menciona que ha intentado poner límites, los cuales no le han funcionado y es por ello que solicita iniciar un programa terapéutico con la finalidad de disminuir dichas dificultades.

Evaluación: Se aplicó el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg a la madre, con el objetivo de contestar los 36 ítems e identificar y describir las conductas inadecuadas en su hijo. Al finalizar, se le pidió que seleccionara cinco conductas inadecuadas que para ella representaran una dificultad y que deseara disminuir, las conductas que la madre seleccionó fueron: se niega a hacer las tareas que se asignan presentando una conducta opositora, se comporta de manera retadora, se distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en las cosas y tiene poca capacidad de atención. La madre describió las cinco conductas disruptivas que presenta su hijo. Por cada conducta que seleccionó, se hace un análisis funcional en el que se le preguntó qué hace antes, durante y después de la conducta.

Identificación de Recursos y de Déficits:

La madre cuenta con buena disposición, cooperación para trabajar en equipo y tolerancia al ejecutar el programa. Por otro lado, una de las dificultades que presentó la madre, es tener poco tiempo para “Y”, ya que tiene una hija pequeña que requiere mayor atención y tiempo.

Por parte del menor se observa que tienen habilidades comunicativas que le permiten expresar sus necesidades y comprender instrucciones cortas, como barreras podemos identificar que tiene dificultades en la atención y seguimiento de instrucciones, aún cuando lo comprenda, mostrando poca disposición y oposición a ejecutar una orden y desorganización en la secuencia de elaboración de una actividad. Además de ello, no logra comprender secuencias instruccionales (instrucciones largas o que involucre más de una instrucción a la vez), y se le dificulta preguntar, lo cual lo lleva a ejecutarla de manera inadecuada o a presentar frustración por no poder realizarla.

Diagnóstico: “Y” fue diagnosticado con TEA en el año 2009, actualmente no se encuentra en un tratamiento farmacológico.

Intervención:

En la primera sesión se entregó a la madre la carta consentimiento para padres y se informó el objetivo de la intervención, la duración del programa y se estableció los días en que se presentaría a sesión.

En la segunda sesión se entregó a la madre el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg y se le pidió que eligiera las cinco conductas inadecuadas más significativas y las que deseara disminuir: se niega a hacer las tareas que se asignan presentando una conducta opositora, se comporta de manera retardada, se distrae con facilidad, tiene dificultades para concentrarse en las cosas y tiene poca capacidad

de atención. Se le pide a la madre que las describiera. Se llevó a cabo el análisis funcional de cada una de ellas, identificando con ello las causas de presentación de la conducta y las consecuencias de que el niño presentara la conducta.

Al aplicar el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg y elegir las cinco conductas inadecuadas más significativas que deseara disminuir, la madre describió lo siguiente:

Conducta #1

Tiene poca capacidad de atención.

Descripción general de la conducta

La madre menciona que “Y” presenta poca capacidad de atención cuando “Y” se encuentra en casa viendo la televisión y la madre le da una instrucción simple como: ¡“Y” limpia la mesa!, ¡“Y” ve por tu suéter! o ¡“Y” ve por su mochila!. Refiere la madre que “Y” continua viendo la televisión y no hace caso a la instrucción que le dio, repitiéndole más de tres veces la misma instrucción, al no obtener respuesta de “Y”, la madre indica que termina haciéndolo ella.

Es importante señalar que la madre se encuentra lejos de “Y”, aproximadamente a 5 metros.

¿Qué hace antes?

La madre menciona que antes de ir a alguna actividad fuera de casa, le permite a “Y” ver la televisión mientras ella termina sus actividades domésticas, por lo que la instrucción se la da cuando la madre se encuentra lejos, aproximadamente a 5 metros, le verbaliza de manera concreta: ¡“Y” limpia la mesa!, ¡“Y” ayúdame!, ¡“Y” ve por tu suéter”!

¿Qué hace durante?

La madre refiere que cuando “Y” no hace caso a la instrucción le dice: ¿A qué te mande? ¿Qué te dije? ¡Te dije que limpiaras la mesa!. La madre menciona que lo anterior se lo dice en voz alta, enojada más de tres veces y se encuentra lejos de “Y”.

¿Qué hace después?

La madre menciona que después de repetirle más de tres veces ¿A qué te mande? ¿Qué te dije que hicieras?, le comienza a gritar porque ya está enojada y lo comienza a regañar diciéndole:

¿Por qué no me ayudas?, ¡te pedí algo! ¡Te estoy hablando “Y”!

Él se muestra indiferente ante la situación y continua viendo la televisión.

La madre refiere que debido a la falta de tiempo y las actividades, no establece alguna consecuencia y lo termina haciendo ella.

Conducta #2

Se distrae con facilidad.

Descripción general de la conducta

La madre menciona que cuando es hora de realizar la tarea de la escuela (no tiene horario establecido para realizarla), “Y” se encuentra jugando en el celular, le menciona varias veces (más de tres) que saque sus cuadernos y comience a trabajar. “Y” continua en el celular sin hacerle caso, por lo que la madre comienza a advertirle que le va retirar el celular y no se lo va regresar. Inmediatamente le acerca la mochila y le retira el celular, indicándole lo siguiente, “vamos hacer la tarea en la mesa”. “Y” comienza a verbalizar “celular” “jugar” o a reírse sin sentido. La madre refiere que

debido a lo anterior, se le dificulta comenzar la actividad y pueden tardar más de una hora en terminar tareas sencillas como: copiar algún texto breve, realizar operaciones sencillas o ilustrar textos. La madre manifiesta que termina muy estresada y en ocasiones debe interrumpir la actividad para tranquilizarse y poder concluir la tarea.

¿Qué hace antes?

La madre menciona que todos los días por la tarde le presenta el celular, la mayoría de las veces al indicarle “vamos hacer la tarea y saca tu cuaderno” se encuentra utilizándolo, por lo que debe acercarle la mochila y retirarle el celular para obtener su atención. Hay días en que le funciona retirarle el celular para lograr que saque sus cuadernos y sentarse en el lugar establecido (comedor), y otros en los que comienza a reír o nombrar constantemente “celular”.

¿Qué hace durante?

La madre refiere que una vez sentado y con todo su material en la mesa, se sienta a su lado derecho y le pide que comience a realizar la tarea, al iniciar comienza a reírse sin motivo por lo que la madre comienza a verbalizarle ¡Atención! ¡Piensa!. La madre menciona que pocas veces funciona y otras debe esperar para continuar la actividad.

¿Qué hace después?

La madre menciona que cuando continua riéndose sin motivo alguno comienza a hablarle fuerte diciéndole “Pon atención”, en ocasiones le funciona y cuando no, la madre permanece dos minutos en silencio y posteriormente continua la actividad hasta terminarla.

Conducta #3

Tiene dificultad para concentrarse en las cosas.

Descripción general de la conducta

La madre menciona que “Y” tiene dificultad para concentrarse en las tareas escolares, específicamente en las que se lleva mayor tiempo para realizarlas, refiere que “Y” comienza a jugar con sus manos o las coloca entre sus piernas y comienza a frotarlas constantemente, por lo que no le permite continuar con la actividad. Señala que la tarea la realiza en un solo tiempo y pueden permanecer sentados más de una hora.

¿Qué hace antes?

Menciona la madre que cuando “Y” se encuentra sentado realizando la tarea, a los 15 minutos de haber comenzado la actividad “Y” comienza a jugar y frotarse las manos entre sus piernas, la madre le pide que ponga atención y que continúe la actividad; sin embargo, en pocas ocasiones le funciona y en otras debe darle un tiempo para poder continuar.

¿Qué hace durante?

La madre refiere que cuando ya le pido varias veces a “Y” que ponga atención y que continúe con la actividad, “Y” se muestra indiferente continúa jugando y frotándose las manos entre sus piernas. Por lo que la madre comienza a verbalizar y mostrarle a “Y” que estire sus manos arriba y le dice “eso no está bien” “no lo hagas”.

La madre expresa que lo anterior lo puede aplicar más de tres veces pidiéndole que suba las manos y verbalizándole que eso no está bien y que no lo haga, por lo que le resulta desgastante realizar tareas largas con “Y”.

¿Qué hace después?

La madre menciona que al no funcionarle decirle más de tres veces a “Y”, que no está bien que juegue y frote sus manos entre sus piernas y le verbalice que no lo haga, ella inmediatamente comienza a gritarle diciéndole “no, alto” “para de hacerlo” “continua trabajando”, por lo que al final terminan disgustados pero con la o las tareas finalizadas.

Conducta #4

Se niega hacer las tareas cuando se le pide.

Descripción general de la conducta

La madre refiere que “Y” se niega a realizar actividades en casa como: guardar los materiales que utilizó o sacar la ropa de la lavadora y colocarla en la tina. La madre describe que cuando le da la instrucción “saca la ropa de la lavadora y colócala en la tina”, él continua jugando con su hermana y no hace caso de la indicación, ello sucede en cualquiera de las dos instrucción que le pida, recoger los materiales que utilizó o sacar la ropa de la lavadora y colocarla en la tina. Debe verbalizarle más de tres veces, y en ocasiones debe ir al lugar donde se encuentra “Y” y llevarlo de la mano para realizar la instrucción; sin embargo, cuando la madre tiene poco tiempo para realizar instrucción con él, la madre no insiste y lo termina haciendo ella para agilizar las actividades del día y terminar pronto.

¿Qué hace antes?

La madre menciona que cuando le da la instrucción de sacar la ropa de la lavadora y colocarla en la tina o levantar el material que utilizó, “Y” no hace caso ya que se encuentra jugando con su hermana, le repite nuevamente la instrucción y “Y” continua jugando, lo intenta acercándose un poco más a “Y” y subiendo el tono de voz

repitiéndole la instrucción. La madre refiere que cuando “Y” se percata que su madre se encuentra más cerca y sube el tono de voz, pocas veces “Y” realiza la instrucción.

¿Qué hace durante?

La madre expresa que cuando le da la instrucción de levantar el material que utilizó o sacar la ropa de la lavadora y colocarla en la tina, en ocasiones la ejecuta cuando se acerca a la tercera vez que le dio la instrucción. Menciona la madre que cuando tiene tiempo, ella se acerca y lo lleva de la mano, la madre se desplaza con “Y” tronando los dedos (en señal de rápido) para que ejecute lo que le pidió, “Y” comienza a verbalizar frases sin sentido como “el coche de película es rojo”, la madre le contesta diciéndole “no me importa, haz lo que te estoy pidiendo”

¿Qué hace después?

Cuando la madre tiene poco tiempo, ella termina guardando el material que utilizó “Y” o sacando la ropa de la lavadora y la colocarla en la tina, la finalidad de la madre es terminar rápido.

La madre refiere que cuando “Y” realizar la instrucción lo hace enojado, se percata de ello porque avienta la ropa a la tina o guarda los materiales haciendo lo mismo.

Conducta #5

Se comporta de manera retadora cuando se le dice que haga algo.

Descripción general de la conducta

La madre menciona que se comporta de manera retadora al darle una de las siguientes indicaciones: ¡ve a lavarte las manos para comer!, ¡ve a cambiarte el uniforme de la escuela! ¡ve a cambiarte la pijama! o ¡ve y lávate los dientes! El menor le responde a la madre “no quiero”, específicamente cuando el menor se encuentra con algún objeto de

su interés (celular, juguetes o videojuego). La madre indica que al no ejecutar la indicación que le dio a “Y”, ella le pide el objeto que en ese momento tiene en sus manos, “Y” se niega a dárselo, por lo que si la madre se encuentra realizando otra actividad, lo deja con el objeto que le pidió.

¿Qué hace antes?

La madre refiere que cuando “Y” se encuentra algún objeto de su interés (celular, juguetes o videojuego), ella puede realizar sus actividades dentro de casa de manera tranquila, ya que el menor se encuentra entretenido; sin embargo, cuando la madre le da alguna indicación (¡ve a lavarte las manos para comer!, ¡ve a cambiarte el uniforme de la escuela! ¡ve a cambiarte la pijama! o ¡ve y lávate los dientes!), el menor la ignora o le contesta “no quiero” y continua jugando con el objeto que en ese momento tenga (celular, juguetes o videojuego).

¿Qué hace durante?

La madre indica que al darle nuevamente una indicación (¡ve a lavarte las manos para comer!, ¡ve a cambiarte el uniforme de la escuela! ¡ve a cambiarte la pijama! o ¡ve y lávate los dientes!) y no realizarla, la madre comienza subir el tono de voz verbalizándole que le dé el objeto que tenga en ese momento (celular, juguetes o videojuego), la mayoría de las veces se niega a dárselo.

¿Qué hace después?

La madre menciona que después de darle algunas indicaciones dos veces, por ejemplo, ¡ve a lavarte las manos para comer!, ¡ve a cambiarte el uniforme de la escuela! ¡ve a cambiarte la pijama! o ¡ve y lávate los dientes! y pedirle el objeto que esté utilizando (celular, juguetes o videojuego), y no obtener una respuesta, la madre en ocasiones le

quita el objeto o simplemente continúa realizando sus actividades en casa dejándole el objeto.

En la tercera sesión, se proporcionó el programa personalizado y el material a la madre, basado en las conductas inapropiadas más importantes. Se le dieron las instrucciones necesarias y se aclararon dudas al momento. Una vez que la madre comprendió el procedimiento, se acordó iniciar el programa al día siguiente.

El programa establecido fue el siguiente:

❖ **Conducta #1**

Tiene poca capacidad de atención.

✓ **Objetivo terapéutico**

Aumentar los periodos atencionales mediante el uso de apoyos visuales que propicien la focalización, mantenimiento de la atención.

✓ **Métodos de intervención**

Modelo TEACCH

Método ABA

✓ **Descripción General de la Intervención**

Se utilizará un tablero de anticipación, en el que se colocarán tarjetas bibliográficas blancas, las cuales tendrán un pictograma y la instrucción a realizar. Estas tarjetas las seleccionará y jerarquizará la madre de acuerdo a las actividades que desee que realice el niño.

También se elaborará una tarjeta de recompensa que por el reverso tendrá la lista de recompensas y por el frente la madre escribirá una recompensa.

La recompensa se otorgará al niño una vez que logre ejecutar las tareas asignadas.

✓ **Ejecución del programa**

1. El tablero será colocado en un lugar estratégico (visible) y de fácil acceso para el niño.
2. La madre seleccionará las tarjetas a realizar para ese día, que no rebase cinco tareas.
3. La madre llamará al niño y le señalará las tarjetas de arriba abajo, leyéndole las tareas a realizar y la recompensa que obtendrá al finalizar las tareas. La madre seleccionará previamente la recompensa que se le otorgará al niño mediante una lista que se menciona a continuación:
 - 15 minutos de tiempo para ver TV u otra actividad de su agrado (este tiempo se controlará con el uso de un temporizador o el teléfono celular).
 - Regresarle algún objeto que haya sido restringido anteriormente.
 - Prestarle un objeto que no utilice con frecuencia y sea de su agrado.
4. Por cada tarea realizada, el niño irá desprendiendo la tarjeta del tablero y la depositará en una bolsa que se encuentra en la parte inferior del tablero.
5. Al realizar las cinco tareas la madre le reforzará verbalmente al niño que ha concluido las actividades y lo motivará con un reforzador social “muy bien”, “lo hiciste bien”.
6. Y a continuación podrá el niño tomar la tarjeta de recompensa y hacer uso de ella.

❖ **Conducta #2**

Se distrae con facilidad.

✓ **Objetivo terapéutico**

Aumentar la capacidad de seleccionar estímulos y seguir un proceso de principio a fin mediante el uso de apoyos visuales, que propicien el aumento de la atención selectiva.

✓ **Métodos de intervención**

Modelo TEACCH

Método ABA

✓ **Descripción General de la Intervención**

Se utilizarán tarjetas de apoyo visual con pictogramas en las que se organicen los pasos a seguir según la actividad que el menor deba realizar y se propiciará que el menor ejecute cada una de ellas mediante el refuerzo positivo. Se reforzará la conducta con recompensas que se otorgarán al concluir la(s) actividades.

✓ **Ejecución del programa**

1. Se dará al niño pictogramas con los pasos a seguir para la ejecución de cada actividad que deba elaborar.
2. Cuando el niño termine de ejecutar cada uno de los pasos, se le solicitará que lo guarde como señal de que ha terminado con ese paso y debe continuar con el siguiente.
3. Identificará el término de la actividad cuando guarde el último pictograma.

Se asignará un tiempo establecido por la elaboración de una actividad, con respecto al tiempo que el niño tarde en ejecutarla sin la interrupción de la tarea por algún distractor, fortaleciendo así el manejo de tiempos de ejecución efectivos.

Se debe considerar revisar la cantidad y complejidad de las actividades académicas con el fin de evaluar el tiempo necesario para cada una, de ser necesario dividir las tareas por periodos de tiempo para realizarlas.

4. La recompensa se dará al finalizar las actividades académicas, proporcionándole una canica que tendrá que depositar en un recipiente transparente.

El objetivo es que logre obtener una canica por día, al juntar cinco canicas recibirá una recompensa como:

- Ir al parque a tomar un helado.
- Hacer un picnic fuera de casa.
- Ir a un lugar de su agrado.

❖ **Conducta #3**

Tiene dificultades para concentrarse en las cosas.

✓ **Objetivo terapéutico**

Inhibir el uso de estímulos externos y del cuerpo como distractores, mediante el uso de estrategias de extinción y modelamiento.

✓ **Métodos de intervención**

Método ABA.

✓ **Descripción General de la Intervención**

Se utilizará la extinción y modelado.

✓ **Ejecución del programa**

Cuando el menor comience a jugar con sus manos entre sus piernas y comience a frotarlas, se intervendrá utilizando la estrategia de ignorar activamente, la cual consiste en ignorar la conducta durante un tiempo (un minuto aproximadamente en este caso), en este tiempo no se le hablara ni habrá contacto visual. Una vez transcurrido este tiempo se le pedirá que continúe con la actividad que estaba realizando, brindando apoyos verbales como: continua, tú puedes, vamos a seguir, etc. y apoyos de modelamiento mira cómo lo hago yo, ahora continúa.

Conducta #4

Se niega hacer las tareas que se asignan en casa cuando se le pide.

✓ **Objetivo terapéutico**

Que el menor realice las tareas asignadas por la madre.

✓ **Métodos de intervención**

Método ABA

✓ **Descripción General de la Intervención**

Se utilizará un gafete y se le dará la instrucción clara y concreta.

✓ **Ejecución del programa**

1. La madre preparará la(s) tarjeta(s) de la(s) actividad(es) a realizar en casa.
2. Informará al menor las actividades a realizar dando la instrucción verbal, clara, concreta y estableciendo contacto visual, informando igualmente las consecuencias de hacerlo (otorgar una canica como recompensa) y de no hacerlo (se dará tiempo fuera de 2 minutos y el niño deberá regresar a realizar lo que se le asignó después de esos dos minutos).

3. Posteriormente se le colocará la tarjeta dentro del gafete y lo leerá nuevamente con él y se le preguntará “¿Qué debes hacer?”. Si el menor entendió la instrucción se le reforzará diciéndole “¡Muy bien!” y se le pedirá que la ejecute “¡Ahora ve!”.
4. En caso de que lo ejecute de inmediato se le brindará la recompensa, en caso de que no lo ejecute, se aplicará la consecuencia y se le indicará al menor que ya no podrá obtener su canica, pero que debe ejecutar la actividad. El tiempo fuera se utilizará las veces que sea necesario hasta que el menor ejecute la actividad.
5. Cuando finalice la tarea el menor entregará el gafete a su madre y se le reforzará verbalmente.

❖ **Conducta #5**

Se comporta de manera retadora cuando se le dice que haga algo.

✓ **Objetivo terapéutico**

Eliminar la conducta oposicionista ante la autoridad.

✓ **Métodos de intervención**

Método ABA

✓ **Descripción General de la Intervención**

Se utilizarán modificación del entorno y tiempo fuera.

✓ **Ejecución del programa**

1. Se informará al menor que si siempre que se muestre retador se le retirará el acceso a un objeto de interés, si por alguna razón tiene acceso al objeto en el

momento en el que emita una conducta retadora, este se le retirará sin mencionarle nada.

2. Se le dará tiempo fuera de 2 minutos, y se solicitará que se disculpe por la acción, posteriormente se le indicará que continúe con la actividad que se le pidió.
3. Podrá tener acceso al objeto de su interés cuando haya concluido con la actividad si es que está dentro del tiempo asignado en casa o si no tiene otra actividad que realizar dentro de su rutina previamente anticipada.

La cuarta sesión, se estableció una semana después con el objetivo de establecer una retroalimentación con la madre respecto a la ejecución del programa establecido, por ejemplo mencionó que le era práctico utilizar el tablero de anticipación ya que evitó estar repitiéndole la indicación continuamente. Por otro lado, una dificultad que presentó la madre fue ignorar una conducta inadecuada de “Y” ya que ella reaccionaba de forma automática.

En la quinta y sexta sesión la madre se presentó a consulta dos semanas después y un mes después de la aplicación del programa para aplicarle nuevamente el Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg, con el objetivo de evaluar las conductas y observar si hubo una disminución.

En la séptima sesión, la madre describió nuevamente las cinco conductas inadecuadas del programa personalizado. Por cada conducta, se le preguntó qué hizo antes, durante y después de la conducta, con la finalidad de obtener resultados cualitativos y comparar las habilidades que adquirieron.

En la octava y última sesión, se reforzó la ejecución del programa llevada a cabo por la madre, verbalizándole los resultados obtenidos después de la aplicación del programa personalizado.

Capítulo V: Resultados

A continuación se presentan, los resultados del Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg y del Programa de Modificación Conductual.

5.1 Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg.

Antes de elaborar el programa, se aplicó el Inventario a la madre, con la finalidad de identificar y seleccionar cinco conductas inadecuadas que deseara disminuir. Posteriormente, al finalizar la ejecución del programa, se le aplicó nuevamente el Inventario. A continuación, se muestran los resultados obtenidos.

1.1 Hábitos:

En la figura 1, se observa que en una primera aplicación del inventario, la puntuación fue de 13. Posteriormente, al aplicar nuevamente la prueba, al finalizar el tratamiento, se obtuvo un puntaje de 10, lo que indica una disminución y mejora en dicha categoría.

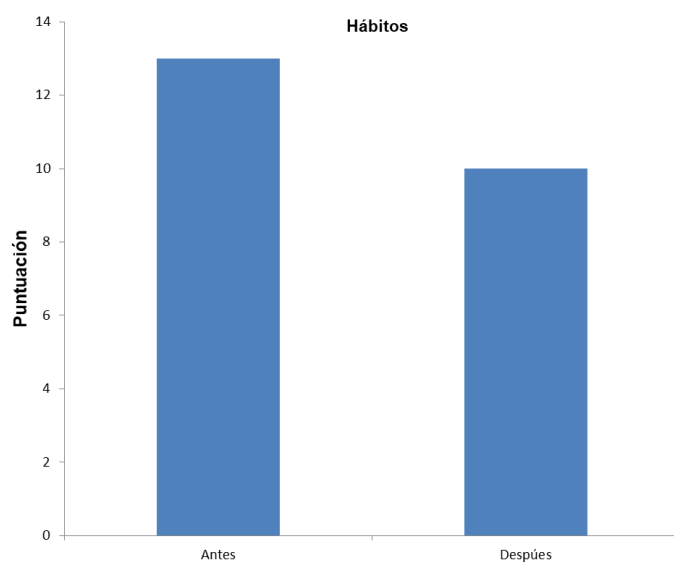


Figura 1. Resultados obtenidos en hábitos, antes y después de la aplicación del programa.

1.2 Desobediencia

En la figura 2, se puede observar una disminución en esta categoría después de la intervención. Al inicio, la puntuación fue de 9 y al finalizar la intervención y aplicar nuevamente el inventario, se obtuvo un puntaje de 7.

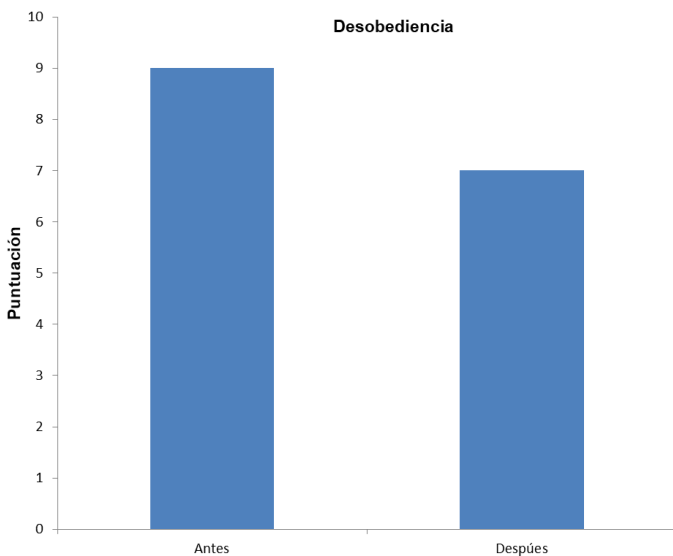


Figura 2. Resultados obtenidos en desobediencia, antes y después de la aplicación del programa.

1.3 Temperamento

En la figura 3 se observa una disminución en la categoría de temperamento al término del programa. Antes de iniciar el tratamiento, obtuvo un puntaje de 15 y al finalizar se obtuvo un puntaje de 10.

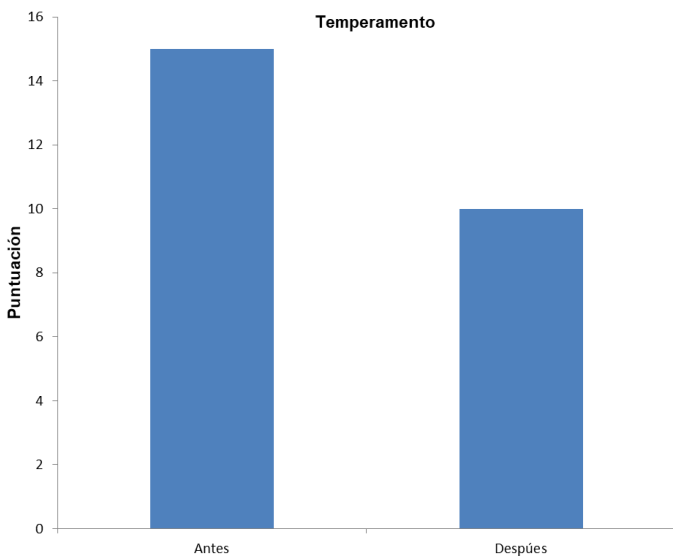


Figura 3. Resultados obtenidos en temperamento, antes y después de la aplicación del programa.

1.4 Conducta antisocial

En esta categoría se puede observar una disminución de la conducta en la segunda evaluación. En la figura 4 se puede observar que, antes de iniciar la intervención se obtuvo un puntaje de 15 y al finalizar se obtuvo un puntaje de 11.

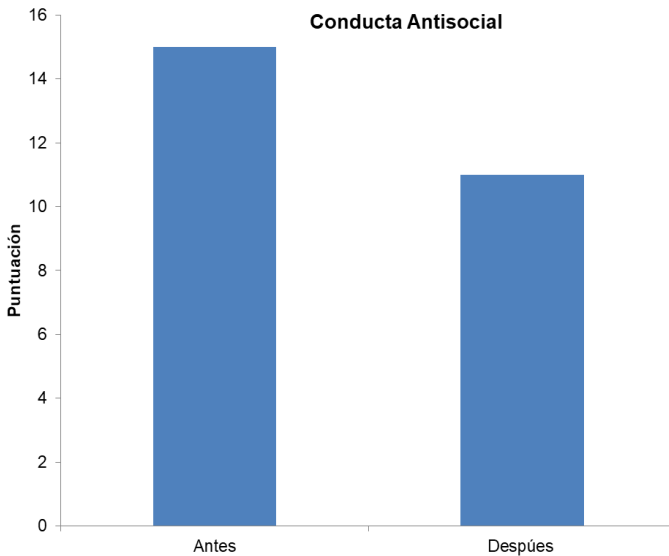


Figura 4. Resultados obtenidos en conducta antisocial, antes y después de la aplicación del programa.

1.5 Fallas en la atención

En la figura 5 se puede observar una disminución en fallas en la atención cuando concluyo el tratamiento. Antes de iniciar el programa de intervención, el puntaje fue de 10 y posteriormente el puntaje obtenido fue de 9.

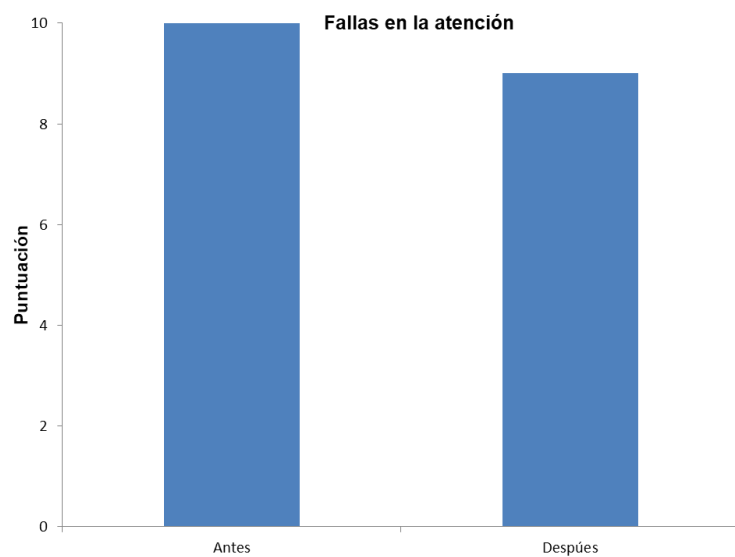


Figura 5. Resultados obtenidos en conducta antisocial, antes y después de la aplicación del programa.

5.2 Programa de Modificación Conductual.

Para diseñar el programa de modificación conductual e identificar las habilidades que tiene la madre para manejar las conductas inadecuadas de su hijo, se solicitó que respondiera el inventario, seleccionara las cinco conductas inadecuadas que fueran prioritarias para ella, en base a sus necesidades. La madre refirió verbalmente que, antes de la aplicación del programa individualizado y acorde a las conductas seleccionadas por ella, qué hacía antes durante y después de la manifestación de cada conducta. Una vez recabados estos datos, se elaboró el programa, se le proporcionó a la madre y lo ejecutó en casa, durante el tiempo señalado anteriormente. Tras la aplicación del programa se encontraron los siguientes resultados.

Conducta #1

Tiene poca capacidad de atención.

Descripción de la conducta

La madre menciona que “Y” a veces presenta poca capacidad de atención cuando se le da una instrucción simple como limpiar la mesa, ir por alguna prenda de vestir, ir por su mochila, etc.

¿Qué hace antes?

La madre le da la indicación “Y” de forma simple y concreta, lo ejecuta la mayoría de las veces, en ocasiones se dispersa y le da la instrucción nuevamente.

¿Qué hace durante?

Cuando “Y” no logra ejecutar la instrucción, la madre lleva a “Y” al tablero de anticipación para hacerle ver que actividades le hacen falta por concluir.

¿Qué hace después?

La madre le refuerza que ha concluido las actividades y le da acceso al reforzador. En caso de que no termine sus actividades, no puede hacer uso del reforzador.

Conducta #2

Se distrae con facilidad.

Descripción de la conducta.

La madre menciona que muy rara vez se distrae con facilidad cuando realiza la tarea de la escuela.

¿Qué hace antes?

La madre le da la indicación viéndolo a los ojos “saca tu cuaderno de matemáticas”, “Y” ejecuta la instrucción sin ninguna dificultad.

¿Qué hace durante?

Cuando “Y” no continua con su tarea, la madre lo ve a los ojos sin decir nada, entonces “Y” regresa a continuar su actividad.

¿Qué hace después?

La madre menciona que cuando se le dificulta terminar la actividad, le da 3 minutos de tiempo libre para que se relaje y para que “Y” continúe con su actividad.

Conducta #3

Tiene dificultades para concentrarse en las cosas.

Descripción de la conducta.

La madre menciona que a veces “Y” tiene dificultades para concentrarse en las cosas porque comienza a jugar con sus manos, coloca sus manos entre sus piernas y comienza a frotarlas (estereotipias).

¿Qué hace antes?

Cuando “Y” no logra concentrarse en la actividad y comienza a realizar movimientos estereotipados, la madre le da 1 minuto sin darle ninguna instrucción y posteriormente le pide a “Y” que continúe con la actividad.

¿Qué hace durante?

La madre menciona que cuando “Y” se distrae haciendo estereotipias, no le verbaliza que no lo haga, ignora completamente la conducta y eso hace que su ansiedad empiece a disminuir.

¿Qué hace después?

En ocasiones cuando “Y” continua haciendo estereotipias, la madre le grita y lo deja que continúe con dicha conducta.

Conducta #4

Se niega hacer las tareas cuando se le pide.

Descripción de la conducta

La madre menciona que muy rara vez se niega a hacer las actividades en casa cuando se le pide.

¿Qué hace antes?

La madre le da la instrucción máximo dos veces, pidiéndole a “Y” que la mire a los ojos, después se apoya en las imágenes sin utilizar el gafete.

¿Qué hace durante?

Si “Y” no le lleva el objeto, la madre le pregunta nuevamente lo que le pidió. Si “Y” le contesta correctamente, él regresa a buscarlo.

¿Qué hace después?

Cuando “Y” no encuentra el objeto que le mandaron a buscar, la madre va con él y lo va guiando verbalmente para que lo encuentre.

Conducta #5

Se comporta de manera retadora cuando se le dice que haga algo.

Descripción de la conducta

La madre menciona que algunas ocasiones, se comporta de manera retadora cuando se le dice que haga algo.

¿Qué hace antes?

Cuando “Y” toma un objeto que no tiene permitido, por ejemplo el teléfono celular, la madre se lo retira inmediatamente sin mencionarle nada.

¿Qué hace durante?

La madre pone a “Y” a realizar una actividad en casa y no menciona el objeto (teléfono celular).

¿Qué hace después?

Cuando “Y” llega a insistir en querer tener dicho objeto y lo pide, la madre lo ignora y le pide a “Y” que continúe con su actividad.

Respecto a las observaciones, la madre mencionó que antes de iniciar la aplicación del programa, “Y” se mostró indiferente y la madre percibió que cuando le gritaba, él se enojaba y por lo tanto no realizaba o continuaba con sus actividades.

Conforme se fue aplicando y él se fue familiarizando, comenzó a entender la dinámica y a realizar el programa de forma más ágil e independiente, incluso fue requiriendo menos apoyo de materiales para la ejecución de este. Así mismo, la madre refirió que la atención y concentración de “Y” han aumentado considerablemente y esto ha permitido continuar aplicando las mismas estrategias pero con actividades más complejas.

Así mismo la madre refirió que no sólo el programa benefició a “Y”, sino a ella también, ya que a partir de irlo ejecutando tuvo que organizar y estructurar las actividades en casa, permitiéndole organizar su tiempo y realizar algunas actividades recreativas con sus hijos. Por otro lado, mencionó que al iniciar el programa le resultó un poco difícil ya que no respondía “Y” a la intervención que se realizaba; sin embargo, fue paciente, constante y perseverante, lo cual le resultó gratificante cuando comenzó a observar resultados como: menor tiempo en cada intervención, menor desgaste físico, su último recurso era gritarle, realizó muy pocas actividades por él, su ansiedad disminuyó y eso hizo evitar tronar los dedos y manifestó mayor tolerancia.

Capítulo VI: Discusión y Conclusión

¿Es posible implementar un programa para el desarrollo de habilidades en el padre o madre de un niño con TEA mediante el seguimiento de un programa de modificación conductual?

Hay que partir desde entender que el TEA es un trastorno del neurodesarrollo que afecta la interacción social, el lenguaje, habilidades cognitivas y emocionales (Campell y Figueroa, 2000) que se manifiestan durante los primeros 3 años de vida (Salas, Vegas, Bolaños, León y Vallejos, 2013).

A pesar de los avances en la neurociencia y los métodos genéticos, no se ha podido establecer un modelo que explique la etiología y fisiopatología del TEA; aunque se presupone una base genética y los factores ambientales (Mulas et al, 2010).

El TEA se caracteriza por varios rasgos que autores como Kanner (1943), Salas, Vegas, Leon y Vallejos (2013), mencionan que estos pacientes presentan una utilización no comunicativa del habla que impacta en la capacidad para establecer contacto con los demás, inversión pronominal, ecolalia retardada, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, carencia de imaginación y falta de empatía. El núcleo fundamental de TEA se caracteriza por dificultades para integrar la información y en un estilo cognitivo caracterizado por la tendencia al procesamiento local o de detalles y la dificultad para elaborar representaciones significativas globales a nivel perceptivo y cognitivo, lo anterior según la Teoría de Coherencia Central Débil propuesta por Fuirth (año).

En el ámbito familiar el impacto de tener un integrante en la familia con TEA se caracteriza, sobre todo, por la presencia de estrés permanente que, en el caso del

trastorno del espectro autista (TEA), suele ser superior al de las familias con hijos que presentan una discapacidad intelectual sin autismo, lo que se explica por los siguientes factores:

En primer lugar por la incertidumbre del diagnóstico, ya que en muchos casos la identificación precisa del problema puede tardar varios años, mucho después de que se hayan detectado los primeros síntomas. En segundo lugar, por las propias características del trastorno, que provocan una inquietud y dudas importantes en los padres: dificultades de comunicación severas; sensación de rechazo de las personas; ámbitos poco afectados (en muchas ocasiones) como la motricidad y problemas sobreañadidos de conducta. En tercer lugar, por las incertidumbres relativas a las causas del trastorno, los programas de intervención idóneos y la evolución futura (pronóstico).

La gravedad del impacto varía en cada caso, y en función de tres variables: recursos familiares (psicológicos, socioeconómicos y apoyo social); ajuste de la pareja (salud mental y calidad de las relaciones conyugales); y características individuales del trastorno autista del hijo/a.¹

En este contexto, el compromiso familiar terapéutico y educativo juega un papel muy importante dentro de la intervención ya que a través de procesos de enseñanza-aprendizaje se pueden producir cambios importantes en el autismo (Rivieré, 2005).

Es por eso que se debe considerar que la intervención con los pacientes con TEA debe seguir un modelo multidisciplinario que involucre a diversos especialistas como neurólogos y psicólogos; así como, el entorno educativo, la comunidad y a la familia (Mulas et al, 2010).

¹ <https://www.autismo.com.es/autismo/autismo-y-familia.html>

El tratamiento debe adecuarse a las condiciones individuales de cada paciente, así como en sus niveles de desarrollo, su personalidad, sus motivaciones y la gravedad del trastorno (Rivieré, 2005).

Entre los principales tratamientos psicoeducativos Güemes, Martín, Canal y Posada (2009) mencionan que el método ABA (Análisis Conductual Aplicado), es un modelo que se centra en mejorar la comunicación, las habilidades sociales y emocionales, haciendo énfasis en la necesidad de integrar a los niños con TEA en los contextos típicos. Este modelo se basa en los principios derivados de la Teoría del Aprendizaje cuyo objetivo, es facilitar la adquisición de habilidades adaptativas y la disminución de conductas disruptivas. Algunas de sus premisas incluyen a los padres como coterapeutas para facilitar el mantenimiento y la generalización de nuevas habilidades; emplear técnicas de modificación de conducta estímulo-respuesta-refuerzo, emplear el refuerzo positivo para mantener conductas y para eliminar técnicas empleadas como la extinción o el tiempo fuera. Es un programa individualizado en el que se enseñan nuevas habilidades como lenguaje, comunicación, habilidades sociales, habilidades de tiempo libre y ocio de acuerdo al interés del paciente, habilidades pre-académicas y académicas y habilidades socio-emocionales y, además, se centra en la disminución de conductas agresivas, déficit de atención, conductas estereotipadas y rituales.

Debido a las características del menor diagnosticado con TEA, fue importante implementar un programa personalizado, que se adaptara al paciente, con características únicas y necesidades específicas. Por lo anterior, se utilizó el modelo TEACCH, ya que existen informes de su eficacia en mejorar habilidades sociales, de comunicación, reducción de conductas disruptivas, mejorar la calidad de vida, promover

autonomía en el niño y disminuir el estrés familiar. Este programa permite sacar provecho de las habilidades visuales con las que cuenta el niño con TEA (Ozonoff y Catheart, 1998).

El objetivo del modelo TEACCH es explicar las diferencias de los procesos cognitivos en el autismo (pensar, aprender y experimentar), entendiendo que estas diferencias pueden explicar los síntomas autistas y los problemas conductuales que se asocian, con el fin de lograr la autonomía en todos los niveles de funcionamiento del paciente. Se dirige a problemas en la comunicación, cognición, percepción, imitación y habilidades motoras. Puede ser aplicado por profesores o padres. Entre las técnicas que emplea se encuentran: ambientes organizados y sistemas de trabajo-actividad estructurado; estrategias para mejorar el procesamiento visual; en el área de la comunicación emplea signos, gestos, pictogramas o palabras escritas; desarrolla habilidades sociales y de educación e incluye un entrenamiento a los padres para trabajar en casa (Güemes, Martín, Canal y Posada (2009).

Fuentes-Biggi et al, (2006) mencionaron que el tratamiento del TEA se establece tomando en cuenta las necesidades particulares de cada paciente, de acuerdo a sus características y a la intervención psicoeducativa. Se debe de tener en cuenta al sujeto, su nivel evolutivo, sus motivaciones, competencias, necesidades y su forma de ver y expresar las cosas (Frontera, 2013).

Por lo anterior, se diseñó un programa considerando las habilidades con las que contaba el paciente, las conductas que seleccionó la madre mediante la aplicación del Inventario de Comportamiento Infantil Eyberg y los objetivos planteados por cada categoría. Con base en la postura planteada por estos autores, se pudo observar que al tener en cuenta estas características, el paciente de la presente tesis respondió de

acuerdo a lo esperado, siendo una respuesta positiva para la adquisición de nuevas habilidades.

Dados los resultados encontrados, se puede confirmar la hipótesis planteada, respecto a las conductas inadecuadas que presenta el niño con TEA, ya que el paciente tratado, presentaba dificultades en los hábitos, poca capacidad de atención, dificultad para concentrarse y ejecutar instrucciones.

También se puede confirmar que las conductas inadecuadas del niño con TEA y la falta de habilidades de la madre, disminuyeron después de la intervención; es decir, al término del programa de modificación conductual.

Respecto a la hipótesis planteada, si la madre del niño con TEA tiene habilidades para el manejo de las conductas inadecuadas de su hijo, es rechazada ya que se encontró que no contaba con las habilidades para intervenir en el momento que se manifestaba una conducta.

Para la intervención terapéutica, en el caso del paciente de la presente tesis, se diseñó un programa adaptado a las cinco conductas elegidas por la madre del menor, quien refirió que las deseaba disminuir, ya que representaban para ella una dificultad.

Autores como Miguel (2013) y Frontera (2013) mencionan que los pacientes con TEA, poseen una habilidad en el procesamiento visual, y el Modelo TEACCH, que se basa en esta estrategia, plantea como una de sus premisas la utilización de estrategias visuales y un sistema de comunicación con pictogramas, con la finalidad de estructurar el ambiente, las actividades, su anticipación, y la comprensión de una tarea a ejecutar (Mulas et al, 2010; Salvadó 2012; citado en Miguel, 2013). Por lo que, con base en la literatura encontrada, se diseñó e implementó el tablero de anticipación y pictogramas con el objetivo de aumentar, focalizar y mantener los periodos de atención del paciente,

así como aumentar su capacidad para llevar a cabo actividades de principio a fin y aumentar la atención.

El Modelo TEACCH se caracteriza por fomentar el trabajo con los padres (Mulas, et al, 2010), para así desarrollar nuevas habilidades. Esto se pudo comprobar al finalizar la aplicación del programa, ya que la madre, refirió verbalmente que adquirió nuevas habilidades para ejecutarlas a nuevas circunstancias o saber cómo enfrentarlas si se presenta nuevamente la conducta.

Debido a que el método ABA es flexible y se puede combinar con otros programas, resulta eficaz para mejorar las habilidades adaptativas, cognitivas, de comunicación, sociales y conductas inadecuadas que presentan los pacientes con TEA. Este método brinda estrategias a los padres para que puedan planificar y aplicar medidas preventivas cuando se manifieste una conducta inadecuada antes de que se desarrolle (Thorwarth, 1999). Con base en la literatura encontrada, se seleccionaron técnicas del método ABA para la elaboración del programa de intervención, las cuales promovieran la disminución de las conductas inadecuadas, que en el caso del paciente de la presente tesis fueron: poca capacidad de atención, se distrae con facilidad, dificultad para concentrarse, negación a hacer las tareas y comportamiento retador. Mientras que para la madre fue desarrollar habilidades para disminuir las conductas inadecuadas, mencionadas anteriormente, o bien aplicarlas en otro contexto para disminuir o frenar una conducta antes de que se manifieste.

Dentro de las técnicas empleadas en el método ABA, se seleccionaron la recompensa, extinción, tiempo fuera, economía de fichas, modelado, reforzadores positivos, modificación del entorno, uso de un lenguaje claro y concreto, instrucciones graduales, comprensibles y breves, con el objetivo de que el paciente adquiriera

habilidades sociales, potencializar sus habilidades, eliminar o disminuir la duración e intensidad de las conductas inadecuadas, mantener conductas deseadas por medio de reforzadores positivos y las consecuencias de cada conducta.

A partir de esta investigación, se sugiere que para el tratamiento de los pacientes con TEA, la intervención terapéutica esté orientada a promover el lenguaje, la comunicación, la identificación y el reconocimiento de las emociones ajenas, así como en la expresión de las propias, con el objetivo de disminuir altos niveles de ansiedad, angustia y estrés en ellos. De igual manera una intervención a nivel sensorial (tacto, gusto, oído, olfato y visual), será de gran eficacia para identificar los estímulos internos y externos que pudieran detonar un cuadro de ansiedad o irritabilidad.

Es importante que exista comunicación entre la familia y profesionales (psicólogo, médicos, terapeutas, etc.) para favorecer la adaptación del paciente con TEA a su entorno, de forma que se pueda unificar el tratamiento para finalmente contribuir a mejorar sus condiciones de vida y su desarrollo (cognitivo, comunicación, lenguaje, afectivo y social).

Los padres, al ser una parte integral de la intervención, deben recibir sesiones educativas con la finalidad de establecer una relación positiva con el paciente con TEA y que adquieran habilidades para la vida diaria, haciendo énfasis en sus antecedentes culturales, recursos y objetivos de cada familia, por lo que es importante individualizar el programa para cada paciente, tomando en cuenta sus fortalezas, debilidades y preferencias. Se observó en el caso del paciente de la presente tesis que al implementar un programa individualizado y adaptado a sus necesidades, y al de la madre, disminuyeron significativamente las conductas inadecuadas después de ejecutarlo, ya que cada paciente con TEA presenta diferentes habilidades y dificultades

lo que hace que no pueda ser generalizado. Teniendo en cuenta que la entrevista inicial será una herramienta de suma importancia para recabar información sobre qué conductas presenta el paciente y de qué manera interviene el padre, para así diseñar un programa de intervención eligiendo las técnicas apropiadas para cada paciente con TEA.

El niño vive integrado en su ambiente familiar, por lo que una adecuada información y educación redundará en un mayor aprendizaje con un menor grado de estrés e insatisfacción. La familia no sólo necesita un diagnóstico adecuado, precisa también información, educación para saber cómo tratar a su hijo, apoyo por parte de las instituciones, solidaridad y comprensión por parte de la sociedad.

Detectar y diagnosticar el TEA debe producir un efecto positivo en la familia y proporcionar el apoyo necesario en un momento delicado. Promover la cultura del autismo a los diversos contextos donde se desenvuelve el paciente, con la finalidad de conocer y utilizar sus habilidades para fortalecer sus debilidades. El contexto en el que sugiere que se realice esta intervención es en el colegio y actividades extraescolares (actividades que realice el paciente después del colegio), solicitando al cuerpo académico un espacio y tiempo para informar a la comunidad educativa sobre qué es el Trastorno del Espectro Autista (TEA) y sus aspectos generales con la finalidad de brindarles estrategias que permitan la integración del paciente. Se sugiere que la información se proporcione dentro de las primeras semanas que se integre el paciente a un entorno nuevo.

En el caso del programa de intervención de la presente tesis, se sugiere extender el número de sesiones de la aplicación del tratamiento, establecer una sesión para conocer la información con la que cuenta el padre de familia sobre el TEA, las

características del paciente, sus habilidades, así como involucrar en la medida de lo posible al padre o bien al cuidador secundario.

Para futuras investigaciones, se sugiere generar o utilizar un instrumento adaptado a la población mexicana, que permita medir las habilidades con las que cuenta el padre para intervenir en conductas inadecuadas que presente el paciente con TEA.

Realizar una investigación sobre el gluten, el TEA y sus efectos, que permita identificar si hay una relación entre la dieta y una mejora de las habilidades, con la finalidad de sugerir al padre una valoración con expertos en la materia, para descartar o integrarla al tratamiento.

A manera de conclusión, fue posible implementar un programa para el desarrollo de habilidades en el padre o madre de un niño con TEA mediante el seguimiento de un programa de modificación conductual. Dicho programa, se realizó de acuerdo a las necesidades del paciente, el compromiso de la madre jugó un papel muy importante y en consecuencia hubo importantes cambios en el paciente y sus diferentes contextos.

Finalmente se sugiere para los psicólogos con pacientes con TEA, tomar como referencia el instructivo del anexo 4, en el cual se propone una ruta de acción para realizar un programa de intervención.

El anexo 5 tiene como objetivo proporcionar un tríptico con información a los padres sobre el TEA de manera puntual, con la finalidad de brindarles datos relevantes y útiles sobre el trastorno.

REFERENCIAS

Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. y Cortes-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31, 37-44.

Alcamí, P.M., Molins, G.C., Mollejo, A.E., Ortiz, S.P., Pascual, A.A., Rivas, C.E., y Villanueva, S.C. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención en la Red de Salud Mental*. Madrid: COGESIN, S.L.U.

Bados y García- Grau (2011) Técnicas operantes *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos* Universidad de Barcelona.

Barnard, L., Young, A.H., Pearson, J., Geddes, J. y O'Brien, G. (2002). A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *Journal of Psychopharmacology*, 16, 93-101.

Baron- Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161,839-843.

Broadstock, M. y Doughty, C. (2003). The effectiveness of pharmacological therapies for young people and adults with autism spectrum disorder (ASD): a critical appraisal of the literature. *Christchurch: New Zealand Health Technology Assessment*.

Caballo, V. y Buela-Casal, G. (2001). Técnicas diversas en Terapia de Conducta. En Caballo, V. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta (777-785)*. España: Siglo XXI.

Canitano, R., Luchetti, A. y Zappella, M. (2005). Epilepsy, Electroencephalographic Abnormalities, and Regression in Children with Autism. *Journal of Child Neurology*, 20, 27-31.

Cortez, M. y Contreras, M. (2007). Diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista en edad temprana (18-36 meses). *Archivos argentinos de pediatría*, 105, 418-426.

Cumi, C., Guillen, L., y Zúñiga, I. (2015). El autismo en la actualidad. *Boletín epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información*, 32, 1-4.

Díez-Cuervo, A., Muñoz-Yunta, J.A., Fuentes-Biggi, J., Canal-Bedia, R, Idiazábal-Aletxa, M.A., Ferrari-Arroyo, M.J., et al (2005). Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41, 299-310.

DiLavore, P., Lord, C. y Rutter, M. (1995). The pre-linguistic autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 355-379.

Di Martino, A., Melis, G., Cianchetti, C. y Zuddas, A. (2004). Methylphenidate for pervasive developmental disorders: safety and efficacy of acute single dose test and ongoing therapy: an open-pilot study. *Journal of Child and Adolescent psychopharmacology*, 14, 207-218.

Fuentes-Biggi, J., Ferrari- Arroyo, M., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E., Artigas- Pallarés, J., Belinchón- Carmona, M., Muñoz-Yunta, J., Hervas-Zúñiga, A., Canal-Bedia, J., Hernandez, J., Díez-Cuervo, A., Idiazábal-Aletxa, M., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J., Martos-Pérez, J., y Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista. *Revista de Neurología*, 43, 425-438.

Frontera, M. (2013). Intervención: Principios y Programas Psicoeducativos. En Martínez, M. & Cuesta, J. (Primera Edición). *Todo sobre Autismo. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. (223-247). México: Alfaomega Grupo Editor.

García-Tornel, Calzada, Eyberg, Vilamala Serra, Baraza, Villena, González, Calvo, A. Trinxant (1998). Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *Revista Anales Españoles de Pediatría*, 48 (5), 475-482.

Güemes, I., Martín, M., Canal, R y Posada, M. (2009). Evaluación de la Eficacia de las Intervenciones Psicoeducativas en los Trastornos del Espectro Autista. Madrid: IIER-Instituto de Salud Carlos III.

Gillberg, C. y Coleman, M. (1996). Autism and Medical Disorders: a Review of the Literature. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 191-202.

Hallmayer J, Cleveland S, Torre A, Phillips J, Cohen B, Torigoe T, et al. (2011) Genetic Heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68,1095-102.

Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M. y Sánchez, L. (2012). Los Trastornos del Espectro Autista. *Pediatría Integra*, 16, 780-794.

Holguín, J. (2003). El autismo de etiología desconocida. *Revista de Neurología*, 37, 259-266.

Indicadores Tipicos. (2014). En Centro Juan Martos-ADDISA S.C.M. Recuperado de <http://www.centrojuanmartos.com/index.php/indicadores-tipicos>.

Jordan, C., (2015). Trastorno del Espectro del Autismo. Implicaciones en la práctica clínica de una conceptualización basada en el déficit. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35, 775-787.

Kazdin, A. (2008). Evidence-Based Treatment and Practice New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, 36,146-159.

López, S., Rivas, R. y Taboada, D. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 555-570.

López, S., Rivas, R. y Taboada, E. (2012). Prevalencia de los factores de riesgo perinatales en los trastornos generalizados del desarrollo. *Universitas Psychologica*, 11, 875-883.

Lord, C., Risi, S., Lambrecht, L., Cook, E., Leventhal, B., DiLavore, P., Pickles, A. y Rutter, M. (2000) The Autism Diagnostic Observation Schedule–Generic: A Standard Measure of Social and Communication Deficits Associated with the Spectrum of Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 205-223.

Lord, C., Rutter, M. y Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24, 659-685.

Mandell, D., Novak, M. y Zubritsky, C. (2005). Factors associated with age of diagnosis among children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 116, 1480 -1486.

Martos-Pérez, J. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Revista de Neurología*, 40, S177-S180.

Martos-Pérez, J. y Paula-Pérez, I. (2011). Una aproximación a las funciones ejecutivas en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 52, S147-S153.

Martínez, M. y Cuesta, J. (2013). Mejorando la Convivencia en las Familias de personas con TEA. En Martínez, M. y Cuesta, J. (Primera Edición). *Todo sobre Autismo. Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. (135-161). México: Alfaomega Grupo Editor.

Miguel, S. (2013). Autismo: características e intervención educativa en la edad infantil. *España: Universidad de La Rioja*.

Millá, M. y Mulas, F. (2009). Atención Temprana y Programas de intervención Específica en el Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Neurología*, 48, S47-S52.

Mulas, F., Hernández-Muela, S., Etchepareborda, M.C. y Abad-Mas, L. (2004). Bases clínicas neuropediátricas y patogénicas del trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 38, s9-s14.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, G.M., Etchepareborda, C.M., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50, 77-84.

Odom, S. L., Boyd, B. A., Hall, L. J., y Hume, K. (2010). Evaluation of comprehensive treatment models for individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 425-436.

Ozonoff, S., y Cathcart, K. (1998). Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28, 25–32.

Palacio, J. (2007). Tratamiento farmacológico de conductas patológicas asociadas con el autismo y otros trastornos relacionados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 221-240.

Piñeros-Ortiz, SE y Toro-Herrera, SM. (2012). Conceptos Generales sobre ABA en niños con trastornos del espectro autista. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60, 60-66.

Reichow, B., Volkmar, FR. y Cicchetti, DV. (2008) Development of the evaluative method for evaluating and determining evidence-based practices in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1311-1319.

Robins, D., Fein, D., Barton, M. y Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 131-144.

Rogers, SJ. (1998). Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *Journal of clinical Child Psychology*, 27, 168-179.

Rogers, SJ. y Vismara, LA. (2008). Evidence-based comprehensive treatments for early autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 8- 38.

Salas, E., Vegas, J., Bolaños, G.F., León, C.U., y Vallejo, S.C. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista- TEA*. Perú: Ministerio de Educación.

Salvadó, B., Palau, M., Clofent, M., Montero, M. y Hernandez, M. (2012). Modelos de Intervención Global en Personas con Trastorno del Espectro Autista. *Revista de Neurología*, 54,S63-S71.

Schopler, E., Reichler, R., DeVellis, R. y Daly, K. (1980). Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 91-103.

Thorwarth, C. (1999). La vida diaria con su hijo. En Powers, M. *Niños autistas. Guía para padres, terapeutas y educadores*. (100- 109). México: Trillas.

Vite, A., Negrete, A., y Miranda, D. (2012). Relación mediacional de los esquemas cognitivos maternos en los problemas de comportamiento infantil. *Psicología y Salud*, 22, 27-36.

ANEXO 1**Carta Consentimiento para Padres**

Ciudad de México, 2016.

Yo _____ madre del menor
_____ de edad ____ años, he sido
informado y acepto participar en el “PROGRAMA DE MODIFICACION CONDUCTUAL
PARA DESARROLLAR HABILIDADES EN LOS PADRES DE NIÑOS CON
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA” que tendrá una duración de 8 sesiones.

Por lo cual me comprometo a llevar a cabo el programa mencionado; sin embargo, si existiera algún contratiempo por el cual no pudiera continuar en el proyecto, informaré a la brevedad y por consiguiente el abandono del mismo.

Firma del padre

ANEXO 2

INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO INFANTIL EYBERG

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____
 Grado Escolar: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de la Madre: _____

Instrucciones:

A continuación se le presentan una serie de frases que describen el comportamiento infantil. Por favor, circule el número que describa que tan a menudo el comportamiento actualmente ocurre con su hijo, y circule “sí” o “no” para indicar si el comportamiento es actualmente un problema.

		¿Qué tan a menudo ocurre			¿Representa un problema para usted?	
		Nunca	A veces	Siempre	Sí	No
1.	Se tarda mucho en vestirse	1	2	3	Sí	No
2.	Se tarda mucho en comer	1	2	3	Sí	No
3.	Tiene malos modales en la mesa	1	2	3	Sí	No
4.	Se niega a comer la comida que se le ofrece	1	2	3	Sí	No
5.	Se niega a hacer las tareas cuando se le pide	1	2	3	Sí	No
6.	Tarda o pierde tiempo cuando es hora de ir a la cama	1	2	3	Sí	No
7.	Se niega a ir a la cama a la hora establecida	1	2	3	Sí	No
8.	Es desobediente	1	2	3	Sí	No
9.	Se niega a obedecer, si no se le amenaza con castigarlo	1	2	3	Sí	No
10.	Se comporta de manera retardadora cuando se le dice que haga algo	1	2	3	Sí	No

11.	Discute con sus padres sobre las reglas de la casa	1	2	3	Sí	No
12.	Se enoja cuando no se sale con la suya	1	2	3	Sí	No
13.	Hace berrinches	1	2	3	Sí	No
14.	Interrumpe a los adultos	1	2	3	Sí	No
15.	Se queja	1	2	3	Sí	No
16.	Llora fácilmente	1	2	3	Sí	No
17.	Grita o gimotea.	1	2	3	Sí	No
18.	Le pega a sus padres	1	2	3	Sí	No
19.	Destruye juguetes y otros objetos	1	2	3	Sí	No
20.	Maltrata sus juguetes y otros objetos	1	2	3	Sí	No
21.	Toma cosas que no son tuyas	1	2	3	Sí	No
22.	Miente	1	2	3	Sí	No
23.	Fastidia o provoca a otros niños	1	2	3	Sí	No
24.	Insulta y discute con amigos de su propia edad	1	2	3	Sí	No
25.	Se pelea verbalmente con hermanas y hermanos	1	2	3	Sí	No
26.	Se pelea a golpes con amigos	1	2	3	Sí	No
27.	Se pelea a golpes con hermanos	1	2	3	Sí	No
28.	Reclama constantemente atención	1	2	3	Sí	No
29.	Interrumpe	1	2	3	Sí	No
30.	Tiene poca capacidad de	1	2	3	Sí	No

atención

31.	Tiene dificultad para acabar lo que empieza	1	2	3	Sí	No
32.	Tiene dificultad para entretenerse solo	1	2	3	Sí	No
33.	Se distrae con facilidad	1	2	3	Sí	No
34.	Tiene dificultad para concentrarse en las cosas	1	2	3	Sí	No
35.	Le cuesta estar quieto un momento	1	2	3	Sí	No
36.	Moja la cama.	1	2	3	Sí	No

ANEXO 3



ANEXO 4**SUGERENCIAS PARA REALIZAR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA).**

- ✓ Conocer el tratamiento farmacológico del paciente.
- ✓ Identificar las conductas que generan estrés en la familia o los diferentes contextos.
- ✓ Jerarquizar las conductas que se desean disminuir.
- ✓ Realizar una elección de cinco conductas como máximo.
- ✓ Realizar un análisis conductual (padre-hijo) de las cinco conductas a modificar.
- ✓ Establecer objetivos alcanzables con la finalidad de generar una adherencia a la intervención.
- ✓ Elaborar un programa individualizado, tomando en cuenta los recursos del paciente y familia (tiempo, economía, escenarios en que se desarrollará el programa y contextos).
- ✓ Explicar el programa de intervención al padre de familia y esclarecer dudas.
- ✓ Ejecutar el programa.
- ✓ Dar seguimiento semanal (una sesión de 50min con el padre de familia), y de ser necesario realizar ajustes al programa.
- ✓ Evaluar la funcionalidad del programa de acuerdo a los objetivos establecidos y realizar una retroalimentación.



ANEXO 5

¿Qué es el TEA?

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno neurobiológico del desarrollo que se manifiesta durante los tres primeros años de vida y que perdurará en el transcurso de la vida. Se caracteriza por una alteración en el área social, de la comunicación y de la conducta.

Señales de alerta en el desarrollo que pueden indicar la presencia del TEA:

- ❖ Apatía y desinterés por las personas.
- ❖ No comparte con la mirada.
- ❖ Movimientos repetitivos.
- ❖ Indiferencia a algunos sonidos.
- ❖ Alteraciones o falta de lenguaje.
- ❖ Resistencia a los cambios.
- ❖ Dificultad para comprender los sentimientos de los demás.
- ❖ Pensamiento literal.
- ❖ Dificultad para imaginar.
- ❖ Dificultad para anticiparse al futuro.

Diagnóstico:

Es clínico, ya que hasta el momento no existen marcadores biológicos ni pruebas o procedimientos técnicos para identificarlo.

El diagnóstico está marcado por dos ejes principales.

1. Evaluación médico psiquiátrica: historia clínica y examen mental.
2. Valoración psicológica: perfil del desarrollo, perfil cognitivo y perfil clínico.

Características del niño con TEA:

- Falta de interés por los otros.
- No comparten intereses y dificultad para ponerse en el lugar del otro (empatía).
- Ausencia de juego simbólico (la capacidad que tiene el niño para imitar situaciones de la vida real).
- Dificultad para mantener contacto visual.
- El lenguaje se caracteriza por: pobreza o ausencia de la

comunicación verbal o no verbal, ecolalia, perseveración, inversión pronominal y entonación anormal.

- Ausencia de sonrisa espontánea.
- Dificultad para comprender bromas, chistes, metáforas o doble sentido.
- Evitan el contacto físico.
- Alteraciones sensoriales (táctil, olfativa, gustativa y auditiva).
- Frecuentemente existe poca sensibilidad al dolor.
- Presentan intereses inusuales, repetitivos y selectivos.
- Pueden mostrar comportamientos repetitivos como balanceo, movimiento de mano (aleteo) o caminar de puntillas, entre otros.
- Dificultad en adquirir normas sociales.

Habilidades de un niño con TEA:

- ✓ Capacidad para observar los detalles.
- ✓ Memoria visual y auditiva.
- ✓ Buen desempeño en áreas específicas (dibujar, tocar un instrumento, música, etc.).
- ✓ Habilidades destacables.



Tratamiento para el TEA:

De acuerdo al diagnóstico y a las características individuales del niño, se seleccionará el tratamiento más adecuado a las necesidades. El tratamiento puede ser:

1. Farmacológico.
2. Intervención psicoeducativa.
 - a. Programa de intervención conductual: Análisis Conductual Aplicado (ABA).
 - b. Tratamiento y educación de niños con autismo y con problemas de la comunicación (Modelo TEACCH).
 - c. Sistema comunicativo de intercambio de imágenes (PECS).

Algunas de estas instituciones son:

- ▲ Centro Integral de Salud Mental (CISAME).
- ▲ Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- ▲ Centro Autismo Teletón (CAT).
- ▲ Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo (CLIMA).
- ▲ Instituto de Autismo (DOMUS).

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Instituciones para orientación:

En la Ciudad de México, existen instituciones a nivel público y privado, que brindan orientación y atención a familias que sospechan de la presencia de este trastorno o requieren seguimiento.

