

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



TEMA DE TRABAJO DE GRADUACION:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ORIENTACIÓN PSICOTERAPEUTICO DIRIGIDO A PADRES/MADRES DE FAMILIA, QUE LES PERMITA TOMAR CONCIENCIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SUS HIJOS CON TRASTORNO AUTISTA, ENTRE LAS EDADES DE 2- 12 AÑOS, PERTENECIENTES A LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE AUTISMO; EN EL PERÍODO DE MARZO A JULIO DE 2011.

PRESENTADO POR:	CARNET
Cáceres López, María Ibel	CL06033
Rodríguez Amaya, María Gricelda	RA06014

PARA OPTAR AL TITULO DE:
Licenciatura en Psicología

DOCENTE DIRECTOR:
Licenciada Amparo Geraldine Orantes Zaldaña

San Salvador, El Salvador, Centroamérica, Agosto de 2011

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

ING. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ
RECTOR

ARQ. MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS
VICERRECTOR ACADEMICO

MTRO. OSCAR NOE NAVARRETE ROMERO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ
SECRETARIO GENERAL

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LIC. JOSE RAYMUNDO CALDERON MORAN
DECANO

DR. CARLOS ROBERTO PAZ MANZANO
VICEDECANO

MTRO. JULIO CESAR GRANDE RIVERA
SECRETARIO DE LA FACULTAD

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

LIC. BENJAMIN MORENO LANDAVERDE
JEFE DE DEPARTAMENTO

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES
COORDINADOR GENERAL DE LOS PROCESOS DE GRADO

LICDA. AMPARO GERALDINE ORANTES
DOCENTE DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

- Por haberme dado la oportunidad de cumplir mi meta, por haberme brindado el tiempo, la fuerza y los recursos que implico mi carrera.

A mi Madre:

- Por su apoyo incondicional, entrega, sacrificio y amor.
- Por su sabiduría en cada consejo que me permitió no desistir y hacer lo correcto.
- Por haberse convertido en inspiración para lograr mis metas y objetivos.

A mi Familia:

- Gracias a mi hermano, hermana, mis tías, tíos y abuela por ser parte fundamental en mi vida por su apoyo y cariño incondicional a mi persona.

A la Docente Directora de Tesis:

- Gracia por su apoyo profesional, teórico y metodológico.
 - Gracias por haber desempeñado de forma excelente su papel como asesora y por haberse convertido en una gran amiga.
-

María Gricelda Rodríguez Amaya

A mi Dios:

- Por ser mi fiel compañero y guía a lo largo de la carrera, por ayudarme en cada momento, dándome sabiduría, inteligencia y paciencia para lograr este triunfo tan anhelado.

A mi Tía Lilian:

- Por ser esa madre, ese pilar de apoyo constante, incondicional, que me brindó ese consejo y ayuda cuando lo necesite, además por su comprensión, cariño, ya que siempre ha creído en mí.

A mi Tía Guadalupe:

- Mi otra madre, ya que siempre estuvo dispuesta a colaborar en todo lo que necesitara, por darme aliento y motivación para culminar este sueño.

A mi Familia:

- Mi padre, demás tías, abuelos, hermano, primos y primas, por haberme dado esas palabras de aliento y cooperación en situaciones en las que requería de su ayuda.

A la Docente Directora de Tesis:

- Por proporcionarnos orientaciones acertadas y oportunas, además por acompañarnos en este proceso no solo como docente, sino como una amiga incondicional, que nos enseñó mucho sobre la jovialidad y la entrega hacia la psicología.
-

INDICE

Contenido	Pág.
Introducción	VI
CAPITULO I	8
1.1 Justificación	8
1.2 Objetivos	10
CAPITULO II	11
MARCO TEORICO	11
2.1 Trastorno Autista	11
2.1.1 Antecedentes Históricos Del Autismo Infantil	
2.1.2 Definiciones De Autismo	12
2.1.3 Etiología Del Trastorno Autista	13
2.1.3.1 Hipótesis Genéticas Y Neurobiológicas	13
2.1.3.2 Hipótesis Psicológicas	15
2.1.4 Áreas Afectadas	18
2.1.4.1 Alteraciones de la Conducta Social	18
2.1.4.2 Alteraciones del Lenguaje	20
2.1.4.3 Alteraciones Motoras	23
2.1.4.4 Alteraciones Cognitivas	24
2.1.4.5 Alteraciones Afectivas y Emocionales	25
2.1.5 Etapas del Autismo Infantil	27
2.1.5.1 Infancia	27
2.1.5.2. Niñez Temprana	30
2.1.5.3 Niñez Tardía y Edad Escolar	32
2.1.6 Criterios para el Diagnostico del Trastorno Autista o Autismo	34
2.1.6.1 Autismo Infantil según La Cie-10	35
2.1.7 Diagnostico Diferencial	38
2.1.7.1 Trastornos De Inicio En La Infancia, La niñez o La Adolescencia	38

Contenido	Pág.
2.1.7.2 Desventajas y problemas de la niñez	40
2.1.8 Tipos de Tratamiento	40
2.1.8.1 Terapia de Fármacos para Síntomas Específicos	40
2.1.8.2 Terapia de Modificación de Conducta	42
2.1.8.3 Los Padres como Terapeutas	44
2.1.8.4 Terapia de Intercambio Social	44
2.1.8.5 Terapia del Desarrollo	44
2.1.8.6 Enfoque Basado en el Hogar	46
2.1.9 Pronóstico	47
2.2 Los Padres de Familia ante un Diagnóstico de Trastorno Autista en un Hijo/a.	48
2.2.1 Recepción del Diagnóstico	49
2.2.2 Reacciones de los Padres ante un Diagnóstico de Autismo	50
2.2.2.1 Efectos ocasionados por el Diagnóstico de Autismo en el Sistema y Dinámica Familiar	52
2.2.2.2 Familia y discapacidad	55
2.2.3 Ajuste que hace la familia para adaptarse a las nuevas demandas que se plantean a lo largo del tiempo	57
2.2.4 El papel de los Padres	60
2.2.5 Necesidades de los padres de Niños con Autismo	60
2.2.6 Lo que ayuda a la familia	61
2.2.7 Lo que hace daño a la familia	64
2.3 Programas Psicoterapéuticos	65
2.3.1 Antecedentes de la Psicoterapia	65
2.3.2 El Problema de la Definición en Psicoterapia	66
2.3.3 Modelos en Psicoterapia	68
2.3.4 Definición Programas Psicoterapéuticos	77
2.3.4.1 Metodología de intervención	78
2.3.4.2 Beneficios de los programas psicoterapéuticos:	79
2.3.5 Competencias de los facilitadores de programas psicoterapéuticos	79

Contenido	Pág.
CAPITULO III	81
METODOLOGIA	81
3.1 Diseño de la investigación o tipo de estudio	81
3.2 Población	81
3.3 Muestra	81
3.4 Instrumentos	81
3.5 Procedimiento Metodológico	82
CAPITULO IV: Presentación de Resultados	83
4.1 Datos generales de los y las participantes	83
4.2 Análisis cuantitativo de los resultados	86
CAPITULO V: Análisis e Interpretación de los Resultados	108
5.1 Análisis general de la investigación	108
CAPITULO VI: Diagnostico	119
6.1 Contenido del diagnóstico	119
CAPITULO VII Conclusiones y Recomendaciones	122
7.1 Conclusiones	122
7.2 Recomendaciones	123
Referencias Bibliográficas	124
Anexos	

INTRODUCCION

*Ser autista es un modo de ser, aunque no sea el normal.
"Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya "normal"-
Ángel Riviére*

Desde que en 1943 Kanner definiera por primera vez el trastorno hasta nuestros días, el papel que la familia ha desempeñado en las investigaciones sobre autismo, así como los aspectos a investigar han ido cambiando a lo largo del tiempo. El objetivo de estos estudios consiste en determinar cuáles son las necesidades concretas que tienen las familias en las distintas etapas por las que atraviesa en el desarrollo de su hijo/a al momento del diagnóstico, etapa escolar, adolescencia y etapa adulta, con el fin de crear los recursos necesarios que permitan una mayor calidad de vida y bienestar de las familias. Es de ahí que el presente trabajo de investigación, surge para el diseño de un programa psicoterapéutico dirigido a padres y madres de familia, que les permitirá la toma de conciencia sobre la importancia de brindar una atención integral a sus hijos/as con trastorno autista, dicho proceso investigativo se realizó en la Asociación Salvadoreña de Autismo, con la finalidad de conocer los efectos emocionales que ocasionó el diagnóstico de sus hijos/as, así como el conocimiento que tenían sobre el trastorno y el tipo de atención que brindan a sus hijos/as, todo ello para realizar un diagnóstico de las necesidades emocionales de los padres, la relación entre conocimiento y atención integral, y así poder establecer las directrices de lo que sería primer programa psicoterapéutico destinado a familias con miembros autistas.

En el primer capítulo se describe el motivo que suscitó el llevar a cabo el estudio, es decir la poca intervención y monografías sobre el tema en el país, la relevancia social, que no es más que crear una herramienta para profesionales en el área de la psicología, además de proporcionar apoyo emocional y formativo a los responsables de las personas con trastorno autista. En el segundo capítulo se hace una compilación de una vasta riqueza teórica de diferentes autores especializados sobre aspectos relativos al trastorno autista, su etiología, hipótesis, áreas afectadas, criterios diagnósticos, los efectos que ocasiona un hijo/a con dicha condición, los ajustes que los padres y madres deben realizar, sus necesidades informativas y formativas, luego se hace una reseña de los programas psicoterapéuticos, de la psicoterapia y los diferentes modelos en los que puede estar fundamentada y finalmente la utilidad de los programas.

Un tercer capítulo representado por los pasos que se pusieron en práctica para realizar la investigación como: la población a la que iba dirigido el estudio, los sujetos objeto de estudio, los diferentes instrumentos de recolección de la información, así como el procedimiento a seguir para obtener los elementos que permitan la creación del programa. El Capítulo cuatro muestra un análisis gráfico y estadístico de la información, en donde fácilmente se obtienen impresiones sobre los resultados; seguido del Capítulo cinco, su contenido enfocado a la interpretación de los resultados contrastados con los datos de la entrevista, guía de observación y apartado teórico.

El capítulo seis está dedicado al establecimiento de las áreas a intervenir en los padres y madres de la Asociación Salvadoreña de Autismo, que serán las directrices que conforman el programa. Las conclusiones y las recomendaciones del equipo investigador les corresponde el capítulo siete.

El último apartado proporciona una presentación general del programa denominado “Integrando Vidas”, explica brevemente los lineamientos que regirán el desarrollo de cada una de las jornadas, las áreas intervenir, las planificaciones por sesión y sus respectivos anexos.

CAPITULO I

1.1 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día gracias a los avances de la ciencia en el rubro salud, se ha logrado diagnosticar y clasificar las distintas alteraciones psicofisiológicas que se pueden presentar en las distintas etapas de la vida, siendo la población más vulnerable los adultos mayores y los niños. Al hablar de dichas alteraciones en los/as menores, no es desconocido en la mayoría de países del mundo, hacer referencia al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, que presenta los Trastornos Generalizados del Desarrollo dentro de los cuales se encuentra: el Trastorno de Rett, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y el Trastorno Autista.

El Trastorno Autista al igual que el resto de los trastornos ya mencionados posee un poco o nulo estudio científico en El Salvador, esto pese a su considerable incidencia en la población, que oscila aproximadamente entre las 2,000 personas autistas salvadoreñas, según la OMS. Sin embargo ha surgido como respuesta a la falta de un centro especializado para este tipo de trastorno, una organización dirigida por un núcleo familiar que se vió afectada por la condición autista en uno de sus miembros.

Dicha institución denominada: Asociación Salvadoreña de Autismo (ASA), surgió en el año 2009, pero legalizada hasta el 3 de agosto de 2010. Su objetivo principal es ser la voz del Autismo en El Salvador, brindando apoyo a los padres y sus hijos/as afectados por el Trastorno Autista. Actualmente la asociación cuenta con el servicio voluntario de profesionales especializados en la atención a las diferentes áreas que involucra el trastorno, tales como: Neurología, Terapia del lenguaje, Terapia ocupacional, Fisioterapia y Psicología, esta atención es solamente para los niños/as; en cuanto a los padres, lo que se realiza son reuniones mensuales, que les ofrece la oportunidad de compartir experiencias o algún tipo de información sobre el Autismo. No obstante los servicios ya mencionados no se dan a tiempo completo como la Asociación lo requiere, esto genera una necesidad de personal dispuesto a prestar su servicio de manera desinteresada en pro del crecimiento y desarrollo de la ASA y sus asistentes.

Partiendo de lo anterior se hace de vital importancia un apoyo profesional psicológico a estos padres, lo que requiere la realización de un diagnóstico que permita identificar las áreas a intervenir, mediante un programa de orientación psicoterapéutico que les permita la toma de

conciencia sobre la importancia de la adquisición de estrategias, habilidades y conocimientos para poder brindar una atención integral a sus hijos/as con Autismo.

La relevancia social de la actual investigación trasciende no solo para la población afectada, sino que también involucra a los profesionales de la psicología, a quienes se les proporcionaran herramientas prácticas metodológicas y de riqueza teórica, plasmadas en el programa; procurando convertirlo tanto en una guía para la eficiente atención psicológica a padres de hijos con Trastorno Autista, así como pionera de próximas investigaciones en la materia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Diseñar un programa de orientación psicoterapéutico mediante el uso de técnicas prácticas que permita a los padres de familia la toma de conciencia y la comprensión de la importancia de brindar una atención integral a sus hijos con Trastorno Autista.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar un diagnóstico mediante un proceso de evaluación que permita identificar el tipo de atención que los padres brindan a sus hijos con trastorno autista, así como también identificar los efectos psicológicos que les ocasiona el tener un hijo/a con Trastorno Autista.
- Identificar el estado emocional correspondiente a cada una de las etapas que los padres de familia atraviesan posterior a un diagnóstico de Trastorno Autista en sus hijos/as.
- Determinar si existe relación entre el nivel de conocimiento que los padres de familia poseen sobre el trastorno autista y la calidad de atención que estos brindan a sus hijos/as.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 TRASTORNO AUTISTA

2.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL AUTISMO INFANTIL

El concepto de autismo infantil ha sufrido diferentes modificaciones en el transcurso de los años, desde que Kanner (1943) lo definiera por primera vez. En la primera mitad de este siglo ya se habían descrito casos de niños y niñas con trastorno mental grave. Sin embargo, eran diagnosticados como una demencia precoz, esquizofrenia infantil, entre otros.

Kanner hizo avanzar los criterios diagnósticos al definir este síndrome, haciendo hincapié en las conductas infantiles específicas y diferenciando la de los criterios de los adultos. Además dió especial relevancia al déficit interpersonal, incluyéndolo en su descripción, pero estos pasaban en un segundo lugar, lo que indujo en años posteriores a definir el autismo infantil en términos de creencias emocionales y dificultades en las relaciones sociales.

Hasta los años sesenta, no se dió un cambio cualitativo en el desarrollo y profundización del concepto de autismo infantil. Rutter discrepo de Kanner quien en su redefinición del autismo infantil plantea un origen orgánico cerebral, aunque concibe al autismo infantil como un síndrome conductual, caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños y niñas autistas y específicos de este trastorno. De esta manera va posponiendo a un segundo plano la concepción Kanneriana del síndrome como un trastorno socio afectivo.

En un intento por llegar a un consenso interprofesional y no en base a datos científicos, la National Society for Autistic Children de Estados Unidos, elaboró una definición ponderada por un comité técnico en 1977. al igual que Rutter, hace referencia a un síndrome conductual cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuesta a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos.

Actualmente sigue vigente la controversia sobre si son los factores cognitivos o los socio afectivos los rasgos esenciales en el diagnóstico del autismo infantil. No obstante quizás sea esta falta de acuerdo la que ha puesto de manifiesto, que el trastorno autista afecta a una amplia gama de

áreas del desarrollo cognitivo además de la afectiva, lo que ha llevado a un amplio acuerdo grupal que se plasmó en el DSM-III, al considerar el autismo infantil como un “trastorno generalizado del desarrollo”, esto, con la finalidad, de alejarlo definitivamente de la psicosis. De allí es que se han establecido como rasgos primarios tanto los factores socio afectivos, como los cognitivos y conductuales, intentando recoger de esta forma las diferentes concepciones que se tenían del autismo infantil hasta ahora.

2.1.2 DEFINICIONES DE AUTISMO

El autismo, término utilizado en psiquiatría para significar retraído y absorto en si mismo, proviene del griego “autos” que significa “si mismo”. Empleado por primera vez por Blueier (1911) para referirse a un desorden mental como esquizofrenia infantil, porque creían que era una forma especial de esta enfermedad de los adultos. Sin embargo en la actualidad esta descartada por varias razones: primero los síntomas del autismo, son distintos a los de la esquizofrenia; por ejemplo, los delirios y las alucinaciones son importantes en esta ultima y nunca se observan en el primero, y los problemas del lenguaje del autismo no son en absoluto iguales a los que se encuentran en los pacientes esquizofrénicos. Segundo, cuando los niños autistas crecen no se convierten en adultos esquizofrénicos. Tercero es probable que quienes sufren esquizofrenia tengan parientes que también lo sufran en mayor proporción que el promedio. (Lorna Wing, La educación del niño autista, pág. 18)

Pero a pesar de que fue Blueier el primero en utilizar el vocablo autista, es el psiquiatra Leo Kanner a quien se considera el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil, quien definió el Autismo “como una innata alteración autista del contacto afectivo”

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud define al autismo así:

- Se presenta desde el nacimiento o durante los 30 primeros meses de vida
- Respuesta anormal a los estímulos auditivos o visuales
- Retraso en el desarrollo del lenguaje
- Graves perturbaciones relacionales
- Comportamiento ritualista (resistencia al cambio)

Por su parte El DSM –IV, ubica al trastorno autista como uno de los trastornos generalizados del desarrollo, el cual tiene como característica esencial la presencia de un desarrollo marcadamente

anormal o deficiente de la interacción, comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones de este trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado: Autismo Infantil Temprano, Autismo Infantil o Autismo de Kanner. Para María Paluszny (2004), el Autismo es un síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio. Otros autores más recientes consideran al Autismo como un síndrome que afecta la comunicación, las relaciones sociales y afectivas del individuo.

2.1.3 ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO AUTISTA

Aun que no se han determinado las causas del autismo infantil, si se han desarrollado un gran número de teorías, con mayor o menor validez explicativas, que desde los diferentes enfoques y modelos intentan aproximarse a las raíces de este trastorno. Sin embargo, lo seguro, es que está quedando en el olvido el modelo psicoanalítico que pretendía responsabilizar a los padres como agentes causantes del autismo infantil. Hoy en día este tipo de hipótesis resultan insostenibles ya que ningún enfoque científico defiende este tipo de especulaciones etiológicas.

Las teorías explicativas que se conocen actualmente sobre la etiología del autismo infantil se pueden agrupar en dos grandes áreas:

- a.** Un grupo de hipótesis que hacen referencia a factores genéticos, cromosómicos y a variables neurobiológicas.
- b.** Hipótesis que enfatizan los aspectos psicológicos (afectivos, cognitivos, sociales) que subyacen al comportamiento autista.

2.1.3.1 Hipótesis Genéticas y Neurobiológicas

En la investigación que aborda el estudio, se clasifica esta hipótesis de los factores genéticos presentes en los trastornos psicopatológicos en dos enfoques:

- En el primer enfoque, se pretende, identificar una alteración genética conocida y estudiar el patrón comportamental anormal relacionada con esa determinada alteración genética.

- El segundo enfoque, analiza e identifica un determinado patrón comportamental anormal e investiga la frecuencia con que aparece en la familia, lo que hace inferir la existencia de un marcador genético responsable de la alteración neurobiológica subyacente al patrón conductual identificado como anormal.

Los resultados del primer enfoque apuntan a la existencia de diversas anomalías en el cariotipo de algunos autistas, en lo que se ha detectado alteraciones en la mayor parte de los pares cromosómicos (excepto en el 7, 14, 19 y 20). Sin embargo, el síndrome x frágil es la hipótesis genética que mas interés ha originado y sostiene que existe una falta de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma x que afecta a ambas cromáticas.

Desde el segundo enfoque se ha abordado el tema de la herencia genética, que puede hallarse en el autismo infantil. Los resultados demuestran una relativa responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia de autistas en la población general (2-4 por 10,000 habitantes) con la frecuencia del trastorno entre hermanos que se sitúa en un 3-5 por 100 y si los estudios son con gemelos monocigóticos las cifras aumentan hasta límites altamente significativos.

En estudios actuales del conocimiento sobre la etiología del autismo infantil que manifiestan los modelos inmunológicos, han llevado a cabo diversos planteamientos a raíz de los hallazgos que ha habido en este campo. El virus de la rubéola parece ser el proceso infeccioso que más se ha detectado en los casos de autismo infantil, aunque también se han descrito casos de autismo infantil asociados a infecciones intrauterinas y postnatales causadas por diferentes virus (citomegalovirus, sífilis, herpes simples, etc.)

Con respecto a las relaciones metabólicas, son diversas las causas que se han detectado como posible etiología del autismo infantil. La enfermedad metabólica que ha tenido mayor confirmación es la fenilcetonuria, relacionada por primera vez con el autismo infantil por Friedman (1969) quien encontró que en un 92 por 100 de los casos esta la alteración metabólica.

En la actualidad, el hallazgo que ha encontrado mayor interés es la existencia de la hiperseroinimia, detectada en algo más del 25 por 100 de los casos de autismo infantil, con una alta correlación con historia familiar de hiperseroinimia. Sin embargo, existe una gran

controversia en torno a esta cuestión, ya que se ha encontrado hiperserotoninemia en una gran diversidad de trastornos sin sintomatología autista.

También, desde la neuropsicología se han planteado hipótesis distintas. Unos autores abogan por una disfunción cortical primaria como factor causante de las alteraciones autistas, mientras que desde otro enfoque se postula la disfunción primaria del tronco cerebral como variable etiopatogénica. Si tenemos en cuenta las modernas técnicas de exploración neuroimagen, las hipótesis caminan de la mano con la técnica utilizada. Esto es, dependiendo de la capacidad exploratoria de la técnica parece que se detecta alteración o disfunción diferente. Sin embargo, si bien, no se puede rechazar la evidencia de que existen todas estas alteraciones psicológicas, sigue siendo cuestionable el papel que juegan todas ellas en la etiopatogenia del autismo infantil.

Planteados las hipótesis anteriores se concluye que:

- 1) El trastorno se encuentra en el sistema nervioso de los niños y niñas y no en el ambiente o en sus padres.
- 2) Existe una amplia heterogeneidad biológica que causa diferentes subtipos de autismo infantil, o por el contrario, las técnicas y las metodologías actuales no han logrado dar con la causa primaria común a todos los autistas. Sin embargo, la mayoría de autores están de acuerdo en el déficit cognitivos que presentan los niños y niñas autistas, y que dan lugar al déficit comportamentales y de relación social.

2.1.3.2 Hipótesis Psicológicas

La contribución de los modelos psicológicos al estudio del autismo infantil se han centrado en los problemas de comunicación en las relaciones sociales y en el déficit cognitivos subyacentes. Aunque en los años sesenta y setenta se llevaron a cabo intentos explicativos tan desiguales como la hipótesis parental del enfoque etiológico de Tinbergen y Tinbergen (1972), que postulaba como variable etiopatogénica un estado básico motivacional de activación que se explicaba en función de las pautas de crianza de los padres, hemos de reconocer que ha sido el modelo cognitivo el gran propulsor en el conocimiento de los déficit psicológicos que están presentes en el autismo infantil.

En estos últimos años se han retomado los tres viejos planteamiento:

- 1) La teoría socioafectiva, inicialmente defendida por Kanner (1943) y replanteada por Hobson (1983, a, b, 1984)
- 2) La teoría cognitiva defendida por Leslie, Frith y Baroncohen, entre otros.
- 3) Teoría cognitiva-afectiva propuesta por Mundy, Sigman y Sherman(1986)

En resumen, estas tres hipótesis planteadas intentan explicar al problema de la comunicación y de la conducta social de los niños y niñas autistas. La hipótesis afectiva considera primaria la alteración en el proceso de vinculación afectiva en las primeras fases del desarrollo.

Las hipótesis cognitiva consideran a la capacidad metarepresentacional como variable primaria. Y la tercera hipótesis, denominada cognitiva-afectiva, intenta conjugar las dos posturas anteriores, al consideran que la alteración reside tanto en la capacidad cognitivo-social para reconocer que el otro tiene un estado mental propio (teoría de la mente), como en la habilidad afectivo-empática asociada para compartir un interés común por los objetos con otra persona.

Hobson (1984) postula en su teoría que la alteración en la comunicación que sufren los niños y niñas autistas es primariamente afectiva. Parte de que el ser humano, desde que nace, esta orientado a lo social, lo que le da la capacidad de comprender que las emociones son algo más que la cognición, por lo que esos estados mentales pueden ser percibidos directamente a partir del lenguaje no verbal gestual. Esta percepción de los estados mentales es lo que Hobson denomina empatía no inferencial, que se puede entender como un proceso propugnado biológicamente para comprender las emociones. Por tanto, el niño y niña aprende a concebir las cosas, al modo de los adultos, mediante reacciones afectivas que entabla con ellos.

La teoría de Hobson (1989) se puede sintetizar en cuatro axiomas:

- 1) En el trastorno autista se carece de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas.
- 2) Tales reacciones personales son necesarias para la configuración de un mundo propio y común con los demás.
- 3) La carencia de participación de los niños autistas en la experiencia social tienen dos consecuencias relevante:

- a. Un fallo relativo para conocer que los demás tienen sus propios pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones, etc.
 - b. Una severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir, pensar simbólicamente.
- 4) La mayor parte del déficit cognitivo y del lenguaje de los niños y niñas autistas son secundarios y mantiene una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.

La hipótesis cognitiva propuesta por Leslie y Firth (1989) y Leslie y Happe (1989) que postula que los problemas sociales y de comunicación de los niños y niñas autistas se deben a un déficit cognitivo específico, en concreto a una alteración en lo que estos autores denominan capacidad metarepresentacional, con la que intentan dar explicación los procesos subyacentes al desarrollo normal que están alterados en la comunicación y en las relaciones sociales de los niños y niñas autistas. La capacidad metarepresentacional es la responsable de que los niños y niñas puedan desarrollar el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros. Sin embargo, la evidencia experimental ha demostrado que también existen otras habilidades que no implican meta representaciones, y se encuentran alteradas en los niños y niñas autistas; como en las habilidades comunicativas prelingüísticas o en las habilidades de apreciar de apreciar significado de las expresiones afectivas o por ello, deben existir otros mecanismos distintos del metarepresentacional que se alteren previamente.

La hipótesis cognitivo-afectiva critica esta cuestión de forma implícita al postular que las dificultades comunicativas y sociales de los niños y niñas autistas tiene su origen en un déficit primario, que se halla estrechamente relacionado con un déficit cognitivo, también primario. Estos dos déficits son los que causan dificultades en la apreciación de los estados mentales (teoría de la mente) y emocionales de otras personas, dificultades que están en la base de la alteración del proceso de interacción, lo que explica los fallos que muestran los niños y niñas autistas en la comunicación, la conducta social y el juego simbólico.

Las críticas que ha recibido la hipótesis cognitivo-afectiva, sobretudo por parte de los defensores de la hipótesis cognitiva, se centran tanto en el déficit afectivo como en el déficit de percibir contingencias, ya que una dificultad en procesar expectativas de contingencia implicaría para los niños y niñas con autismo una dificultad de condicional, algo que la evidencia empírica ha rebatido en sucesivos estudios.

En posteriores reformulaciones de la teoría socio-afectivas sus defensores descartan la hipótesis del procesamiento de contingencias y postula como responsable de la alteración en la atención gestual conjunta la existencia de un déficit en la regulación de la activación, que alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, por tanto, también se vería alterada la atención gestual conjunta, así como la comprensión de los estados mentales afectivos.

2.1.4 AREAS AFECTADAS

En las definiciones que sobre el autismo existen se destacan las diferentes áreas que el trastorno afecta, si embargo ninguna definición engloba en su totalidad las áreas que a continuación de describen.

2.1.4.1 Alteraciones de la Conducta Social

Los problemas que presentan los niños y niñas con autismo en su conducta social es quizás el rasgo más conocido no solo en la comunidad científica que investiga la problemática, si no también entre la sociedad. Así, cuando se habla de un niño o niña con trastorno autista, la imagen que se viene a la cabeza es la de un niño y niña extravagante, encerrado en si mismo, que no hala ni juega con nadie, como si viviera únicamente consigo mismo, ignorando el resto del mundo, incluso a sus padres y hermanos.

El desarrollo de la conducta social del niño y niña con trastorno autista va reproduciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Esta claro que el déficit social es más evidente en los primeros años de vida, de ahí que la mayoría de las descripciones sobre las alteraciones sociales de los niños y niñas con autismo, se refiera a las primeras etapas de vida y no a las etapas posteriores en las que produce una frecuente variabilidad de estas alteraciones a lo largo del desarrollo. La compleja variabilidad de estas alteraciones a lo largo del desarrollo. La compleja variabilidad observada en el comportamiento social llevo a algunos autores a proponer subtipos de autismo en función de la alteración social predominante en los niños y las niñas afectados por el trastorno.

Wing y Gould, establecieron tres patrones distintos de relación social a partir de su estudio epidemiológico:

- Aislado: que evita la interacción de forma activa.

- Pasivo: que soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
- Activo pero extravagante: que interactúa de un modo extraño y excéntrico.

Estos estudios han dejado claro que no todos los niños y niñas con autismo muestran el mismo tipo de alteración social, dado que muchos hacen intentos más o menos exitosos de acercamiento social, aunque utilizando estrategias inadecuadas.

Algunas conductas específicas de los niños y niñas con autismo, es la ausencia de contacto visual (o un menor contacto), carencia de vínculos con los padres, pareciera como si no necesitaran a sus padres. Con frecuencia, estos niños y niñas no tratan de llamar la atención, no buscan el contacto afectivo (besos, ternura) y nunca manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en sus brazos. Un ejemplo gráfico es cuando un niño o niña con autismo se hace daño, rara vez acudirá a sus padres para que lo conforten. Incluso aunque este contacto afectivo, pueden mantener un contacto social con otros intereses; pareciera como si la otra persona fuese un objeto que él utiliza para un fin determinado. Un niño o niña con autismo puede subirse en el regazo de su madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto. Es como si la madre ejerciese la función de ser una silla para alcanzar el objeto.

Otra de las características esenciales del autismo infantil, reflejada de igual forma por Leo Kanner (1943), Rutter (1978) e incluso en el DSM-IV (1994), es la preocupación que tiene el niño y la niña con autismo por preservar la invariabilidad del medio. Estos niños y niñas muestran con frecuencia, una hipersensibilidad al cambio. Manifiestan resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas habituales, respondiendo a estos con fuertes berrinches, incluso autolesionándose y oponiéndose sistemáticamente a cualquier clase de cambio. Esta exigencia de invariabilidad, se puede ver en la reacción de estos niños y niñas ante cambios por ejemplo, que una silla de la cocina de su casa está desplazada unos centímetros o que las cortinas estén abiertas. En ocasiones, los niños y niñas con autismo desarrollan ciertas preocupaciones ritualistas tales como: insistir siempre en comer determinado alimento, utilizar el mismo recipiente para beber, llevar siempre los mismos zapatos, memorizar calendarios e incluso normas. Rituales en los que interviene una gran cantidad de tiempo a diario.

2.1.4.2 Alteraciones del Lenguaje

En la mayoría de los casos, la primera sospecha que tienen los padres de que su hijo(a) tiene algún problema, surge cuando detecta que el niño y la niña no muestran un desarrollo adecuado del lenguaje (logopedas, audiólogos, psicólogos del lenguaje, etc.) los primeros en entender las demandas de los padres de los niños y niñas con autismo, que aun no llegan a comprender el alcance del problema que muestra su hijo(a).

La comunicación intencional, activa y espontánea, que suele desarrollar el niño y la niña normal desde los 8-9 meses se ve muy perturbada o limitada en los niños y niñas con autismo. La falta de sonrisa social, mirada a las personas, gestos y vocalizaciones comunicativas. Estas dificultades se hacen aun más patentes a partir del año y medio dos años de edad, en la que los niños y niñas sin autismo hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas. Las niñas y niños con autismo que llegan a hablar, lo hacen de forma característica, con unos patrones lingüísticos cualitativamente diferentes al resto de los demás niños y niñas y diferentes también a los patrones presentes en otros trastornos del habla. Además, un alto porcentaje de autistas, se estima un 28 y 61 por 100, no adquieren el lenguaje expresivo nunca. De esta población, solo un 5 por 100 presenta una capacidad intelectual suficiente para adquirir el lenguaje, aunque con déficit muy grave de comprensión y mutismo.

En los niños y niñas con trastorno autista que hablan, se presentan diversas alteraciones lingüísticas:

- a. Inversión pronominal: cuando el niño y niña se refiere a sí mismo, utilizando tú o él (ej. Cuando él quiere pedir algo dice: Mama, él quiere un caramelo).
- b. Ecolalia: es la repetición de las palabras o frases dichas por los demás, puede tener lugar inmediatamente después de un tiempo de demora (ecolalia retardada), que puede ser de horas e incluso días, lo que produce en ocasiones las respuestas propias de una ecolalia retardada estén alejadas del estímulo original y resulten absolutamente extravagante. La ecolalia, como tal, no es específica de los niños y niñas autistas. El desarrollo del lenguaje normal incluye una fase en la que se pueden observar conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses de edad. Pero cuando persisten más allá de los 3-4 años empieza a considerarse patológica.

Además de estas dos alteraciones, que quizá sea la más conocida, el niño y niña autista presenta muchos otros fallos un tanto más graves que los anteriores.

- c. Alteraciones fonológicas: alteraciones de la voz, esto tiene unas características esenciales que le dan calidad y peculiaridades en cada caso: timbre, tono, intensidad modular. Sus alteraciones originan la rinolalia y la disfonía (afonía, si hay pérdida total de la voz). El origen pueden ser de tipo neurológico, endocrino, metabólicos, laríngeo, respiratoria, auditivo, psíquico, o por uso defectuoso de los órganos fonatorios.
- d. Semántica: los niños y niñas con autismo infantil presentan trastornos en el significado de las palabras.
- e. Defectos en la articulación: hay trastornos articulatorios que existen con una incapacidad para emitir correctamente ciertos fonemas o grupos de fonemas, como resultado de una alteración de los mecanismos sensorio-motores de la elocución. Los defectos de la articulación se dividen en: dislalias y disartrias.
- f. Monotonía: existencia de igualdad en el tono de voz.
- g. Labilidad en el timbre y tono de voz: hablan agudos inesperados.
- h. Alteración del lenguaje receptivo: presentan dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, etc. Además cuando hablan con frecuencia lo hacen con propósitos comunicativos. Su uso del habla como medio de conversación es limitado, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea inmediato.
- i. Lenguaje expresivo no verbal (gestual): se encuentra alterado, se observan diferencias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias, además de ausencia del contacto ocular. Incluso el habla con menor grado patológico que ha alcanzado un lenguaje relativamente satisfactorio, muestra una carencia de emoción, imaginación, abstracción y una literalidad muy concreta.

Cuadro 1: Desarrollo del Lenguaje y la Comunicación

Lenguaje y comunicación en el desarrollo normal y fases tempranas del autismo (adaptado de Gillberg y Peeters, 1995).

Edad (meses)	Desarrollo normal	Desarrollo con trastorno autista
2	Gorjeo: sonidos vocálicos	
6	“Conversaciones” vocales: con turnos en posición frente. Primeros sonidos consonánticos.	Llanto difícil de interpretar
8	Balbuceo con variaciones de entonación incluyendo “entonación interrogativa”. Silabas repetitivas (ba- ba- ba, ma-ma-ma) Primeros gestos de señalar	Balbuceo limitado o raro. No se imitan sonidos, gestos o expresiones.
12	Primeras palabras. Jerga con entonación de oración Lenguaje usado sobre todo para comentar. Juego vocal. Uso de gestos y vocalizaciones para obtener atención, mostrar objetos y hacer preguntas.	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo. Llanto intenso, frecuente, que sigue siendo difícil de interpretar.
18	Vocabulario de 3 a 50 palabras. Primeras oraciones “Sobre extensión” del significado. El lenguaje se usa para comentar, pedir y obtener atención. Imitaciones frecuentes del lenguaje.	
24	Se combinan de 3 a 5 palabras en “frases telegráficas”. Preguntas simples. Empleo de demostrativos, acompañados de gestos ostensivos. Pueden llamarse por el nombre más que con el “yo”. A veces, breve inversión de pronombres. No se sostienen temas. El lenguaje se centra en el “aquí y el ahora”.	Si las hay, menos de 15 palabras. A veces las palabras “se pierden”. No desarrollan gestos. Limitación en gestos de señalar, si existen.
36	Vocabulario de más de 1000 palabras. La mayoría de los morfemas gramaticales se dominan (plurales, pasado, preposiciones). Las imitaciones son infrecuentes a esta edad. El lenguaje se emplea cada vez más para hablar de lo presente. Hay muchas pregunta, con objetivos de mantener interacción mas frecuentes que de obtener información.	Las oraciones son raras. Muchas ecolalias, pero poco lenguaje creativo. Pobre articulación en la mitad de los hablantes. La mitad o más de los niños con autismo no tienen lenguaje a esta edad.
48	Se emplean estructuras oracionales complejas. Capaces de sostener temas de conversación y de añadir nueva información. Piden a otros que aclaren lo que intentan decir. A justan la cualidad del lenguaje al interlocutor (por ejemplo, lo hacen mas simple al hablar a los dos años).	Algunos combinan 2 o 3 palabras creativamente. La ecolalia persiste. En algunos, se usa de forma comunicativa. Se repiten anuncios de T.V. Algunos piden verbalmente.

2.1.4.3 Alteraciones Motoras

Otra característica de los niños y niñas con autismo, incluida en los criterios diagnósticos, hace referencia a los restrictivos patrones de conducta repetitivos y estereotipados. Parece ser que la estereotipia refleje un déficit creativo asociado al autismo infantil. Sin embargo, no están nada claro aun los factores subyacentes a este problema puesto que también se observa este tipo de problema en otros trastornos del desarrollo, como el retardo mental.

La conducta estereotipada, también denominada conducta auto estimuladora, ha sido descrita como un comportamiento repetitivo, persistente y reiterado, sin otra función aparente que proveer al niño y niña de retroalimentación sensorial y cenestésica. Estas conductas pueden incluir movimientos de balanceo rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, giros de cabeza, aleteos de brazo o manos o posturas extravagantes.

También se observan estereotipias motoras con materiales, como observar insistentemente un objeto giratorio, dar vueltas a una cuerda, etc. En todos estos comportamientos parece que el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva.

Esta claro que las conductas estereotipadas muestran un papel de especial relevancia en los niños y niñas con autismo. La mayoría de estos niños y niñas emplean la mayor parte de su tiempo en estos comportamientos. De hecho, se resisten obstinadamente a los intentos de que abandone estas actividades. Diversos autores confieren a las conductas estereotipadas la responsabilidad de interferir en la responsabilidad del niño y la niña y en la adquisición de conductas normales. Mientras el niño y niñas con trastorno autista esta entregado a la conducta auto estimuladora, se observa una total irresponsabilidad ante otros estímulos ambientales que no sean implicados en la conducta estereotipada.

Las conductas autolesivas suponen no solo otra característica más de las alteraciones motoras que se observan en los niños y niñas con autismo, sino que es la alteración mas dramática que estos niños y niñas presentan (aunque no es una característica exclusiva de los autistas, ya que también se puede observar en niños y niñas con retardo mental o en adultos con esquizofrenia). La conducta autolesiva. Implica cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo. Los ejemplos más conocidos de conductas autolesivas en los niños y niñas con autismo son: golpearse en la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, las

piernas, arrancarse el pelo, arañarse la cara y auto bofetarse. Incluso se han relatado casos de haberse arrancado la uñas a mordiscos o hundirse los ojos.

La conducta autolesiva tiene daños tanto directos como indirectos. Si dicha conducta es demasiado peligrosa para la vida del niño o la niña, se hace necesario obligarles físicamente para prevenirla. Si la contracción se alarga demasiado puede originar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño o la niña (acortamiento de los tendones, detención del desarrollo motor, etc.) como resultado de la no utilización de sus miembros. Otro daño secundario es que esta conducta reduce y condiciona el desarrollo psicológico y educativo del niño y niña.

2.1.4.4 Alteraciones Cognitivas

A pesar de la falta de acuerdo que existe entre los autores, parecen coincidir en que existe un déficit generalizado en las diferentes áreas del desarrollo cognitivo. Los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc., se hallan claramente alterados en estos niños y niñas. Existen dos procesos cognitivos presentes en los niños y niñas con autismo: la capacidad intelectual y la atención y sensopercepción.

- a) Capacidad Intelectual. Hasta hace pocos años se tenía la visión de que el niño y la niña con autismo tenían una inteligencia normal, su buena memoria automática, la ausencia de anomalías físicas, etc., parecían apoyar la hipótesis de Kanner (1943.). Sin embargo, los datos acumulados hasta el presente sugieren lo contrario. Ritvo y Freeman (1978) indican que aproximadamente un 60 por 100 de los niños y niñas con autismo presentan un CI por debajo de 50, un 20 por 100 entre 50 y 70, y un 20 por 100 de 70 o más. Parece ser que los niños y niñas con autismo obtienen mejores resultados en los tests que miden habilidades manipulativas o viso espacial y memoria automática, y registran un rendimiento significativamente inferior en tareas que requieren un procesamiento secuencial. Parece claro que dichos niños/as procesan la información de forma cualitativamente diferente a los sujetos no autistas. Una evidencia de este proceso diferencial se comprueba en el análisis de sus habilidades especiales, o también llamadas por los investigadores cognitivos islotes de habilidad. Esto en las capacidades intelectuales que con frecuencia permanecen extraordinariamente intactas y en algunos casos son superiores a los sujetos con autismo. Es de todos conocidos la habilidad que tienen

algunos niños y niñas con autismo para memorizar listados, como una guía telefónica. Por ejemplo se pudo ver en la película Rain Man como se enfatizaba en las habilidades nemotécnicas del protagonista, un analista cuarentón, que era capaz de memorizar las cartas de póker que habían salido en el juego y predecir la probabilidad de aparición de una carta, o cuando realizaba operaciones matemáticas complejas sin ayuda externa

- b) **Atención y Sensopercepción:** Una característica esencial del autismo infantil es la respuesta anormal que estos niños y niñas tiene ante la estimulación sensorial. Sin embargo, a pesar de la cantidad de datos aportados sobre esta alteración conductual, no se puede concluir que se trate de un problema perceptivo, sino más bien de sus procesos atencionales, que son cualitativamente diferentes del resto de los sujetos. Un niño y niña con autismo no puede responder a un ruido intenso y responder melodramáticamente al oír el ruido que se produce al pasar una hoja de revista. De la misma forma, puede no ver objeto claramente visible y advertir un caramelo que se encuentra a más distancia, o un hilo tirado en el suelo. Esta anormalidad en la respuesta se suele dar también en otras modalidades sensoriales como el olfato y el tacto. Pero de igual forma que con los estímulos visuales y auditivos, parece ser más una consecuencia de los procesos sensoriales que los perceptivos.

Diversos estudios han demostrado que los niños y niñas con autismo responden solo a un componente de la información sensorial disponible, lo que llaman hipersensibilidad estimular. Por tanto aunque ellos/as pueden tener un estrategia perceptiva característica, parece claro que es más que una consecuencia de los procesos atencionales, que harían referencia a una presunta rigidez hiperatencional, y no a una alteración específica de los procesos perceptivos.

2.1.4.5 Alteraciones Afectivas y Emocionales

Muchos niños pequeños con autismo tienen relaciones con sus padres, de manera que parecen estar emocionalmente “apegados” a ellos. Algunos niños también han mostrado “la sonrisa social” a la edad normal de las 6 semanas y posteriormente siguen siendo capaces de sonreír de manera afectuosa; pero esto no significa que sus relaciones sean normales.

Las emociones que los niños con autismo muestran en sus relaciones también pueden llegar a ser bastante inesperadas. Por ejemplo la mayoría de ellos muestran las emociones simples tales como la rabia, el temor, la alegría, la tristeza, pero a veces lo hacen en situaciones en que la mayoría de personas sin autismo no las mostrarían.

El autismo, predispone a una serie de síntomas que se darán en mayor o menor medida según la gravedad del cuadro. Ya Leo Kanner cuando le da entidad nosográfica propia, tituló su artículo, Alteraciones autistas del contacto afectivo, resaltando así una de sus características generales.

En el niño autista las conductas de apego tardan más en desarrollarse, presentan indiferencia o aversión al contacto físico, una resistencia increíble a los pequeños cambios y una vinculación extraordinaria a determinados objetos. Su comportamiento está formado por rituales, suelen manifestar formas más o menos graves de conductas obsesivas. Las anormalidades del autismo, vienen a manifestarse de acuerdo a la edad.

En los niños pequeños, las primeras manifestaciones de sus alteraciones emocionales serían:

1. La falta de conductas anticipatorias.
2. La falta de asociación de contingencias, y de conductas de apego.

Hasta los seis años:

1. El rechazo físico.
2. La falta de contacto visual.
3. Desajustes del sueño, la comida, etc., rabietas, enuresis y encopresis.

Hasta la adolescencia:

La indiferencia hacia otros niños; su no participación en los juegos y actividades grupales; conductas compulsivas y ritualizadas; así como agresiones y autoagresiones.

Ya en la adolescencia conseguirán cierta madurez emocional, caracterizada en los casos más benignos, por la ausencia de empatía y del saber actuar correcto socialmente.

Para Rutter, la mejoría que puede ocurrir se dará hacia los 6 o 7 años, minimizándose algunas conductas disruptivas, pero es difícil que mejoren notablemente sus conductas a partir de esta edad.

Los niños autistas son muy sensibles a las presiones ambientales, lo que ha dirigido a algunas investigaciones a trabajar sobre el papel de los padres en el desarrollo de las conductas autistas. No se ha descubierto ninguna evidencia válida de que los padres de estos niños tengan, como grupo, una personalidad alterada, ni que sus pautas educativas difieran considerablemente de la de los niños normales. Los padres en un número más elevado del normal, provienen de clases acomodadas y profesiones intelectuales, observándose una ausencia en algunos, de contactos afectivos con los hijos, no obstante habría que delimitar si estas conductas eran previas o no a la aparición del síndrome.

2.1.5 ETAPAS DEL AUTISMO INFANTIL

El autismo infantil se divide en tres etapas, las cuales se detallan a continuación:

2.1.5.1 Infancia

Frecuentemente, los padres de los niños y niñas autistas no advierten problemas en el primero y segundo año de vida, pues el bebé parece desarrollarse normalmente en todos los sentidos. De manera retrospectiva, los padres describen a sus hijos(as) como excepcionalmente atractivos, con un periodo inicial de conducta responsiva feliz. Después, generalmente antes del tercer año de vida, ocurre una regresión en la que el niño y la niña pierden todas las habilidades que había adquirido y empiezan a aparecer algunos de los síntomas atípicos del autismo infantil.

Sin embargo, muchos padres de niños y niñas con autismo, notan casi desde el nacimiento la diferencia de su bebé con otro niño no autista, aunque no pueden señalar con exactitud en que consiste esa diferencia, si logran manifestar sentimientos vagos de que algo no marcha bien. Frecuentemente, esa diferencia es cierta falta de respuesta social.

En los niños y niñas no autistas, una de las primeras señales de la conducta social es la sonrisa. A partir de un mes de edad, los bebés suelen sonreír al ver el rostro de un adulto o ante su voz, y ya para los dos meses esta respuesta debe encontrarse bien constituida; no obstante, un niño y niña

con autismo puede parecer feliz y contento, pero su sonrisa no es social, pues ocurre como repuesta a lo que ve, a lo que escucha, y a otros estímulos, pero no en respuesta a los cuidados que recibe del adulto.

El bebé normal reacciona con rapidez ante la faz de su madre; sonríe y explora su rostro al mirarla y tocarla y trata de introducir sus deditos en los ojos, nariz y boca de su madre. El niño y niña con autismo rara vez mira a su madre, y es característico que no lo haga y que no le interese la exploración hacia su madre. De la misma manera no reacciona con llanto cuando su madre se aleja, ni ríe cuando ella se acerca. La mayoría de los bebés no autistas muestran una angustia extraña alrededor de los ocho meses de edad.

Antes de ese tiempo, casi todos los bebés le sonríen a cualquiera, pero entre los seis y ocho meses empiezan a mostrar cierta aprehensión ante los extraños y suelen llorar cuando alguien desconocido trata de tomarlos en brazos. El niño y la niña con autismo parecen no diferenciar a las personas familiares de las extrañas, parece estar desinteresado en las personas en general y no responden con placer a la familia ni con muestras a estrés a los extraños.

Igualmente, un niño y niña con autismo no da muestras de conducta lúdica, ni revela postura anticipatoria alguna al ser levantado en brazos, ni se entretiene con los juegos que frecuentemente realizan los niños y niñas sin autismo. Juegos como las “escondidillas” o las “tortillitas”, en que la mayoría de niños y niñas de un año intervienen sin problemas, parecen no causar mayor interés en los niños y niñas con autismo. Parecen gozar más bien de juegos que los estimulan sensorialmente, como las cosquillas, ser lanzado al aire o el “caballito” sobre el hombro de alguien, pero ninguno de estos juegos requieren interacción personal.

Los padres de los niños y niñas con autismo frecuentemente señalan que su hijo(a) era muy “bueno” cuando pequeño(a), lo cual se debe a que prefería jugar solo. A menudo, el (la) pequeño(a) se concentra en la observación de algo (una luz) o un ruido, así mismo puede crear sus propias visiones o sus propios ruidos al permanecer mirando durante horas un dedo ondulante frente a su cara o rascando la sabana de su cama. Puede quedar totalmente absorto por medio de la estimulación de su propio cuerpo al mecerse o golpearse la cabeza contra algo. La auto estimulación y este gusto por los objetos, que son sumamente estereotipados, resultan mucho más notables después; sin embargo, aún en la infancia, el niño y la niña con autismo muestra muy

poca curiosidad, ya que no explora su ambiente y prefiere, en vez de ello, jugar con objetos de manera repetitiva o estimular su propio cuerpo.

La segunda piedra angular en el desarrollo psicosocial del bebé es la vocalización, que normalmente suele aparecer a partir del segundo mes de edad, y a los tres meses la mayoría de los bebés ya articulan sonidos. Al principio estos sonidos pueden ser solo chillidos o balbuceos, pero hacia los seis meses, el bebé ya emplea estos sonidos para “hablar” con los demás o con sus juguetes. Para los siete u ocho meses de edad, estos sonidos empiezan a incluir consonantes definidas, como: me-me o da-da, y hacia los 10 meses, estos sonidos ya se relacionan con una persona específica.

Para el año de edad, el niño y la niña promedio, pueden hacer gestos cuando quieren algo, y empieza a agregar expresiones verbales adicionales a sus primeras palabras (aunque siga diciendo mamá y papá), y los papás se dan cuenta que sus hijo(as) pueden entender mucho más de lo que saben decir, como órdenes simples (“dame”, o “di adiós”), que no solo se comprenden sino que además se demuestran.

El bebé con autismo no da señales de este desarrollo social, ni muestra un lenguaje apropiado, ni trata de comunicarse, ya sea por medio de gesticulación o imitación. El problema del habla en el niño y la niña con autismo es primordial: el (la) pequeño(a) parece incapaz de entender o responder al lenguaje; sin embargo, este problema puede llegar a no advertirse sino hasta mucho más tarde. El bebé puede llegar a aprender una o dos palabras y usarlas de manera repetitiva e indiscriminada. Los padres y el pediatra observan que hay lenguaje, pero no se dan cuenta de que el niño y la niña lo usan de modo inapropiado, y pueden no preocuparse de estos aspectos del desarrollo del lenguaje, sino que hasta que el niño y niña ya tiene tres o cuatro años de edad.

En contraste con la deficiencia del desarrollo psicosocial, los elementos fundamentales del desarrollo motor en la mayoría de los niños y niñas con autismo normalmente son como se espera. Parece no haber retraso alguno en las señales del desarrollo motor, aun cuando este desarrollo normalmente manifieste un ligero retardo; por ejemplo, la mayoría de los bebés son capaces de sentarse entre los siete y ocho meses de edad y empiezan a caminar cerca de los doce meses de edad y empezar a caminar entre los trece o catorce meses. Ocasionalmente, los niños y niñas autistas muestran un desarrollo motor temprano, como empezar a caminar a los nueve o

diez meses de edad; sin embargo, este desarrollo no es completamente normal, pues el niño y la niña puede caminar de puntas o girando o mostrar un apostura poco común mientras permanece de pie; pero a medida que el niño y la niña aprende a caminar, las peculiaridades de su marcha se hacen a un lado y se consideran rasgos inmaduros que el niño y la niña habrá de superar con el tiempo.

2.1.5.2 Niñez Temprana

A medida que el niño y niña con autismo empieza su segundo y tercer año de vida, las dificultades preexistentes se hacen mayores y surgen nuevos problemas. La falta de relaciones sociales se vuelven cada vez mas evidente, pues la mayoría de niños y niñas de esta edad siguen activamente a su madre por todas partes, la imitan y exploran sus alrededor , pero el niño y la niña con autismo parece no darse cuenta de las personas dentro de su ambiente y se siente contento en extremo si puede jugar solos o si se le permite jugar de manera repetitiva con algún juguete o cualquier otro objeto, y pueda pasar horas en dar vueltas a un juguete o verlo rodar. Este juego es estereotipado, repetitivo y no muestra variación alguna, el juguete se emplea de manera idiosincrásica, sin relación con su verdadera función, y si este juego es interrumpido o se interfiere con él de alguna manera, el niño y niña hará el más terrible de los berrinches.

Los movimientos corporales repetitivos, como mecerse o golpearse la cabeza contra algo, que se veían ya desarrollados en la infancia, resultan más significativos y empiezan a llamar la atención de los padres la aparente carencia de reacción al dolor del niño y la niña.

Así, mismo, el niño y niña puede mostrar falta de respuestas a otros estímulos, aparejada con una hipersensibilización a otros; por ejemplo, el niño y niña puede ignorar un ruido fuerte, pero parecer fascinado o aun miedoso ante sonidos como los que hace el papel cuando se arruga o el de la comida que se fríe. De manera similar, muchos niños y niñas con autismo parecen espacialmente fascinados por objetos que dan vuelta, y así el girar o dar vueltas a su propio cuerpo tiene para ellos una atracción especial; esto puede repetirlo al mismo tiempo que palmear con las manos, o que se mecen cuando están excitados. Algunas veces, esta excitación al igual que los berrinches, parece presentarse sin provocación, el niño y niña ríe o grita sin razón evidente y ocasionalmente llora, pero muchos padres de niños y niñas con autismo dicen que el llanto acompañado de lágrimas es algo que llegan a ver muy rara vez.

El adiestramiento del control de esfínteres suele ser un verdadero problema con los niños y niñas con autismo. Solo con mucho esfuerzo, la mayoría de estos niños llegan a ser capaz de ir al baño con mayores o menores dificultades ala edad de tres años; pero los niños y niñas autistas dan muestras de mayor resistencia al control de esfínteres. Algunos pueden adiestrarse a temprana edad, pero muestran persistencia de evacuaciones sobre la ropa o conductas similares mucho tiempo después de que fueron adiestrados.

La mayoría de los niños y niñas muestran hábitos alimentarios regulares, aproximadamente a los dos años, pero los niños y las niñas con autismo pueden dar señal de ciertas peculiaridades en el tipo o en la cantidad de alimentos que comen, pueden llegar a evitar cierto tipo de comida, como la leche, pero consumir de manera esporádica o rutinaria grandes cantidades de otro tipo de alimentos.

La comunicación. Sobre todo mediante la destreza del lenguaje mejora continuamente, es muy notoria en la mayoría de los niños y niñas promedio que han cumplido los dos años, empiecen a utilizar pronombres, como: “mío”, “yo” o “tú” y entre los dos o tres años de edad, emplean el “sí” y el “no” de manera rutinaria. Estos niños y niñas sin autismo pueden referirse a ellos mismos por su nombre y nombrar varios objetos en los libros de láminas, así como dar muestras del dominio de los conceptos abstractos mediante el lenguaje. Los conceptos abstractos aun son simples, pero significativos en la continua comprensión del niño y la niña de si mismo y del mundo que lo rodea; por ejemplo, la mayoría de los niños y niñas de tres años ya pueden distinguir en una lámina, si el personaje es niño o niña, de la misma manera que ya tienen su propia identidad sexual. Empiezan a usar proposiciones, a nombrar los colores y aprender a contar; pero, aun más importante, si no puede hacer todo esto, los niños y niñas entre los dos y tres años de edad pueden gesticular si la comunicación verbal les resulta insuficiente para indicar a sus padres lo que desean.

Una característica delos niños y niñas con autismo es dar muestras de problemas en el desarrollo del lenguaje. Es posible que el habla se halle presente, pero no se emplea como forma de comunicación, y los pronombres, si los hay, se usan al revés, por ejemplo, si se pregunta a un niño y niña autista: ¿quieres un vaso de agua?, contestara: tú quieres agua, y por lo general no usan el pronombre “yo”.

Los niños y niñas autistas suelen emplear el “no”, pero el “sí” nunca lo utilizan o lo utilizan muy rara vez, la ecolalia(o sea la repetición exacta de lo que dijo el adulto) es la respuesta mas frecuente de estos niños y niñas.

Tales problemas con el lenguaje implican a toda el área de la comunicación. El niño y la niña con autismo comúnmente no hacen mímica, ni gesticula, ni usa entonaciones de la voz, ni intenta transmitir una intención comunicativa de alguna manera, ya sea verbal o mediante gestos del cuerpo, en contraste con un niño y una niña si autismo de dos años, quien si puede tomar un vaso vacío para indicar que tiene sed, o puede jalar la falda de su madre y conducirla hasta el refrigerador o el grifo. El niño y la niña con autismo de dos años, suele trepar sobre el objeto o emitir gritos, sin dar a su madre la menor guía de que es lo que desea. Aun cuando presenta una mínima cantidad de gesticulación, no logra ser comunicativo; por ejemplo: puede ser que el niño y niña con autismo sacuda su manita en lugar de decir adiós pero el significado de este acto no está relacionado con el hecho de que alguien parte en realidad. Es muy frecuente que el (la) pequeño(a) con autismo grite sin cesar (aparentemente por que quiere algo) y de repente se detenga con brusquedad, dejando a sus padrea totalmente confundidos acerca de lo que deseaba.

2.1.5.3 Niñez Tardía y Edad Escolar

Cuando el niño y la niña, tiene tres o cuatro años de edad, su familia, el médico familiar, y aún los parientes y amigos, se preocupan por el desarrollo tan poco común de ese niño y niña. Las áreas con problemas que ya se hicieron notar en la infancia y en la niñez temprana, paulatinamente resultan más evidentes a medida que el niño y niña crece y muestra conductas desviadas del patrón de desarrollo común a los niños y niñas de su misma edad.

Cuando cumplen cuatro años, la mayoría de los niños y las niñas muestran mayor en dependencia y socialización. Se visten solos(as), comen solos(as), comunican sus deseos y necesidades de manera verbal y juegan con otros niños y niñas, no solo de manera paralela, sino que además cooperan y esperan su turno. En contraste el niño y la niña con autismo, suele mostrar conductas poco típicas en la alimentación y el vestir, continua actuando de manera aislada, sin socializar con otros niños y niñas y prefiere jugar solo(a).

Las conductas rituales y estereotipadas pueden estar presentes en el acto de vestirse y desvestirse, e igualmente el niño y la niña con autista gusta de tener todos sus objetos en el mismo lugar, y ante el menor cambio en su ambiente rutinario y cotidiano cae en berrinches o en períodos de angustia extrema. Es como si el niño y niña recordara los más mínimos detalles y como si el cambio en uno de dichos detalles pudiera precipitar una calamidad.

La comunicación verbal continúa siendo uno de los problemas principales a medida que los niños y niñas con autismo crecen. La habilidad para el lenguaje de un niño y niña autista entre los tres y cuatro años puede estar ausente por completo, en forma de ausencia de comprensión y de incapacidad para desarrollar algún lenguaje, aunque esta perturbado. El niño y niña autista puede mostrar una ecolalia demorada y repetir monólogos largos (como los anuncios comerciales de la televisión), pero no puede emplear ese lenguaje para comunicarse.

Los niños y niñas sin autismo, frecuentemente, también memorizan los anuncios de la televisión, pero esta memorización es diferente, ya que en ellos se observa la habilidad para sustituir una palabra por otra o para parafrasear toda una parte del discurso, lo cual indica que entienden una parte del material que repiten. El niño y la niña con autismo ni tiene esa capacidad: repiten el mensaje tal cual es y puede observarse también que el tono y la entonación varían entre niños (as) Con y sin autismo. Cuando un niño o niña sin autismo repite algo, normalmente imitan el tono original de lo escuchado, mientras que el niño o niña con autismo repite el enunciado, pero, con el mismo patrón de entonación que el (ella) emplea, sin poder imitar la entonación de lo que escucho.

Algunos niños y niñas con autismo tienen un repertorio verbal para comunicarse muy limitado, y aunque logren expresarse, una vez más es imposible notar distorsiones en forma de reversión de pronombres, repetición de preguntas o de sus propias vocalizaciones (como un eco de ello y ellas) mismos (as). Aun así existe cierto lenguaje verbal, no hay una comprensión abstracta del mismo. Algunas veces, estos patrones poco usuales cambian a medida que el niño y niña con autismo se desarrolla, pero estas idiosincrasias suelen persistir.

2.1.6 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO AUTISTA O AUTISMO

El DSM-IV TR, proporciona algunos criterios a tomar en cuenta para el diagnóstico del trastorno autista:

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

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

- a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
- c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
- d) Falta de reciprocidad social o emocional

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

- a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
- b) En niños con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestadas por lo menos mediante una de las siguientes características:

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

- b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir, girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.

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

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

Los criterios antes mencionados son solamente una guía para realizar el diagnóstico de un trastorno autista para ello, deben también haber evaluaciones multidisciplinarias empezando por un neurólogo, que determine la afectación a nivel biológico, un psicólogo y un psiquiatra que determine sus alteraciones conductuales manifiestas, emocionales y fisiológicas. Claro que cada uno de estudiar la historia clínica del niño y su conducta pasada, entonces se prosigue a la averiguación de si el niño tiene alguna afección que pueda confundirse con el autismo.

El siguiente paso es considerar si hay existencia de desventajas físicas asociadas y se debe ser cuidadosos al evaluarla, ya que el niño no tiene la facilidad para explicar por si mismo lo que le sucede. Un diagnóstico detallado requiere de tiempo y exige la cooperación de los especialistas involucrados y de la familia del niño.

AUTISMO INFANTIL SEGÚN LA CIE-10

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

Pautas para el diagnóstico

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

Consisten en no utilizar el lenguaje para una función social, debidos a una alteración de la actividad lúdica basada en el juego social imitativo y simulado, a una pobre sincronización en la expresión del lenguaje, a una relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento, a una falta de respuesta emocional a los estímulos verbales y no verbales de los demás, a defectos de la cadencia o entonación necesarias para lograr una modulación de la comunicación y, como es de esperar, a la ausencia de gestos acompañantes para subrayar o precisar la comunicación verbal.

El comportamiento en este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas de actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general, en los que destaca la rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento. Por lo general, estas características afectan tanto a las actividades nuevas, como a los hábitos familiares y a las formas de juego.

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

También es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos sin especificar, tales como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y manifestaciones agresivas.

Son bastante frecuentes las autoagresiones (por ejemplo, morderse las muñecas), sobre todo cuando el autismo se acompaña de un retraso mental grave. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad para organizar su tiempo libre y tienen dificultad para aplicar conceptos abstractos a la ejecución de sus trabajos (aun cuando las tareas se encuentran al alcance de su capacidad real). Las manifestaciones específicas de los déficits característicos del autismo cambian al hacerse mayores los niños, pero los déficits persisten en la edad adulta con una forma muy similar en lo que se refiere a los problemas de socialización, comunicación e inquietudes. Para hacer el diagnóstico, las anomalías del desarrollo deben haber estado presentes en los tres primeros años, aunque el síndrome puede ser diagnosticado a cualquier edad.

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

Incluye:

Autismo infantil.

Síndrome de Kanner.

Psicosis infantil.

Trastorno autístico.

Excluye: Psicopatía autística (F84.5).

Autismo Atípico

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

Incluye:

Retraso mental con rasgos autísticos.

Psicosis infantil atípica.

2.1.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El trastorno autista tiene sintomatología o algunos indicadores que se relacionan con otras patologías y trastornos, por lo que se hace necesario realizar esa distinción y así obtener y proporcionar diagnósticos certeros.

A continuación se presentan los trastornos y desventajas de la niñez, de los cuales se debe distinguir el trastorno autista:

2.1.7.1 Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia

Es necesario destacar que durante la infancia se pueden diagnosticar una diversidad de trastornos, que comparten algunos criterios con el Trastorno Autista, pero que no logran constituirse como el diagnóstico principal, sin embargo pueden derivarse de este trastorno, el primero de ellos es:

El Retraso Mental, caracterizado por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Existen cuatro modalidades de Retraso Mental; leve, moderado, profundo y Retraso Mental de gravedad no especificada.

Al diferenciar el retraso mental, del trastorno autista, en el retraso es factible advertir varios retrasos del desarrollo que no corresponden al lenguaje, como el desarrollo motor (es decir, sentarse, caminar, etc.). Normalmente el niño/a con retraso no comprende algo, pero puede gesticular o hacer mímica y parece tener deseo de comunicarse, situación que no se advierte en el trastorno autista. En el autismo existe una afectación cualitativa del desarrollo de la interacción social y de las habilidades verbales y no verbales de comunicación social. El retraso mental suele acompañar a los trastornos generalizados del desarrollo.

Trastorno de las habilidades motoras, Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dado la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia. A diferencia del Autismo este trastorno no se precisa si el diagnóstico principal es el trastorno autista.

Trastorno del lenguaje expresivo, la característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo. El Trastorno Autista también comporta la afectación del lenguaje, pero puede distinguirse del trastorno del lenguaje expresivo y del mixto del lenguaje receptivo- expresivo por las características de las anomalías de la comunicación (por ejemplo, uso estereotipado del lenguaje) y por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción y unos patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados. El desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo puede estar afectado por retraso mental, una alteración de la audición u otro déficit sensorial, un déficit motor del habla o una privación ambiental grave.

Trastorno de Rett, su característica principal es el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento. Los niños presentan un período prenatal y perinatal aparentemente normal, hasta los 5 meses de edad. Este difiere del trastorno autista en su proporción sexual característica y en el perfil de su déficit, ya que solo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno autista se observa mucho más frecuentemente en hombres. En el trastorno de Rett hay un patrón característico de desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco pobremente coordinados, en los años preescolares pueden manifestar dificultades en la interacción social parecidas al trastorno autista, pero estas son transitorias.

Trastorno de Asperger, se caracteriza por su incapacidad grave y permanente para la interacción social y la presencia de pautas de conducta, intereses, actividades repetitivas y restringidas. Se distingue del Autismo por la ausencia de retraso o desviación en el desarrollo temprano del lenguaje. En el trastorno autista son frecuentes síntomas de exceso de actividad e inatención, además aparecen anomalías significativas en las áreas de interacción social, lenguaje y juegos, mientras que en el Asperger no hay retrasos significativos precoces ni en las habilidades cognitivas ni en las verbales.

2.1.7.2 Desventajas y Problemas de la Niñez

Sordera: los niños que nacen sordos tienen muchos problemas en el aprendizaje de la comprensión y el uso del lenguaje hablado, por ello pueden ser socialmente retraídos y difíciles en su conducta y tener varios síntomas que se ven en los niños autistas, especialmente en sus primeros años. Pero son capaces de aprender gestos, hacer mímica, leer en los labios y emplear el lenguaje de los dedos, es decir cuando aprenden una forma de comunicación no se retraen como los niños con trastorno autista.

Mutismo selectivo: en esta condición el niño es capaz de hablar, pero permanece mudo en algunas circunstancias. Lo más común en este trastorno es que, aproximadamente a los cuatro o cinco años de edad, el niño muestre falta de voluntad para hablar en situaciones extrañas o con gente desconocida y es muy frecuente que hable en casa y no en la escuela. En el trastorno autista el niño no se relaciona de manera directa con los que le rodean, el niño con autismo en todos los ambientes parece no tener intención de interactuar, sin embargo lo hace porque no sabe como comunicarse y en el mutismo no hay interés para hacerlo.

2.1.8 TIPOS DE TRATAMIENTO

Se han utilizado diversos métodos terapéuticos para tratar a los niños con autismo. La tendencia actual es emplear los métodos educacionales, dado que el desarrollo estructurado de las habilidades es lo que mejor funciona con estos niños. Sin embargo existen diversos tipos de terapia o tratamiento para mejorar la sintomatología.

2.1.8.1 Terapia de Fármacos para Síntomas Específicos

La terapia de fármacos se considera normalmente auxiliar de otro tipo de terapias, y no una terapia en si misma. Solo debe usarse si los padres y el médico están de acuerdo en que la situación de los síntomas del niño/a realmente amerita este tipo de intervención; además solo debe seguirse si existe un control médico adecuado y si el niño/a estará cuidadosamente en su hogar y en la escuela, de modo que si se presenta cualquier tipo de efectos colaterales o reacciones negativas inesperadas o sobredosis, estas pueden reconocerse de inmediato (Paluszny, 2004).

Generalmente, los niños/as muestran menos efectos colaterales a las drogas o medicamentos que los adultos, así como mayor variabilidad en dosis apropiada (es decir, la dosis no siempre puede predecirse a partir del peso o la edad). Aún más, de acuerdo con principios generales, administrar medicamentos a un organismo en crecimiento y particularmente a un niño con autismo que no puede hacer saber su malestar físico relacionado con el medicamento (boca seca o mareos) requiere una consideración cuidadosa para determinar si la terapia farmacéutica es realmente necesaria. Como afirma Reiser (1963): “las drogas que modifican la actividad motora, la angustia y la reactividad emocional de un/a niño/a, lo aíslan aún más de sus sentimientos interiores y de su mundo externo, y pueden borrar señales importantes que necesitan tanto los padres como el terapeuta”.

La prescripción médica usualmente es utilizada para controlar la conducta agresiva o ansiosa que es insuficientemente controlada por otros medios, o que parece ser una interferencia severa en el aprendizaje y las habilidades adaptativas de los/as niños/as.

También es bastante frecuente la epilepsia en algunos niños/as con trastorno autista. Los ataques pueden ser evidentes cuando el/la niño/a con autismo crece (por ejemplo, en la adolescencia) o aun desde una edad temprana. En cualquier caso, los ataques deben controlarse totalmente. Uno de los medicamentos que se usa comúnmente como parte del régimen para los trastornos convulsivos es el fenobarbital, pero como este tiende a aumentar la hiperactividad y la agresividad debe evitarse emplearla en el tratamiento de niños/as con autismo y mejor emplear otros medicamentos anticonvulsionantes.

Por otro lado también para los problemas de sueño (dificultad para acostarse y quedarse dormido o caminar durante el sueño) pueden causar una complicación muy seria en el hogar del niño/a con autismo. Se deben administrar medicamentos ocasionalmente y solo en caso de que otros métodos para controlar este problema hayan fracasado, la medicación para el niño/a con esta condición posee un valor muy limitado. Los fármacos se usan para aliviar síntomas específicos, primordialmente para las conductas agresivas o automutilantes y para la sedación nocturna. Aun en estos casos, la terapia por medio de medicamentos debe darse sólo como parte de un programa terapéutico total, pero primero se deben probar otros enfoques.

La medicación debe ser supervisada cuidadosamente por medio de la observación de la conducta, de los exámenes físicos y de los análisis de laboratorio pertinentes, y los fármacos deben modificarse o suspenderse si existen efectos colaterales o falta de respuestas deseadas.

2.1.8.2 Terapia de Modificación de Conducta

Hoy en día, la modificación de la conducta es el enfoque terapéutico principal empleado con los niños/as con trastorno autista. Este tipo de terapia ha sido comparado con la terapia de juego y con la terapia de descubrimiento, y parece que es la más eficaz con estos niños/as.

La modificación de conducta está basada en la teoría del aprendizaje y enfoca las perturbaciones del/ la niño/a sobre las circunstancias externas. La causa real de la condición del niño no es realmente importante, sino más bien la conducta del/la niño/a se observa como respuesta a los estímulos externos. El tratamiento tiene por objeto no descubrir la razón por la que el/la niño con autismo no habla o no juega, sino enseñarle como llevar a cabo estas funciones.

En este método de terapia se siguen varios pasos:

- a) El terapeuta de la conducta debe definir primero los síntomas que se modificarán, ya sea una conducta que debe eliminarse o una conducta que debe incluirse.
- b) Identificar las pistas o los estímulos que producen esa conducta.
- c) Diseñar un plan de terapia.
- d) Mediante reforzamientos positivos y/o negativos, en pasos planeados, el terapeuta debe hacer que las respuestas de los/as niños/as se dirijan hacia la conducta deseada.

Al definir los síntomas que deben modificarse, es necesario establecer prioridades. Primero, se deben seleccionar los síntomas más críticos por modificar; por ejemplo a largo plazo, la habilidad para construir el lenguaje quizá se juzgue como la más importante para desarrollar otras habilidades, pero si el/la niño/a muestra una conducta agresiva y tiene explosiones de conducta automutilación, estas conductas deben tener prioridad. Después de las conductas peligrosas tanto para el niño/a como para los demás que ya se eliminaron, la atención debe centrarse en la promoción de otras habilidades del desarrollo como el lenguaje, el control de esfínteres, o que el/a niño/a coma por sí solo/a.

Después de establecer una jerarquía de los síntomas específicos, o de las áreas de desarrollo de las habilidades, el terapeuta debe observar al niño o niña con el fin de determinar las señales o los estímulos que producen esas conductas. Con la conducta automutilante, al igual que con otras conductas indeseables, primero se trata de erradicar la conducta, para lo cual se usa el acercamiento más positivo, al menos dañino, de manera general.

El enfoque más positivo para tratar de eliminar una conducta negativa es empezar a reforzar al niño por una conducta diferente y positiva. En teoría, cuanto más frecuente se haga la conducta positiva que se refuerza, la conducta negativa será menos frecuente.

Otra técnica de modificación de conducta se basa en la observación de que los/as niños que muestran problemas negativos muy severos elicitán mucha atención de parte de quienes los rodean, por lo que son reforzados por una conducta negativa. En las terapias de modificación de conducta, también se ha utilizado una variedad de procedimientos de castigo como reforzadores negativos. Estos varían desde privación de alimentos, de afecto o de otros procedimientos de restricciones y aun a estímulos aversivos mucho más activos, sin embargo debe tenerse más precaución.

El mayor impulso de la terapia con los/as niños/as con autismo está en el área de la construcción de nuevas habilidades y la eliminación de reacciones negativas es solo el primer paso para llevar a cabo este procedimiento.

Al promover el desarrollo positivo, se ha empleado el reforzamiento sistemático de varias habilidades con niños con trastorno autista, las cuales varían desde el simple hecho de poner atención hasta el establecimiento del auto cuidado (como el control de esfínteres o el comer por si solo) y de habilidades más complejas (como la adquisición del lenguaje). Para promover una conducta simple (como prestar atención), el/la niño/a puede ser reforzado con comida (o con otros métodos) a actos tan simples como que haga un contacto ojo a ojo, y cada vez lo que haga.

En resumen, la modificación de conducta es, por el momento, la base del trabajo terapéutico más importante para los/as niños/as con autismo.

Los terapeutas deben usar los reforzadores positivos cuando sea posible, pero también los reforzadores negativos, es decir, privar de un reforzador positivo o usar estímulos aversivos cuando sea necesario y resulte de utilidad, especialmente para eliminar las conductas que

obstruyen el trabajo más constructivo con el niño/a. Frecuentemente, se usa en el salón de clases el condicionamiento operante, pero esto se estudiará con mayor detalle un poco más adelante.

2.1.8.3 Los Padres como Terapeutas

Al estudiar a los padres de los niños con autismo, es difícil separar aquello que construye la relación padre- hijo de lo que sería una “terapia”. De cualquier forma, es prudente recordar que muchos otros aspectos de la interacción padre- hijo son terapéuticos.

A continuación se presentan una serie de terapias que realizan los padres con sus hijos/as con autismo.

2.1.8.4 Terapia de Intercambio Social

Para el propósito de la terapia, Kozloff describe al autismo como una serie de conductas que pueden modificarse. La conducta es un intercambio en el que participan los padres y el niño con autismo y los intercambios pueden ser iniciados o recíprocos, es decir, contestados.

Los padres inician un intercambio por medio de una “señal de intercambio” ya sea por una orden “haz tu cama” o mediante un convenio “cuando hagas tu cama, podrás salir a jugar”. Después que el padre ha efectuado una petición, el niño contesta de manera que obedece o no. Así pues, el padre recíproca e inmediatamente gratifica la conducta (ya sea con reforzamiento tangible, comida o juguetes, o no tangibles, como un elogio o un cariño). Si el niño no obedece, el padre deberá tener mucho cuidado de no reforzar la conducta por medio de una atención negativa; en vez de ello puede ignorarle. El padre puede también castigarle o retirarle algo que el/la pequeño/a considere de valor, también debe sentarse cerca del niño/a y mediante el empleo de reforzadores comestibles o de otro tipo, deberá seguir paso a paso la técnica de enseñanza de las diversas habilidades del niño. Algunas de las áreas en que se trabaja específicamente son: el contacto ojo a ojo, el desarrollo de la conducta constructiva (enseñar al niño a jugar y otras habilidades principales mediante el aprendizaje de la manipulación de objetos), la imitación motora y la terapia del lenguaje.

2.1.8.5 Terapia del Desarrollo

Schopler y Reichler en 1971, pusieron en marcha un programa basado en muchos de los principios generales mencionados como parte común de los programas en los que se emplea a los padres como terapeutas. Existe un periodo inicial de observación/ entrenamiento, y de ahí en adelante se

vigila y controla la terapia hecha en casa. Además de mostrar al terapeuta profesional como trabaja el padre o la madre con el niño/a en casa durante las sesiones estructuradas, los padres se encuentran con él en otra hora para discutir los problemas cotidianos que no se relacionan inmediatamente con las sesiones estructuradas, como las perturbaciones del sueño o el control de esfínteres. Las sesiones estructuradas se vinculan con cuatro áreas, a saber:

a) Relaciones humanas

En esta área, se alienta al niño a relacionarse con el adulto y no se le permite que evite esta interacción. Se previene conductas como la auto estimulación, el aislamiento, el tratar de huir, etc., mientras que los contactos iniciales se refuerzan con comida, juguetes o con otros medios.

b) Motivación a la aptitud

Aquí la meta es ayudar al niño a desarrollar placer e interés por sus juguetes y sus materiales educativos. Se alienta al mismo tiempo la exploración y otras habilidades necesarias para jugar.

c) Funciones cognoscitivas

El énfasis mayor se centra en el desarrollo de la comunicación tanto receptiva como expresiva, lo cual se tiene que adaptar a cada niño de manera individual. Puede ser que un niño se dedique primero a las conductas imitativas, mientras que otro quizá empiece a ser alentado para hacer sonidos o identificar objetos por su nombre. En niños que se desempeñan con un entendimiento mayor, se puede trabajar con conceptos abstractos y con oposiciones, como la diferencia entre arriba y abajo, etc.

d) Funcionamiento perceptual motor

La coordinación y la conciencia que el niño tiene de su cuerpo se promueven mediante los ejercicios de coordinación ojo- mano y los ejercicios motores gruesos. Una vez más, se tienen en cuenta las variaciones individuales, pues quizá un niño necesite la manipulación pasiva de sus extremidades para desarrollar la conciencia de su propio cuerpo y su coordinación, mientras que otro niño puede estar aprendiendo a diferenciar figuras y después conocer las letras.

Al evaluar el progreso Schopler y Reichler encontraron que los niños con autismo, generalmente trabajan mejor en situaciones estructuradas; sin embargo, el grado de estructuración necesaria estaba relacionado con el nivel de desempeño del niño. A medida que el nivel de desempeño del

niño con esta condición era más bajo, la estructuración necesaria era mayor, mientras que un niño con desempeño alto podía manejar menos estructuración. Parece que en las etapas iniciales se necesitaba también mayor estructuración para permitir el aprendizaje, y después, una vez que se dominaba cierta habilidad, se requería menos estructuración para la práctica de la habilidad adquirida. Por tanto, los investigadores estiman que un condicionamiento operante rígido no siempre es el mejor enfoque.

2.1.8.6 Enfoque Basado en el Hogar

No obstante que este enfoque es similar en muchos aspectos a los otros, Howlin y colaboradores describieron muy cuidadosamente las conductas que deben alentarse o desalentarse, así como los procedimientos reales y el tiempo que se requiere para lograr los resultados. El programa total, en términos de evaluación inicial, entrenamiento a los padres, vigilancia y control, es similar a los otros, pero el énfasis inicial recae en tratar de cambiar aquellas conductas que se dificultan más a los padres (como conductas ritualistas, entrenamiento de esfínteres, habilidades para el autocuidado, seguridad en la calle e hiperactividad). También se pone mayor énfasis en el desarrollo del lenguaje.

En resumen, la terapia para los niños con trastorno autista está en progreso, pero todavía conlleva muchos problemas y múltiples preguntas sin respuesta. Por el momento, la modificación de la conducta (a veces empleada con mediación adjunta) se ha utilizado de manera eficaz para disminuir los problemas de conducta específicos. El desarrollo de nuevas habilidades se ha enfocado por medio de varias técnicas educacionales y mediante el entrenamiento a los padres. Emplear a los padres como terapeutas es eficaz desde el punto de vista de ayudarles a aprender las habilidades para manejar a su hijo. Esto también puede servir como una manera útil de integrarlo a su hogar y a la escuela.

Entre las técnicas o programas educacionales vale la pena citar:

1. Terapia para el Desarrollo del Centro Rutland (Georgia)
2. Programa de Intervención Regional (Rip)
3. Programa Teach de Carolina del Norte
4. Programa del Centro Judevine
5. Programa de Desarrollo del Lenguaje

La programación educacional eficaz para los niños con autismo ya no es un sueño, sino una realidad, de modo que el próximo objetivo, también el más importante, es hacer esta realidad válida para todos los niños con este trastorno y sus familiares.

2.1.9 PRONÓSTICO

Desde la precocidad en la aparición de este síndrome, anterior a los 30 meses, el trastorno es extremadamente incapacitante y crónico. La evolución del autismo infantil depende en gran parte de dos factores: del nivel de inteligencia y del desarrollo del lenguaje comunicativo.

Cerca del 40 por 100 de los niños autistas tienen un nivel intelectual inferior a 50, siendo un 30 por 100 el que tiene un coeficiente intelectual de 70 o superior. Cuanto más se acerca al nivel intelectual a los valores normales (90-100), más posibilidad habrá de un buen pronóstico. Si este coeficiente intelectual se relaciona con un nivel aceptable de utilización y comprensión del lenguaje, ambos factores serán el mejor criterio para evaluar la evolución del trastorno (Leo Kanner 1943).

En ese sentido, Kanner y Rutter creen que los mejores pronósticos corresponden a los niños (as) que no presentan insensibilidad profunda a los sonidos, que hablan prácticamente a los 5 años y en los que la fase de ecolalia es pasajera.

De los casos diagnosticados de autismo infantil solo un pequeño porcentaje es capaz de llegar a hacer una vida independiente y ello sin tomar en cuenta de que siguen persistiendo signos menores del trastorno.

Es importante destacar que no solo el nivel de coeficiente intelectual es el determinante para una adaptación y evolución adecuada en función del desarrollo de las y los niños con trastorno autista, sino también del grado de involucramiento que los padres tengan en los programas terapéuticos de sus hijos/as y el conocimiento sobre este trastorno que les permita dar el cuidado y estimulación necesaria a la condición de sus hijos/as. Además debe existir una diversidad de recursos y profesionales de las diferentes ramas de la medicina especializados en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

2.2 LOS PADRES DE FAMILIA ANTE UN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO AUTISTA EN UN HIJO/A

“La vida de las personas con autismo es muy dura porque su condición no se manifiesta a primera vista y es difícil de entender” Stanton

Tener un hijo es uno de los acontecimientos vitales más importantes para un ser humano. Los vínculos afectivos entre padres e hijos, así como las emociones que se ponen en juego, son normalmente intensos. Una hija o un hijo es siempre fuente de ilusiones y miedos. El hecho de que ser padres sea algo habitual no significa que sea fácil, y cuando el hijo tiene alguna dificultad grave todo puede resultar especialmente difícil (Paniagua, 1999).

Normalmente, los padres de un niño/a con Trastorno Autista disfrutan durante un tiempo de la enorme felicidad que supone el tener un hijo/a, un niño que todo el mundo considera que se desarrolla como cualquier otro. Sin embargo, en un momento del desarrollo, normalmente a partir del primer año, empiezan a aparecer ciertos comportamientos que desconciertan a los padres, síntomas que les provocan una inquietud que aumenta con el paso del tiempo. El rechazo al contacto afectivo, la falta de respuesta a las instrucciones verbales, el juego repetitivo, son aspectos que impactan profundamente. En muchas ocasiones ante estas señales los padres buscan respuestas en los profesionales, especialmente en los pediatras, respuestas que no encuentran, cualquiera que sea este momento, siempre promueve una crisis familiar.

El hecho de que la mayoría de los niños con autismo no presentan alteraciones físicas evidentes dificulta la toma de conciencia del problema. Frecuentemente el autismo frustra la realización primera de las intensas emociones de crianza que se derivan de la preparación biológica para la reproducción según lo explica Rivière. La crisis ante la dificultad del hijo/a implica la ruptura de todo lo depositado en él/ ella desde antes de su nacimiento. Todos los padres, más allá de los temores presentes durante el embarazo, tienen expectativas de un hijo/a con desarrollo normal, sano y sin problemas. Para ellos la gestación del hijo/a representa el deseo de proyección hacia el futuro, es decir el anhelo del hijo/a es un fenómeno mental que tiene que ver con vivencias de continuidad, contrarrestando ansiedades de propia desaparición, con un intento de eludir el destino inexorable de todo ser humano: la propia muerte. El nacimiento del nuevo ser representa un bastión que reasegura la inmortalidad de sus progenitores; que se vinculan con fantasías de perennidad y aun de eternidad.

El hecho de que la mayoría de los niños con autismo no presentan alteraciones físicas evidentes dificulta la toma de conciencia del problema. Frecuentemente el autismo frustra la realización primera de las intensas emociones de crianza que se derivan de la preparación biológica para la reproducción. Presentar rasgos físicos normales, unido al hecho de que en muchos casos manifiestan niveles aceptables en algunas áreas evolutivas, genera enormes dudas a los padres, llegando a creer que su hijo puede presentar algún problema pero no un trastorno grave e irreversible como es el autismo. Si a esto añadimos el que los propios profesionales suelen responder ante las inquietudes de los padres, tranquilizándoles y asegurándoles que su hijo no tiene ningún problema, y que intenten comportarse como padres normales, y no analizar tanto la evolución de su hijo, podemos entender la enorme incertidumbre por la que pasan estas familias. Esperanza y desesperanza conviven generando un efecto doloroso en quienes observan un niño de apariencia normal, con un desarrollo también normal en el primer año pero con una serie de pautas extrañas de conducta, con una especie de soledad, de indiferencia hacia las personas.

La toma de conciencia en el caso del autismo es especialmente difícil puesto que se trata de un trastorno asociado a una cierta ambigüedad debido, entre otros aspectos, a la amplia variabilidad del pronóstico, a la ausencia de marcadores biológicos, a la dificultad de los padres para detectar síntomas tan sutiles como los que caracterizan al autismo en sus primeras etapas, a la gran variabilidad que presenta. El autismo no es un trastorno uniforme, ni absolutamente demarcado, y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados.

2.2.1 RECEPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO

La constatación por parte de los padres de que su hijo/a padece Autismo, es muy difícil de asimilar. Generalmente no pueden creer lo que les dice el especialista, no es posible que su hijo/a padezca autismo, un trastorno del desarrollo, hoy por hoy incurable y que requiere de tratamiento e intervención educativa lo antes posible y en un porcentaje alto de casos, de por vida.

Hasta llegar a oír este diagnóstico, en muchas ocasiones, los padres han pasado por un verdadero calvario, un ir y venir de consulta en consulta, de especialista en especialista, desplazándose incluso de ciudad en ciudad, y por que no decirlo a veces también de país en país. La sospecha de

que algo ocurre es confirmada por diversos profesionales, pero no existe el acuerdo respecto a lo que verdaderamente está ocurriendo.

Los padres suelen disponer de un repertorio amplio de historias, en muchos casos verdaderas historias de terror, sobre el tiempo que tardaron en diagnosticar a su hijo/a después de recurrir a la ayuda profesional. Es muy probable que hayan tenido que acudir a muchos especialistas hasta dar con la persona adecuada (Frith, 2004).

El peregrinaje en busca de un diagnóstico fiable, es sin duda una etapa difícil de superar, no sólo porque puede durar bastante tiempo, sino también por el enorme desgaste que genera en los padres. Por este motivo, es muy importante que los padres reciban un diagnóstico lo más pronto posible, ya que saber la verdad, por terrible que sea, es el principio de la aceptación de la realidad y es lo que abre el camino para empezar a actuar. Recibir el diagnóstico es un alivio muy deseado, un extraño sentimiento cuando se recibe una noticia tan devastadora. Los padres sienten que su búsqueda ha terminado y que al menos pueden empezar a comprender y a darle sentido al mundo de su hijo/a. El diagnóstico de Trastorno Autista puede ser un alivio para las familias al saber por fin lo qué le ocurre a su hijo, pero generalmente es un proceso doloroso, y el alivio es corto.

2.2.2 REACCIONES DE LOS PADRES ANTE UN DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

Aceptar y comprender que un hijo tiene una discapacidad es un proceso que va más allá del mero conocimiento del hecho. Como cualquier suceso doloroso, la asimilación de esta situación dura un tiempo e incluso en algunos casos no llega a completarse nunca.

El duelo por “el hijo sano que no está”. Todo momento de crisis trae consigo situaciones de pérdida que conllevan la necesidad de elaborar duelos. En el caso del enfrentamiento a un diagnóstico de Autismo existe una necesidad de un “trabajo de duelo” indispensable, hay que procesar el duelo por el hijo que no nació para poder conectarse y dar lugar al hijo/a real, con su déficit o condición de autismo.

La práctica muestra que la sucesión de fases puede variar en cuanto al tiempo de duración y la intensidad de estas; puede faltar alguna de ellas o alterarse el orden en que se presentan.

a) Fase de Embotamiento de la Sensibilidad

Acontece en los momentos inmediatamente posteriores de la confirmación diagnóstica, y puede durar desde algunas horas hasta semanas.

Para los miembros de la familia es como un adormecimiento de la sensibilidad, a menudo interrumpida por estallidos de cólera y/o episodios de aflicción sumamente intensas.

Están todos como en estado de shock, aturdimiento y confusión. Los padres hasta pueden mostrar cierto desapego del hijo, y de la situación que están atravesando. Este estado aparece expresado en frases paternas como las siguientes: "Es como si me hubieran dado un mazazo en la cabeza y estaba como aturdido", "Me sentía como en un sueño del que iba a despertar" "todo era como irreal", "Era como si le estuviera pasando a otro y no a mí".

b) La Fase de Anhelos y Búsqueda de la Figura Perdida

Se manifiesta cuando los miembros de la familia comienzan a percibir, aunque sea de manera episódica, la realidad de la situación que están atravesando, pero se acompaña de un intento de no admitirla.

En lugar de la tendencia a no aceptar que la persona perdida ha muerto, como ocurre ante un fallecimiento, en este caso lo que los miembros de la familia se niegan a aceptar el diagnóstico. Hay un sentimiento de incredulidad ante la noticia e intentos de revertir lo irreversible, es un "*si veo lo que está pasando*", pero al mismo tiempo "*no puede ser, no me puede suceder esto a mí*", "*no puedo creerlo*", "*el médico se pudo haber equivocado*", "*no puede ser tan grave*", "*Se puede curar*".

La desmentida es un mecanismo de defensa que puede estar en la base de esta conducta paterna: es si pero no. Ante el daño del hijo hay registro por momentos de la realidad de la pérdida, pero inmediatamente es desmentido. Como manifestación de esta fase hallamos las recorridas por los diferentes médicos en la búsqueda de aquel que diga que el diagnóstico está equivocado.

También puede surgir *la indiferencia*, cuando la actitud de descreimiento es parcial puede funcionar como una defensa contra sentimientos de dolor, tristeza muy intensos. Cuando es muy acentuada impide a la pareja paterna conectarse con el diagnóstico y con la propuesta terapéutica que los profesionales le hacen.

Los padres también pueden asumir sentimientos de culpa como propios y colocarlos en otras personas a quienes responsabilizan por el daño del hijo, en Dios o en el destino. Cuando se

atribuyen la culpa así mismos, se acompaña de auto reproches, acusaciones y auto castigos, estos sentimientos de culpa pueden basarse en hechos reales o en la fantasía.

La mala información y los mitos que los padres tienen acerca de las enfermedades y las deficiencias pueden provocar intensos sentimientos de culpa no justificados. Dice Bowlby (1976): *“La búsqueda inquieta, la esperanza intermitente, el desengaño repetido, el llanto, la tristeza, la rabia y la ingratitud son los rasgos de estas fases de duelo y deben entenderse como expresiones de la imperiosa necesidad de encontrar y recuperar a la persona perdida”*.

c) Fase de Desesperanza y Desorganización

Las formas de respuestas instrumentadas por los padres hasta entonces se vuelven inapropiadas. Empieza a aparecer como respuesta emocional el sentimiento de que ya nada puede hacerse, que no se puede volver la situación hacia atrás, y se cae en depresión, apatía, sentimientos de vacío.

Estas respuestas emocionales se pueden acompañar de un abandono del hijo/a y o de si mismos, deseos de huir. O sea, predominan sentimientos de impotencia, desesperanza de recuperar lo anhelado y perdido. Esto puede traer como consecuencia la desorganización de la acción, la falta de voluntad y fuerza de lucha.

Es el momento en que más se manifiesta la sensación de que se hacen añicos todas las ilusiones e ideales depositados en su hijo/a.

d) Fase de Organización

Si el duelo sigue un curso favorable hay un momento, variable, en cada familia, en el que se logra una renuncia a la esperanza de tener un hijo/a saludable y de una vida común, esta fase se caracteriza por una atenuación gradual de las intensas reacciones emocionales que distinguieron las etapas previas, es un momento en el cual se llega a un lento reconocimiento a aceptación de lo irreparable de la pérdida.

Es decir, la familia logra incorporar al niño a la vida del grupo, rearmando una nueva organización en la que se le da a este hijo/a un lugar, que no será el más importante pero tampoco subvalorado y/o marginado.

2.2.2.1 Efectos Ocasionados por el Diagnóstico de Autismo en el Sistema y Dinámica Familiar

Cualquier patología de uno de los miembros del grupo familiar, como es el autismo en un hijo, modifica no sólo el contexto y el clima familiar, sino también a las personas que integran la familia

y a las relaciones existentes entre ellas. Las interrelaciones y el ambiente de la familia se ve alterado de tal modo que es necesario que todos los miembros intenten adaptarse a la nueva situación de forma que la familia siga disfrutando de un ambiente sano, cálido y sereno.

La persona con autismo desde muy pequeña no puede interactuar normalmente con sus padres y estos no pueden, por mucho que lo deseen establecer con ellos una relación normal. Los comportamientos cotidianos de interacción entre un niño y una madre, tales como el contacto ocular, la mirada, la sonrisa, los gestos, las posturas, el acercamiento, el abrazo, etc., no ocurre entre un bebé con autismo y su madre. Este hecho tan importante tiene sus consecuencias en las primeras interacciones que la madre establece con su bebé, pero también en los sentimientos de la madre que no va a ver realizado su rol de madre, pudiendo afectar a la relación con su pareja y con el resto de los hijos.

El tener un hijo o hija con autismo normalmente produce un impacto que afecta enormemente a la vida familiar, pudiendo distorsionar el ambiente familiar. Los padres de un hijo con autismo van a tener que afrontar graves dificultades. El autismo causa frustración, estrés, confusión en la familia. Puede producir en los padres problemas emocionales especiales, ya que se diagnostica transcurridos los primeros años de vida, el desarrollo físico del niño no presenta ningún motivo de alarma y a veces incluso tiene tales habilidades que no parece que tenga un problema (Wing, 1998).

No es lo mismo saber que un hijo está enfermo que convivir con él cada día, luchando continuamente por lo relativo a sus alteraciones del lenguaje, su comportamiento agresivo o inhibido, su carencia de habilidades sociales, su incomunicación, estereotipias, conductas autolesivas y destructivas, etc., en una palabra por esa interacción que es preciso establecer con él y que aparece quebrada.

A todo esto deben añadirse otras circunstancias que ahondan todavía más el sufrimiento e incompreensión de los padres, y en especial de la madre, como son la pérdida de expectativas de control sobre la conducta del hijo, las atribuciones negativas que sobre él hace, el miedo al futuro, la renuncia a su trabajo, las cargas económicas adicionales que ello supone, la escasez de recursos económicos, etc.

El riesgo de estrés en estas familias, tal y como ya se ha comentado, es muy alto y con ello, el riesgo de vivir en un clima constante de tensión y angustia. El estrés ejerce un efecto negativo

sobre el clima emocional, las relaciones de la familia con amigos, las actividades de ocio, la organización económica familiar, la actividad y dedicación de la madre fuera del hogar, las interacciones dentro del núcleo familiar y, en general, el equilibrio psíquico y físico de los adultos de la casa.

De manera resumida podemos decir que la dinámica familiar se puede ver afectada por varios agentes: la autoatribución y atribución de tareas y roles, entre el padre y la madre, en cuanto al cuidado del hijo con autismo; el grado de sensibilidad (resistencia) de cada uno de los miembros de la pareja hacia los problemas que presenta su hijo/a; el apoyo recibido por parte del cónyuge; la satisfacción conyugal y la felicidad personal de cada uno de ellos; la percepción que los padres tienen de los diversos trastornos asociados al autismo y su valoración sobre el nivel de estrés que cada uno conlleva; el entorno social.

Tener unas expectativas realistas con respecto al hijo/a con autismo y mantener un clima familiar de calidad son dos aspectos fundamentales en la convivencia y que previenen de posibles complicaciones a nivel personal, familiar y social.

Si bien es cierto que la calidad de la comunicación familiar varía con el tiempo y con las etapas evolutivas de la vida, es preciso que los padres y los hijos no pierdan el contacto mutuo con los aspectos importantes de sus vidas. Los secretos familiares, los significados implícitos y los silencios son los mayores enemigos para el desarrollo de una buena comunicación familiar (Harris, 2001). Cuando una persona con autismo llega a un sistema familiar la comunicación está amenazada y vulnerable por la necesidad de ocultar el dolor, la incertidumbre, la rabia y las preocupaciones con el fin de mantener la homeostasis familiar.

Los hermanos comparten las crisis de la vida y los ritos de transición esenciales para la identidad cultural y social, por esto las relaciones fraternas tienen una gran trascendencia psicológica y evolutiva.

La calidad global de la vida familiar tiene una influencia importante en la forma de relacionarse los hermanos. Es más probable que los padres que formen una buena pareja y resuelvan sus diferencias, tengan hijos que hagan lo mismo. Del mismo modo es fácil que los hijos de padres que los atiendan bien mantengan unas buenas relaciones. Para ser un padre o una madre que cumpla bien sus funciones hace falta una serie de cualidades como transmitir respeto, cariño y amor, ser coherente con respecto a las expectativas y reglas, establecer límites claros ante las conductas inadecuadas de los niños y facilitar unas rutinas infantiles previsibles pero flexibles. En las familias

en las que haya problemas graves entre los padres, los hermanos pueden ser una fuente de apoyo mutuo importante, pero estas relaciones no pueden reemplazar el amor y el saber de un progenitor competente. Todo esto pone de manifiesto la gran importancia de que los padres mantengan un matrimonio sano, no sólo para ellos mismos sino también para sus hijos. La interacción entre los hermanos es extremadamente sensible a la calidad de la interacción entre los padres.

Por otra parte es importante destacar que las familias que tienen hijos con dificultades similares se convierten en fuente insustituible de apoyo emocional e información. La vía para establecer nuevos contactos son las asociaciones de padres de personas con discapacidades. Inicialmente muchas familias no buscan espontáneamente esta vía de asociación, con frecuencia la pertenencia a una determinada asociación se inicia por la posibilidad de recibir un servicio o por la recomendación de los profesionales que atienden a la familia. No obstante es importante tener en cuenta que el contacto con otros padres que viven situaciones similares debe contar con algunas garantías, ya que no todas las familias están en condiciones de servir de apoyo efectivo a otros padres.

2.2.2.2 La familia y la Discapacidad

Aquí es necesario realizar la definición de tres conceptos básicos, al momento de hablar sobre el trastorno autista, por ello la Organización Mundial de la Salud propone una terminología que resulta clave. Esta se propuso en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM).

Así mismo, no podemos hablar de los términos relacionados con la significación de disminución sin hacer una breve alusión al concepto de salud.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS): *“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones y enfermedades (1946)”*.

Para acostumbrarnos a utilizar bien el lenguaje y no discriminar a nadie por un mal uso de los conceptos es bueno distinguir de manera precisa entre tres términos que utilizamos habitualmente, a veces como si fueran equivalentes, pero que en realidad tienen significados diferentes: disminución, discapacidad y minusvalía.

Cómo ya hemos dicho anteriormente, la OMS define cada uno de estos términos en la Clasificación Internacional de Disminución, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

1. Deficiencia:

“Es toda perdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica.”
Así, según la CIDDM y desde el punto de vista de la salud, *“una deficiencia es toda perdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de éste.”*

2. Discapacidad:

“Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”. Para la OMS. Vendría a ser la consecuencia que la deficiencia produce en la persona.

3. Minusvalía:

“Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.”

La situación de desventaja a la que alude la OMS, se manifiesta en la relación entre la persona y su entorno. Estos tres conceptos se relacionan de la siguiente manera: A una persona, una enfermedad o un trastorno, le puede producir una deficiencia (en una parte de su cuerpo, por ejemplo), que en consecuencia genera una discapacidad (como una disminución en el funcionamiento de esta parte del cuerpo), lo que puede significar una minusvalía cuando interactúe con el entorno. Así, estas definiciones se relacionan de la siguiente manera:

Enfermedad o trastorno → deficiencia → discapacidad → minusvalía

Ahora teniendo claro cada uno de los términos antes mencionados se puede explicar la dinámica que hay entre la familia y la discapacidad.

Son muchos los teóricos, entre ellos Ackerman y Minuchin (1982), que caracterizan a la familia como un sistema en continuo cambio y transformación. Vale decir en el transcurrir vital de todo grupo familiar hay sucesivos momentos que implican embates y nuevas problemáticas que van a conducir a crisis, para dar lugar a nuevos ajustes, esta transición provoca estrés en la familia, es decir en la medida que signifiquen cambios implican estrés.

Este continuo cambio, también es válido para la familia con un miembro con una discapacidad, el enfrentamiento al hecho de la discapacidad se verá influido por el momento del individuo o de la familia en el que acontece.

Para Freixa Niella (2000) el mayor estrés para estas familias es el futuro. La falta de servicios para las personas con alguna discapacidad en la adultez es cada vez más numerosa, en donde la incertidumbre y la poca experiencia de las leyes provocan que este estrés se convierta en miedo.

2.2.3 AJUSTE QUE HACE LA FAMILIA PARA ADAPTARSE A LAS NUEVAS DEMANDAS QUE SE VAN PLANTEANDO A LO LARGO DEL TIEMPO

La convivencia en el hogar de un niño/a con trastorno autista suele ser difícil, las familias se ven sometidas desde el principio a modificaciones severas de su régimen de vida habitual con limitaciones exageradas de su independencia. Las adaptaciones físicas de las viviendas, la disminución del tiempo libre, las restricciones de la vida social, la incertidumbre frente a un futuro que se prevé oscuro y al mismo tiempo incierto, la polarización de la vida familiar alrededor del miembro con autismo modifican tanto la vida de la familia que se requiere llevar a cabo ajustes en la vida familiar que permitan una vida lo más armónica posible.

Ante un problema tan complejo como es el trastorno autista, los conocimientos generales y el sentido común de los padres que, normalmente son suficientes para criar y educar a la mayor parte de los niños, no lo son en este caso. Los padres tienen que aprender a vivir con un hijo/a con unas características especiales que exige unas adaptaciones importantes en todos los sentidos. La vivienda tiene que reorganizarse al igual que cada una de las personas que convivan en el hogar familiar.

Para hacer frente al estrés que supone tener un hijo/a con T.A. y mantener un clima familiar aceptable, cada familia dispone de unos recursos que pueden ser muy distintos en cada caso. Estos recursos pueden referirse a las características de personalidad, motivaciones y valores de los componentes de la familia y de la forma de relacionarse entre ellos; de la unidad familiar y de la atmósfera que reina en el hogar; y/o también de los apoyos externos que proporcione la comunidad.

Los sistemas de valores y creencias de la familia son los factores más importantes que influyen en la adaptación y en la capacidad de resistencia y flexibilidad de las familias. Estos sistemas comprenden la visión que se tiene sobre el mundo, los valores y las prioridades. Las visiones sobre el mundo consisten en las opiniones de la familia sobre el ambiente social y cultural y sobre el sitio que ocupa esa familia en el mundo. Los valores familiares se refieren a los principios fundamentalmente operativos por los que la gente dirige sus vidas y organiza las vidas de sus familias. Las prioridades de la familia tienen que ver con las actividades y roles que consideran más importantes.

En muchas ocasiones la familia debe optar por modificar físicamente la vivienda para poder hacer frente a los efectos de los problemas de conducta que presenta la persona con TEA o T.A.

También es preciso modificar la forma de comunicación. Las personas con TEA tienen un lenguaje particular, miran el mundo desde una perspectiva singular y se perciben a sí mismos y a los demás de manera diferente a como nos percibimos el resto de las personas. Viven en un mundo de percepción directa e inmediatez, ven el mundo sin metáforas. Los padres necesitan disponer de ayudas que les permitan entender este lenguaje enigmático y contradictorio en el que se expresa su hijo. No utilizan el lenguaje de manera cotidiana para negociar el mundo social, su lenguaje a menudo se limita a tareas cotidianas y a peticiones sencillas que satisfacen sus propias necesidades. Si no hablan no sustituyen los significados no verbales de la comunicación. Esto hace que los padres de niños/as con autismo a menudo tienen que adivinar cuál puede ser el significado de un comportamiento. En los casos en los que hay lenguaje, en muy contadas ocasiones la conversación que mantienen es recíproca, normalmente hablan sin parar de sus temas de preferencia.

Una vez que los padres son capaces de entender a su hijo/a, de saber qué es lo que le hace pensar y sentir de manera diferente, la vida les resulta mucho más llevadera. Aprender a mirar el mundo a partir de la mente de su hijo/a, influye no solo en los padres sino en toda la familia, incluyendo el hijo con autismo. Entender el modo en el que el niño piensa y siente, y de qué modo eso se traduce muy a menudo en un comportamiento desconcertante, a veces inquietante, permite superar muchos de los problemas que impiden que las relaciones entre padres e hijos sean gratificantes y las intervenciones efectivas.

Los ajustes temporales son de gran importancia. Un aspecto a destacar es el aumento de dedicación que en general supone un hijo con necesidades especiales. El tiempo libre disminuye lo que lleva a una restricción considerable de la vida social. Requieren muchos más cuidados físicos, así como más tiempo de interacción y más situaciones de juego o estudio compartido. El desarrollo de programas de estimulación, actividades de ocio y refuerzo familiar, revisiones médicas, orientación psicopedagógica, búsqueda de opciones y recursos... suponen para los padres un esfuerzo personal que es preciso tener en cuenta (Paniagua, 1999). Por otra parte muchos padres, pero sobre todo madres, sacrifican durante años sus posibilidades de ocio y desarrollo profesional por la dedicación al hijo/a. Los problemas para los hermanos pueden ser numerosos, si es mayor es probable que no sufra por la falta de atención, pero se sentiría limitado/a de llevar amigos/as a su casa para jugar, por vergüenza a preguntas o comentarios sobre el trastorno de su hermano/a. También se puede dar que si el hermano/a es adolescente puede preocuparse por la posibilidad de tener él/ella un hijo/a con trastorno autista al casarse.

Los padres y hermanos deben ajustar sus percepciones, actitudes, creencias, ideas, aprendiendo a interpretar el comportamiento de la persona con Autismo y llegando a aceptar que las personas con autismo son personas con un modo diferente de pensar y de procesar la información. Sin comprender a la persona con autismo los padres no se pueden relacionar con ella. Es preciso que los padres comprendan el trastorno, que conozcan los síntomas que afectan a todos los aspectos del comportamiento y cómo esto se manifiesta en la vida cotidiana. Este conocimiento ayuda a restablecer un sentido de relación entre los padres y el hijo.

Para conseguir esta comprensión los padres pueden observar a su hijo/a, imaginar las sensaciones que le producen los estímulos teniendo en cuenta su especial sensibilidad a los mismos, mirar con detenimiento los detalles que tanto le llaman la atención.

Los logros de una persona con Trastorno Autista parecen decepcionantes sólo si se miran desde fuera, cuando son medidos por el nivel de los demás. Es mucho mejor considerar los resultados desde el punto de vista de los/as niños/as con Autismo, en relación con los obstáculos que ha tenido que superar para llegar hasta donde ha llegado. Los triunfos de los niños/as con esta condición, a menudo son privados, los padres no pueden dar nada por supuesto, cada paso, cada avance es vivido como una victoria y sobresale en el flujo diario de acontecimientos cotidianos *“como un destello de luz brillante”*.

2.2.4 EL PAPEL DE LOS PADRES

¿Qué es lo que se espera de los padres socialmente? La familia, en sus múltiples variantes, es uno de los pilares sociales más arraigados y definidos. Dentro de ella, los padres tienen la responsabilidad de educar a los hijos para su integración, proporcionándoles los medios y ayudas necesarias para conseguir su desarrollo integral (físico, moral, intelectual,...), y de esta forma lograr que se conviertan en individuos adultos autónomos y preparados para vivir felices y ser útiles a la sociedad.

2.2.5 NECESIDADES DE LOS PADRES DE NIÑOS CON AUTISMO.

Las necesidades de los padres de niños con autismo podrían integrarse en un sistema tridimensional en el que los ejes son:

- * Información
- * Formación
- * Apoyo

La Información: se debe referir al síndrome en general y a la situación de su hijo en particular. Los padres la deben buscar en los profesionales, en los libros y en otros padres. Sin duda los profesionales son la fuente principal de información y deben ser claros, evitando usar términos que los padres desconozcan o aclarándoselos en el caso de que sea inevitable su uso. También deben tener en cuenta que no pueden dar toda la información de golpe; la información debe ser gradual para que los padres puedan asimilarla. Otra responsabilidad de los profesionales será la de escribir libros asequibles para los padres, para que éstos puedan realizar una autoformación y puedan disponer de material impreso sobre el tema que les preocupa.

La Formación: es un elemento que se añade a la información y que es muy positivo tanto para dar seguridad a los padres, como para la evolución de los niños. No debe ser una exigencia, ya que los padres tendrán sus limitaciones de tiempo, económicas e incluso motivacionales, pero debe ser una posibilidad que se ofrece. En los centros donde se atiende a los niños se debería ofrecer este servicio, y de hecho se ofrece en muchos de ellos. Los padres que se sienten formados, tienen mucha más seguridad en sí mismos.

El Apoyo: es el tercer eje del sistema. Los padres deben recibir y percibir apoyo desde diferentes puntos:

- * A nivel social se debe concienciar a la gente para que respete y ayude

- * A nivel institucional, principalmente desde la administración pero también desde entidades privadas, deben ofrecerse ayudas económicas y servicios que cubran las necesidades especiales que tienen estas familias: servicios de respiro, escuelas adecuadas, profesionales especializados, subvenciones para la contratación de profesionales, becas para la adquisición de equipos especiales, etc.

- * En el entorno inmediato (barrio o municipio) debe haber asociaciones donde los padres se sientan apoyados y a donde puedan acudir para recibir información y ayuda.

- * La familia extensa y los amigos deben ser otro elemento de ayuda a los padres, en el apoyo moral, en el cuidado alternativo al niño.

Dicho de otra forma más clara y resumida, los apoyos que recibe la familia desde distintos ámbitos deben ser de tres tipos: económicos, físicos, y psicológicos.

2.2.6 LO QUE AYUDA A LA FAMILIA

Las fórmulas para hacer frente a una situación semejante son variables, pero, en general, los ingredientes esenciales para salir adelante son tres: una actitud positiva por parte de los padres, comunicación y apoyo.

La actitud de los padres

Los padres son el elemento clave para lograr que una familia pueda adaptarse al hecho de tener un niño autista. Debido a que la forma en que el padre se comporta con su hijo determina, el esquema al que ha de amoldarse la familia entera, es necesario que tenga el cuidado de tratar al pequeño con amor y aceptación, de fijar para él metas elevadas, pero razonables, así como de alentar su individualidad e independencia en cuanto forma sea posible.

Amor y aceptación

El autismo es una condición que a los padres se les dificulta mucho enfrentar debido a la forma en que afecta a su hijo. El diagnóstico se traduce en una conmoción, lo que provoca en los padres una intensa aflicción temporal. Aceptar a su hijo no significa que deba ignorar su condición autista. Antes bien, es necesario que usted lo ame tal como es y que sea capaz de ir más allá de su autismo para vislumbrar a la criatura que se encuentra por detrás del trastorno.

Todos los padres de niños discapacitados experimentan cierto sentimiento de pérdida. Hay que aceptar que el autismo forma parte de la vida del pequeño y de la de la familia. Si se ignora la condición del niño, lo único que se logrará será levantar una muralla entre la familia y el niño (y al contrario). Una medida que resulta necesaria para que se acepte al niño autista consiste en saber cuales son los problemas de él, que pueden atribuirse directamente al autismo. Los padres le echan al autismo todos los problemas conductuales, cuando en realidad esta condición solo es responsable de algunos de ellos. ES innegable que el autismo hará su vida mas difícil, aunque hay que tener presente que esta condición no es la causa de todos los problemas que tiene la familia con el hijo.

La aceptación no deberá confundirse jamás con la resignación o con la capitulación: Muchos padres son capaces de transformar la ira que sienten hacia el autismo de su hijo en la firme determinación de no permitir que esa condición resulte siempre vencedora. Habrá ocasiones en que los padres deberán transformar esa determinación en la energía necesaria para hacer frente a los especialistas negligentes o a los vecinos desconsiderados.

Expectativas

Al igual que todos los seres humanos, los niños autistas nacen con una rica dotación de habilidades tanto físicas como mentales. El autismo impondrá un límite a las habilidades del niño, pero resulta imposible predecir en una edad temprana cuál será la potencialidad plena de un niño. Esto se debe a que las expectativas que tengan la familia.

Dado que lo más probable es que sean los padres quienes pasen más tiempo con el niño, resulta esencial que se propongan adoptar una actitud optimista en relación con la capacidad del niño para adquirir nuevas habilidades.

Esperar demasiado del niño puede resultar tan frustrante como no esperar nada o casi nada, EL hecho de que los padres trabajen para enseñarle a su hijo autista las habilidades vitales básicas no siempre se traducirá en un aprendizaje por parte del pequeño. Es mucho mejor esperar que el niño autista aprenda que privarlo de la oportunidad para que lo intente.

Es aconsejable establecer metas a corto plazo y expectativas realistas para el niño. Algunas veces los padres caen en la trampa de sentir que su hijo autista necesita todos los momentos libres del día. Sienten que si no trabajan constantemente con su hijo autista, éste no aprenderá. Sentirse culpable por no aprovechar todos los momentos disponibles tampoco ayudará al pequeño.

Independencia

Nada más natural que pensar que el niño es especialmente vulnerable debido a su condición autista. Es lógico que se sienta compasión y se quiera proteger. Pero si se permite al niño prolongar demasiado su dependencia, a la larga terminara por controlar la vida de toda su familia. Uno de los primeros pasos hacia la independencia de su hijo consiste en inscribirlo en un programa educacional especialmente diseñado para sus necesidades especiales. Deben esperar que el pequeño aprenda las habilidades de autoayuda, como son vestirse y comer solo. No deberá precipitarse para ayudarlo antes de darle la oportunidad de que haga las cosas por si mismo.

Comunicación

La comunicación abierta y sincera resulta asimismo esencial aun cuando la mayor parte de las veces, gracias al esfuerzo que realizan para mantener una actitud positiva, los padres pueden ayudar a su familia para que ésta se adapte al niño con autismo. Hay ocasiones en que los miembros de la familia se sienten a tal grado, culpables de la ira y la frustración que el niño autista suscita en ellos. Puede inducir a los hijos a que conozcan a otros hermanos de niños con necesidades especiales para que canalicen juntos sus sentimientos. Compartir los sentimientos con los miembros de la familia y demás parientes constituye el primer paso, y también el más importante, para nutrir el clima de apoyo que su familia necesita con objeto de crecer y desarrollarse felizmente.

Apoyo

Es importante buscar apoyo en los padres de otros niños autistas. Son contadas las experiencias que pueden hacer sentir a la familia tan solo como la de tener un niño autista. Ese aislamiento

puede ser manifiesto, o puede ser encubierto. Nada puede disipar mejor el aislamiento como hablar con los padres que ya han atravesado por lo mismo. El maestro del niño y los especialistas que lo atienden, tales como el psicólogo y el trabajador social, también pueden representar un apoyo muy importante. Debido a que sus sugerencias se basan en la experiencia que han acumulado al trabajar con una multitud de niños y de familias, ellos pueden ayudar a hacer frente a su situación, a resolver las preguntas más frecuentes.

Nada funciona mejor para deshacerse de la preocupación causada por un problema relativo al niño autista, que resolver dicho problema.

Sin embargo, aun con el apoyo de la familia, de los amigos y de los especialistas, habrá ocasiones en que falle la comunicación, de modo que la tensión que implica criar a un niño autista lograra abrumar a los padres por completo.

2.2.7 LO QUE HACE DAÑO A LA FAMILIA

Algunas de las formas en que las familias con niños autistas intentan adaptarse hacen más daño que bien. Los tres riesgos más comunes ante los cuales los padres de niños autistas deben mantenerse en guardia son el interés excesivo, la sobreprotección y el rechazo.

El interés excesivo

Hay ocasiones en que un padre se interesa tanto en la necesidad de vigilancia que tiene su hijo y de la atención adicional, que dedica casi la mayor parte de sus horas de vigilia al cuidado, estimulación y educación del pequeño. El padre puede llegar a adquirir tal destreza para anticiparse a todas y cada una de las necesidades del niño, que este carecerá de incentivos para aprender las habilidades de una comunicación apropiada o para observar una buena conducta. El interés excesivo no solo resulta frustrante para uno mismo; también puede amenazar la relación conyugal o hacer que los otros hijos se sientan relegados.

Sobreprotección

Es natural que los padres quieran proteger a su hijo de cualquier posible daño. Sin embargo, hay ocasiones en que los padres se exceden en este sentido. Pueden llegar a considerar que el niño autista está demasiado enfermo o se encuentra demasiado discapacitado como para hacer las

cosas por sí mismo. Esa sobreprotección se debe por lo común al efecto y el interés que sienten por el niño.

El rechazo

Para la mayor parte de los padres, presenciar algunas conductas autistas, como son la autoestimulación y las autolesiones, les resulta sumamente perturbador. Para hacer frente al malestar que esas conductas les provocan, algunos padres se alejan emocional y físicamente de su hijo, ignorando los problemas de la criatura y de sus necesidades especiales.

2.3 PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS

2.3.1 ANTECEDENTES DE LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia funda sus raíces en el hecho de que la vida humana es constitutivamente problemática, porque el hombre es siempre un náufrago en el mar de lo que no sabe o lo que no puede, como dijo Ortega. Además, el hombre es un ser intersubjetivo que depende de sus semejantes para sobrevivir en un mundo cambiante y solo parcialmente conocido. Como en ninguna otra especie viva, la realidad intersubjetiva del hombre, basada en la coordinación de actividad entre los miembros del grupo, ha desplazado al mero ambiente físico. Este hecho ha determinado que la actividad humana siempre haya estado sujeta a patrones sociales de rol, por un lado, y, por otro, que desde el alba de la humanidad se hayan desarrollado y evolucionado a lo largo de la vida los procedimientos muy diversos para hacer frente a los problemas básicos del convivir humanamente.

A grandes rasgos, cabe distinguir dos formas de ver la conducta anormal o desviada del grupo. La primera corresponde a un estadio pre-racional en el que anormalidad se concibe como producto de la voluntad de un agente sobrenatural: antepasados, brujos, demonios, dioses... En la segunda, por otro lado, se considera que la anormalidad es el resultado de causas naturales. En función del predominio de una u otra concepción, los trastornos psicológicos han dependido de los intermediarios con lo sobrenatural o de los profesionales de la ciencia natural de la enfermedad mental.

La psicoterapia contemporánea aparece durante el siglo XIX en el ámbito de la medicina. Su historia, en este sentido restringido, va unida al reconocimiento de los determinantes psicológicos

de ciertas neurosis. Para que ello fuera posible, hubieron de suceder dos cosas. Primero, que la enfermedad mental se desvinculara de las concepciones sobrenaturales, y en segundo, que ciertas formas de neurosis se desvincularan de la patología general. A partir de aquí, fue posible aceptar la existencia de enfermedades capaces de disminuir al hombre en su Humanidad, esto es, en su libertad y autonomía (Ey et al., 1965). El camino recorrido hasta llegar a reconocer la enfermedad mental como un hecho natural que afecta la humanidad, de hecho, corre en paralelo en la propia evolución de la civilización occidental, que promueve la libertad individual y los valores democráticos.

2.3.2 EL PROBLEMA DE LA DEFINICIÓN DE LA PSICOTERAPIA

Hace más de treinta años, el prestigioso psicólogo clínico P. Meehl (1960) describía la psicoterapia como “el arte de aplicar una ciencia que todavía no existe”. La dificultad presente a la hora de la definición de la psicoterapia es el hecho de que existe una pluralidad de enfoques psicoterapéuticos y, en consonancia con ello, se da también una amplia gama de definiciones de psicoterapia (Wolberg, 1977 llega hasta 36). En la actualidad, la cifra podía ser sin duda más elevada.

A continuación se presenta una selección de definiciones generales de psicoterapia:

Psicoterapia es el uso de cualquier técnica en el tratamiento de trastornos mentales o inadaptaciones... El término no implica la gravedad del desorden, la duración o intensidad del tratamiento o la orientación teórica del terapeuta. Pero el término se observa para el tratamiento llevado a cabo por un profesional: psicólogos clínicos, psiquiatras o trabajador social psiquiátrico (diccionario de términos psicológicos y psicoanalíticos de English y English, 1958).

Se considerará como psicoterapia solo aquellos tipos de influencia caracterizados por:

- a) Una persona que cura, capacitada y socialmente autorizada, cuyos poderes curativos son aceptados por el que sufre y por su grupo social o por una parte importante de él.
- b) Una persona que sufre y que busca alivio en la persona que cura.
- c) Una serie de contactos circunscritos, más o menos estructurados, entre la persona que sufre y la que cura, por medio de los cuales el que cura, a menudo con la ayuda de un grupo, intenta producir ciertos cambios en el estado emocional, las actitudes y la conducta del que sufre. Todos los implicados creen que estos cambios le ayudarán. Aunque pueden

utilizarse accesorios físicos y químicos, la influencia curativa se ejerce principalmente por medio de la palabra, actos y rituales en los que el que sufre, el que cura y el grupo (si existe), participan conjuntamente (Frank 1961).

Psicoterapia: término genérico para cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal o no verbal con el paciente, específicamente distinto de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos (Asociación de Psiquiatría Americana, 1969).

Psicoterapia: describe cualquier aplicación intencionada de técnicas psicológicas por parte de un profesional clínico con el fin de llevar a cabo los cambios de personalidad o conducta deseados (Korchin, 1976).

Psicoterapia: es el tratamiento, por medios psicológicos, de problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con el paciente, con el objeto de:

- a. Suprimir, modificar o paliar los síntomas existentes.
- b. Intervenir en las pautas distorsionadas de conducta
- c. Promover el crecimiento y desarrollo positivos de la personalidad (Wolberg, 1977).

Psicoterapia: es un proceso interpersonal destinado a promover el cambio de sentimientos, cogniciones, actitudes y conductas, que han resultado problemáticas para el individuo que busca ayuda de un profesional entrenado (Strupp, 1978).

Psicoterapia: tratamiento de dificultades emocionales y de personalidad con medios psicológicos (Diccionario Enciclopédico de Psicología de Harre y Lamb, 1983)

...se entenderá por **“Psicoterapia”** todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Comprende las actuaciones en todos los niveles de edad de las personas, desde los niños y las niñas más pequeños hasta las personas de edad más avanzada. El término psicoterapia

no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas (FEAP Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 1992).

2.3.3 LOS MODELOS EN PSICOTERAPIA

Las distintas corrientes psicoterapéuticas se han ido desarrollando hasta la actualidad en la misma medida en que se han ido profundizando las líneas teóricas que las sustentan. En cada una de ellas existen elementos comunes que estarán descritos de manera explícita o que estarán implícitos en sus postulados iniciales. Estos pueden resumirse de la siguiente manera:

- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano normal» o «sano».
- Una cierta conceptualización del «comportamiento humano no-normal».
- Una metodología específica para la generación de cambios.
-

Esta variedad de corrientes y escuelas tiene su origen en las distintas formas de comprender la experiencia humana, la salud o enfermedad, metodología utilizada y, muy especialmente, al contexto socio-histórico de donde fue creada. En este sentido, algunas escuelas o grupo de escuelas suponen verdaderos paradigmas que no permiten mezclar las unas con las otras fácilmente. Claro ejemplo de ello (salvo algunos intentos históricos o prácticos), es la psicología conductual y el psicoanálisis de Freud, que difieren tanto en sus postulados básicos que resultan inconciliables. Sin embargo, actualmente existe terminología especializada que permite hablar del mismo fenómeno desde distintas corrientes teóricas, alcanzando así ejes comunes que permiten dar solidez al ejercicio de las psicoterapias.

Modelos Psicodinámicos

En psicoterapia, el término “psicodinámico” se suelen identificar con el psicoanálisis y, por extensión, con aquellas concepciones en las que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El psicoanálisis fue el primer sistema integrado de la psicoterapia moderna. Abarca una teoría de estructura y el desarrollo de la personalidad así como la psicopatología, la relación terapéutica y proceso terapéutico.

El psicoanálisis es también algo más que un modelo psicoterapéutico. Los puntos de vista de Freud sobre la naturaleza humana han contribuido a cambiar profundamente la imagen que el hombre occidental tenía de sí mismo. Durante el siglo XIX, el progreso tecnológico y científico había alimentado una imagen del hombre como ser racional pero las teorías de Freud junto con otras corrientes irracionistas, fulminaron esta imagen, en el psicoanálisis el ser humano no solo no es un ser racional, si no que aduras penas resulta razonable. El hombre es un animal gobernado por fuerzas instintivas que desconoce. Como dijo Pinillos (1962) al resumir esta cuestión, "lo importante del psicoanálisis no fue su pansexualismo si no su irracionismo.

El psicoanálisis ha sido definido por la Planché y Pontalis (1968) en función de los tres niveles siguiente:

- a. Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos y producciones imaginarias (sueños, ensueños, fantasías) de un individuo y que utiliza la observación natural y la inferencia inductiva.
- b. Un método psicoterapéutico, basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia de la transferencia y del deseo.
- c. Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y tratamiento.

Recursos técnicos: Grenson (1967) divide los procedimientos técnicos

- ✓ Para la producción de material: asociación libre reacciones transferenciales y resistencias.
- ✓ Para el análisis de material: confrontación aclaración, interpretación y construcción.
- ✓ Procedimientos no analíticos: catarsis sugestión y manipulación.

Criterios de Éxito Terapéuticos

Freud los identificaba con la capacidad para disfrutar de la vida (especialmente de la sexual) y la capacidad para trabajar productivamente. Los desarrollos posteriores del psicoanálisis han extendido estos criterios.

Poch (1980) propone lo siguiente.

- ✓ Liberación de la angustia de liberación entendida como la capacidad para producir y tolerar tensiones elevadas y reducirlas a un modo satisfactorio.
- ✓ Supresión de las inhibiciones y capacidad para realizar las propias posibilidades: normalización sexual, liberación de la agresividad constructiva y de la afectividad y la imaginación.
- ✓ Ajuste de las aspiraciones de las posibilidades del sujeto y la realidad
- ✓ Capacidad de trabajar en la persecución de su propio plan de vida
- ✓ Facilitación con los demás
- ✓ Abandono de las actitudes exageradamente conformista o destructivas y conciliación entre las fuerzas creadoras y conservadoras.

Modelos Humanístico-Existenciales

El surgimiento de los modelos humanístico-existenciales en el contexto norteamericano de los años sesenta es fruto de múltiples influencias. Podría considerarse heredero de la reacción fenomenológica europea al atomismo Wundtiano. Sin embargo, su evolución debe contemplarse a la luz de su persecución social y cultural en la escena norteamericana primero, y más tarde en la Europa. Su desarrollo se ha realizado al margen de la psicología académica, y, a pesar de considerarse una tercera fuerza frente al conductismo y el psicoanálisis, ya hemos indicado su falta de vocación paradigmática. En la actualidad, y con el signo histórico de los tiempos, debe considerarse como un conjunto de procedimientos terapéuticos, en su mayor parte desligados de las principales corrientes académicas.

La psicoterapia existencial es un método de relación interpersonal y de análisis psicológico cuya finalidad es provocar un conocimiento de sí mismo y una autonomía suficientes para asumir y desarrollar libremente la propia existencia. Pero para resumir, la idea central del análisis existencial podría tal vez expresarse con la frase de Ortega de que para vivir siempre hay que hacer algo (aunque solo sea respirar). Desde este punto de vista, el objetivo de la terapia es analizar la estructura de eso que se hace en la vida. Binswanger denominaba a esta estructura Dasein. J.P. Sartre la denomino proyecto existencial. De todo lo anterior deviene la tarea del terapeuta, que es la de ayudar al paciente a encontrar el significado a su vida, porque “la vida es potencialmente significativa hasta el último momento, hasta el último suspiro, gracias al hecho de que se pueden extraer significados hasta del sufrimiento”.

Autores y Técnicas que Marcaron el Desarrollo de la Psicología Humanista:

- a. La psicoterapia centrada en el cliente, de Carl Rogers
- b. La psicoterapia gestáltica de Fritz Perls
- c. El análisis transaccional de Berne
- d. El psicodrama de Moreno
- e. Las terapias corporales y energéticas

Principios Básicos de los Modelos Humanístico Existenciales:

- a. Autonomía e interdependencia social: autonomía significa aquí capacidad para dirigir el desarrollo propio, tomando decisiones y aceptando responsabilidades.
- b. Autorrealización: se concibe como una tendencia inherente al organismo que lo impulsa hacia el crecimiento y la diferenciación.
- c. Búsqueda del sentido: el énfasis aquí recae en el carácter intencional de la acción humana. Se sostiene que el hombre no solo se mueve por motivaciones materiales, sino también por principios axiológicos, tales como la libertad, la justicia y la dignidad, que supone el intento de trascender la propia existencia.
- d. Concepción global del ser humano: el ser humano se considera como una Gestalt, un conjunto integral en el que sentimiento, pensamiento y acción forman un todo orgánico.

Recursos Técnicos de los Modelos Humanísticos-Existenciales

- a. El uso de espacio y los elementos materiales
- b. El uso del tiempo
- c. Utilización de la fantasía
- d. El empleo de la dramatización y la expresión corporal

Criterios de Éxito Terapéutico

Rogers concibió el ajuste psicológico en términos similares a la clásica máxima de “ser ese sí mismo que uno verdaderamente es” (Rogers, 1959). Con la evolución de su pensamiento, llegó a definir a la “persona en funcionamiento completo” como una persona en la que se da una apertura total a la experiencia:

La vida debe vivirse con un máximo de adaptabilidad, un descubrimiento de la estructura de la experiencia, una organización fluida y cambiante del si mismo y la personalidad. El individuo que siga este consejo vivirá plenamente en el momento y será de un momento a otro una persona en funcionamiento completo (Carl, 1961).

Modelos Conductuales

La terapia de la modificación de la conducta apareció a finales de los 50, como una alternativa radical a los modelos previos, especialmente a los psicodinámicos.

Parte de la idea de que:

- La mayor parte de la conducta es aprendida.
- Los principios de las teorías del aprendizaje, pueden utilizarse en la práctica clínica.
- Centran el tratamiento en el cambio de la conducta observable.
- Conciben la terapia como una empresa empírica a la que hay que aplicar el rigor y los procedimientos experimentales de la investigación científica y Contribuye a la génesis de la psicología científica.

Conceptos Básicos

No existe una única teoría del aprendizaje que sirva como marco teórico, sino que coexisten distintas teorías.

Kazdin (1978), define ésta orientación: "La modificación de la conducta es la aplicación de la teoría y de la investigación básica procedentes de la psicología experimental, a la alteración de la conducta, con el propósito de resolver problemas de índole personal y social, y de mejorar el funcionamiento humano en general".

Principales características de los modelos conductuales, según Berstein y Nietzel (1980):

- Tanto la conducta normal como la anormal son producto del aprendizaje.
- Se da menor importancia a los factores innatos o heredados, aunque se acepta su influencia.
- Objeto de estudio: La conducta (actividad cuantificable y evaluable en el plano motor, cognitivo o fisiológico).

- Relevancia del método experimental.
- Necesaria la comprobación de la eficacia de cualquier procedimiento.
- No se admite la existencia de enfermedades mentales como entidades cualitativamente distintas: la conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por medio de los mismos principios de aprendizaje.
- La evaluación y el tratamiento están estrechamente relacionados y dirigidos a modificar las conductas inadecuadas.
- El rigor científico no es incompatible con la responsabilidad profesional.
- La apelación a factores intrapsíquicos resulta innecesaria.

Existen 3 paradigmas del aprendizaje, esos son:

El condicionamiento clásico (CC)

El condicionamiento Operante (CO)

El modelado o Aprendizaje Observacional

Bandura distingue 2 fases en el aprendizaje observacional:

1. Fase de adquisición de la respuesta: El sujeto observa cómo realiza la conducta el modelo.
2. Fase de ejecución: El observador realiza la conducta a partir de su representación simbólica.

En la práctica clínica, los efectos del modelado que más se han utilizado consisten en: la adquisición de nuevas habilidades y en la inhibición o desinhibición de conductas que ya formaban parte del repertorio del observador.

Recursos Técnicos:

- a. Técnicas de recondicionamiento
- b. Técnicas de relajación
- c. El entrenamiento asertivo
- d. Técnicas de implosión e inundación
- e. Terapia aversiva.

Criterios de Éxito Terapéutico

Desde el modelo conductual, las conductas concretas que se evalúan como anormales, se adquieren igual que las normales: mediante las leyes de condicionamiento. Tal y como se adquieren, se pueden modificar, extinguir o sustituir, a partir del manejo de las mismas leyes. Sin embargo, no toda la patología fenoménicamente conductual, es reducible a éste modelo. Su alcance se reduciría a los trastornos neuróticos y psicopáticos (carecen de raíces orgánicas).

La terapia de la conducta se ha demostrado eficaz para modificar conductas en pacientes psicóticos y deficientes mentales. Los problemas de ansiedad han recibido una atención especial: Los terapeutas de la conducta consideran que los síntomas específicos son producto de ansiedades específicas a estímulos específicos. El éxito del tratamiento depende de la eliminación de todas las ansiedades específicas.

Modelos Cognitivos

Desarrollo Histórico

Aaron T: Beck inicia el desarrollo de la que denominó "Terapia Cognitiva" a principio de la década de los sesenta (1962) en la Universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión, breve y orientada al presente.

El modelo coincidía con el concepto de la mediación cognitiva propuesto por Albert Ellis en 1956.

La Terapia Cognitiva se funda en la concepción según la cual la actividad específica del ser humano depende de que posea un sistema mental. "La mente es un sistema procesal que tiene la propiedad de permitirle al ser humano organizar su despliegue vital y sus conductas en la forma de una experiencia, lo que implica establecer su posición en el mundo por medio de una intensa y complejísima labor gnoseológica. El ser humano opera como un experto que investiga la realidad con el ánimo de encontrar la mejor manera de situarse en ella y llevar a cabo el cumplimiento de algún proyecto personal. En un sentido amplio, la mente es un órgano de conocimiento que se despliega frente a las cambiantes condiciones que rodean la existencia. Es así que la mente cumple una tarea eminentemente cognitiva" (Fernández-Álvarez, 2003, p.237).

Todas las cogniciones implican operaciones que expresan modos de procesar o maneras de concebir la realidad, tales como pensar, sentir, desear y juzgar, verbos que definen los procesos que remiten a las intenciones o preparan para la ejecución de las acciones. Las cogniciones están

organizadas en esquemas mentales, que forman la trama sobre la que se apoya tanto la conducta como la orientación de las relaciones interpersonales. En síntesis, (Fernández-Álvarez, 2008).

Según Beck (1979), la terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia basada en un modelo de los trastornos psicológicos, que sostiene que la experiencia de las personas se organiza en términos de significados. Los significados dan sentido a la vida actual, al pasado y a las expectativas futuras. Observa que en los trastornos emocionales la estructura de las experiencias de los individuos determina sus sentimientos y conductas perturbadas.

La Terapia Cognitiva consiste por lo tanto en un proceso destinado a promover cambios en el sistema mental, toda vez que su funcionamiento da lugar a un padecimiento psicológico persistente, para el que las personas no encuentran un sentido en el mapa de su universo de significación personal. El tratamiento está destinado a la búsqueda de alternativas en la organización de la información que resulten más satisfactorias para el desarrollo del plan de vida. Es así que los tratamientos pueden ser muy breves, intermedios y prolongados en su duración y variar significativamente en el grado de complejidad necesario. Adoptan formatos individuales, vinculares, familiares o grupales dependiendo de los objetivos que se establecen y la identificación de los caminos más adecuados para lograrlos.

Conceptos Básicos

“La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.”(Beck, J., 1995, Cognitive Therapy: Basics and Beyond, (pág.14).

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”. (Dattilio & Padesky, 1990, Cognitive Therapy with Couples, p.6)

El rasgo común más destacable que unifica todos los modelos cognitivos reside en la importancia que otorgan a las cogniciones, tanto en la génesis de los trastornos psicopatológicos como en el proceso de cambio terapéutico. El término “cognición” se utiliza aquí en su sentido amplio que incluye ideas constructos personales, imágenes, creencias, expectativas atribuciones, etc. En este sentido amplio, este término no hace referencia únicamente a un proceso intelectual sino a patrones complejos de significados en los que participan emociones, pensamientos y conductas. Como proponer Bruner (1990), “el concepto fundamental de la psicología humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados”.

Supuestos Básicos:

- a. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- b. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- c. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- d. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

En cuanto a su estilo, las terapias cognitivas enfatizan:

- La importancia de la alianza terapéutica y la colaboración y participación activa del paciente en el proceso.
- Un enfoque orientado al problema y los objetivos.
- El carácter educativo (o reeducativo) del proceso, capacitando al paciente para enfrentar por sí mismo futuras situaciones de manera más saludable y funcional.

Los principios genéricos de la terapia cognitiva pueden sintetizarse en (Fernández-Álvarez, 1999):

1. El objetivo central de la terapia es la promoción de cambios cognitivos (cambios en las ideas, en las emociones y en las evaluaciones).
2. Todo tratamiento debe estar diseñado de acuerdo con el principio de promover la menor cantidad de cambios necesarios para alcanzar los objetivos deseados.
3. Las metas a alcanzar deben estar ordenadas gradualmente de menor a mayor grado de complejidad.

4. La terapia utiliza un procedimiento que se ajusta a la forma del método socrático.
5. El terapeuta cumple, frecuentemente, un rol activo en relación con los cambios que se buscan.
6. El proceso terapéutico requiere de una activa colaboración entre el paciente y el terapeuta.
7. El tratamiento incluye, habitualmente, tareas intercesión.

Método Terapéutico

En términos generales, las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución.

El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto. Para ello, se sirven de una diversidad de procedimientos, algunos propuestos originalmente por cada modelo y otros adaptados de la modificación de conducta para los propósitos de la modificación cognitiva.

Estos modelos descritos anteriormente sirven para ser agrupados en los llamados programas terapéuticos, los que serán descritos en el siguiente apartado.

2.3.4 DEFINICIÓN PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICOS

Un programa psicoterapéutico es "todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia". (Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas se entiende por Psicoterapia)"

El término Psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas"

2.3.4.1. Metodología de Intervención

La metodología a seguir en este proyecto será activa, dinámica y participativa con el fin de lograr la máxima implicación de los padres, para ello, en cada una de las sesiones se llevarán a cabo

diversas actividades, entre ellas, dinámicas de grupo, coloquios, debates, exposiciones, dramatizaciones,...

Los principios metodológicos son:

- **Educativa:** Nuestro servicio de escuela de padres y madres" tiene un carácter educativo-formativo, es decir, nuestra meta es educar o formar a los padres para que eduquen a sus hijos desde un punto de vista objetivo.
- **Participativa:** Consiste en implicar a los padres para que formen parte del proceso educativo-formativo, desde varios puntos de vista; el primero, que decidan como quieren que sea la formación (el temario, la tipología de actividades y dinámicas, horario, duración, profundización de los contenidos, vivencias,...) y el segundo punto de vista, que se involucren en el desarrollo de la formación y de las actividades, para que consigan sus objetivos (educar mejor a sus hijos).
- **Activa:** La persona aprende mejor haciendo, que recibiendo la educación. El aprendizaje es más significativo y por tanto mejor interiorizado y perdurable. Las dinámicas que se llevan a cabo van a poner a prueba los conocimientos y la formación que tienen los padres utilizan a la hora de educar a sus hijos, viendo los aspectos positivos y negativos y sus consecuencias.
- **Vivencial:** Éste es un punto importante, ya que los padres y los educadores tienen experiencias y vivencias que compartiéndolas, pueden ayudar a otros padres y madres que están pasando o van a pasar por las mismas circunstancias, dándoles una guía práctica que puedan utilizar.

2.3.4.2 Beneficios de los Programas Psicoterapéuticos:

Partiendo de la base de que cualquier individuo, sea cual sea su condición, puede beneficiarse de la psicoterapia, le presentamos una lista de beneficios que han sido demostrados empíricamente en diversos estudios sobre psicoterapia:

- Aumento del bienestar y mejora de autoestima
- Reducción de estrés
- Mayor confianza en uno mismo, en sus posibilidades y en su seguridad en el mundo

- Sentimiento de plenitud y mejora en las relaciones sociales (pareja, familia, etc.)
- Aprendizaje de técnicas para abordar los problemas con mayor facilidad
- Mayor capacidad para entenderse a uno mismo y a los demás
- Mayor capacidad para aceptar las dificultades de la vida
- Aumento de habilidades sociales
- Logro de un mayor grado de felicidad y satisfacción personal

2.3.5 COMPETENCIAS DE LOS Y LAS FACILITADORES DE PROGRAMAS PSICOTERAPÉUTICO

Conceptuales:

- Identifica y analiza los diferentes campos de intervención de un profesional de la psicología, y maneja a profundidad las áreas y contenidos que integran el programa.

Metodológicas:

- Conoce y describe las dimensiones de la Planeación Estratégica.

Técnicas:

- Identifica las distintas técnicas de observación y recolección de información.
- Identifica y adapta las habilidades de entrevista en los diversos ámbitos de aplicación (clínico, laboral, educativo, social e investigación).
- Identifica de los distintos modelos de intervención psicológica con sus respectivos procedimientos,
- Identifica de los distintos niveles de intervención psicológica.
- Identifica los instrumentos necesarios para evaluar y realizar un diagnóstico para el diseño de programas psicoeducativos.
- Diseña programas en el ámbito de la psicología en función a las necesidades y demandas del entorno

Contextuales:

- Ubica aspectos históricos y culturales básicos de los contextos (locales, regionales y nacionales) donde desarrolle su actividad.

- Reconoce la necesidad y la pertinencia de evaluar las problemáticas psicológicas en términos ecológicos y sistémicos.
- Es capaz de adaptar su actividad académico-profesional a las condiciones específicas y necesidades del contexto de trabajo Integrativo.
- Identifica y vincula aspectos biológicos, psicológicos y sociales básicos en la valoración de las problemáticas propias de su quehacer investigativo y/o profesional.
- Asume el quehacer de la psicología como un ámbito complejo necesariamente relacionado con el despliegue y la participación de otras disciplinas.

Éticas:

- Realiza las actividades profesionales del campo de la psicología con altos estándares de calidad, cuidando el bienestar de los individuos y contextos con los que tiene contacto, con respeto a la diversidad y a la multiculturalidad.

Personales:

- Establece relaciones interpersonales con usuarios de los servicios psicológicos, colegas, y público en general, en las que se privilegia la empatía, la comunicación y la adaptación.
- Trabaja de manera conjunta y colaborativa con colegas al interior de grupos multidisciplinarios, a través del diálogo, la negociación y la tolerancia.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1 Diseño de la investigación:

El diseño de la presente investigación es **No Experimental, de tipo Exploratoria Descriptiva** dada que pretende identificar y describir los estados emocionales, cognitivos de los padres de hijos/as con Trastorno Autista, así como también si existe la importancia de brindar a sus hijos una atención integral, por tal razón se realizará bajo una modalidad DIAGNÓSTICA.

3.2 Población:

Esta constituida por un estimado de 77 personas, quienes forman parte de la Asociación Salvadoreña de Autismo de ambos géneros, ellos/as son: profesionales de la psicología, educación especial, fisioterapeutas, las familias y sus hijos/as con trastorno autista y miembros que dirigen la institución.

3.3 Muestra:

El diseño muestral utilizado es el muestreo **No Probabilístico** y el tipo de muestreo **Dirigido o Intencional**, ya que queda a juicio de las investigadoras la selección de las unidades elementales de la población.

La elección de los y las participantes se hizo con las siguientes características:

- 25 padres de familia de diferentes edades y de ambos géneros.
- Con niños y/o niñas entre las edades de 2 a 12 años
- Sin distinción del nivel socioeconómico
- Sin distinción del nivel socioeducativo

3.4 Instrumentos

- Cuestionario para Padres de Familia: con el objetivo de conocer la percepción de los padres y madres de familia sobre el diagnóstico de Trastorno Autista, el nivel de conocimiento que poseen sobre este y la calidad de atención que brindan a sus hijos/as. Este instrumento constituido de 24 ítems algunos de estos de opción múltiple.

(Anexo #31)

- Guía de entrevista para Padres de Familia: con el propósito de compilar las impresiones de los padres y madres entrevistados/as, sobre información relacionada con el diagnóstico de sus hijos/as, la atención integral y los efectos que ello les ha ocasionado. (Anexo #32)
- Guía de Observación dirigida para Padres e Hijos con Trastorno Autista: con la finalidad de recopilar información sobre el ambiente físico, ambiente social, conductas manifiestas, lenguaje verbal y no verbal de los padres, madres de familia con sus hijos/as y el comportamiento de ellos/as dentro de la asociación. (Anexo #33)
- Guía de Entrevista para Profesionales en la Intervención del Trastorno Autista de la ASA: con el fin de conocer los diferentes puntos de vista de los profesionales (educación especial, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional) sobre las necesidades y dificultades están presentes en los padres e hijos con Trastorno Autista. (Anexo #34)

3.5 Procedimiento Metodológico:

Luego de la aprobación de la investigación, del protocolo y de la revisión de los instrumentos por parte de la docente directora del proceso de grado o los jueces que validaron los instrumentos se crearon los lineamientos para contactar con la institución.

Una vez hecho el contacto con la Asociación Salvadoreña de Autismo (ASA) se procedió a un primer encuentro lo que permitió dar a conocer a la subdirectora de dicha institución el objetivo de la presente investigación el cual consiste en diseñar un programa de orientación psicoterapéutico dirigido a padres de familia de niños con Trastorno Autista con el fin de generar la toma de conciencia sobre la importancia de una atención integral a sus hijos/as con dicha condición.

Con la aprobación de la investigación por parte de las autoridades competentes de la Asociación Salvadoreña de Autismo, se prosiguió al establecimiento de 3 fases que permitirán la realización de dicha investigación.

Fase 1: Aplicación de instrumentos

La subdirectora de ASA proporcionó la lista con los datos personales de cada uno de los padres miembros de la institución, esto, permitió al equipo de investigación hacer un primer contacto

para agendar una primera reunión (ASA, casa, o lugar de trabajo) que permitirá la aplicación de los instrumentos de recolección de información.

La secuencia que se siguió en esta etapa fue:

- a. Saludo y presentación
- b. Explicación del tema y del proceso de investigación
- c. Aplicación de entrevista
- d. Aplicación del cuestionario
- e. Aplicación de una guía de observación: la aplicación de esta guía puede realizarse antes, durante o después de la reunión, según se presenta la interacción entre padres e hijos/as.

Fase 2: Procesamiento de la información

Con la aplicación de cada uno de los instrumentos a los padres y madres de la ASA, se procedió al vaciado y procesamiento de la información, todo con el asesoramiento respecto de la docente directora del proceso de grado, con ello se pudo identificar lo siguiente:

- Estado psicoemocional de los padres
- Nivel de conocimiento, y si este incidía o no en la calidad de atención que brindan a sus hijos/as.
- El tipo de atención que brindan a sus hijos/as con Trastorno Autista.

Con la integración de estos 3 elementos se procedió a realizar el pertinente diagnóstico, en el que se identificaron las áreas a intervenir.

Fase 3: Diseño del programa psicoterapéutico para los padres/madres de familia

Basado en el diagnóstico realizado en la fase 2 y la identificación de cada una de las áreas a trabajar, se utilizaron técnicas y principios metodológicos que fueron incluidas en el diseño, de tal manera, que dicho programa tenga como finalidad no solo incrementar el nivel de conocimiento y mejorar el estado psicoemocional de los padres, si no que les permita además brindar una atención de calidad a sus hijos/as, basado en el enfoque constructivista.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 DATOS GENERALES DE LAS Y LOS PARTICIPANTES

Nº	Nombre del Sujeto	Edad	Estado Civil	Ocupación	Nombre del Hijo/a	Edad	Diagnostico
1	Silvia Maribel Fuentes de Cruz	44 años	Casada	Ama de Casa	Rodolfo Antonio Cruz F.	7 años	Autismo infantil
2	Cándida Milagro Choto de Parra	52 años	Casada	Ama de Casa	Balmore Francisco Parra Choto	9 años	Trastorno Autista
3	Nancy Catalina Rivera Anaya	35 años	soltera	Comerciante	Casar Eugenio Argueta Rivera	11 años	Autismo Infantil
4	Sofía Barrera	27 años	Casada	Ama de Casa	Luis Alberto Barrera	3 años	Autismo
5	Reina Margarita Sánchez M.	36 años	Divorciada	Empleada	Camila Sofía Granados Sánchez	9 años	Trastorno Generalizado del Des. no Especificado
6	Rubén Pimentel	40 años	Casado	Empleado	Rubén Alonso Pimentel C.	2 años	Trastorno del Espectro Autista
7	Juan Carlos Rivera Escobar	34 años	Casado	Comerciante	Carlos Eduardo Rivera P.	6 años	Autismo
8	Oscar Portillo	37 años	Casado	Empleado	Rodrigo Alejandro Portillo	5 años	Autismo
9	Antonio Alberto Parra Paniagua	71 años	Casado	Empleada	Balmore Francisco Parra C	9 años	Trastorno Autista
10	Blanca Estela Recinos de Rodriguez	41 años	Casada	Odontologa	Carlos Emilio Rodriguez R	5 años	Autismo Moderado
11	Lisseth Virginia Mena de Soto	37 años	Casada	Ama de Casa	María Gabriela Soto	7 años	Autismo leve a

					Mena		moderado
12	Héctor Leonardo Flores	42 años	Casado	Empleado	Diego Leonardo Flores H	6 años	Autismo no Especificado
13	Walter Roberto Cuestas Pacheco	45 años	Casado	Empresario	Walter Roberto Cuestas	11 años	Autismo
14	Silvia Isolina García Santos	38 años	Casada	Empresaria	Leslie Monserrat Santos	6 años	Trastorno Desintegrativo Infantil
15	Elisa María Henríquez de Flores	42 años	Casada	Empleada	Diego Leonardo Flores E.	6 años	Trastorno Generalizado del Des. no Especificado
16	Omar Antonio Soto Melgar	36 años	Casado	Especialista TI	María Gabriela Soto M.	8 años	Autismo
17	Milton Edwin Adán Santos Mejía	40 años	Casado	Diseñador Gráfico	Leslie Monserrat Santos	6 años	Trastorno del Desarrollo Infantil
18	Ruth Idalia de Pérez de Rivera	39 años	Casada	Estilista	Carlos Eduardo Rivera	6 años	Autismo Severo
19	Edmy Yohamy Monterrosa B	35 años	Casada	Ama de Casa	Andrew Sebastián Baumbarges	3 años	Autismo
20	Hilda Carolina Tobar de Guzmán	40 años	Casada	Ama de Casa	Andrea Esther Guzmán Tobar	7 años	Asperger
21	Ana Delmy Álvarez de Escobar	48 años	Casada	Subdirectora de ASA	Eduardo Alejandro Escobar Álvarez	9 años	Autismo de Alto Funcionamiento
22	Irene Teresa Arrieta de Díaz	40 años	Casada	Abogada	Álvaro José Díaz Arrieta	3 años	Autismo leve
23	Alpina Chávez de Pimentel	38 años	Casada	Ama de Casa	Rubén Alonso Pimentel Chávez	2 años	Trastorno del Espectro Autista
24	José Antonio Díaz Nuila	48 años	Casado	Ingeniero	Álvaro José Díaz Arrieta	3 años	Autismo Leve
25	Ruth Elizabeth Pérez Mejía	35 años	Unión Libre	Empleada	Rodrigo Alejandro Portillo	5 años	Trastorno Generalizado del Des. no especificado

(Para vaciado de datos ver anexo # 35)

4.1.1 DATOS DE LOS/LAS PROFESIONALES ENTREVISTADOS

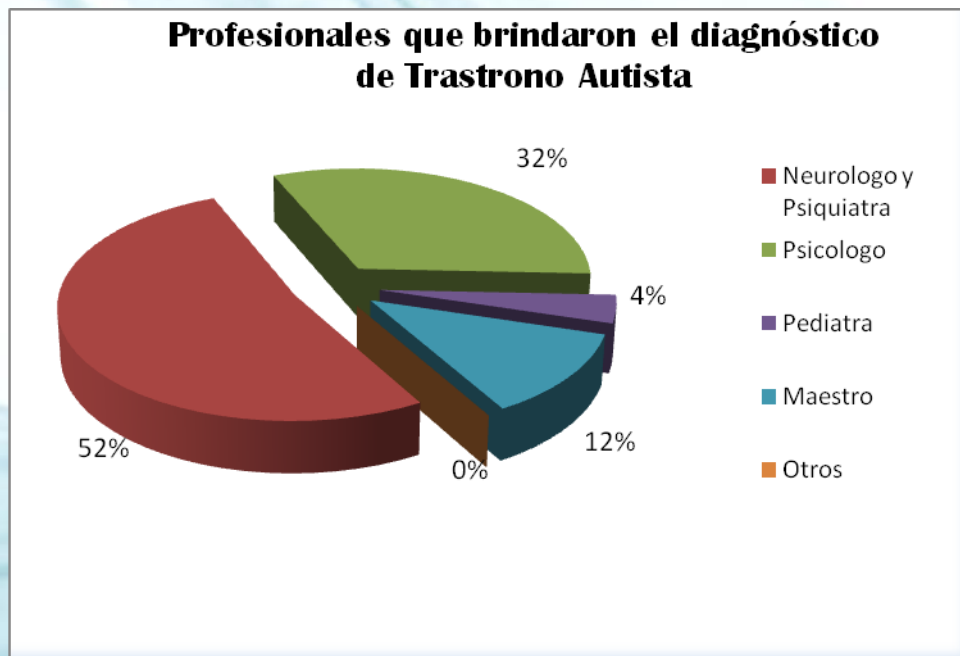
Nombre	Profesión	Tiempo de experiencia
A) Claudia Tamayo	Licenciada en Educación Especial	5 años
B) Carolina Guevara	Licenciada en Fisioterapia y terapia ocupacional	2 años
C) Griselda Medrano	Licenciada en fisioterapia y terapia ocupacional	1 año
D) Ana Delmy de Escobar	Directora del programa "Mis primeros pasos"	1 año
E) Denis Eduardo García	Psicólogo de la Universidad de El Salvador	5 meses

(Para el vaciado de Entrevista Ver anexo # 36)

4.2 ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS RESULTADOS

Cuadro 4.2.1: Presenta la frecuencia y porcentaje de los profesionales que participaron brindando diagnóstico de Trastorno Autista a los padres de la ASA.

Pregunta #1: Profesional/es que brindaron diagnóstico de Autismo		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Neurólogo y psiquiatra	13	52%
Psicólogo	8	32%
Pediatra	1	4%
Maestro/a	3	12%
Otros	0	0%
TOTAL	25	100%

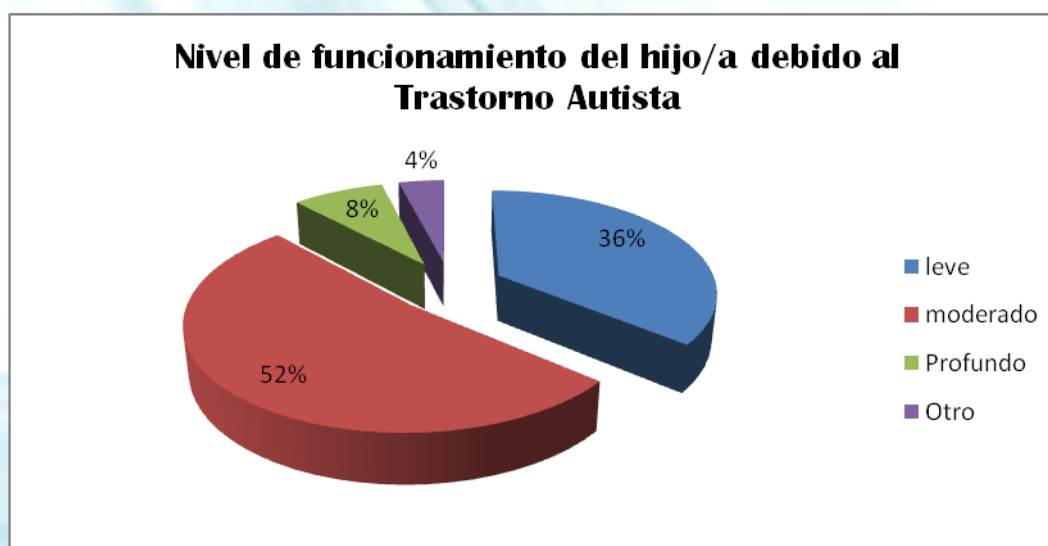


Gráfica de pastel que denota la participación de los diferentes profesionales en la emisión del diagnóstico de Trastorno Autista.

El presente gráfico revela que es el neurólogo con un 52 % quien ha tenido una mayor demanda en su participación para el diagnóstico de Trastorno Autista a los hijos de padres/madres de la ASA, No obstante, también el psicólogo denotó una considerable participación con el 32%. La participación del maestro se revela por el 12%.

Cuadro 4.2.2: Denota la percepción que el padre tiene sobre el nivel de autismo que su hijo/a posee.

Pregunta #2:		
Nivel de funcionamiento del niño/a debido al trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	9	36%
Moderado	13	52%
Profundo	2	8%
Otro	1	4%
TOTAL	25	100%

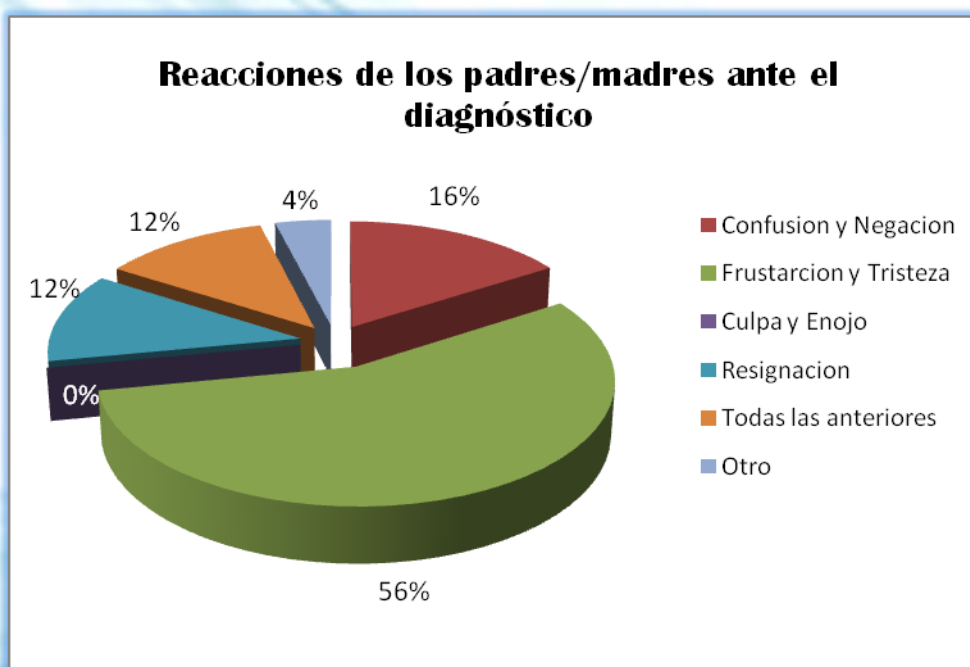


Gráfica de pastel que representa la percepción del padre en cuanto al nivel de autismo que su hijo/a posee.

La tabla de datos demuestra la percepción que los padres y madres de la Asociación Salvadoreña de Autismo tiene sobre el nivel de autismo de sus hijos e hijas, destacando con un 52% el hecho de considerarlos con un nivel de autismo moderado y un 36% los percibe con autismo leve.

Cuadro 4.2.3: la tabla permite apreciar el tipo y frecuencia de las reacciones presentes en los padres de la ASA como producto de un diagnóstico de Trastorno Autista en su hijo/a.

Pregunta #1: Reacciones ocasionadas por el diagnostico de trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Confusión y negación	4	16%
Frustración y tristeza	14	56%
Culpa y enojo	0	0%
Resignación	3	12%
Todas las anteriores	3	12%
Otros	1	4%
TOTAL	25	100%

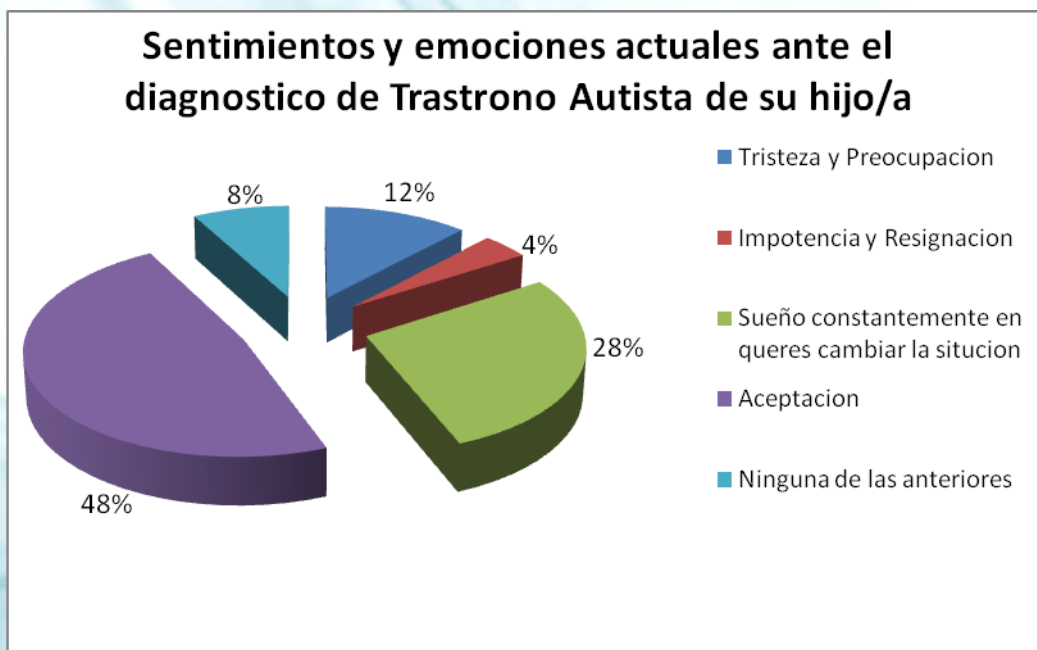


Gráfica circular que evidencia las reacciones ocasionadas en los padres por recibir un diagnóstico de Trastorno Autista en su hijo/a

En esta gráfica claramente se puede percibir aquellas reacciones en los padres y madres de la ASA como resultado de recibir un diagnóstico de trastorno autista en sus hijos/as, donde el 56% de ellos(los padres) experimentaron frustración y tristeza. La confusión y la negación estuvo presente en el 16% de los padres, con un porcentaje un poco menor se encuentra una reacción de resignación del 12%. Sin embargo un porcentaje del 12% de los padres expresa una combinación de estas reacciones que incluye además de las ya mencionadas (confusión, negación, frustración, tristeza resignación) la culpa y el enojo.

Cuadro 4.2.4: Sentimientos y emociones que a la fecha están presentes en los padres de niños y niñas con Trastorno Autista de la ASA.

Pregunta #2:		
Sentimientos y emociones actuales acerca del trastorno autista de sus hijos/as		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Tristeza y preocupación	3	12%
Impotencia y resignación	1	4%
Sueño constante de cambiar la situación	7	28%
Aceptación	12	48%
Ninguna de las anteriores	2	8%
TOTAL	25	100%

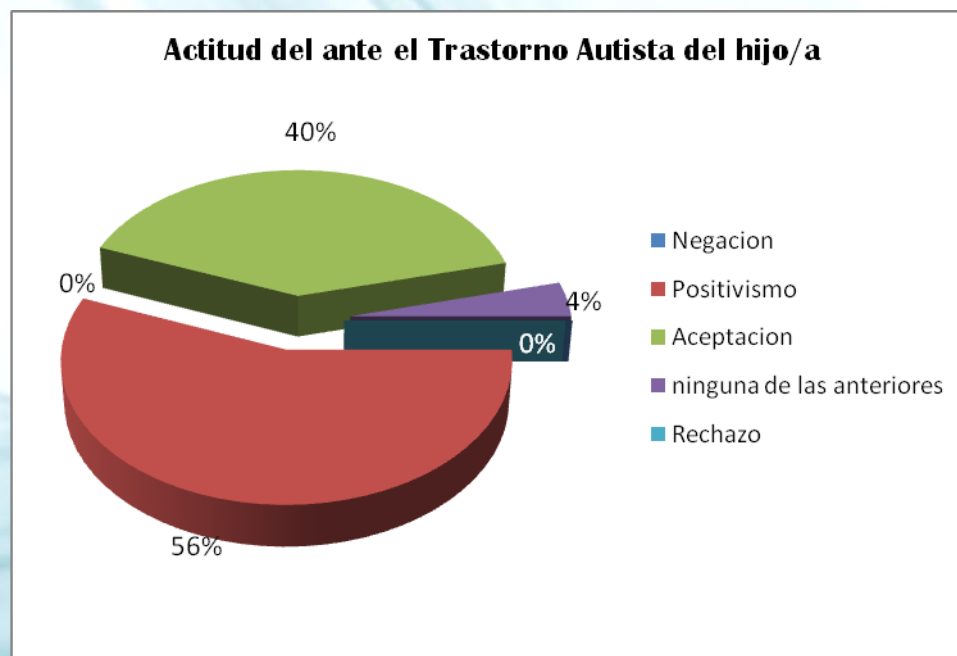


Gráfica de pastel que denota los sentimientos actuales que el trastorno Autista en sus hijos/as les genera.

Los sentimientos y emociones que actualmente están presentes en los padres y madres de niños y niñas con Trastorno Autista de la Asociación Salvadoreña de Autismo expresan que, en un 48% predomina la aceptación, en un 28% están aquellos padres/madres que sueña constantemente en querer cambiar la situación. No obstante el 12% de la población estudiada presenta tristeza y preocupación.

Cuadro 4.2.5: muestra las diferentes actitudes de los padres de la ASA con respecto el Trastorno Autista de su hijo/a

Pregunta #3:		
Actitud frente al trastorno Autista de su hijo/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazo	0	0%
Negación	0	0%
Positivismo	14	56%
Aceptación	10	40%
Ninguna de las anteriores	1	4%
TOTAL	25	100%

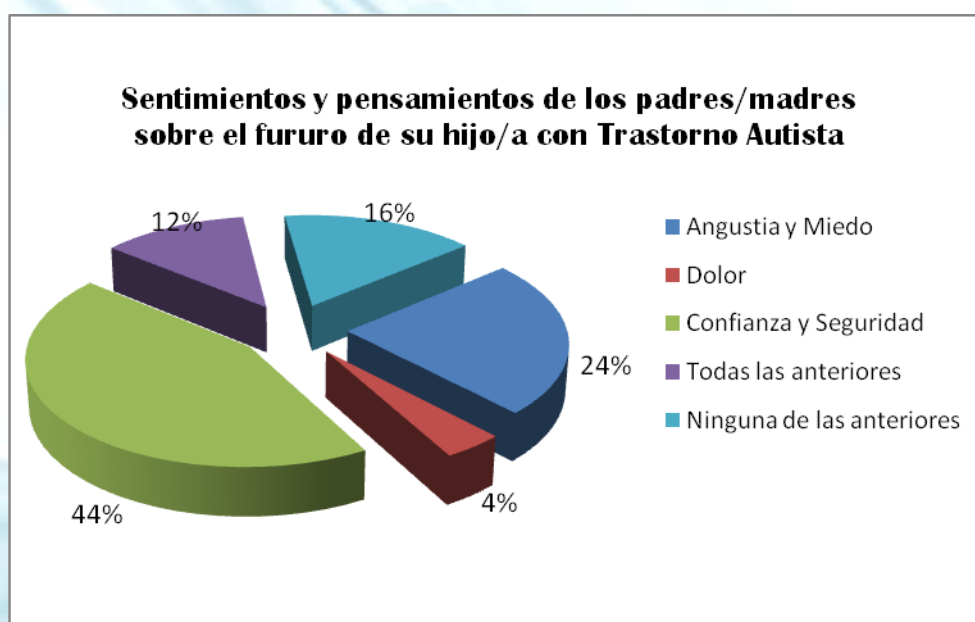


Gráfica circular de las actitudes de los padres y madres ante el Trastorno Autista del niño/a

Una actitud positiva ante el Trastorno Autista de sus hijo/a se mantiene solo en el 56% de los padres, una actitud de aceptación está presente en el 40% de ellos. Un dato relevante a destacar es, que tanto el rechazo como la negación puntuaron el 0.0%.

Cuadro 4.2.6: Denota el sentir y el pensar de los progenitores al pensar en el futuro de sus hijos con Trastorno Autista

Pregunta #4:		
Sentimientos y pensamientos de los padres/ madres sobre el futuro de sus hijos/as con trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Angustia y miedo	6	24%
Dolor	1	4%
Confianza y seguridad	11	44%
Todas las anteriores	3	12%
Ninguna de las anteriores	4	16%
TOTAL	25	100%

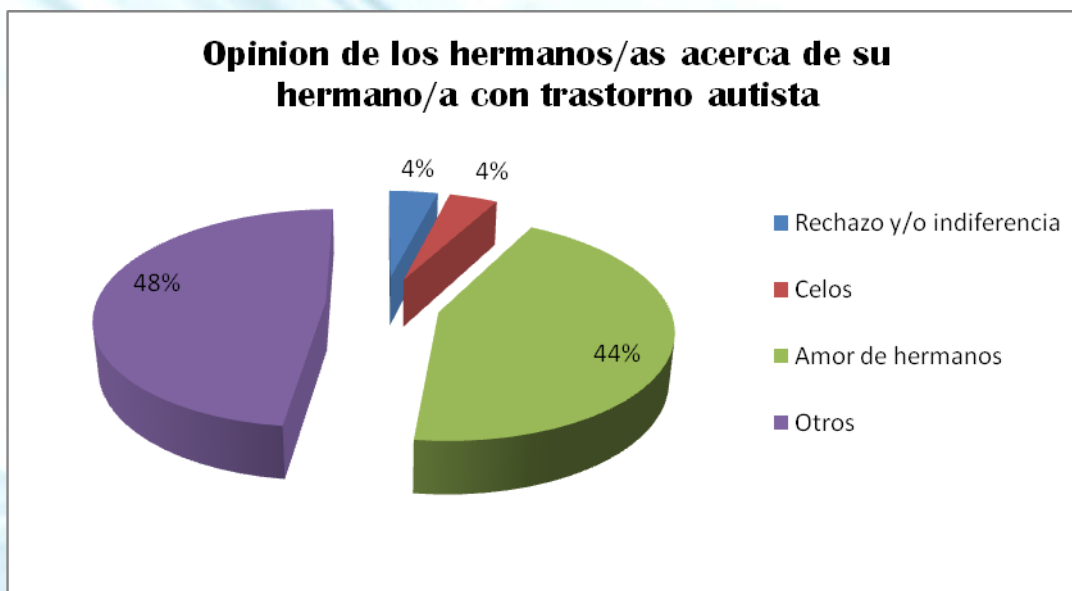


Gráfica circular que clasifica los pensamientos y sentimiento de los padres con respecto al futuro de sus hijos/as con Trastorno Autista.

El 44% de las y los participantes expresaron sentir confianza y seguridad al pensar en el futuro de su hijo/a con Trastorno Autista, por el contrario un 24% dice sentir angustia y miedo. El dolor está presente, aunque en una minoría de los padres representado por un 4%. Los padres que experimentan una dualidad tanto en su sentir y su pensar son el 12% reflejado por la confianza y la seguridad en el futuro, pero que en otras situaciones predominan el miedo, el dolor y la angustia.

Cuadro 4.2.7: permite conocer la opinión de los demás hijos con respecto a su hermano con Trastorno Autista

Pregunta #5:		
Opinión de los hermanos/as acerca de su hermano con trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Rechazo y/o indiferencia	1	4%
Celos	1	4%
Amor de hermanos	11	44%
Otros	12	48%
TOTAL	25	100%

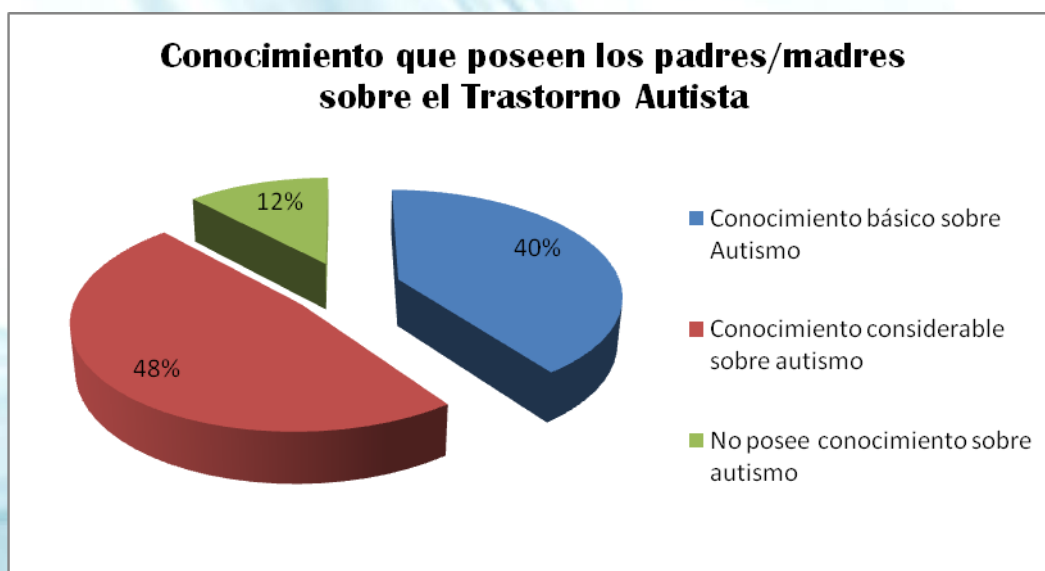


Gráfica de pastel que denota la opinión del resto de hijos hacia su hermano con Trastorno Autista.

La presente gráfica da a conocer la opinión del resto de los hijos/as con respecto a su hermano/a con trastorno autista, la cantidad más representativa es del 48% en la categoría de “otros” pero que de acuerdo a lo expresado significa que son hijos/as únicos/as. Por otro lado una considerable cantidad como lo es el 44% sienten amor hacia sus hermanos o hermanas con Trastorno Autista. No obstante el rechazo y la indiferencia están presentes en un 4% de los hermanos, mismo porcentaje (4%) que refleja celos hacia su hermano/a con Autismo.

Cuadro 4.2.8: muestra el nivel de conocimiento de los padres sobre el Trastorno Autista

Pregunta #1, 2, 5:		
Conocimiento que poseen los padres sobre el trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Conocimiento básico sobre el autismo (Concepto y causas)	10	40%
Conocimiento considerable sobre autismo (concepto, causas, aspectos relacionados sobre el trastorno)	12	48%
No posee conocimiento sobre el autismo (Solo posee nociones sobre autismo)	3	12%
TOTAL	25	100%

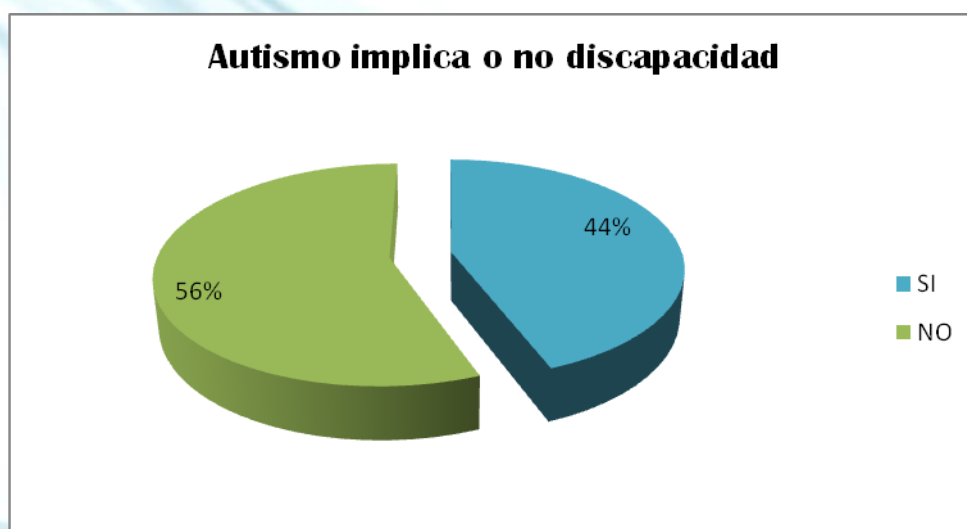


Gráfica circular que clasifica a la población estudiada en tres niveles de conocimiento

El estudio revela que el 48% posee un conocimiento considerable sobre el autismo, es decir, que saben identificar el concepto, causas y aspectos relacionados sobre el trastorno. También está un grupo del 40% que tiene un conocimiento básico que equivale saber su definición y los diferentes aspectos propuestos como causas del autismo. Por otro lado con un total del 12% se encuentran aquellos padres y madres que no poseen conocimiento, pero, que si tienen nociones sobre el Trastorno Autista.

Cuadro 4.2.9: representa las cantidades de los padres/madres que consideran y no consideran al Trastorno Autista una Discapacidad

Preguntas #3:		
El Autismo implica una discapacidad		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	44%
NO	14	56%
TOTAL	25	100%

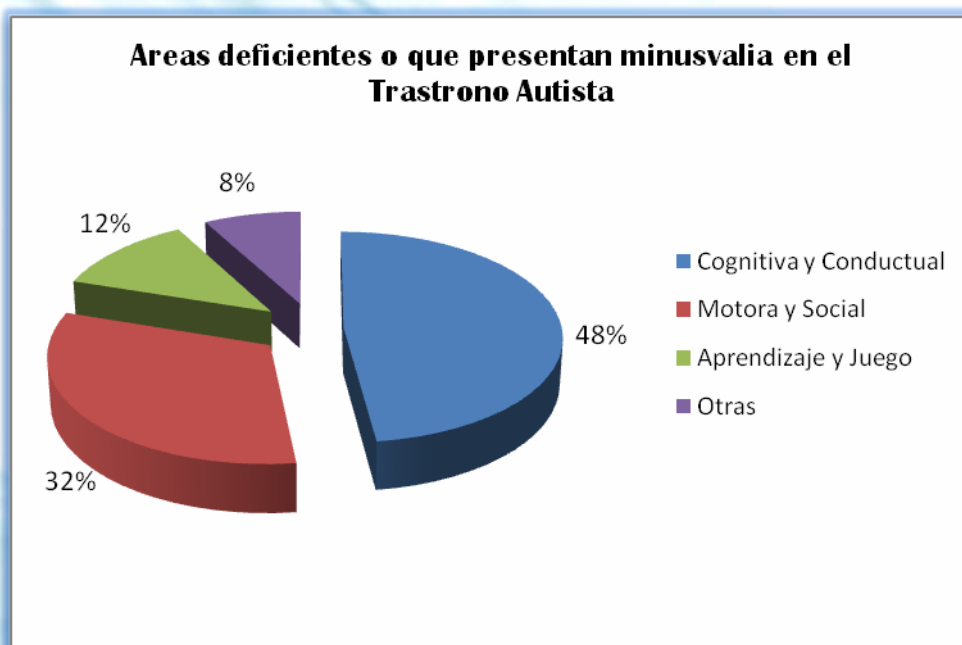


Gráfica de pastel que denota la percepción de los padres en cuanto al Trastorno Autista como Discapacidad

Al preguntar a los padres y madres de la ASA si el Trastorno Autista es una discapacidad, el 56% de ellos/as respondió que no lo es y por el contrario un 44% expresó que el Trastorno si implica una discapacidad.

Cuadro 4.2.10: identifica las áreas con deficiencia o minusvalía que según los padres implica el Trastorno Autista

Pregunta #4:		
Áreas deficientes o que presentan minusvalía en el Trastorno Autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cognitiva y conductual	12	48%
Motora y social	8	32%
Aprendizaje y juego	3	12%
Otras	2	8%
TOTAL	25	100%



Gráfica circular que identifica las áreas afectadas como producto del Trastorno Autista según los padres y madres de la ASA.

Para la mayor parte de los padres y madres de la ASA la principal deficiencia o minusvalía del Trastorno Autista es el área cognitiva y conductual dado que el 48% de los entrevistados así lo consideran. En cambio un 32% de ellos lo asocian al área motora y social de los niños/as, pero un 12% consideran que la principal deficiencia y/o minusvalía se encuentra en el aprendizaje y el juego. Finalmente un 8% consideran que son otras las áreas afectadas y no las ya mencionadas, entre las que destaca el lenguaje.

Cuadro 4.2.11: Presenta la definición que los padres hacen de sus hijos con trastorno autista

Pregunta #5:		
Definición que los padres/ madres hacen sobre sus hijos/as con T.A.		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Un niño/a con capacidades especiales	17	68%
Un niño/a con discapacidad	2	8%
Un niño/a igual que los demás niños no diagnosticados (regulares)	2	8%
Ninguna	4	16%
TOTAL	25	100%

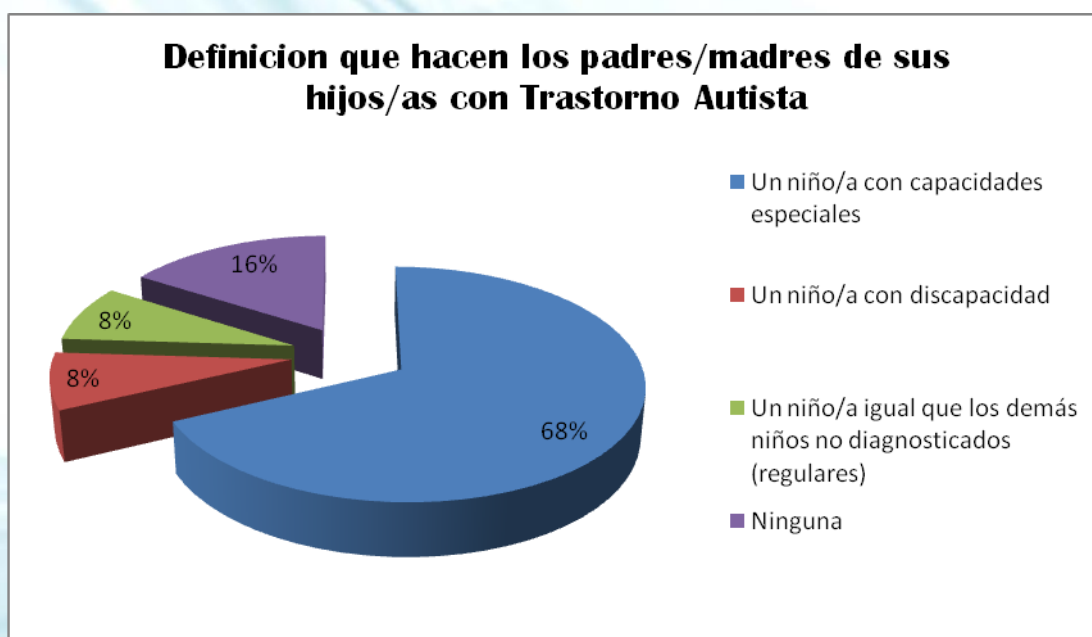


Gráfico de pastel que muestra las diferentes definiciones que hacen los padres de sus hijos a causa del trastorno autista que tienen.

La presente investigación determinó que el 68% de los padres y madres de la ASA, definen a su hijo/a con Trastorno Autista como un niño/niña con capacidades especiales, un 8% de los progenitores ven a su hijo/a como un niño/niña con discapacidad; en cambio los papás y mamás que ven a sus hijos/as como un niño/niña igual que los demás niños no diagnosticados es también del 8%. Un dato no menos importante el hecho de que el 16% optan por otro tipo de definiciones (un ángel en mi vida, mi razón de vivir, etc.).

Cuadro 4.2.12: Presenta las conductas más comunes de los niños de la Asociación de Autismo

Pregunta #1:		
Conductas más comunes de los niños con trastorno autista		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Lenguaje nulo, limitado, dejó de hablar	3	12%
Ecolalia (repite lo que ve o que oye)	2	8%
Obsesión por los objetos	3	12%
No muestra interés por los juguetes o no los usa adecuadamente	1	4%
Apila los objetos o tiende a ponerlos en línea	3	12%
No juega ni socializa con los demás niños	3	12%
Pide las cosas dirigiendo la mano a lo que desea	3	12%
Aleteo de manos en forma rítmica y constante	1	4%
Gira o se mece sobre si mismo/a	1	4%
No soporta ciertos sonidos o luces	1	4%
Hiperactivo	1	4%
Obsesión por el orden y la rutina, no soporta los cambios	2	8%
Comportamiento repetitivo	1	4%
TOTAL	25	100%

Conductas mas comunes en los niños de la Asociación Salvadoreña de Autismo

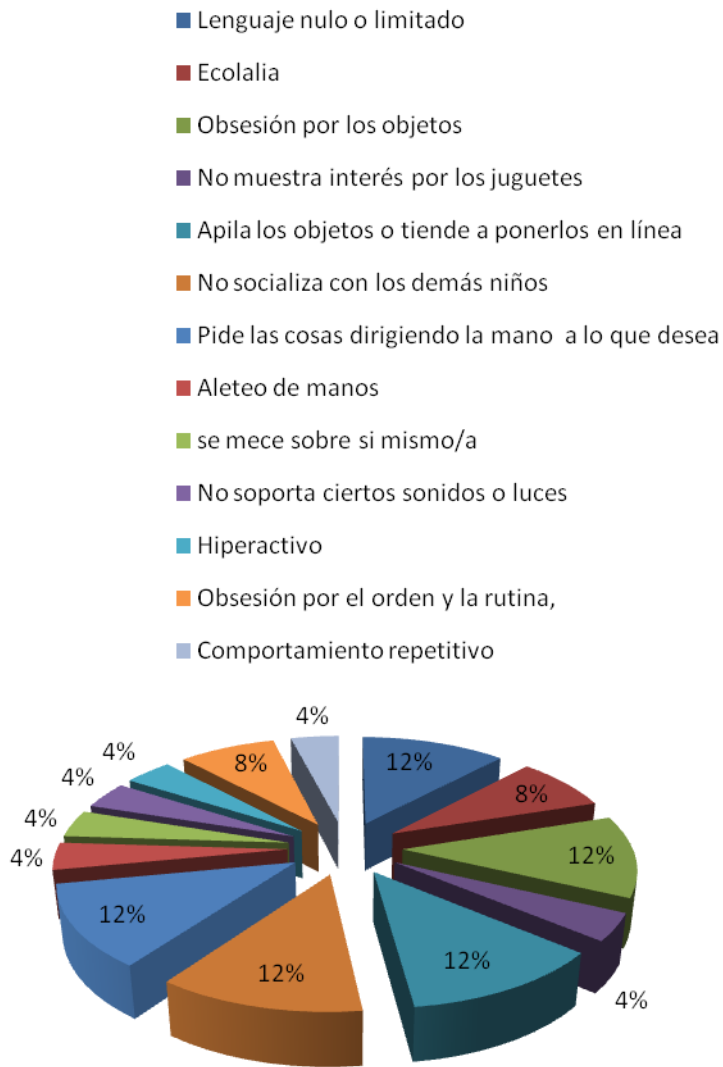


Gráfico de pastel que refleja las conductas comunes en los niños con trastorno autista de la Asociación Salvadoreña de Autismo

El gráfico anterior señala de forma resumida las conductas más comunes en los niños de los padres/ madres entrevistadas, las cuales son: lenguaje nulo y limitado, obsesión por los objetos, apila los objetos, no socializa con otros niños/as y pide las cosas dirigiendo la mano a lo que desea con un 12%, seguido de la ecolalia o la repetición de lo que observa o escucha con 8%.

Cuadro 4.2.13: Explica las atenciones y cuidados que ha recibido los niños que llegan a la Asociación Salvadoreña de Autismo

Pregunta #1:		
Atención y/o cuidados recibe o ha recibido su hijo/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Terapia de lenguaje	7	28%
Fisioterapia	3	12%
Educación especial	2	8%
Apoyo psicológico	4	16%
Medico psiquiátrico	1	4%
Educación inclusiva	6	24%
Todas	1	4%
Ninguna	1	4%
TOTAL	25	100%

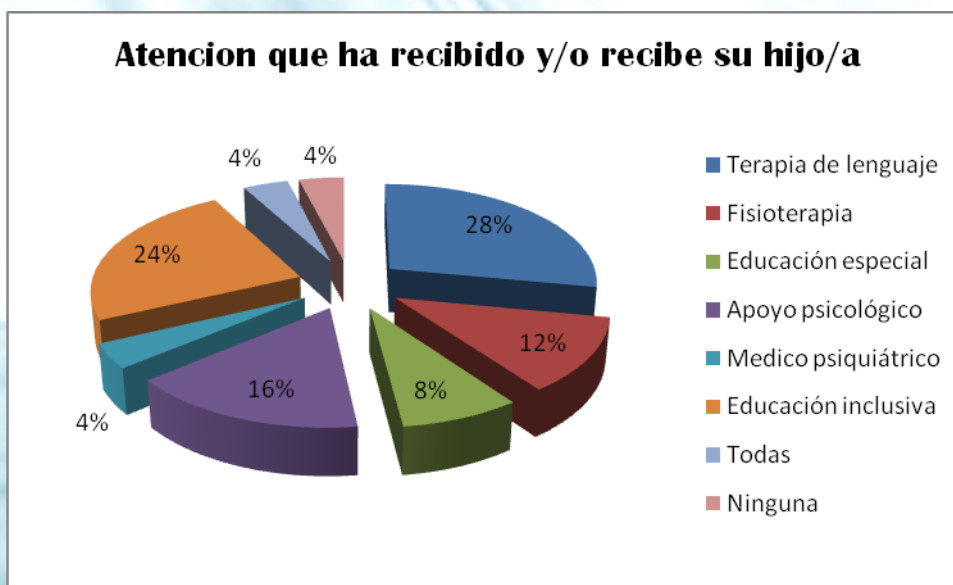


Gráfico de pastel que identifica los tipos de atenciones y cuidados que han recibido o reciben los niños que asisten a la Asociación Salvadoreña de Autismo

El 28% de las/ los entrevistados expresan que la atención que más ha recibido y/ o recibe su hijo/a es la terapia de lenguaje, un 24% afirma que han recibido educación inclusiva, esto refiere que a los padres lo que más les preocupa es comunicarse con sus hijos/as e incluirlos en una institución regular, por el deseo que ellos/as vivan una vida lo más normal posible.

Cuadro 2.4.14: Presenta las temáticas que los padres consideran necesitar para dar una atención integral a sus hijos/as

Pregunta #2:		
Temas que necesitan conocer los padres para dar atención integral a sus hijos/as		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentación adecuada e inadecuada	2	8%
Tratamientos que existen	4	16%
Profesionales indicados p/ la intervención	1	4%
Formas y métodos de estimulación	3	12%
Etapas del desarrollo niños/as regulares y diagnosticados	0	0%
Implicaciones medicas del Autismo	1	4%
Experiencia de otros padres	2	8%
Como educar al resto de la familia	3	12%
Etapas o procesos de aceptación	0	8%
Que educación brindarle	3	12%
Todas las opciones	6	24%
TOTAL	25	100%

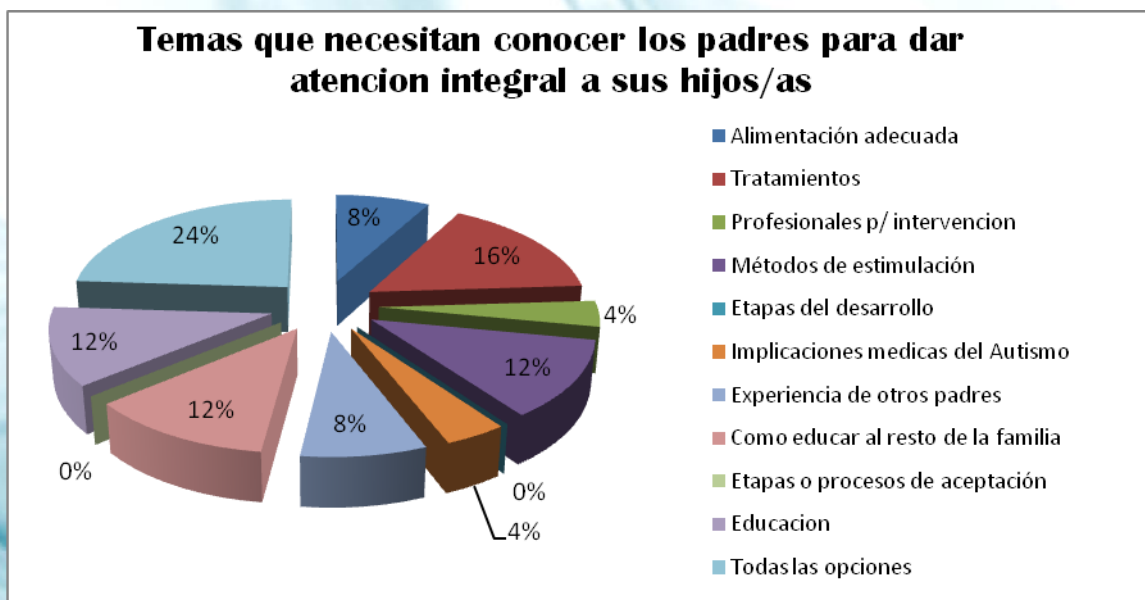


Gráfico de pastel que indica las temáticas que los padres consideran que necesitan para dar atención integral a sus hijos/as.

El 24% de las/los padres entrevistados consideran que todas las temáticas propuestas son importantes de conocer, para poder dar atención integral a sus hijos/as, eso demarca la preocupación que ellos tienen para con sus hijos/as.

Cuadro 4.2.15: Muestra las tareas que los padres han logrado que sus hijos/as aprendan

Pregunta # 3:		
Tareas que los padres han logrado que sus hijos/as aprendan		
OPCIONES	RESPUESTA DE LOS PADRES	TOTAL
Hacer peticiones y expresarse por sí mismo	1	4%
Responder a estímulos (su nombre, una petición).	3	12%
Dar la vista	4	16%
Demostrar afecto	4	16%
Control de movimientos (estereotipias)	2	8%
Manejo de la ira (berrinches)	2	8%
Que deje de repetir lo que oye o mira	1	4%
A prender a leer y escribir	1	4%
Ir al baño solo	1	4%
Vestirse solo	2	8%
Comer solo	3	12%
Estar en un salón de clases	1	4%
Otras	0	0%
TOTAL	25	100%

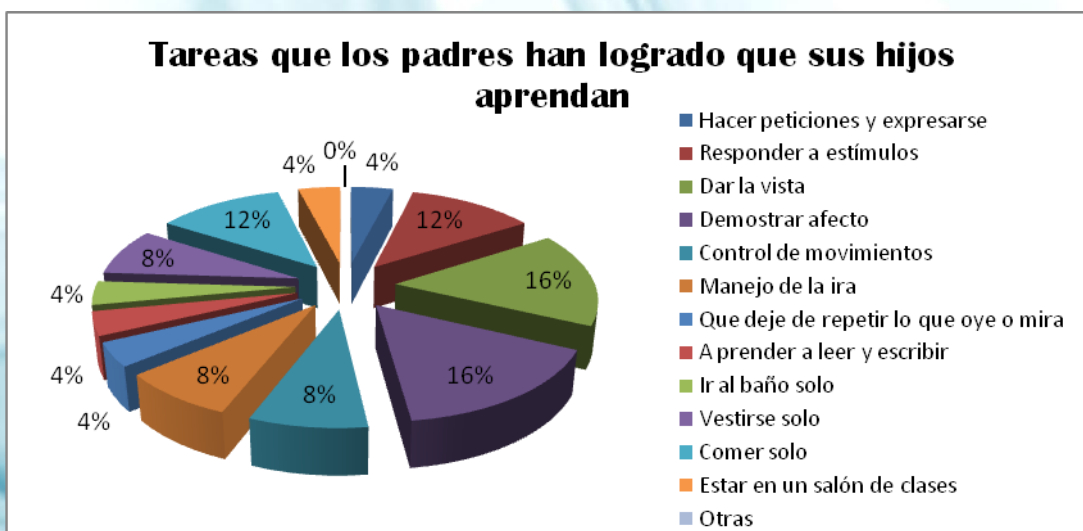


Gráfico de pastel que presenta las tareas que los padres han logrado que sus hijos/as aprendan.

El gráfico anterior refleja que las tareas que más han logrado los padres que sus hijos aprendan son: Dar la vista y demostrar afecto con un 16%, luego responder a estímulos y comer solo con un 12%, además en un 8 % control de movimientos, manejo de la ira y vestirse solo respectivamente.

Cuadro 2.4.16: Indica la persona con la que pasa la mayor parte del tiempo el niño/a

Pregunta #5:		
Persona con la que pasa la mayor parte del tiempo el niño/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Madre	15	60%
Padres	1	4%
Abuela/o	3	12%
Niñera	4	16%
Otros	2	8%
TOTAL	25	100%



Gráfica de pastel que presenta a la persona con la que pasa la mayor parte del tiempo el niño/a

La información anterior muestra que la persona con la que pasa el mayor tiempo el niño/a es con su madre en un 60%, ya que ellas consideran que no hay nadie más indicado para hacerlo, mientras que un 16% es cuidado por la niñera, ya que sus padres trabajan.

Cuadro2.4.17: refleja si los hijos de los padres que asisten a la ASA, tienen un horario especifico para cada actividad

Pregunta #6:		
¿Su hijo/a tiene un horario específico para cada actividad?		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
SI	14	56%
NO	11	44%
TOTAL	25	100%

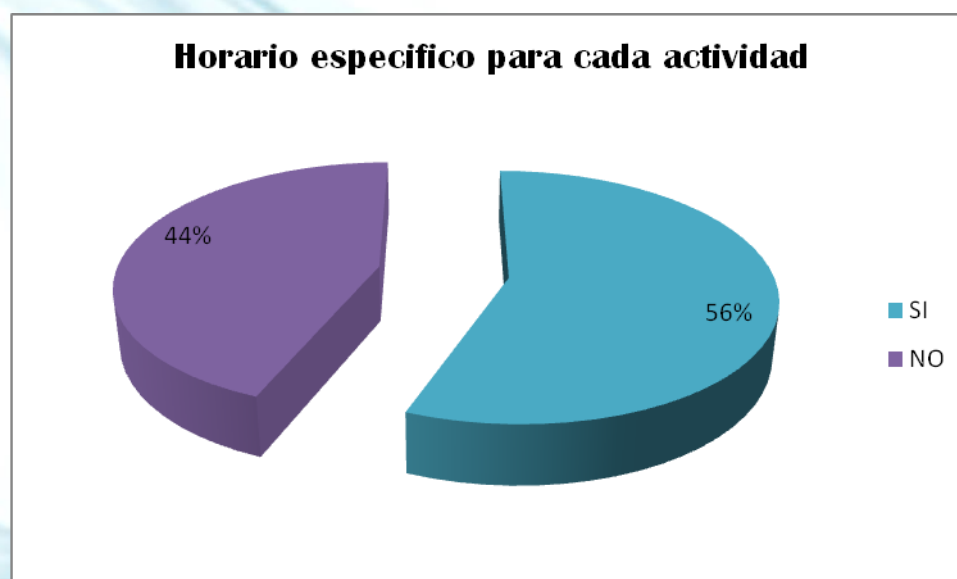


Gráfico de pastel que indica si los hijos/AS de los padres que asisten a la ASA, tienen un horario especifico para cada actividad

El 56% de las/ los entrevistados afirman que sus hijos/as tienen un horario especifico para cada actividad, lo que refleja que consideran importante estructurar su agenda diaria, pero un 44% expresan no tener horarios específicos para las actividades de sus niños/as.

Cuadro 2.4.18: denota las formas de organización de la pareja para ayudar a la rehabilitación de su hijo/a

Pregunta #8:		
Formas de organización de la pareja y familia para la rehabilitación de su hijo/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Mediante un horario	3	12%
Mediante tareas específicas	8	32%
Apoyo espontaneo	12	48%
No existe mutuo acuerdo	2	8%
Otra	0	0%
TOTAL	25	100%

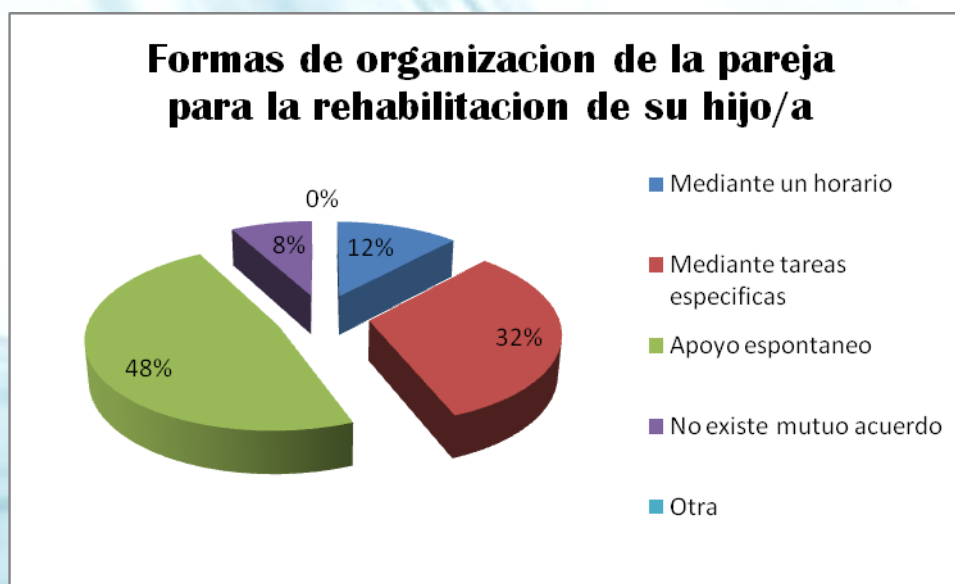
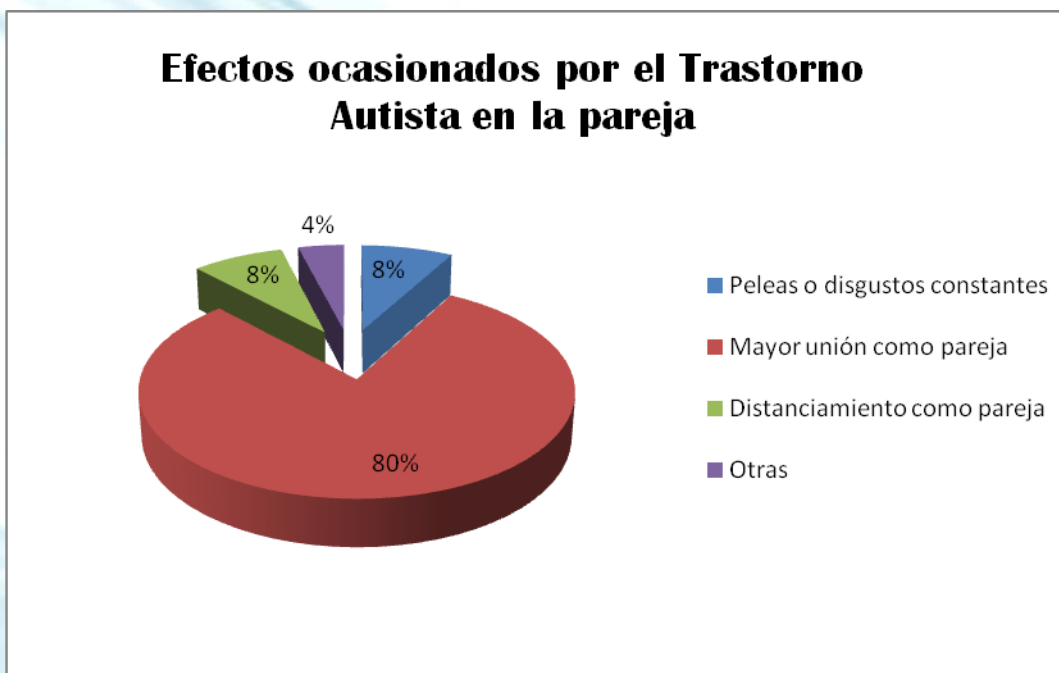


Gráfico de pastel que muestra las formas en que la pareja se organiza para ayudar a la rehabilitación de sus hijos/as.

Según la información anterior el 48% expresan no organizarse para la rehabilitación de su hijo/a, sino darse apoyo espontáneo, de acuerdo a la necesidad que se presente, pero un 32% y un 12% se organizan mediante tareas específicas y un horario respectivamente, lo que refleja una organización óptima para ayudar en la rehabilitación de sus hijos/as.

Cuadro 2.4.19: Refleja las formas en las que afecta el trastorno autista del hijos/a

Pregunta #9: Como afecta en la pareja el trastorno autista de su hijo/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Peleas o disgustos constantes	2	8%
Mayor unión como pareja	20	80%
Distanciamiento como pareja	2	8%
Otras	1	4%
TOTAL	25	100%



Gráfica de pastel que demuestra lo que ocasiona en la pareja el trastorno autista del hijo/a

El 80% de los/as entrevistados coinciden que el Trastorno Autista de sus hijos/as les ha generado mayor unión como pareja, mientras que un 8% afirma que a raíz del Trastorno existen peleas y disgustos constantes y distanciamiento como pareja.

Cuadro 4.2.20: Expresa la dinámica social luego del nacimiento del hijo/a

Pregunta #10:		
Dinámica en la vida social luego del nacimiento de su hijo/a		
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Igual que siempre	8	32 %
Significativamente disminuida	16	64%
Mejor que antes	0	0%
Otros	1	4%
TOTAL	25	100%

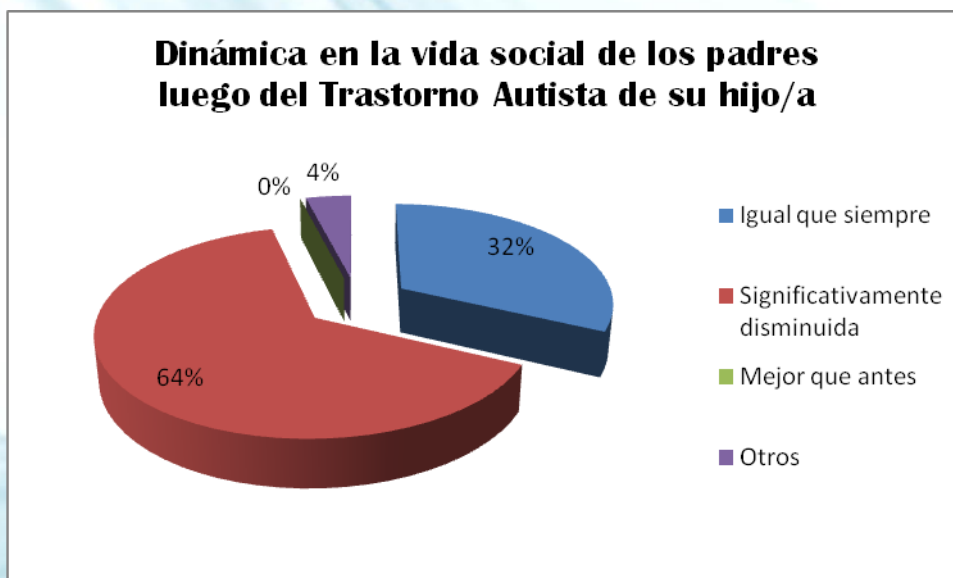
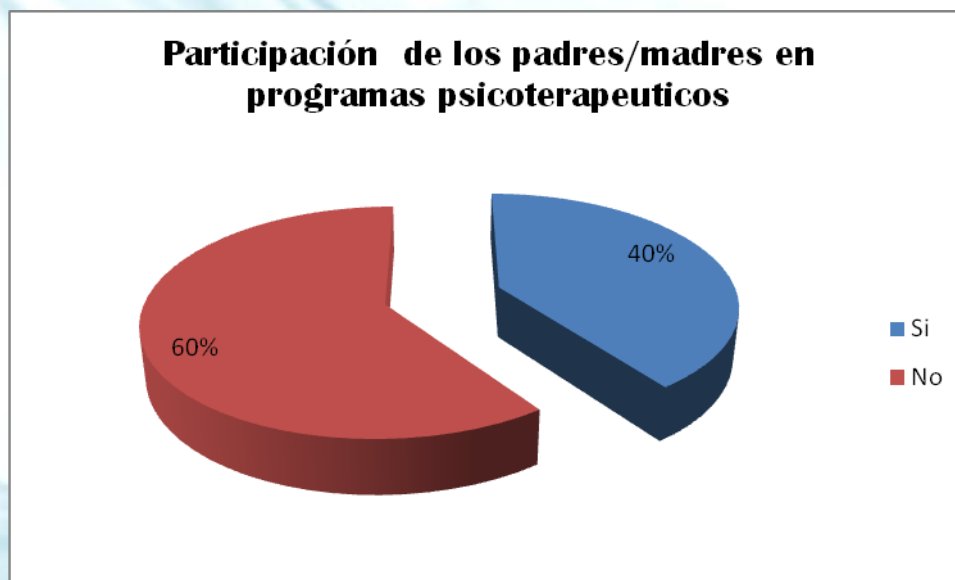


Gráfico de pastel que refiere la dinámica social de los padres luego del nacimiento del hijo/a.

Los padres/ madres entrevistadas expresan que su vida social luego del nacimiento y del trastorno de su hijo/a se ve significativamente disminuida en un 64%, por otro lado un 32% opina que es igual que siempre.

Cuadro 4.2.21: Indica si los padres han participado o no en programas psicoterapéuticos

Pregunta #11:		
¿Ha Participado en programas psicoterapéuticos donde se incrementaron conocimientos y habilidades?		
OPCIONES	FRECUENCIA	TOTAL
Si	10	40%
No	15	60%
TOTAL	25	100%



Gráfica de pastel que refiere la cantidad de padres que han y los que no han participado en programas psicoterapéuticos.

El gráfico anterior indica que el 60% de los padres/ entrevistados no han recibido ningún programa psicoterapéutico en donde se hayan incrementado sus conocimientos y habilidades para criar y educar a su hijo/a con Trastorno Autista, no obstante el 40% de ellas/ ellos si ha asistido a alguno.

CAPITULO V

5.1 ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

A partir de la información recolectada por medio de la entrevista, cuestionario y guía de observación aplicada a padres de familia de los niños/as que asisten a la Asociación Salvadoreña de Autismo. Así como también la entrevista administrada a los profesionales que prestan sus servicios en dicha institución, se obtuvieron los resultados:

A) Diagnóstico de Trastorno Autista

Ángel Riviére en su libro “El niño pequeño con Autismo”, menciona que los padres reviven un esquema similar, que muestran una y otra vez familias que solicitan un diagnóstico diferencial de un niño pequeño con las marcas obvias del autismo. Al principio, un desarrollo aparentemente normal, luego una paulatina “separación” hasta alcanzar una cerrada soledad, un patrón inflexible de pautas de conducta y de percepción, una dificultad para desarrollar las capacidades de lenguaje y comunicación, que los sitúan en el mundo social”, ello dificulta la toma de conciencia del problema, por parte de los padres, pero al darse cuenta que sus hijos no se desarrollan como un niño común, inician un proceso para encontrar una respuesta a su retroceso en el desarrollo; lo que los lleva en la búsqueda de diferentes profesionales.

Más de la mitad de los padres/ madres entrevistados coincidieron que el profesional que les brindó el diagnóstico de Trastorno Autista, fué un neurólogo, quizá por ser el único que tiene las herramientas electrónicas necesarias para descartar cualquier tipo de anormalidad cerebral, sin embargo otro profesional que tuvo incidencia para el diagnóstico según lo manifiestan los y las entrevistados fué el psicólogo; estos datos indican que los padres y madres necesitan pruebas tangibles como aplicación de exámenes y pruebas psicológicas que les dé una explicación aceptable de lo que está sucediendo con sus hijos/as, ya que no entienden como se ven físicamente “bien”, pero no se desarrollan como tal.

También existe una parte de los padres/ madres que recibieron indicadores de autismo de manos de un docente, es decir aunque ellos/as no puedan hacer ese tipo de afirmaciones, ya que su ámbito es el académico, pero por falta de profesionales especializados se toman esa tarea.

De ahí surge la importancia que sea un equipo multidisciplinario quien realice un diagnóstico certero, donde se descarten otro tipo de trastornos con indicadores similares como: el retardo mental, trastorno de habilidades motoras, del lenguaje expresivo, trastorno de Rett y desventajas como: sordera, mutismo selectivo, etc.; de tal forma que una vez establecido el diagnóstico de Autismo, le permite al padre comprender la naturaleza del mismo y las áreas a intervenir.

Es importante mencionar que luego del proceso de diagnóstico los padres emiten un juicio personal sobre la gravedad del Autismo que tienen sus hijos/as, tal es el caso de los y las entrevistadas quienes la mitad ubican a sus hijos/as en un nivel de autismo moderado; definido por ellos como “una condición que con estimulación les permitirá alcanzar cierto grado de independencia”. No obstante un 36% coloca a su hijo/a en un nivel leve, es decir, que “como padres/ madres esperan una adaptación social, que implica un estilo de vida normal (cursar una carrera, etc.). Una tercera parte del 8%, marcó el nivel profundo, que significa “una dificultad psicomotora, del lenguaje y de la interacción severo”. Los tres niveles mencionados, son retomados de manera subjetiva tanto por padres de familia, profesionales y autores de libros sobre la temática, dado que la OMS, DSM IV-TR y la CIE- 10, no proporcionan esos niveles, sino modalidades como lo son: el Trastorno desintegrativo infantil, el síndrome de Asperger, trastorno de Rett y el Trastorno Autista. No obstante, la percepción de los padres es muy propia, ya que el grupo investigador observó algunos niños, los cuales tenían un marcado déficit en el lenguaje, interacción y adaptación que no correspondía a la gravedad del trastorno.

B) Sentimientos y Emociones de los Padres

Para los padres/ madres la recepción de un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, puede ser un alivio, ya que la búsqueda ha terminado y se puede comenzar a comprender el problema, pero generalmente es un proceso difícil de aceptar, es evidente que recibir un diagnóstico de autismo es un balde de agua fría para los padres y madres de familia, quienes en su mayoría experimentaron tristeza, estrés, frustración, confusión negación y culpa, eso trae un claro golpe para la autoestima del padre, estos indicadores fueron manifestados en frases como: “Se derrumbaron todos mis sueños” “Dios ¿porque esto amí?, ¿A quién debo recurrir?, ¿Por qué no es como mis demás hijos? ¿Qué hice mal en el embarazo? Sin embargo otros entrevistados/as expresaron haber sentido resignación, y otros experimentaron indiferencia o una desconexión con

el diagnóstico; estas reacciones corresponden a 3 de las fases propuestas por la psicóloga argentina Blanca Núñez, estas son:

- a) Embotamiento de la sensibilidad, que hace referencia a un estado de shock, aturdimiento, confusión, cólera y aflicción.
- b) Anhelo y búsqueda de la figura perdida, se asimila el trastorno pero no se acepta como condición de su hijo/a, se puede atravesar por un proceso de duelo (el hijo esperado vs el hijo real).
- c) Desesperanza y desorganización, existe depresión, apatía, sentimientos de vacío y resignación de no recuperar lo anhelado y perdido.
- d) La etapa de organización o aceptación, estuvo presente en una minoría de los padres/madres, luego del diagnóstico, muchas veces la aceptación es confundida con la resignación, esta última entendida como un proceso de conformidad, y cierta derrota ante las adversidades, por el contrario la aceptación no es más que la aprobación ante situaciones difíciles pero enfrentándola. No obstante esta misma fase en los sentimientos actuales sobre el trastorno autista del hijo/a, se convierte en la más representativa para la mayoría, aunque otros/as entrevistadas a pesar de aceptar el diagnóstico, aún contemplan el constante deseo de cambiarlo, lo que sugiere la literatura que es un mecanismo de defensa en la base de su conducta: "es si, pero no quiero". Empero un bajo porcentaje continúan sintiendo tristeza, preocupación, impotencia y resignación, que son elementos que dañan gravemente la autoestima de los progenitores, lo anterior refiere que en algunos el proceso de duelo no logra concretarse según los teóricos.

Lo anterior está aunado con la actitud que los entrevistados/as tienen ante el trastorno de sus niños/as, estas son aceptación y positivismo, lo que se manifiesta en aceptar a su hijo/a pero no significa que deba ignorar su condición autista, se manifiesta la necesidad de amarlos tal cual son, pese a ello al momento de la entrevista los padres y madres no manifestaban esa aceptación total, era más bien resignación y el positivismo les ayuda para ver la capacidad del niño para adquirir habilidades, pero se muestra en algunos como la sobrevaloración que existe para la rehabilitación del niño/a en corto tiempo. Dichas actitudes se manifiestan al pensar en el futuro de su hijo/a con trastorno autista, ya que un porcentaje considerable aseveran tener confianza y seguridad de que van a ser un poco independientes, estudiando el bachillerato, una carrera, relacionándose con los

demás de manera adecuada, entre otras. Los que expresan sentir angustia y miedo, depende de algunos factores como: la gravedad del trastorno y la dificultad económica que influiría de manera directa a que los niños/as no pueden recibir todas sus terapias por no poder acceder a esos servicios y la edad de los padres, puesto que les genera estrés la inseguridad de no saber si podrán contar con vida para seguir apoyando a sus niños/as.

La Ambivalencia afectiva se encuentra presente en una minoría, que dicen sentir seguridad y confianza de que sus hijos/as podrán desenvolverse de manera funcional, pero a su vez tienen miedo, angustia de lo que pueda suceder y dolor por no sobrellevar en su totalidad el trastorno.

Dentro de toda la dinámica psicoemocional comentada anteriormente, los hermanos/as de los niños/as con trastorno del espectro autista, juegan un papel importante, pero un dato curioso es que la generalidad de los entrevistados comentó que tenían hijos únicos, probablemente, ya que si el primer hijo/a tiene el trastorno, existe según la literatura cierta probabilidad que el segundo hijo/a pueda tener el mismo trastorno, lo que aumenta la preocupación y el estrés. Por el contrario otros hijos/as sienten por su hermano/a con Autismo amor de hermanos, solo una minoría manifestó que había celos y rechazo hacia su hermano/a, probablemente son los que se sienten relegados o desatendidos por sus padres, ya que su atención se centra en mayor medida en su hijo con autismo.

Por otro lado, el sentimiento de satisfacción o frustración en los padres, está fuertemente influenciado por las diferentes adaptaciones que estos tuvieron que realizar como consecuencia de tener un hijo con Trastorno Autista. Y una de esas áreas que mayor transformación ha sufrido es la vida social, dado que más de la mitad se ha visto en la necesidad de disminuir esos vínculos sociales e invertir ese tiempo en las atenciones a sus hijos e hijas con autismo, el tiempo libre disminuye según los teóricos, lo que aumenta los niveles de estrés y afecta gravemente la autoestima, pues existen limitantes para el desarrollo profesional y personal de los padres al depositar todas sus fuerzas en las atenciones de su hijo/a, se vuelven padres sobreprotectores que se olvidan de sí mismos. Empero son pocos los que no han sufrido ningún tipo de cambio en su vida social, tal vez porque su hijo logra de alguna manera un comportamiento adaptativo o porque su red social ha sido pequeña.

Otra de las consecuencias que los padres consideran tiene fuerte relación con el diagnóstico de autismo, es ese sentimiento de unión que se desarrolla en la pareja y que se refleja en más de dos terceras partes. El índice de peleas y disgustos es muy alto para una minoría de los padres, y muchas veces esto les lleva a un distanciamiento. Sin embargo todos los padres coinciden que la unión en la pareja es el resultado de haber superado esas etapas de desacuerdo entre ellos que generalmente se presenta en las primeras fases luego de recibir el diagnóstico, esa unión se evidenció en las entrevistas no siempre es afectiva, más bien por el bienestar del pequeño/a; lo curioso es que en la minoría que corresponde a las madres solteras en su comportamiento se denotaban niveles de estrés mayores al afrontar solas lo que implica el cuidado de sus hijos/as: falta de recursos económico para las terapias, colegios de educación regular, alimentación adecuada, tratamientos médicos; ellas manifestaron que era “difícil criar sola un hijo”.

C) Conocimiento sobre el Autismo

Es evidente que los entrevistados poseen conocimiento considerable del trastorno Autista, es decir conocen concepto, causas y aspectos relacionados a este, señalaron que era un trastorno generalizado del desarrollo que tiene como característica esencial la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción, comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. En cuanto a las causas el trastorno aún no tiene una claramente definida, lo único que se ha hecho es crear una serie de teorías que expliquen las posibles raíces de dicho trastorno, otro aspecto relacionado es la distinción entre las esquizofrenia y el Trastorno Autista, el primero incluye alucinaciones y según los criterios del DSM IV-TR, se debe diagnosticar en la edad adulta, la teoría afirma que no todos los niños con autismo presentan dificultad para mostrar afecto, también que algunos pueden realizar proezas mentales, esto dependerá de la gravedad en las áreas afectadas, pocos de ellos/as tienen conocimiento básico que incluye concepto y causas y una minoría significativa solo posee nociones sobre el autismo, lo que refleja la poca información que tienen sobre aspectos concretos del trastorno.

Luego del diagnóstico, los padres tienen la necesidad de conocer y responder a muchas interrogantes, ello es indispensable para poder brindar las atenciones que sus hijos/as necesitan, sin embargo ese poco o amplio conocimiento que tengan, no es determinante para proporcionar una atención integral a sus hijo/as, ni para la asimilación de todo lo que implica comprender, afrontar y cuidar a sus hijos/as.

Dentro de ese conocimiento necesario que los padres y madres de familia necesitan interiorizar, es importante además, la definición de algunos conceptos, como lo es el término discapacidad, en la que una vasta cantidad de los entrevistados/as consideran que el Autismo no implica una discapacidad, a pesar de eso un 44% afirman que si implica una discapacidad. Primero se debe definir que es una discapacidad: “Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”. Para la OMS. Es la consecuencia que una deficiencia fisiológica o de las funciones, produce en la persona. De ahí se infiere que el autismo si implica una discapacidad, pero que la mayoría de los padres/ madres no lo asimila como tal, debido a esa susceptibilidad o no aceptación de dicha condición, también el término discapacidad en la actualidad se percibido como peyorativo, por lo que algunos profesionales le llaman capacidades especiales, dicho término es considerado ambiguo, ya que el diccionario de la Real Academia Española señala que el término capacidad viene del latín *capacitas*, *atis*, entre los que destacan: Aptitud, talento, cualidad que dispone alguien para el buen ejercicio de algo. En este aspecto un porcentaje alto de los padres definen a sus hijos como niños/as con capacidades especiales o como niños regulares; otros tienen definiciones muy particulares sobre sus hijo/as como: “mi tesoro”, “un niño con diferentes formas de aprender” mientras que una minoría si definen a sus niños/as como con discapacidad, esto, muestra que el poco conocimiento que las personas poseen sobre el significado de discapacidad, se manifiesta la poca aceptación al definir a sus hijos/as como niños con capacidades especiales o por la distorsión del concepto, también incluye la no aceptación del trastorno.

En base a ese poco o amplio conocimiento que los entrevistados manifiestan tener, es importante destacar que ello les ayuda a identificar las áreas donde sus hijos/as presentan las mayores dificultades las cuales fueron: el área cognitiva y la conductual, la primera implica un déficit según los autores, en los procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales; la segunda varía en cada niño/a, ausencia casi total de reciprocidad y respuesta emocional. Otra parte señaló que en las áreas motora y social, que se denota en patrones restrictivos de conducta repetitivos y estereotipados, dificultad motora fina y en ocasiones gruesa y una minoría manifestó que la mayor dificultad en sus hijos eran en el área del aprendizaje, el juego y en el lenguaje.

D) Conducta de los niños con Trastorno Autista

En su mayoría los padres y madres de la Asociación Salvadoreña de Autismo, al identificar las conductas de sus hijos/as con Trastorno Autista, buscan en alguna medida justificarlas y razonarlas de tal modo que el comportamiento de ellos pareciera lo más común al del resto de los niños/as o son utilizadas como justificaciones aducidoselas al trastorno en frases como las siguientes: “él hace berrinche por el trastorno”, “el no aprende porque es autista”.

De las 24 conductas incluidas en el cuestionario y que coinciden con las llamadas “conductas características del trastorno autista” como productos de diferentes investigaciones, claramente se puede observar que todas están presentes, aunque no todas forman parte del repertorio comportamental de cada niño. Es decir que el total de conductas no son manifiestas en todos los niños/as y que las que están, no se dan en los mismos niveles de dificultades o afectación a su desarrollo. Al recopilar las conductas más representativas de los niños y niñas con autismo de la Asociación, en orden decreciente podemos mencionar en primer lugar: la usencia o limitado lenguaje, la falta de socialización con otros niños, obsesión por los objetos, tiende a ponerlos en línea o apilarlos, pide las cosas dirigiendo su mano a lo que desea.

El segundo grupo, denominado así porque las conductas están presentes, solo en una cantidad promedio de los niños y niñas, incluyen conductas como: Ecolalia, obsesión por el orden y la rutina, caminar de puntas.

Las características del tercer grupo son: comportamiento repetitivo, hiperactividad, no soporta ciertos sonidos o luces, aleteo de manos, se mece sobre si mismo, no muestra interés por los juguetes ni los usa adecuadamente.

Pese a las diferentes conductas que los progenitores identifican en sus hijos/as, estos tienen y mantienen altas expectativas en cuanto al futuro de ellos, los ven como personas independientes, autónomas y académicas al cabo de 10 años o más. Por otro lado es solo un padre el que considera que su hijo será un ignorante y desigual al resto de los demás jóvenes. Sin embargo esta percepción, puede deberse a que el padre es de edad avanzada en comparación con los demás padres y maneja la idea de que cualquier esfuerzo será en vano si no está hecho directamente por un profesional. No obstante el resto de los padres se sienten con el compromiso y la responsabilidad de ser ellos quienes procuren el óptimo desarrollo en sus hijos e hijas con Trastorno Autista, lo cual es fundamental para la mejora en estos niños y niñas. Ante esto es

importante mencionar que la teoría también establece que la evolución del trastorno depende en gran medida de dos factores: el nivel de inteligencia y el desarrollo del lenguaje comunicativo. En ese sentido, Kanner y Rutter creen que los mejores pronósticos corresponden a los niño (as) que no presentan insensibilidad profunda a los sonidos, que hablan prácticamente a los 5 años y en los que la fase de ecolalia es pasajera.

Por su parte las entrevistas realizadas a los profesionales, indican que las principales dificultades de los niños y niñas con autismo de la Asociación son en el área del lenguaje, misma dificultad que identifican la mayoría los padres y madres. También los profesionales consideran que existen dificultades en la socialización, dificultades propioceptivas, del esquema corporal y la ubicación temporo-espacial; seguido de la falta de juego que implique imaginación, seguir indicaciones, prestar atención y saber controlar sus conductas estereotipadas.

Importante es mencionar que los profesionales son bastante específicos, no solo en la identificación de las dificultades de los niños, sino que además, dan a conocer de manera puntual las necesidades o estrategias de intervención para los padres, que superen las ya mencionadas dificultades y estas son: disciplina (límites), afecto, comprensión, estimulación temprana, estructuración en su enseñanza-aprendizaje, seguridad, buena autoestima y control con profesionales involucrados (neuropediatra, fisioterapeuta y terapia del lenguaje) entre otros, lo que concuerda con las presentadas por los teóricos que sostienen que lo que necesitan los padres es: información, formación y apoyo. Además para los profesionales el hecho de que los padres puedan suplir estas necesidades, implica que ellos/as deben lograr una aceptación y reconocimiento de las necesidades de sus hijo/as, aceptación de apoyo psicológico, educación para la salud y el autismo y deberán además conocer sobre la estimulación adecuada a sus hijos e hijas. Es importante destacar que es necesario que ellos conozcan las experiencias de otros padres que han superado el trastorno, pero no todos los padres están aptos para ser ayuda de otros.

E) Atención Integral

Saber el tipo de atención que brindan los padres y madres a sus hijos/as con trastorno autista, implica dar a conocer en primer lugar se hace importante definir que es atención integral: centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos,

de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva. Es decir referida a la totalidad humana, que va más allá de una mano, un pie, un cuerpo, un alma, que es una unidad, aceptar que la persona es única e irrepetible, no es algo, sino alguien con nombre, apellido, derechos y con un valor.

De acuerdo a la investigación más de la mitad de los niños está bajo la completa dirección de sus padres (generalmente la madre). El resto de los niños y niñas están bajo los cuidados de sus abuelos/las o niñeras, esto último se debe a que los padres tienen que trabajar.

Mucha de la teoría habla de una herramienta que todo padre/medre con o sin diagnóstico de trastorno en sus hijo e hijas debería implementar y es la estructura en las actividades sobre todo cuando lo que se quiere es enseñar disciplina. En este sentido se identificó que más de la mitad de los padres si tienen un horario específico que sus hijos e hijas deben cumplir. Por el contrario, la parte restante de padres dicen no ser necesario tener un horario establecido que cumplir. Esto en cuanto a los hijos, por otro lado; las actividades que como padres deben realizar son muchas, por lo que un poco menos de la mitad de los padres tiene un horario establecido o actividades específicas que les permite turnarse y participar de manera equitativa en el cuidado y atenciones no solo para sus hijo/a con trastorno autista, sino, para sus demás hijos/as y otras demandas de la casa. Además, el estudio revela que más de la mitad de los entrevistados se apoya mutuamente de manera espontánea, lo que quiere decir que ante la necesidad surge la ayuda entre sí. Por otro lado y representado por una minoría están aquellos padres que expresan no existe mutuo acuerdo entre ellos y que además les genera algún tipo de conflicto, terminando ambos con estrés y ansiedad. Cabe destacar que 3 sujetos de investigación son madres solteras.

Al tratar de saber cuál es el progreso de los niños y niñas con Trastorno Autista como producto de la estimulación de sus padres, se obtuvo que ha existido un avance bastante variable, lo que implica que muchos padres han podido contribuir al aprendizaje y/o desarrollo de sus hijos /as en algunas de sus áreas deficientes, por ejemplo: en la estimulación de la expresión de afecto y el contacto visual, que son de las conductas que más satisfacción le proporcionan a los progenitores. Asimismo algunos padres han obtenido buenos resultados al enseñar responder a estímulos, comer solo, otros han logrado el manejo de la ira y la disminución de los movimientos estereotipados. Pero existen otras en donde ellos/as han tenido dificultades como: lograr que estar en un salón de clases, ir al baño solo, que deje de repetir lo que oye, hacer peticiones.

En su mayoría los padres expresan tener diferentes obstáculos para el óptimo desarrollo de sus hijos/as. Sin embargo, destaca como principal necesidad la falta de conocimiento y profesionales que informen las maneras adecuadas de estimulación y apoyo requerido para sus hijos/as. Un dato que es de mucho peso en la presente investigación es saber que los padres tienen claridad de sus áreas a reforzar en pro del bienestar de sus hijo/a, ya que al preguntar que necesitan ellos conocer, se notó que en igual porcentaje a los padres les interesan las formas de estimulación y los diferentes tratamientos que existen para el Trastorno Autista. Pero la sed de conocimiento no llega hasta ahí, a muchos les interesa poder saber el tipo de alimentación y educación adecuada, los profesionales que intervienen en el Trastorno, las implicaciones médicas, la experiencia de otros padres y como educar al resto de la familia. Mejor aún es saber que existe una considerable cantidad de padres/madres que les interesa saber todo lo relacionado al trastorno, es decir, cada uno de los tópicos mencionados con anterioridad.

En base a lo anterior y lo recabado en las entrevistas se infiere que cuando de recibir conocimiento y adiestramiento se trata los padres se enfocan solo en la intervención que sus hijos necesitan y descartan algún tipo de apoyo psicológico hacia ellos. Sin embargo, en las entrevistas realizadas muchos padres, dicen estar pasando por procesos psicoemocionales muy desgastantes, esto pese a su inquebrantable deseo de querer ayudar a su hijo/ hija con Trastorno Autista. Esta afirmación se sustenta con el hecho de que en los cuestionarios solo una mínima parte de los entrevistados muestran interés en querer saber las diferentes etapas por las que atraviesan los padres ante situaciones como lo es tener un hijo/a con Trastorno Autista.

Siguiendo con las necesidades de los padres y madres de niños con Trastorno Autista, es de relevancia mencionar que según la teoría existe un sistema integrado por los siguientes ejes: información, formación y apoyo. Lo interesante de ello es que coincide con las demandas encontradas en dichos padres. Y aunque la necesidad de la información y formación son evidentemente claras en los cuestionarios, el apoyo (sobre todo de tipo psicológico) se hace más perceptible en las entrevistas.

Por otro lado, el interés demostrado en participar en la investigación fue por el interés de querer ampliar sus conocimientos, esto pese a que un porcentaje del 40% ya ha participado en programas y/o capacitaciones que les permitió adquirir nuevas habilidades para la educación de su hijo/a con

autismo. Esto resulta un dato de gran interés para la investigación dado que potencia el seguimiento en este tipo de proyectos como lo es el programa en cuestión.

Otro de los elementos muy trascendente es el grado de importancia que los padres muy acertadamente le otorgan a los diferentes tipos de atención que ellos conocen como necesarios para el desarrollo óptimo de sus hijos/as con autismo. Por ello en su totalidad (excepto por un caso) los niños y niñas están recibiendo por lo menos 3 de las siguientes atenciones: terapia de lenguaje, apoyo psicológico, educación inclusiva, fisioterapia, equino terapia y atenciones médicas psiquiátricas. Esto genera en sus padres altas expectativas para el progreso y buen desarrollo de sus hijos/as.

Para terminar este apartado de la atención integral, es de importante mención el hecho de que la mayoría consideran estar dando una calidad de vida a sus hijos, existe un verdadero compromiso en los padres y madres de la Asociación para dar lo mejor de si y poder llegar a realizar sus más grandes aspiraciones: lograr la independencia de sus hijos, formar hombres y mujeres de bien para integrarlos a la sociedad, etc. Para ellos el significado de atención integral incluye dar las atenciones básicas: alimentación, vestuario, educación, atención médica, pocos mostraron conciencia de que sus hijos/as para tener una calidad de vida necesitan amor, cuidados especiales, comprensión, lo que indica que no existe toma de conciencia que atención integral se refiere como al inicio del apartado a la búsqueda de la mejora en los hijos/as respetando su dignidad y derechos. En conclusión se puede decir que los padres cuidan de sus hijos/as de manera optima, sin embargo es necesario fomentar el respeto hacia la individualidad de sus hijos/as, comprendiéndoles, mostrándoles el mundo, esto puede deberse a que no existe conocimiento en el país, sobre los cuidados que un niño con autismo necesita y si existe es muy poco, no todos pueden acceder a ellas, por medio de programas que tengan la finalidad de: aumento del bienestar y mejora de autoestima, Reducción de estrés, mayor confianza en uno mismo, en sus posibilidades y en su seguridad en el mundo, Sentimiento de plenitud y mejora en las relaciones sociales (pareja, familia, etc.), aprendizaje de técnicas para abordar los problemas con mayor facilidad y mayor capacidad para entenderse a uno mismo y a los demás; así como herramientas para convertirse en padres coterapeutas de sus pequeños/as.

CAPITULO VI

6.1 DIAGNÓSTICO

El autismo es un enigma inquietante que afecta tanto al niño como a toda la familia. El cuidado que requiere un niño autista es muy exigente para los padres y madres. Ellos están expuestos a múltiples desafíos, que tienen un impacto fuerte en la familia a nivel emocional, físico, económico y social, este impacto provoca dificultades para afrontar y sobrellevar el trastorno, eso también se evidenció en los padres de familia de la Asociación Salvadoreña de Autismo, los cuales manifestaron las siguientes conductas:

- a. Tendencia a minimizar las conductas de sus hijos/as
- b. La sobreprotección Vrs la Practicidad (extremos en las conductas hacia las demandas de niño o la niña).
- c. Sobrevaloración de las capacidades del niño/niña.
- d. Altas expectativas sobre las terapias en poco tiempo.
- e. Necesidad constante de buscar respuestas sobre las causas y tratamientos “mágicos” del trastorno.
- f. Un descuido psicoemocional de sí mismos/as.
- g. Tendencia a comparar a sus hijos/as con el resto de los niños/as con el mismo trastorno.
- h. Hipersensibilidad al uso del término de discapacidad para referirse a su hijo/a.
- i. Sentimiento de impotencia por el desconocimiento de las formas o estrategias de estimulación.
- j. Sentimiento de incomprensión por parte de la sociedad hacia la situación que le acontece.

Lo anterior acontece debido a que ellos tienen una carencia de habilidades emocionales, cognitivas, sociales y educativas lo que les dificulta desempeñar su rol de manera tal que puedan sentirse satisfechos de su papel como padre/madre lo que demanda una satisfacción a las necesidades que a continuación se describen:

Necesidades de los padres y madres de la ASA:

a. Psicoemocionales

- Condición de vulnerabilidad generalizada
- Un adecuado control emocional y canalización de la ambivalencia afectiva.
- Reestructuración de los esquemas mentales inadecuados
- Mejor comunicación en la pareja
- Mayor acercamiento afectivo en la pareja
- Independencia de los padres hacia sus hijos/as
- Control de los factores estresantes
- Incremento de sus redes sociales

b. Conocimiento del Trastorno Autista

- Aprendizaje en la utilización de los términos referidos a la condición de Trastorno Autista (deficiencia, discapacidad, minusvalía).
- Aprendizaje de la puesta en práctica del conocimiento adquirido sobre el Trastorno Autista.
- Aprendizaje de estrategias de la psicología para beneficio propio como: técnicas de relajación, respiración, etc.

c. Atención Integral ; los padres necesitan saber lo siguiente:

- Métodos de estimulación temprana
- Tratamientos que existen
- Alimentación adecuada
- Tipo de educación que deben de recibir sus hijos/as
- Como educar al resto de la familia
- Profesionales indicados para la intervención.
- Experiencias de otros padres
- Etapas o procesos de aceptación de los padres.
- Etapas del desarrollo del niño.
- Implicaciones médicas del Trastorno Autista.

- Toma de conciencia sobre la importancia de una atención integral a sus hijos/as.
- Falta de participación y equidad en la contribución de los cuidados brindados a sus hijos e hijas.

A raíz de lo anterior es necesaria la conformación y establecimiento de las áreas de intervención, para abordar de manera holística, su sintomatología emocional y la carencia de habilidades para ayudar en la rehabilitación de su hijo/a.

Áreas a intervenir:

- a. Autoestima: en esta área se ve reflejada la indefensión, manifestado en un sentimiento de incapacidad para ayudar en la rehabilitación de sus hijos/as, conformismo, pesimismo, eso se denotó en las entrevistas, insatisfacción con su vida, culpa por el trastorno, dependencia hacia su hijo/a con trastorno autista, vulnerabilidad excesiva ante la actitud del mundo, la comparación de su vida con la de otros y la comparación de su hijo/a con un niño regular o con otro con autismo.
- b. Inteligencia Emocional: no existe control de emociones, denotan frustración, ansiedad, indicadores de estrés.
- c. Relaciones Interpersonales: aquí la mayoría mostró un patrón común de pocas redes sociales y poca vida social, sus hijos/as absorben su tiempo, lo que los limita a poder fomentar interacciones saludables con los demás.
- d. Manejo de estrés: Dificultad para dormir, fatiga, ansiedad.
- e. Autocuidado: corresponde a todas las áreas anteriores, proporcionar herramientas para la creación de una adecuada salud mental.
- f. Atención Integral
 - I. Fase Teórica: corresponde a todos aquellos elementos de la literatura necesarios para poder comprender aspectos relevantes y relacionados con el trastorno, cuidados especiales para él o la hija, así como para su autocuidado.
 - II. Fase Operativa: Proporcionar estrategias prácticas que permitan el óptimo desarrollo en el niño/a, en el padre y la madre.

CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

El equipo de investigación concluye:

1. Que los resultados obtenidos en el diagnóstico indican que la mayoría de los padres consideran los cuidados básicos como atención integral, dejando de lado la parte de estimulación y educación en el hogar, la comprensión de sus hijos/as y la verdadera aceptación, esto no les permite confiar en las capacidades de ellos/as.
2. Los efectos que ocasiona en los padres y madres de familia un diagnóstico de Autismo son similares a los de una etapa de duelo, en donde se experimenta: dolor, impotencia, frustración, culpa, sentimiento de pérdida, indefensión, baja autoestima, les genera cuadros de estrés, ansiedad, en algunos casos depresión, baja autoestima, lo que los limita en la mayoría de los casos a focalizar sus fuerzas en la rehabilitación de sus pequeños/as.
3. Que el amplio conocimiento que posea la mayoría de los padres de familia no determinó la calidad de atención que brindan a sus hijos/as, el conocimiento lo centran para la comprensión de la condición de su hijo/a, no en como ayudarlo/a, es con el propósito de encontrar respuestas y no medio terapéuticos.

Otras conclusiones sobre la investigación son:

4. A los padres no solo les afecta el diagnóstico de Trastorno Autista en sus hijos/as, sino que también la falta del recurso económico y el desconocimiento de los procesos de estimulación que permitan la potenciación de las capacidades y el fortalecimiento de las habilidades que los niños/niñas poseen.
5. Es loable la labor que realiza la Asociación Salvadoreña de Autismo dado que es la única institución que vela por los derechos de los niños/as con Trastorno Autista y su familia, no obstante la falta del recurso económico y profesionales no le permite involucrarse con las necesidades de formación que los padres requieren.

7.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que se debe fomentar en los padres un sentido de compromiso sobre la importancia de las diferentes terapias que necesitan sus hijos/as, así como la responsabilidad de convertirse en coterapeutas de ellos/as en sus hogares, ya que eso implica además de cuidados básicos la atención integral.
2. El diseño de programas psicoterapéuticos para padres y madres de familia, en donde se disminuya la sintomatología emocional presentada, y las necesidades de formación tanto teóricas como prácticas, por medio de estrategias que fortalezcan su valía personal y así afrontar de manera funcional el trastorno y todo lo relacionado con este.
3. Se sugiere a la Asociación Salvadoreña de Autismo organizar a los padres/madres en un grupo de apoyo que permita el crecimiento grupal y personal entre iguales, proveyendo de experiencias, sugerencias que vayan encaminadas al cuidado de su salud mental; ya que si su un padre no ha aprendido a cuidar de si mismo, no podrá cuidar de sus hijos/as.

AUTISMO

"INTEGRANDO VIDAS"

Programa Psicoterapeutico:

"INTEGRANDO VIDAS"



En el año 1971 el psiquiatra de origen Austriaco Leo Kanner se preguntó si dentro de 20 o 30 años habría para el Trastorno Autista nuevos conocimientos facticios y sobre todo terapias más esperanzadoras que en 1971, para la intervención del Autismo.

Hoy en día y confirmado con el presente programa se puede dar una respuesta afirmativa a la pregunta de Leo Kanner de que las expectativas sobre el progreso y desarrollo de los niños con Autismo son bastante ambiciosas, esto sobre todo cuando existe el involucramiento tanto de profesionales y padres/madres de familia.

Por tal razón y partiendo de que el tratamiento más efectivo del Autismo es “la educación”, se ha creado el programa psicoterapéutico dirigido a padres y madres de familia de hijos/as con trastorno autista, denominado “Integrando Vidas”, este nombre surge como respuesta a que estos niños/as, manifiestan una deficiencia para comunicarse e interactuar con el mundo que le rodea, por lo que se pretende integrar a los padres en el mundo de sus hijos/as, siendo coterapeutas de ellos/as, estimulándoles en sus hogares, aminorando así sus dificultades en el área de lenguaje, a nivel emocional y conductual.

De lo anterior que el presente programa tiene como único y principal objetivo incorporar activamente a los padres/madres de niños con trastorno autista a un proceso de “Reaprendizaje” y “Aprendizaje”. Reaprendizaje de la percepción que sobre el trastorno tienen, de la importancia que otorga a su participación como agente de cambio a nivel conductual, reaprendizaje de sus esquemas cognitivos, patrones de interacción, comunicación y expresión emocional. Y el aprendizaje de estrategias y técnicas que les permita estimular y llevara a su máximo desarrollo las capacidades de niños y niñas con dicho trastorno.

Uno de los más grandes provechos que el programa implica son los principios metodológicos bajo los cuales se rige, dado que permitirá al padre/madre la construcción y apropiación del conocimiento y las estrategias técnicas pertinentes para cada área de mayor deficiencia tanto para si mismo, como para sus hijos/as.

En consecuencia las áreas que este programa aborda son:

1. EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

NEGATIVAS:

Esta etapa busca en primer lugar generar las condiciones emocionales y actitudinales más adecuada para obtener el mejor provecho y aprendizaje del programa “Integrando vidas”, de forma general. Es segundo lugar permitirá exponer cada una de las jornadas, objetivos y principios que rigen el presente programa de forma explícita.

2. FASE TEÓRICA (TRASTORNO AUTISTA):

Se pretende que los padres posean un nivel de conocimiento como base primordial para la comprensión e interiorización de las siguientes jornadas, que puedan solventar sus dudas con respecto al tema, finalmente se espera que los padres/madres logren la plena diferenciación del trastorno autista y su hijo con trastorno autista, al hacerlo lograrán identificar cuáles son las necesidades particulares de su hijo/a; las cuales podrán ser intervenidas a lo largo del programa.

3. AUTOESTIMA:

Se integra de dos jornadas, la primera de ellas está orientada a fomentar en los y las participantes una autoestima saludable, en la segunda etapa de esta área se pretende enseñar a los padres/madres como fomentar una autoestima saludable a su hijo/a con trastorno autista.

4. INTELIGENCIA EMOCIONAL:

Con esta jornada se persigue poder desarrollar un autocontrol y/o manejo emocional en los participantes y en segundo lugar brindar un entrenamiento a los padre/madres que les permita adquirir las formas para desarrollar una inteligencia emocional en sus hijos/as con trastorno autista.

5. ESTRÉS:

Con el fin de Promover en los y las participantes la toma de conciencia sobre como afecta la tensión física y mental, a través de una jornada vivencial sobre estrés, que les permita aminorar su nivel de tensión y fatiga, y así alcanzar un equilibrio físico y mental, ante situaciones difíciles.

6. RELACIONES INTERPERSONALES Y COMUNICACIÓN:

Con una metodología igual que en las jornadas anteriores, esta área se trabajará en dos fases: en donde el objetivo es que los padres reaprendan patrones de interacción y comunicación funcionales; que les permita además poder estimular el lenguaje en sus hijos e hijas con autismo.

7. TÉCNICAS PARA LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA:

Brindar a los padres/madres un entrenamiento complementario de las herramientas operativas que le permitan generar cambios funcionales/adaptativos en las conductas de sus hijos/as con trastorno autista, mediante la extinción de conductas o el reforzamiento de las mismas.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, en El Salvador se ha dado un considerable incremento en la aparición de los Trastorno Generalizados del Desarrollo, sin lugar a dudas son mas familias las que se ven afectadas por trastornos como: el síndrome de asperger, trastorno desintegrativo infantil , trastorno de Rett y el trastorno autista, este último es considerado el más común, sin embargo pese a ello no existe gran conocimiento sobre el tema, debido a la falta de investigaciones, recursos y profesionales especializados .

En ese sentido también existen otros profesionales dignos de admiración que con ahínco tratan de brindar una orientación a las niñas y niños con trastorno autista y sus familias, pero es innegable que la psicología, como la disciplina científica es la encargada del comportamiento humano, que dentro de sus trincheras intelectuales posee los conocimientos, métodos y técnicas necesarios para la transformación positiva de las sociedades, a quien además le compete iniciar dicha tarea, lo cual dará como resultado la unificación de esfuerzos destinados al mejoramiento de la calidad de vida de los padres y sus hijos/as con dicho trastorno.

La implementación del programa: , se hace de vital importancia, ya que está orientado a generar la concienciación de los cuidadores o padres de familia sobre la importancia de la atención integral de sus hijos con autismo, que incluye aspectos referidos a la educación, modificación de conductas, estimulación temprana y de lenguaje; como beneficios para los padres traerá el mejoramiento de su calidad de vida, también su sistema de relaciones y el aumento en la efectividad de su roles, además propiciará una verdadera aceptación del padre hacia su hijo/a.

A nivel social el programa psicoterapéutico trasciende no solo para los padres/ madres de la Asociación Salvadoreña de Autismo, sino que se convierte en una herramienta metodológica con una compilación teórica de gran riqueza, con la que se pretende ser eficiente en la atención psicológica de las y los cuidadores de niños con Trastorno Autista.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Generar la toma de conciencia en los padres y madres de familia sobre la importancia de brindar una atención integral a sus hijos con trastorno autista y proveer además de las herramientas prácticas que les permitan a los padres dar respuesta a las necesidades psicoemocionales que sus hijos/as presentan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Brindar a los padres miembros de la ASA, lo que es, e implica el trastorno autista, con el fin de que estos cuenten con el conocimiento necesario que les permita tomar conciencia de la importancia de un entrenamiento especial para tratar y educar a sus hijos/as.
2. Fomentar en los y las participantes la importancia de su valor y necesidad de crecimiento personal, por medio de técnicas operativas, para lograr una autoestima saludable de si mismo, así como la de sus hijos/as con trastorno autista.
3. Enseñar a los padres a promover su bienestar emocional y la de sus hijos e hijas con trastorno autista, mediante la disminución de las experiencias emocionales negativas e incrementando la manifestación de emociones adaptativas, con el fin de desarrollar y mantener una salud mental en la familia.
4. Promover en los y las participantes la toma de conciencia sobre como afecta la tensión física y mental, a través de una jornada vivencial sobre técnicas de manejo

de estrés, que les permitan aminorar su nivel de tensión y fatiga, y así alcanzar un equilibrio físico y mental, ante situaciones difíciles.

5. Facilitar en los padres/madres la adquisición de nuevos patrones de comunicación asertiva y estrategias de estimulación del lenguaje en sus hijos/as, que determine el establecimiento de relaciones interpersonales funcionales.

6. Brindar a los padres/madres las herramientas operativas que le permitan generar cambios funcionales/adaptativos en las conductas de sus hijos/as con trastorno autista.

METODOLOGIA GENERAL DEL PROGRAMA

SUJETOS

El programa, está dirigido a 25 padres y madres de familia, pertenecientes a la Asociación Salvadoreña de Autismo, sus edades oscilan entre los 27 y 71 años, de diversos niveles académicos y ocupaciones.

METODO

Para el desarrollo e implementación del programa “Integrando vidas”, se utilizará el método constructivista, que sostiene que los individuos son protagonistas en la construcción y consolidación de su propio conocimiento. Se pretende que cada participante aprenda e interiorice en base a la construcción que haga de los diferentes conceptos y estrategias que se desarrollen en cada jornada, es decir que sea un proceso *activo*, por parte de los y las participantes, que consistirá en *interiorizar, asimilar, reintegrar e interpretar*, por lo tanto *construir conocimiento* desde los recursos de la *experiencia* y la *información* que se les proporcione.

PRINCIPIOS METODOLOGICOS QUE REGIRAN EL PROGRAMA

Cada jornada se regirá por algunos principios metodológicos, estos facilitarán la adquisición de conocimiento y habilidades en las jornadas, los cuales son:

1. ACCIÓN- REFLEXIÓN- ACCIÓN ENRIQUECIDA, es decir que los y las participantes tengan un proceso de aprendizaje a través de una participación activa y vivencial, que conlleve a la reflexión sobre diversas temáticas y luego lo pongan en práctica en situaciones específicas de su contexto y descubran nuevos conocimientos.
2. EL LENGUAJE COMO MEDIATIZADOR, utilizado para transmitir conocimientos de manera clara, comprensiva para construir un aprendizaje efectivo.

3. **ACTIVIDADES MÚLTIPLES Y VARIADAS:** significa que se deben incluir una diversidad de técnicas, dinámicas que motiven a los participantes.

TECNICAS Y ACTIVIDADES

Las actividades diseñadas para cada jornada del programa constan de técnicas: sobre autoestima, reestructuración cognitiva, inteligencia emocional, resolución de conflictos, comunicación, relajación, respiración, biodanza.

También se han incluido dinámicas, videos, historias, metáforas, ejercicios, con el objetivo de sensibilizar y generar toma de conciencia sobre la realidad de las y los participantes, que les oriente al cambio.

TIEMPO DE APLICACIÓN

La ejecución del programa está establecida para un período de tres meses aproximadamente, con una jornada cada 15 días, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o de 1:30 p.m. a 5:00 p.m. con tiempos de 2 a 4 horas, los recesos constan de 10 a 15 minutos.

EVALUACION DEL PROGRAMA

Esta se realizará por medio de un diario reflexivo el cual llamaremos “Cuaderno de Aprendizaje”, en ese diario o cuaderno plasmaran lo aprendido y como lo aplicarían con sus hijos/as, ahí se evaluará el aprendizaje de los/as participantes y si algunas técnicas requieren o no refuerzo. Este cuaderno contiene tres apartados:

1. DESCRIPCIÓN:

En esta parte se recogerá un resumen de los aspectos tratados en la jornada.

Responderá: ¿De qué se habló? ¿Qué temas se abordaron?

2. REFLEXION:

En este apartado se ubica los significados de los contenidos mencionados en la descripción, ello implica, todos aquellos nuevos conocimientos adquiridos o todos aquellos desacuerdos que hayan surgido en el desarrollo de la temática.

¿Qué significó? ¿Qué aprendí?

Se trata de realizar una descripción analítica, reflexionada y argumentada de las ideas, sugerencias, sentimientos y sensaciones que han suscitado en el desarrollo de cada técnica o actividad.

3. TRANSFERENCIA:

Se coloca la manera en que se puede aplicar el contenido desarrollado, describiendo cada uno de los pasos en la que se desarrollará dicha aplicación. Este punto deberá ser dirigido a las posibles acciones que cada participante puede implementar en efectivamente en la práctica, haciendo especial énfasis en la explicación del proceso o pasos que realizará en su vida cotidiana y con sus hijos/as.

Responderá: ¿Qué aspectos puedo aplicar en mi vida y con mi hijo/a? Y ¿Cómo lo haré?(Es indispensable que se coloquen los pasos de cómo lo harán con sus hijos/as).

USO DEL PROGRAMA

El presente programa puede y debe ser desarrollado solo por un o una profesional de la Psicología, para fines educativos y de ayuda a padres/madres de niños con trastorno autista.

RECURSOS MATERIALES

TECNOLÓGICOS:

- Cañón



AUTISMO

- Laptop
- USB
- Bafles o bocinas

MATERIAL LÚDICO Y DIDÁCTICO:

- Objetos cotidianos o de uso común.
- Láminas con objetos
- Láminas de figuras
- Dinámicas, historias, pensamientos, metáforas
- Videos

PAPELERÍA:

- Páginas de papel bond
- Páginas de colores
- Tijeras
- Hojas de registro
- Hojas de trabajo
- Plumones
- Pintura de dedo
- Cartulina de colores
- Bolígrafos



AUTISMO

EXPRESION DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS



“EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES NEGATIVAS”

Esta primera jornada es una fase introductoria al programa “Integrando Vidas”, y permitirá generar las condiciones emocionales y actitudinales más adecuadas para obtener el mejor provecho y aprendizaje del programa en general, por medio de una técnica de introspección que permitirá identificar los aspectos personales que pueden obstaculizar el aprendizaje en cada jornada y de los que facilitan la interiorización de conocimientos.

Es aquí donde también será posible dar a conocer a los padres y madres el contenido y objetivo que persigue cada jornada, de igual forma permitirá explicar el papel de los/as participantes, esto con el fin de sacar el mayor provecho de cada una de las sesiones.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 1: “EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES NEGATIVAS”

OBJETIVO: Dar a conocer las generalidades del programa “Integrando Vidas”, además generar en los padres las condiciones emocionales y actitudinales que les permita como participantes lograr el máximo provecho del programa.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 35 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar en los y las participantes un ambiente cordial y buenas expectativas sobre el inicio del programa y desarrollo de la presente jornada.	El equipo facilitador dará una cordial bienvenida a las y los participantes y agradecerá su asistencia, mientras les toma lista a los asistentes.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	20 min.
Dinámica De Presentación “El muro de mis propósitos”	Iniciar la jornada generando un ambiente de confianza	<p>Las o los facilitadores darán a cada participante un rectángulo de papel y un plumón de tamaño suficiente, en donde ellos/ellas colocarán su nombre y los propósitos personales que desea conseguir del programa de forma general.</p> <p>Una vez decorado cada uno/a deberá ponerse en pie y dirá su nombre y los propósitos personales acerca del programa, luego se dirigirá hacia una pared en donde está simulado un muro, ahí lo</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo Facilitador <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel de colores • Plumones • Tape 	10 min.

		colocará para que en todas las jornadas esté presente lo que cada participante desea lograr.		
Explicación del programa: "Integrando Vidas"	Dar a conocer a los participantes los objetivos y etapas que conforman el programa.	La facilitadora explicará al grupo el objetivo general y los objetivos específicos que con el desarrollo del programa se lograrán. De igual manera dará a conocer las etapas del programa que no son más que las 9 jornadas de trabajo, acá se les detallará con fechas, horas y la guía de contenido para cada jornada.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón Presentación en power point	15 min.
Explicación del papel de los madres/madres como participantes del programa: "Integrando Vidas"		<p>Los/las facilitadoras establecerán las reglas que regirán el desarrollo del programa y la jornada actual.</p> <p>Se les explicará el proceso de evaluación, que constará de una bitácora o diario reflexivo (llamado también CUADERNO DE APRENDIZAJE), por sesión que servirá como estrategia de aprendizaje, una tarea que realizarán en casa de cada jornada y la entregarán al equipo facilitador en la siguiente sesión. Para ello se les entregará a los padres un formato que les permitirá a ellos poder llevar los registros de su diario, de esa forma se evaluará el aprendizaje que c/u tenga.</p> <p style="text-align: center;">VER ANEXO: 1</p>	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón Presentación en power point	10 min.

<p>TECNICA: "Las cinco estaciones"</p>	<p>Lograr en los participantes que se liberen de sus cargas emocionales y llevarlos a adoptar una percepción diferente de la vida, así como facilitar las condiciones para motivarlos con el programa.</p>	<p>Antes de iniciar las y los facilitadores explicarán a cada uno de las y los participantes de que se trata la actividad, posterior a ello se les brindarán todos los materiales o elementos y en cada estación se solicita el que corresponde.</p> <p style="text-align: center;"><u>1º estación:</u></p> <p>El o la facilitadora debe llevar al grupo a la reflexión por medio de cada uno de estos elementos: Los palos secos se utilizarán para representar: recuerdos, heridas, resentimientos, malas experiencias; que por cualquier motivo o razón justa o injustificada hallamos vivido y esto ha quedado guardado y lo seguimos recordando y nos hace revivir recuerdos que nos dañan e incluso nos obligaron a romper relaciones en la vida. Luego se agregará la reflexión sobre el papel arrugado.</p> <p style="text-align: center;"><u>2º estación:</u></p> <p>Con las piedras, se tratará de llevar a las personas a la reflexión y que deben desechar toda esa basura emocional que cargan y los limitan a realizar acciones que los dañan así mismo y a los demás, mostrando actitudes de amargura; estas dificultades pueden ser: problemas, frustraciones o la condición de sus hijos/as. Es necesario orientar a las y los participantes a que cuenten lo que sienten, la facilitadora debe usar</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p><u>Materiales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Primera estación: palitos secos, hojas secas • Segunda estación: piedras • Tercera estación: espigas de trigo • Cuarta estación: Flores • Quinta estación: Agua 	<p>1:15min.</p>
--	--	---	---	-----------------

		<p>alguna frase que conmueva y luego invite a los participantes a botar su piedra (la que tienen en esos momentos y su piedra emocional). Es decir que comenten sobre el diagnóstico de sus hijos/as y como esto les afectó.</p> <p style="text-align: center;">3º estación</p> <p>Con las espigas de trigo se buscará que las personas se den cuenta de la capacidad de cambio y que pueden dejar de ser simple monte y pasar a ser una espiga de trigo que pronto dará fruto, aquí se hablará sobre el uso y cuanto nos sirve, todo ello para que se logre visualizar en lo que nos podemos convertir. Se cerrara esta etapa, con la invitación al cambio y con los propósitos que tienen como seres humanos y como padres y madres.</p> <p style="text-align: center;"><u>4º estación</u></p> <p>Las flores serán para que se aprecie su belleza y se resalten sus detalles, y así mismo identificar nuestra belleza interior y exterior, que la componen las cualidades internas y externas y se reflexionará si se puede hacer algo para abonar esa belleza y como lo podemos hacer.</p> <p style="text-align: center;"><u>5º estación</u></p> <p>Es el agua y se hará referencia a las propiedades del agua y como nosotros debemos estar limpiando nuestra alma, mente, y cuerpo de la</p>		
--	--	--	--	--

		<p>basura emocional, así mismo mencionar como podemos hidratar nuestra vida y la obligación que tenemos de ser mejores consigo mismos, sus hijos/as y los demás.</p> <p>En esta estación el equipo facilitador hablará un poco sobre el Autocuido y su importancia.</p> <p>Nota: Es importante que los participantes de forma simbólica boten en cada estación el elemento que corresponde.</p>		
<p>TECNICA: "Dáctilo pintura"</p>	<p>Generar en los y las participantes a través del arte un estado de tranquilidad emocional, luego de la expresión de sentimientos.</p>	<p>El facilitador o facilitadora les proporcionará una página de papel bond y pintura de dedo a los y las participantes y las facilitará las siguientes indicaciones: "Ahora van a dibujar con los dedos como se sintieron al momento de realizar la técnica de las 5 estaciones y como se sienten luego de haberla hecho, este dibujo puede ser representado a través de objetos o símbolos, que luego usted compartirá el significado del dibujo con el grupo". Finalmente se reflexionará que siempre se debe estar en constante crecimiento y que es importante el desahogo emocional para empezar a aceptar verdaderamente el trastorno que tiene sus hijos/as.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Páginas de papel bond • Pintura de dedo • Servilletas 	20 min.
<p>Espacio para preguntas y respuestas</p>	<p>Que los padres puedan solventar todas sus dudas con respecto al programa</p>	<p>La facilitadora anunciara el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca del programa.</p> <p>Luego la facilitadora dará respuesta a las preguntas hechas por los padres.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10 min.

Cierre	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima jornada.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y se mejores padres. Se invitará a la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Laptop, Cañón• Presentación en power point	5 min
--------	---	--	---	-------

Anexos

ANEXO 1

EXPLICACION DEL CUADERNO DE APRENDIZAJE

DESCRIPCIÓN:

En esta parte se recogerá un resumen de los aspectos tratados en la jornada.

Responderá: ¿De qué se habló? ¿Qué temas se abordaron?

REFLEXION:

En este apartado se ubica los significados de los contenidos mencionados en la descripción, ello implica, todos aquellos nuevos conocimientos adquiridos o todos aquellos desacuerdos que hayan surgido en el desarrollo de la temática.

¿Qué significó? ¿Qué aprendí?

Se trata de realizar una descripción analítica, reflexionada y argumentada de las ideas, sugerencias, sentimientos y sensaciones que han suscitado en el desarrollo de cada técnica o actividad.

TRANSFERENCIA:

Se coloca la manera en que se puede aplicar el contenido desarrollado, describiendo cada uno de los pasos en la que se desarrollará dicha aplicación. Este punto deberá ser dirigido a las posibles acciones que cada participante puede implementar en efectivamente en la práctica, haciendo especial énfasis en la explicación del proceso o pasos que realizará en su vida cotidiana y con sus hijos/as.

Responderá: ¿Qué aspectos puedo aplicar en mi vida y con mi hijo/a? Y ¿Cómo lo haré?

CUADERNO DE APRENDIZAJE

DESCRIPCION

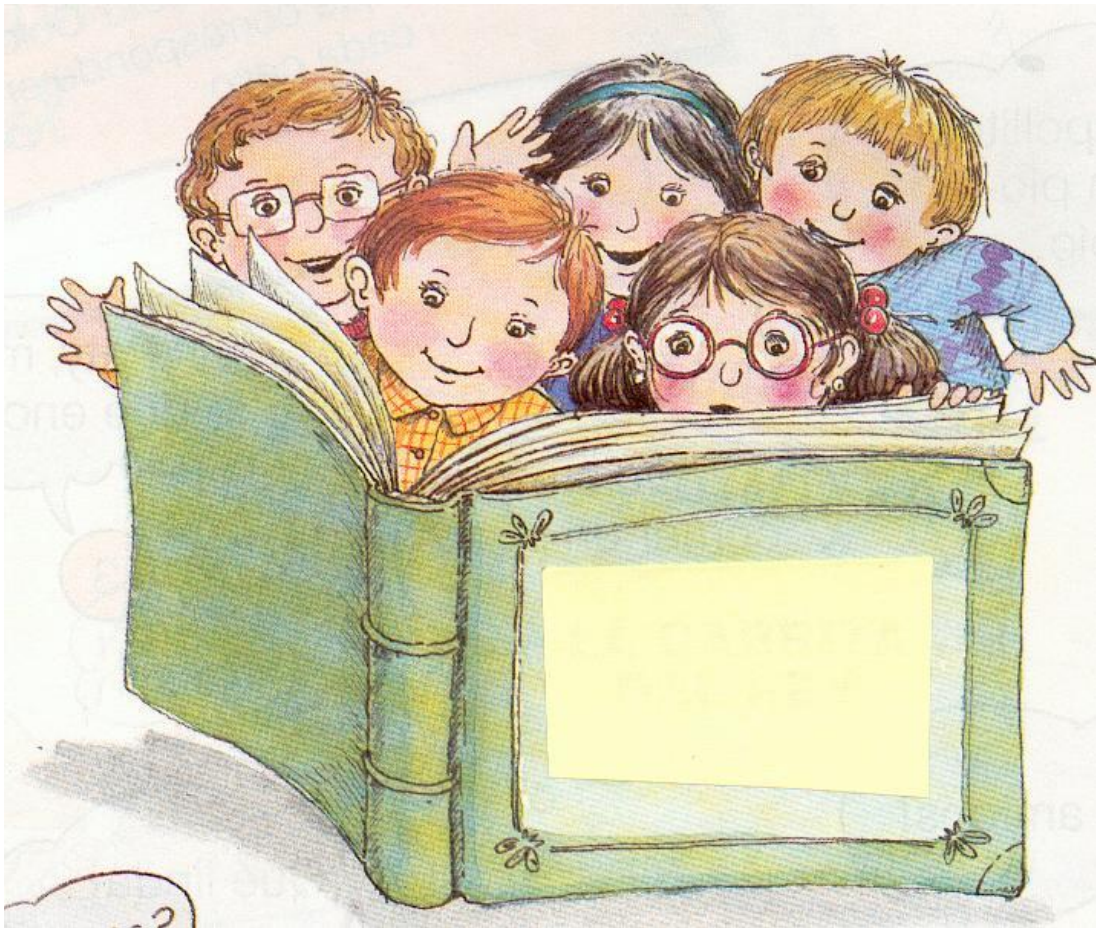
REFLEXION

TRANSFERENCIA

"INTEGRANDO VIDAS"

AUTISMO

TRASTORNO AUTISTA



AUTISMO

TRASTORNO AUTISTA

Este programa de orientación psicoterapéutico dirigido a padres y madres de niños/as con trastorno autista desarrollará en primer lugar una fase teórica con el objetivo de que los participantes posean una base de conocimiento sobre la naturaleza, dificultades y necesidades que implica el trastorno; con ello se pretende fomentar los pilares del conocimiento que genere una mayor aprehensión de las posteriores jornadas que comprende el programa.

En esta fase teórica además de incrementar y/o fortalecer el conocimiento sobre el trastorno, se persigue también disipar los mitos que sobre el mismo existen.

Para lograr el objetivo en esta etapa se desarrollaran los siguientes temas:

1. Definición del trastorno autista
2. Preguntas frecuentes sobre el autismo
3. Problemas psicológicos que implica el Trastorno Autista
4. ¿Cómo funciona el cerebro de un niño /a con Trastorno Autista?
5. Desmitificación del Trastorno Autista
6. Terapias y profesionales para la intervención del Trastorno Autista
7. Adolescencia y edad adulta de la persona con Trastorno Autista/pronóstico
8. Diseño de un programa de entrenamiento personalizado padre/madre e hijo/hija.

El deseo de incrementar el nivel de conocimiento en los padres radica en generar en ellos metas y expectativas objetivas y que sean logradas mediante la utilización de procesos idóneos personalizados y que den respuesta a las verdaderas necesidades que sus hijos con el trastorno presentan.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 2: FASE TEORICA DEL AUTISMO

OBJETIVOS: Brindar a los padres miembros de la ASA, lo que es e implica el Trastorno Autista, con el fin de que estos cuenten con el conocimiento necesario que les permita tomar conciencia de la importancia de un entrenamiento especial para tratar y educar a sus hijos/as.

FECHA: _____

TIEMPO: 3 HORAS 30 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	3 min.
Definición del trastorno autista	Utilizar y manejar en el grupo una misma definición con el fin de no suscitar interpretaciones erróneas sobre el Trastorno Autista	La facilitadora brindara una breve reseña de los antecedentes del Trastorno Autista, luego dará a conocer la definición del Trastorno tanto etimológicamente como según la OMS y el DSM IV.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10min
Preguntas frecuentes sobre el autismo	Saciar la necesidad de conocimiento y dudas que está presente en los padres de niños/as con TA	En esta sección de la jornada la facilitadora dará respuesta a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿cuál es la causa del autismo? • ¿tendrá autismo mi próximo hijo? 	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	1 hora

		<ul style="list-style-type: none"> • ¿tiene el autismo un origen familiar concreto? • ¿tiene una inteligencia normal los niños/as con TA? • ¿es posible educar a los niños con TA? • ¿Puede curarse el Trastorno Autista? • ¿porque no se diagnostica el autismo cuando aún son bebés? • ¿Es el trastorno autista una discapacidad? 	Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
R E C E S O				
Problemas psicológicos que implica el Trastorno Autista	Dar a conocer las diferentes implicaciones del trastorno autista en la vida de los niños y niñas que la padecen, para que los padres/madres conozcan las necesidades y dificultades en las que sus hijos/as necesitan apoyo.	<p>El/la facilitadora presentará de manera ordenada las áreas que se ven afectadas por el trastorno autista y estas son:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) La conducta social b) Las emociones y las relaciones c) El lenguaje: comunicación preverbal, comunicación no verbal y anomalías en el habla que son la ecolalia, el lenguaje metafórico, los neologismos, la inversión de pronombres y el sistema de lenguaje. d) Conducta repetitiva, obsesiva. <p>Se detallarán cada uno de las dificultades, de esta forma los podrán tener una visión amplia de las limitaciones de sus hijo/as y por ende sabrán las áreas que necesitan trabajar en los niño/as.</p>	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	20 min
¿Cómo funciona el	Generar una comprensión	Para el desarrollo de este apartado se retomará el		10 min.

cerebro de un niño /a con Trastorno Autista?	al comportamiento de los niños con trastorno autista por parte de sus padres/madres.	siguiente ejemplo: una manzana y una naranja, ¿redondas o frutas? esto permitirá explicar como funcionan los hemisferios en una persona sin autismo y una con autismo. Para el lado derecho del cerebro las dos son redondas (no necesita mayor análisis), para el hemisferio izquierdo las dos son frutas (va mas allá de lo literal). Las personas autistas procesan la información de forma parecida como lo hace el hemisferio derecho. Se expondrá además, que esta tendencia a realizar síntesis observacionales, más que análisis conceptuales es, en parte, la responsable de su irregular perfil de aprendizaje.		
Desmitificación del Trastorno Autista	Disipar toda idea errónea o mito que sobre el Trastorno Autista se tiene.	En este punto la facilitadora realizará algunas preguntas a los participantes acerca de los diferentes mitos que con relación al trastorno existen, para saber si estos poseen claridad de las implicaciones del trastorno. Algunos mitos son: Los niños con autismo <ul style="list-style-type: none"> • no pueden mostrar afecto • todos son iguales • poseen un trastorno mental • son genios • son así por falta de amor, etc. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	15 min
Terapias, tratamientos y profesionales para la	Proporcionar a los padres y madres da la ASA el	Acá se hará hincapié en lo importante que es tener un diagnóstico multidisciplinario, dado que así se	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes 	20min

intervención del Trastorno Autista	conocimiento sobre los profesionales indicados y las terapias y tratamientos que contribuyen al óptimo desarrollo de sus hijos e hijas con TA	tiene las pruebas fehacientes de las diferentes dificultades de los niños/as. Se dará a conocer que los profesionales principalmente indicados son: neurólogo, psicólogo, psiquiatra, no obstante pueden haber otros muy capacitados y expertos en el área pero que siempre será necesario la evaluación de los ya mencionados. En cuanto a las terapias se expondrá de: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de conducta • Terapia del lenguaje • Terapia de música • Terapia del abrazo • Entrenamiento en habilidades sociales • Equino terapia, etc. Luego se hablará de los diferentes tratamientos que para el Trastorno Autista existen.	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
Adolescencia y edad adulta de la persona con Trastorno Autista/pronóstico	Proveer a los padres y madres de niños/as con TA de los posibles pronósticos y evolución de sus hijos	Brindar según la diferente bibliografía, los posibles pronósticos que advienen a un joven con Trastorno Autista.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point • 	15min
Diseño de un programa de entrenamiento	Ayudar al padre a identificar las necesidades	La facilitadora explicará paso a paso la forma de identificar la necesidad de intervención en sus hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Retroproyector 	30min

personalizado padre/madre e hijo/hija.	de sus hijos/as para que estos posean una claridad de cómo ayudar a potenciar el desarrollo en sus hijos e hijas con autismo.	<p>e hijas basados en la metodología siguiente:</p> <p>Paso 1: identificación de conductas disfuncionales</p> <p>Paso 2: ordenando las conductas</p> <p>Paso3: definiendo la conducta</p> <p>Paso 4: seleccionando los reforzadores</p> <p>Paso 5: midiendo y graficando la conducta</p> <p>Paso 6: elección de los procedimientos para la intervención</p> <p>A medida se vaya explicando cada paso, la facilitadora pedirá a los padres lleven a cabo uno a uno con el caso particular de sus hijos, de tal manera que cuando la técnica finalice cada padre/madre tendrá en su poder la guía que especifique el tipo y necesidad de intervención que su hijo requiere.</p> <p style="text-align: center;">VER ANEXO: 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Papel • Lápiz • Hoja de registro de conductas 	
Espacio para preguntas y respuestas	Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan resolver sus dudas.	La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10min

Cierre	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y ser mejores padres. Se hará la cordial invitación para la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Laptop, Cañón• Presentación en power point	7 min
--------	--	--	---	-------

Anexos

ANEXO 2:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PERSONALIZADO
(PADRE/MADRE E HIJO/A).

OBJETIVO:	
<p>Ayudar al padre a identificar las necesidades de sus hijos/as para que estos posean una claridad de cómo ayudar a potenciar el desarrollo en sus hijos e hijas con autismo.</p>	
<p style="text-align: center;">PRIMER PASO: ELIGIENDO UNA CONDUCTA.</p> <p>Al trabajar con niños con autismo, nos preguntamos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es lo que necesitan aprender? 2. ¿Por dónde empezar? 3. ¿Qué es lo primero que debemos enseñarles? <p>Blackman y Silberman, establecieron criterios que se deben considerar a la hora de cambiar una conducta, entre ellos están:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La conducta a cambiar debe presentarse con cierta frecuencia 2. Si la conducta afecta al niño y su entorno 3. La conducta impide una evolución saludable <p>Por otra parte, si las conductas se presentan en períodos espaciados, o si estas desaparecen con el tiempo, no son susceptibles de intervención, ya que forman parte del desarrollo normal de los niños.</p> <p>Las conductas, para ser intervenidas, no deben elegirse en forma arbitraria, porque eso solo dificultaría el proceso. Se debe tener en consideración que unas conductas son prerequisite de otras, para que sobre ellas, se estructure el aprendizaje.</p> <p>Como primer paso para la selección de las conductas a intervenir, debe elaborarse un registro de observación, que consista en ir anotando todas las cosas que el niño hace en un tiempo determinado. Esta labor permite tener una visión global del comportamiento del niño en un ambiente específico. Se puede realizar en el hogar, la escuela, o un lugar público. Esto hace que deban delimitarse, con anticipación, las condiciones en las que se harán las observaciones y su control.</p> <p>EJEMPLO:</p> <p>María es una niña que llora constantemente, corre de un lugar a otro en su casa y no permite que se le acerquen. No permanece sentada. En ocasiones, se balancea sobre su propio cuerpo, se le habla y sigue caminando como si no hubiese escuchado, además, no establece contacto visual.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lloro, b. no permanece sentada, c. se balancea, d. no acepta el contacto físico, e. no establece contacto visual, f. no sigue instrucciones. 	<p>TIEMPO</p> <p>30 Min</p>

SEGUNDO PASO: ORDENANDO LAS CONDUCTAS

Para un mejor rendimiento del niño, debe establecerse una jerarquía de las conductas de acuerdo con el grado de dificultad o si una necesita ser antecedida de otra.

Por ejemplo, si se quieren trabajar varios aspectos, entre ellos que el niño llora, el proceso es más lento si se inicia por tratar de controlar el llanto, ya que el niño no permanece quieto, no sigue instrucciones y no mantiene el contacto ocular.

El orden lógico sería: En primer lugar, sentarlo. En segundo lugar, controlar el llanto; luego, enseñarlo a establecer contacto ocular adecuado, y por último, enseñarlo a seguir instrucciones.

Hay conductas que se pueden trabajar simultáneamente, como permanecer sentado y el controlar el llanto.

Es necesario, una vez seleccionada la conducta, definirla, lo que permitirá saber en qué momento y en que forma debe ser intervenida.

TERCER PASO: DEFINIENDO LAS CONDUCTAS

Las conductas deben ser definidas en términos observables y medibles. ¿Qué significa esto? Que se puedan contar las veces que ocurre una conducta determinada en un intervalo de tiempo específico.

Por ejemplo, utilizando un caso en el que se requiere control del llanto, se puede definir la conducta de la siguiente manera:

Llanto: Gritos emitidos por el niño, lo suficientemente altos, que se oyen a una distancia de 10 a 15 metros, y cuya duración es mayor de 5 minutos.

Puedo determinar cuántas veces lo hace el niño al día: 10, 20,...etc.

¿Cuánto dura cada período? 10 minutos, 15 minutos,...etc.

CUARTO PASO: SELECCIONANDO LOS REFORZADORES

Antes de seleccionar un reforzador que surta efecto en el niño, es necesario hacer un muestreo de reforzadores, de tal manera que sepamos qué es importante y qué no es importante para el niño. Para ello, Blackman y Silverman (1973, p. 44) apuntan que...“un estímulo no posee ninguna propiedad reforzadora inherente. Tenemos que determinarla o descubrirla (es decir, debemos llegar a conocer las capacidad que tiene el estímulo de acrecentar la probabilidad de la respuesta).”

¿QUÉ DEBO HACER?

-Elaborar una lista de las cosas que son importantes para el niño. Por ejemplo, productos comestibles como galletas, jugos, chocolates, etc., juguetes diversos, o actividades como ver televisión y jugar bola, o actividades recreativas como ir a algún lugar específico. Esta lista será utilizada para reforzar aquellas conductas que queremos cambiar.

¿CÓMO FUNCIONA ESTE PROCESO?

Pavlov (1960). El condicionamiento Pavloviano nos indica cómo al combinar un estímulo condicionado con otro incondicionado, a través de la repetición,

puede obtener resultados positivos en las conductas que se están trabajando. Uno de los descubrimientos importantes de Pavlov fue el proceso de extinción. Observó que si el estímulo no condicionado se omitía en una serie de pruebas de condicionamiento, la respuesta condicionada empezaba a disminuir y finalmente desaparecía (Blackman y Silverman, 1973, p. 37-38).

QUINTO PASO: MIDIENDO LA CONDUCTA

Para saber si hay progresos cuando se ha intervenido una conducta, es necesario medirla. Para ello, podemos usar varios criterios como la intensidad y la frecuencia con que se presenta. Es necesario que se observe conducta y se anote el número de veces que aparece.

Por ejemplo, si Mario grita constantemente, podemos anotar el número de veces que esta conducta se da durante un período, por ejemplo, una semana. Es necesario diseñar una hoja que nos permita anotar la frecuencia con que se presenta la conducta (ver recursos)

SEXTO PASO: ESCOGIENDO LOS PROCEDIMIENTOS PARA LA INTERVENCIÓN

En este paso se seleccionarán los procedimientos que se aplicarán y los reforzadores, ya sean productos comestibles o actividades que le gusten al niño.

La madre de Mario decidió reforzar con helados los períodos en que este permanecía sin llorar, asociando este reforzador con uno social, al decirle, cada vez que le daba helados, “¡Qué bien que estás sin llorar!” A su vez, utilizó otro procedimiento conductual (aislamiento) y lo aplicó cada vez que Mario lloraba y gritaba, retirándolo a su habitación.

RECURSOS

1. Papel y lápiz

2. Hoja de registro de conducta

Conducta: (Ej: llanto)							
Días	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Veces							
Tiempo							

"INTEGRANDO VIDAS"

AUTISMO

AUTOESTIMA



AUTOESTIMA

AUTISMO

La intervención de esta área es indispensable, ya que es un eje transversal a lo largo de la vida de todos los seres humanos, es determinante en como percibimos, sentimos y actuamos consigo mismos/as y con el entorno. Esta se puede ver afectada por diversos factores, entre ellos el nacimiento de un hijo/a con alguna discapacidad, los padres y madres de familia de hijos con trastorno autista, se ven perturbados, ya que se consideran culpables en mayor o menor medida de la condición de sus hijos/as, además ven en sus hijos/as la proyección de sueños rotos, o proceso de duelo, que a menudo se acompaña de frustración, hipersensibilidad, negación de la discapacidad de sus niños/as, sentimientos de incapacidad para educar y cuidar de su hijo/a y surge la confusión entre resignación y aceptación.

Para aminorar estos indicadores se hace necesario abordar aspectos como: el concepto de autoestima, el autoconcepto, el autoconocimiento, la autoaceptación y la aceptación de sus hijos/as, así como la importancia de fomentar una adecuada autoestima en sus niño/as basándose en el respeto del principio de ser único e irrepetibles, así como potenciar sus capacidades para conseguir un nivel funcional de autonomía e independencia.

Los padres necesitan estar en condiciones adecuadas, amarse a plenitud, para poder amar a sus hijos sin reservas, así como para ser los forjadores de la autoestima de éstos, por ello se pretende que los padres y madres de familia tomen conciencia de la importancia de desarrollar y poner en práctica un adecuado autoconcepto, conocerse para destacar sus habilidades, lograr la aceptación de si mismos y del trastorno autista de sus hijos/as, también que conozcan que la comparación es una limitante para su rehabilitación y finalmente se les proporcionarán sugerencias practicas para su vida cotidiana, así como la asimilación del concepto de discapacidad para no sentirse heridos si alguien sugiere que sus hijos/as sufren alguna.



AUTISMO

El área de autoestima consta de dos jornadas, de 3 horas aproximadamente cada una, la primera dedicada a la autoestima de los padres y madres de familia y la segunda orientada para el desarrollo y fomento del respeto de la autoestima de los hijos/as.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 3: "CONOCIENDO Y AMANDO MI INTERIOR"

OBJETIVO: Fomentar en los y las participantes la importancia de su valor y necesidad de crecimiento personal, por medio de técnicas operativas, para lograr una autoestima saludable, así como la de sus hijos/as con trastorno autista.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 15 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar, se les tomará lista y se expondrán las reglas de la presente jornada.	Humanos: • Participantes Facilitadoras/es	10 min.
HISTORIA P/ REFLEXIONAR: "El globo negro"	Generar expectativas en las y los participantes, sensibilizándoles sobre el valor que cada ser humano posee.	La facilitadora utilizando una historia, de manera expresiva narrará: "El globo negro", en la cual se hace énfasis en el valor y potencial que tenemos los seres humanos, pero que en muchas ocasiones no lo reconocemos. Seguidamente las y los participantes reflexionarán y participarán sobre la historia. VER ANEXO 3	Humanos: • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: • Presentación en power point • Laptop Cañón Bafles	10min
Temática: Autoestima	Dar a conocer a los participantes la base	La facilitadora desarrollará los siguientes contenidos:	Humanos: • Participantes	

	<p>teórica del desarrollo e importancia de la Autoestima.</p>	<p>¿QUE ES LA AUTOESTIMA?</p> <p>La autoestima es un término evaluativo que se puede utilizar para describir cómo se siente una persona con respecto a su autoconcepto el cual representa la información que uno/a posee sobre sí mismo/a.</p> <p>PILARES DE LA AUTOESTIMA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Autoconocimiento ↪ Autoconcepto ↪ Autoaceptación <p>EFFECTOS DE LA AUTOESTIMA:</p> <p>Es importante la autoestima, ya que esta puede afectar la forma en la que vivimos y vemos el mundo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Como pensamos, actuamos y sentimos acerca de nosotros mismos y de otros. ↪ Que tan exitosos somos alcanzando nuestras metas en la vida. <p>¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE LA AUTOESTIMA?</p> <ul style="list-style-type: none"> ↪ Lleva a la aceptación de las capacidades y limitantes ↪ Fundamenta la responsabilidad ↪ Apoya la creatividad ↪ Determina la autonomía e independencia personal ↪ Facilita buenas relaciones sociales ↪ Genera independencia emocional ↪ Lleva a la autorrealización 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point • Laptop Cañón <p>Bafles</p>	
--	---	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ↻ Genera respeto por sí mismo y por los demás ↻ A mostrar verdaderamente quienes somos 		
<p>DINAMICA PARA INICIO DE TEMATICA: “Vamos al mercado”</p>	<p>Crear conciencia en las y los participantes la importancia de la valía personal y de la formación de esta en sus hijos/as.</p>	<p>Las facilitadoras dirán a los y las participantes que se pongan de pie, porque irán de compras al mercado, los llevan a un extremo del salón y ellos/as deberán escoger las frutas, verduras y objetos que se han colocado en las paredes. Luego que cada uno haya elegido la lámina de su preferencia. La facilitadora preguntará al azar ¿Qué le hizo decidir por lo que compró?, ¿Cuáles son las características que debía reunir lo que compró? En seguida se les explicará que siempre estamos evaluando situaciones, personas; y eso también lo hacemos con la autoestima, se da su concepto: “es un término evaluativo que se utiliza para describir la percepción que cada uno tiene sobre sí mismo/a. Se les dirá que esa evaluación no solo se hace a nivel personal, sino para con las demás personas, lo que nos puede llevar a la comparación”.</p> <p>Se les expondrán aspectos negativos sobre la comparación, luego se les hablará del principio de ser únicos e irrepetibles, la importancia de la aceptación de sí, de sus hijos/as, Ya que el tener un trastorno no lo minimiza como ser humano.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laminas con objetos comunes, frutas, verduras. • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	15 min.
<p>“Veo, veo, ¿Qué ves?”</p>	<p>Formar en los y las participantes la importancia de las</p>	<p>El equipo facilitador colocará a los y las participantes por parejas, A continuación se explica la actividad: “Por parejas (se pueden formar al azar</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes 	20 min

	<p>características personales que les hacen ser únicos e irrepetibles a ellos/as y a sus hijos/as.</p>	<p>o por afinidad, se colocarán delante del espejo y observen su imagen hasta que yo diga ¡ya!” A continuación cada uno/a dirá 2 cosas sobre lo que ha visto en el espejo, una sobre si mismo/a y otra sobre su compañero/a”. Posterior se hará la reflexión referente al autoconcepto, que juega un importante papel en la vida de las personas, pues lo que una persona piensa y siente respecto a sí misma marca todas las áreas de la vida. Así favorece el sentido de la propia identidad y constituye un marco de referencia desde el que interpretar la realidad externa y las propias experiencias internas, y eso implica a sus hijos/as, en quienes pueden formar un autoconcepto positivo: respetándolos, creando cierta independencia en ellos/as y dando refuerzos positivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Espejos pequeños • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
<p>TEMÁTICA: ¿Quiénes somos?</p>	<p>Estimular en las y los participantes el deseo de conocerse así mismos para poder alcanzar sus objetivos personales y con su hijo/a.</p>	<p>Los y las facilitadoras iniciarán a través de preguntas generadoras y sin respuestas, presentarán un collage con preguntas como: ¿Quién soy? ¿Qué quiero? ¿Hacia donde voy? ¿Qué busco para mí? Luego de dar lectura a estas interrogantes y de intervenciones los y las participantes, la o el facilitador hará una lectura y reflexión sobre “Metáfora sobre el conocimiento de si mismo” por (Mahatma Gandhi)</p> <p>VER ANEXO 4</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>20 min.</p>

<p>ACTIVIDAD: “Pasos para alcanzar el autoconocimiento”</p>	<p>Forjar en los y las participantes expectativas para que logren su autoconocimiento para conseguir sus objetivos como padre/ madres y en general.</p>	<p>El equipo facilitador desarrollará con las y los participantes tres pasos esenciales para alcanzar el autoconocimiento, y que a partir de ello, cada uno descubra el camino a seguir para alcanzar sus metas como padre de familia y a nivel personal.</p> <p>◆ PASO 1: ¿QUÉ?</p> <p>Este paso se trabajará a través de “el viaje por mi vida”, en el que se presentará a cada participante en una hoja, un dibujo de un tren con tres vagones y la máquina.</p> <p>◆ PASO 2. ¿QUIÉN?</p> <p>Este paso se trabajará a través de una lámina que muestre una casa, la cual tendrá muchas cosas útiles, sin embargo le harán falta otras, las y los participantes descubrirán que es lo que le falta a la imagen y que es con lo que se cuenta.</p> <p>◆ PASO 3. ¿CÓMO?</p> <p>Se pedirá a cada participante que recuerde bien la meta que se plantearon en la actividad anterior, y ante eso que pasos en concreto serán necesarios para alcanzarlos.</p> <p style="text-align: center;">ANEXO 5</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas de trabajo • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>25 min</p>
---	---	---	---	---------------

<p>ACTIVIDAD: “Un globo, dos globos, tres globos”</p>	<p>Lograr en las y los participantes el desarrollo de una actitud de aceptación y valoración propia y de sus hijos/as. Lograr el reconocimiento de su individualidad y aceptación de esa particularidad.</p>	<p>El equipo facilitador le dará a cada participante una vejiga, les pedirán que la mitad los infle y la otra no, luego les pedirá que por 30 segundos jueguen con ellos, al finalizar el tiempo estipulado, les preguntará: ¿Qué es lo más bonito de un globo? Luego de la opinión de las y los participantes; los y las facilitadoras explican que “Los globos inflados permiten que juguemos y disfrutemos porque lo más bonito de un globo es algo que no se ve, es decir, el aire que lleva dentro. Igualmente las personas tienen lo más bonito en su interior: los buenos pensamientos; descubrámoslos”. Se les concede un tiempo y se les pide que “rescaten” dos opiniones positivas acerca de sí mismos/as. Finalmente se les proporcionarán algunos aspectos importantes de la auto aceptación y de la aceptación que deben tener para con sus hijos/as, se recalcará la diferencia entre la aceptación y la resignación.</p> <p>Aquí se les solicitará que hagan su declaración de autoestima, donde Las y los facilitadores indican que cada participante repita con convicción y seguridad, lo siguiente: En todo el mundo, no hay otro que sea igual a mí. Hay personas que tienen algunas partes semejantes a las mías, pero nadie es exactamente como yo. Por tanto, todo lo que provenga de mí es auténticamente mío, porque yo</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejigas • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>15 min</p>
--	--	---	--	---------------

		<p>así lo he decidido.</p> <p>Soy dueño de todo lo que hay en mí: cuerpo, incluyendo todo lo que hace; mi mente, incluyendo todos sus pensamientos e ideas; mis ojos, incluyendo las imágenes que contemplan; mis sentimientos, cualesquiera que sean: ira, alegría, frustración, amor, desencantos, emoción, mi boca y todas las palabras que salgan de ella: amables, dulces o ásperas, correctas e incorrectas; mi voz, fuerte o suave; y todas mis acciones, ya sean dirigidos a otros o a mí mismo.</p> <p>Soy dueño de mis fantasías, mis sueños, esperanzas y temores.</p> <p>Soy dueño de todos mis triunfos y éxitos, de todos mis fracasos y errores.</p> <p>Al final se pedirá la participación de algunos padres, para que reflexionen sobre lo expresado en la técnica.</p>		
VIDEO: “Autenticidad”	Ofrecer a las y los participantes elementos teóricos y operativos que les sirvan como insumos para utilizar en su vida cotidiana.	<p>Los y las facilitadoras presentarán un video titulado “Autenticidad” que realiza una reflexión referida a la aceptación y proporciona útiles consejos para fomentar una adecuada autoestima en las personas.</p> <p>Posteriormente el equipo de facilitadores/as harán la reflexión sobre lo indispensable que es la autoestima, y como afecta en los hijos/as que un padre/ madre tenga una poco saludable.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point • Laptop, Cañón 	10 min

			<ul style="list-style-type: none"> • Bafles • Material audiovisual: “Autenticidad” 	
REFLEXIÓN FINAL: “Intentarlo una vez más”	Brindar a las y los participantes, información breve sobre los componentes más relevantes del éxito, a fin de interiorizar dichos conocimientos para su puesta en práctica.	Los y las facilitadoras realizarán la reflexión que siempre podemos ser mejores seres humanos, padres, solo es de intentarlo siempre una vez más, para ello utilizarán las historias de Abraham Lincoln y de Joseph. Dentro de esa conclusión contendrá los aspectos de: 1. Vivir con un objetivo, 2. Hacer planes concretos, 3. Trabajo y carácter y 4. Intentarlo una vez más. VER ANEXO 6	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point • Laptop, Cañón 	10min
Cierre	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y se mejores padres. Se motivará a la siguiente jornada y se dará la respectiva despedida.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	7 min

Anexos

ANEXO N 3:

TÉCNICA: EL GLOBO NEGRO

HISTORIA:

Un niño negro contemplaba extasiado al vendedor de globos en la feria, el cual era, evidentemente un excelente vendedor. En determinado momento, y para llamar la atención de los transeúntes, soltó un globo rojo que se elevó por los aires e inmediatamente atrajo una multitud de posibles clientes. Luego soltó un globo azul, después uno amarillo, a continuación un globo blanco... todos ellos remontaron el vuelo hacia el cielo hasta que desaparecieron.

El niño negro, sin embargo, no dejaba de mirar un globo negro que el vendedor no soltaba en ningún momento. Finalmente, le preguntó: Señor si soltara usted el globo negro, ¿Subiría tan alto como los demás?

El vendedor sonrió comprendiendo lo que el niño en ese momento pensaba, entonces soltó el cordel con el que tenía sujeto el globo negro, y mientras este se elevaba hacia lo alto dijo: “No es el color lo que lo hace subir hacia el cielo, hijo, sino lo que hay dentro de él.

ANEXO N 4:

TECNICA ¿QUIÉNES SOMOS?

“Metáfora sobre el conocimiento de si mismo”

“Quien no se conoce a sí mismo está perdido. Lo que somos, nosotros y nosotras mismas lo hemos hecho. Cuanto mejor conoce el ser humano su yo, tanto mayor es su progreso. Una persona no debe nunca reprimir su voz interior, ni siquiera cuando está sola”.

“Resulta extraño que pongamos tanto empeño en las cosas exteriores y no nos preocupemos de las interiores. Hago un notable esfuerzo por mantenerme físicamente sano. ¿Pongo el mismo empeño en conocer mi alma?”

“El hombre y la mujer, si quiere conseguir el autoconocimiento, tiene que salir de su concha de caracol y contemplarse desapasionadamente. “El ser humano tiende a olvidarse de sus propias faltas y a ver las de los demás... Esa actitud no produce más que desdichas, pues tan ciego como quien ha perdido la vista es el que encubre sus faltas...”

No reconocer los propios errores significa volver a repetirlos...

“¿Por qué buscas fuera de ti lo que está en tu interior? El ámbito del crecimiento humano está en su interior. Una vez que has visto la belleza interior, la exterior te parece inmensamente pobre”.

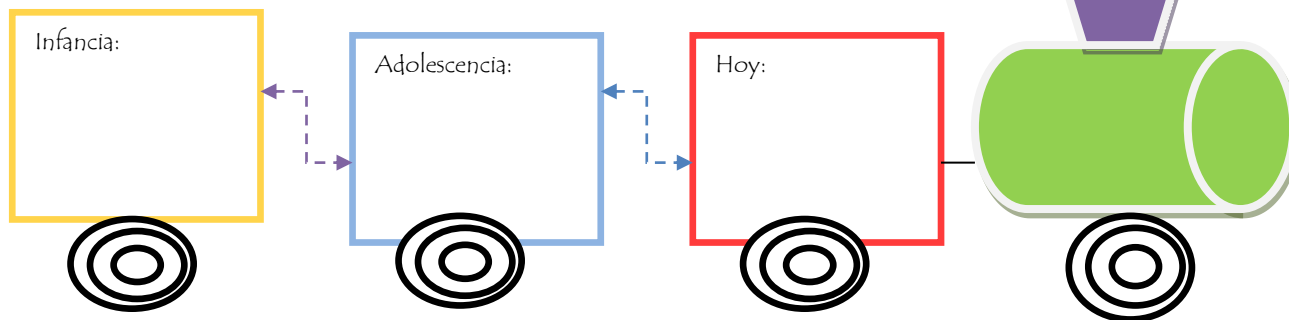
(Mahatma Gandhi)

ANEXO 5

“PASOS PARA ALCANZAR EL AUTOCONOCIMIENTO”

¿¿QUÉ??

¡¡UN VIAJE POR MI VIDA...!!



¿¿¿QUÉ TIENE Y QUÉ HACE FALTA...???



¿QUIÉN?

¿Qué tiene?: _____

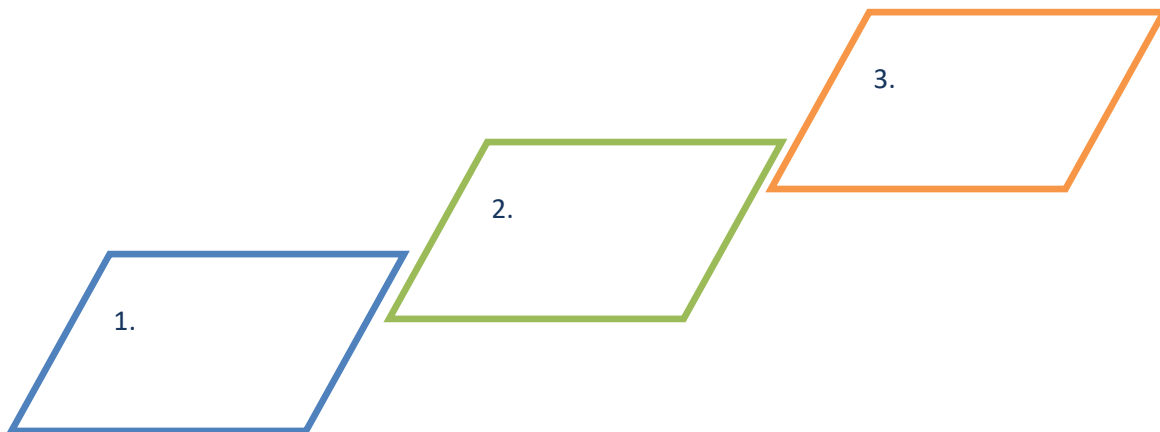
¿Qué le falta?: _____

¿¿CÓMO??

PASOS PARA LOGRARLO

Ahora que tienes la meta, debes colocar los pasos o el ¿Cómo? la conseguirás

Meta: _____



Muy bien... ahora que has definido tus pasos para alcanzar tu meta... solo es cuestión de esfuerzo y voluntad

ANEXO N 6

TECNICA “INTENTARLO UNA VEZ MAS”

OBJETIVO:

Brindar a las y los participantes, información breve sobre los componentes más relevantes del éxito, a fin de interiorizar dichos conocimientos para su puesta en práctica.

DESCRIPCION

SIEMPRE HAY QUE VOLVER A INTENTARLO

Abraham Lincoln, empezó su carrera política a los 23 años de edad. No obstante, los siguientes 28 años estuvieron plagados de caídas, reveses políticos y rotundos fracasos que habrían hecho desistir a cualquiera.

¿Qué habría ocurrido si Lincoln hubiera renunciado a su sueño después de su tercera, quinta o décima derrota política? Sin embargo, él continuó tras su sueño y fue así como a los 51 años de edad se convirtió en presidente de los Estados Unidos de Norteamérica.

Por tanto, si quieres triunfar, vuelve a intentarlo, es el auténtico secreto del éxito.

APRENDER DE LOS FRACASOS

Thomas Alba Edison consideraba que todo fracaso era una inversión, no una derrota. Por eso dijo: “muchos de los verdaderos fracasados fueron personas que no se dieron cuenta de cuán cerca se encontraban del éxito cuando decidieron renunciar”.

“Haz tu lo que hacen los triunfadores: ¡Inténtalo una vez más!, hasta que lo logres.

LAS CUATRO LEYES DEL ÉXITO

Vivir con un objetivo: “Tener un propósito definido proporciona una energía incalculable en la vida; pero concentrar en ese propósito todas las fuerzas es, ni más ni menos, hacerse invencible”.

Hacer planes concretos para alcanzar el éxito: “tu éxito puede comenzar con pluma y papel, es decir, con la acción de fijar claramente tus metas, definir de modo preciso tus ideales, y trazar un plan para alcanzarlos”.

Trabajo y carácter: “El trabajo debe hacerse bien, no solo para conseguir un salario

honradamente, sino por nuestra propia dignidad. Al cumplir bien con nuestras tareas estamos fortaleciendo nuestro carácter”.

Intentarlo una vez más: Si quieres triunfar, inténtalo de nuevo, hasta que lo consigas. Quienes alcanzan la cumbre del éxito no son aquellas personas que supuestamente nunca fallan, sino las que están dispuestas a aprender de sus propios errores.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 4: "ACEPTANDO A MI HIJO/A Y RESPETANDO SUS DERECHOS"

OBJETIVO: Facilitar a los padres y madres de familia nuevos paradigmas, por medio de herramientas, que les permita la aceptación de la condición de sus hijos/as, así como fomentar el respeto por su individualidad.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 10 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar, se les tomará lista y se expondrán las reglas de la presente jornada. El equipo facilitador hará una retroalimentación de la jornada anterior, a manera de recordatorio y de introducción a la jornada en proceso.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10 min.
DINÁMICA: "En sus zapatos"	Conseguir que los y las participantes tomen conciencia sobre la importancia de la empatía y comprensión de sus hijos/as con trastorno autista.	El equipo facilitador pedirá a los y las participantes que se coloquen una venda en los ojos, luego la facilitadora les solicitará que vean un objeto que ellas les mostrarán, luego se amarrarán la una pierna, las facilitadoras les pedirán que corran, posteriormente les solicitarán que se venden la boca y se les realizan preguntas que deberán responder con la boca vendada. Seguidamente se	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Vendas y/o lazos 	15 min.

		hará la reflexión de la importancia de comprender a los demás, en especial a sus hijos/as. Se les explicará sobre la empatía, comprensión y aceptación, el principio que todos somos únicos e irrepetibles.		
PONENCIA SOCIALIZADORA: “Deficiencia, discapacidad y minusvalía”	Lograr que los y las participantes aprendan a diferenciar los conceptos con los que se asocia el Autismo.	Las facilitadoras y facilitadores, iniciarán realizando preguntas generadoras como: ¿Es igual decir discapacidad y minusvalía?, ¿El autismo implica una discapacidad, una deficiencia o minusvalía? Enseguida se leerá un caso en donde se utilice esa terminología, luego se reflexionará sobre la temática, que es necesario aceptar el trastorno como tal, para poder amar a sus hijos/as de manera saludable; finalmente se definirán dichos conceptos. VER ANEXO 7	Humanos: • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: • Caso para discusión • Presentación en power point Laptop, Cañón	15 min.
TÉCNICA: “El Retrato”	Crear en los y las participantes la toma de conciencia respecto a la aceptación que deben tener con sus hijos/as.	El facilitador/a, mostrará una figura o un dibujo a los y las participantes, les solicitará que lo dibujen tal cual está ahí, cuando ellos/as hayan finalizado, les pedirá a los padres/ madres que observen el dibujo presentado y el que han realizado y se comentará si son iguales. Posteriormente se contextualizará con la comparación que se hace de los niños/as, tomando de parámetro los niños regulares y niños con el mismo trastorno pero con mayor dificultad; llevándolos/as así al desarrollo saludable de sus hijos/as, fomentando una	Humanos: • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: • Dibujo a presentar • Presentación en power point Laptop, Cañón	20 min.

		adecuada autoestima.		
VIDEO: “Como influyen los padres en la autoestima de sus hijos/as”	Motivar al padre y madre de familia a que fomente una adecuada autoestima en su hijo/a.	El equipo facilitador utilizando el recurso tecnológico, les proyectará un video a los y las participantes, en donde una psicóloga española explica como los padres influyen en la autoestima de sus hijos/as, también algunos tips para fomentarla. Luego de ello se retomarán aspectos específicos que ayudan para la formación de la autoestima en sus hijos/as.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Presentación en power point• Laptop, Cañón Video “Como influyen los padres en la autoestima de sus hijos/as”	15 min.
ACTIVIDAD REFLEXIVA: “Los músicos de Bremen”	Orientar a los y las participantes sobre la importancia de potenciar las capacidades y reforzar las habilidades en sus hijos/as.	Los y las facilitadoras, les comunicarán al grupo que se les va a contar una historia, su nombre es: “Los músicos de Bremen”, cuyo contenido está referido a unos animales, que pensaban que no servían para algo útil, pero que en el camino se dieron cuenta que tenían habilidades que debían poner en práctica. Luego de narrada la historia, se destacarán aspectos como: <ul style="list-style-type: none">• Reconocer y valorar las habilidades de cada persona.• Vivenciar entusiasmo por tareas nuevas y desconocidas.• Considerar constructivamente las valoraciones ajenas negativas. VER ANEXO 8	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Cuento “Los músicos de Bremen”• Presentación en power point Laptop, Cañón	15 min.

<p>TEMÁTICA: "Actitudes que favorecen la autoestima de los hijos/as"</p>	<p>Proporcionar a los y las participantes actitudes que potencian la autoestima de sus hijos/as con trastorno autista.</p>	<p>El facilitador/a les explicará a los y las participantes las actitudes que facilitarán la adaptación del niño/a y su autoestima como lo son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La comprensión de su comportamiento 2. Respételo 3. Fomente su independencia 4. Cuide de usted <p>Enseguida se realizará la explicación y reflexión respectiva de cada actitud.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point Laptop, Cañón 	<p>15 min</p>
<p>TÉCNICA: "Mi compromiso paternal"</p>	<p>Propiciar en las y los participantes una adecuada actitud ante el compromiso que tienen como padres y madres con sus hijos/as.</p>	<p>El equipo facilitador colocará en la pared, la fachada de una casa, dicha casa estará adornada con los integrantes de una familia, a su vez los y las facilitadoras colocarán revistas, periódicos, plumones, colores, tirro, tijeras.</p> <p>La consigna o indicación será que cada uno/a realice un collage, en el que se exprese claramente lo que él/ella deben ofrecer a sus hijos/as, gracias a ese compromiso que tienen con ellos/as. Luego cada padre explicará su collage y lo pegaran en la fachada de la casa, colocada en el muro, en base a todo lo dicho por los y las participantes, los y las facilitadoras tratarán de concientizar a los padres sobre la necesidad de un cambio para lograr brindar una atención integral a sus hijos/as.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papel bond Revistas, periódicos, pega, tijeras, colores, plumones, tirro, la fachada de la casa. 	<p>15min.</p>

RETROALIMENTACIÓN	Brindar a las y los participantes, información breve de los elementos más relevantes de la jornada, a fin de reforzar dichos conocimientos.	El facilitador o facilitadora dirá al pleno, las ideas centrales o esenciales que encierran los aspectos más importantes de la jornada desarrollada.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point Laptop, Cañón 	
Cierre	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y ser mejores padres. Se invitará a la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	Humanos: <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	7 min

Anexos

ANEXO 7

<p style="text-align: center;">TEMATICA</p> <p style="text-align: center;">“DEFICIENCIA, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍA”</p>
<p style="text-align: center;">OBJETIVO:</p> <p style="text-align: center;">Lograr que los y las participantes aprendan a diferenciar los conceptos con los que se asocia el Autismo</p>
<p>La Organización Mundial de la Salud propone una terminología que resulta clave para comprender la discapacidad. Esta se propuso en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalías (CIDDM).</p> <p>Así mismo, no podemos hablar de los términos relacionados con la significación de disminución sin hacer una breve alusión al concepto de salud.</p> <p>Según la Organización mundial de la Salud (OMS.): <i>“Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente ausencia de afecciones y enfermedades (1946)”</i>.</p> <p>Para acostumbrarnos a utilizar bien el lenguaje y no discriminar a nadie por un mal uso de los conceptos es bueno distinguir de manera precisa entre tres términos que utilizamos habitualmente, a veces como si fueran equivalentes, pero que en realidad tienen significados diferentes: disminución, discapacidad y minusvalía.</p> <p>Cómo ya hemos dicho anteriormente, la OMS define cada uno de estos términos en la Clasificación Internacional de Disminución, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).</p>

Deficiencia: *“Es toda perdida o anomalía de una estructura, o función psicológica, fisiológica o anatómica.”*

Así, según la CIDDM y desde el punto de vista de la salud, *“una deficiencia es toda perdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de éste.”*

Discapacidad:

“Es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad de la forma, o dentro del margen, que se considera normal para un ser humano”. Para la OMS. Vendría a ser la consecuencia que la deficiencia produce en la persona.

Minusvalía:

“Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales.”

La situación de desventaja a la que alude la OMS, se manifiesta en la relación entre la persona y su entorno. Estos tres conceptos se relacionan de la siguiente manera: A una persona, una enfermedad o un trastorno, le puede producir una deficiencia (en una parte de su cuerpo, por ejemplo), que en consecuencia genera una discapacidad (como una disminución en el funcionamiento de esta parte del cuerpo), lo que puede significar una minusvalía cuando interactúe con el entorno. Así, estas definiciones se relacionan de la siguiente manera:

Enfermedad o trastorno → deficiencia → discapacidad → minusvalía

Un ejemplo:

Una persona sufre una miopía (que es una deficiencia) pero con el uso de gafas no le impide realizar ninguna actividad en su vida cotidiana. Por lo tanto, esta persona no tiene ninguna minusvalía.

Una persona sufre una miopía (deficiencia) pero a pesar de llevar gafas, le impide ver con normalidad: esto representa una discapacidad.

Se puede considerar que esta persona tiene una minusvalía sólo en caso de que su posibilidad de integración social (estudios, trabajo, tiempo libre,...) se vea afectada para poder desarrollar el rol propio del entorno social cultural en el que vive.

Así, vemos que no todas las personas con una deficiencia sufren una discapacidad ni todas las que tienen una discapacidad tienen una minusvalía.

ANEXO 8

"LOS MÚSICOS DE BREMEN"**OBJETIVO**

Orientar a los y las participantes sobre la importancia de potenciar las capacidades y reforzar las habilidades en sus hijos/as.

La autonomía personal está estrechamente vinculada a la identidad y al autoconcepto de cada persona. En esta actividad se le presentan diferentes figuras que desde una perspectiva pública y funcional carecían de valor, pero que en grupo son capaces de buscar una solución para su propio destino.

HISTORIA:

Cuatro animales diferentes (un asno viejo, un perro feo, un gato destentado y un gallo tuerto) habían sido desahuciados por sus respectivos dueños porque no servían para trabajar en la granja. Cada uno de los animales abandonó su hogar para evitar males mayores y mientras se alejaban, tristes, solos, creyéndose incapaces de hacer nada, se juntaron en el camino, primero el burro y el perro, después se les añadió el gato y por último el gallo. Formado el grupo, no sabían hacia dónde dirigirse, tenían hambre y carecían de un hogar, pero ya no estaban tristes porque no estaban solos. Seguían andando por el camino y descubrieron luz en una casa distante. Se aproximaron a la casa pero la luz salía de una ventana alta y no podían mirar en el interior porque no alcanzaban la ventana. Entonces decidieron colocarse uno encima del otro: primero el burro, después el perro, después el gato y por último el gallo.

Lograron acercarse a la ventana y vieron que el interior de la casa estaba ocupada por una banda de ladrones que cuentan su botín mientras comían ricos manjares dispuestos sobre una gran mesa. Los cuatro animales se pusieron a cantar juntos y los ladrones salieron a la calle asustados, entonces, el burro golpeó a uno, el perro tumbó a otro, el gato arañó al tercero y el gallo picoteó al último. Los ladrones huyeron de la casa, y los cuatro animales decidieron que en adelante ese sería su hogar y se dedicaron a la música.

“INTEGRANDO VIDAS”

AUTISMO

INTELIGENCIA EMOCIONAL



AUTISMO

INTELIGENCIA EMOCIONAL

La familia constituye el grupo social más importante, al cual se vincula la existencia humana. En su seno el hombre aprende lo necesario para vivir y buscar su bienestar y tranquilidad, pues es la familia la encargada de cumplir entre otras funciones satisfacción de las necesidades emocionales de sus miembros, contribuyendo así a su salud y estabilidad.

No obstante cuando un grupo de familia se enfrenta al nacimiento de un niño con autismo, los padres, hermanos (si los tiene) y parientes cercanos inician un camino difícil: el reto de entender las características que conforman este Síndrome, y unificarlas en torno al niño para poder manejarlo y educarlo adecuadamente, sin embargo, esto no siempre es logrado por los propios medios de la familia y se requiere un entrenamiento adicional que permita la adquisición de habilidades de autocontrol, motivación, empatía, otras que responden a la inteligencia emocional que determinan la forma en que actuamos, frente a las vivencias y experiencias que nos depara la vida; cómo controlamos nuestros impulsos, cómo nos llevamos con el entorno, con qué entusiasmo hacemos nuestros propósitos, que tan perseverantes somos, si somos optimistas, si comenzamos y recomenzamos.

Las emociones son tan complejas y alcanzan a todos los individuos y creer que los niños/as con T.A. están ajenos a este mundo emocional es un error y teniendo en cuenta que la comprensión que estos posean sobre ese mundo está ligado a las experiencias que tengan con su entorno más inmediato, se hace indispensable que las personas que integran ese entorno posean los conocimientos y habilidades necesarios que les permita enseñar a sus hijos la relación estrecha que existe las situaciones y las respuestas emocionales.

La importancia del desarrollo de la temática en cuestión radica en brindar a los padres las herramientas operativas que les permita ayudarse así mismos para poder potenciar el desarrollo en sus hijos/as con trastorno autista.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 5: INTELIGENCIA EMOCIONAL

OBJETIVOS: Desarrollar y potenciar en los padres/madres miembros de la ASA la capacidad para controlar inteligentemente sus emociones, en función de ayudar de la mejor manera a sus hijos/as con T.A. y generando salud mental al núcleo familiar.

FECHA: _____

TIEMPO: 3 HORAS 30 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma cordial.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	3min.
Definiciones de: Inteligencia, de Emoción y de Inteligencia Emocional.	Dar a conocer las definiciones que regirán la jornada y generar expectativas sobre el tema.	<p>La facilitadora proporcionará las definiciones de los 3 ejes centrales de la jornada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>La inteligencia</u> es la capacidad de asimilar, guardar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas. 2. <u>Emoción</u>: Son reacciones o sensaciones que le permiten y determinan al ser humano dar una respuesta a las diferentes situaciones presentadas. Son el motor de la conducta del 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10 min.

		<p>individuo.</p> <p>3. Inteligencia emocional: Es la capacidad de todo ser humano que permite reconocer y comprender las propias y ajenas emociones y la habilidad para manejarlas.</p>		
Componentes de la emoción	Que los padres /madres conozcan los elementos implicados en nuestras emociones y como estos pueden ser manipulados para transformar sensaciones.	<p>Se darán a conocer los determinantes que definen una emoción, para ello se pedirá la participación de los padres y madre, se les pedirá que describan su situación ante el miedo, la alegría, el enojo, etc. Retomando estos ejemplos se explicarán los componentes de una emoción, que son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nuestros Pensamientos 2. Nuestras Reacciones Fisiológicas 3. Nuestro Comportamiento 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10min
¿Cómo desarrollar la inteligencia emocional?	Brindar paso a paso la forma en que cada padre y madre puede convertirse en una persona inteligente emocionalmente y los beneficios que ello implica para su vida.	<p>Una vez sabiendo los padres y madres de la ASA que es la inteligencia emocional, se indagará para saber si saben cuales serian las posibles formas de desarrollar la inteligencia emocional. Luego de sus respuestas se les brindarán los pasos siguientes, con sus respectivas explicaciones y ejemplos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Autoconocimiento: como componente de la Inteligencia Emocional, es el conocimiento y reconocimiento de nuestras propias emociones. 2. El autocontrol: El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar las emociones y dirigirlas para emplear su impacto en nuestro propio beneficio y no que 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10min

		<p>ellas nos controlen a nosotros.</p> <p>3. Empatía: Es la habilidad de sintonizar con las emociones de las personas que nos rodean. Es una comprensión racional, de la situación que vive otra persona.</p> <p>4. Automotivación: Es la capacidad para energizar nuestra propia conducta, y hacernos perseverar en los vaivenes de la vida. Implica iniciativa, impulso, compromiso, perseverancia, integridad, actitud positiva, ver oportunidades en cada obstáculo.</p>		
¿Cómo mantener la inteligencia emocional?	Dar estrategias de entrenamiento a los padres y madres para garantizar el mantenimiento de una inteligencia emocional en sus vidas.	<p>Se les harán ver a los padres/madres lo que deben y no deben hacer para poder conservar estabilidad emocional y la del resto de la familia, estos son:</p> <p>a) Estar preparado para la crítica, la evaluación constante y las quejas.</p> <p>b) No espere que alguien o el tiempo resuelva sus problemas, tome el control.</p> <p>c) No tome como propios los problemas de los demás.</p> <p>d) Los conflictos y problemas tienen su tiempo y espacio.</p> <p>e) Recuerde el mundo no es responsable de sus problemas.</p> <p>f) Aprenda a trabajar en equipo.</p> <p>g) No avergüence a su pareja e hijos/as en público por alguna debilidad que manifieste.</p> <p>h) Una emoción en su expresión es única.</p>	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p><u>Materiales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	15min

<p>Resolución de problemas: definición de conflicto y sus causas</p>	<p>Que los padres y madres sepan identificar los conflictos en su familia y causa que los originó.</p>	<p>Con el fin de que tanto los padres como las madres sepan dar con la causa de sus conflictos, en este punto la facilitadora les hablará del conflicto y sus posibles causas.</p> <p>EL CONFLICTO: Situación en la cual dos o más partes creen que lo que quiere una parte es incompatible con lo que desea la otra. Toda DIFERENCIA entre dos o más partes.</p> <p>Causa del Conflicto</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La subjetividad de la percepción 2. La información incompleta o demasiada información. 3. La falta de habilidades sociales 4. Las diferencias de caracteres 5. La pretensión de igualar a los demás a uno mismo 6. Los separatismos y divisiones: por religiones, razas, color, etc., etc., 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>15min</p>
<p>¿El conflicto es positivo o es negativo?</p>	<p>Facilitar la comprensión de los aspectos positivos y los aspectos negativos que implica el conflicto, especialmente en la vida de pareja y como este repercute en sus hijos/as.</p>	<p>La facilitadora explicará la incidencia del conflicto en la vida de las personas haciendo énfasis que esto depende del fin en que utilice el conflicto. Previo a esto la facilitadora generará una lluvia de ideas para saber quiénes lo consideran positivo y quienes lo consideran negativo.</p> <p><u>El conflicto será positivo cuando:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estimula el Intercambio de opiniones 2. Permite aclarar sentimientos e Ideas 3. Identifica los conflictos o problemas. 4. Permite dar soluciones funcionales, basadas en 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>10 min</p>

		<p>el dialogo.</p> <p>5. Permite establecer objetivos, metas y limites en la familia.</p> <p><u>El conflicto será negativo cuando:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tendencia a las coaliciones para actuar en contra del otro. 2. Distracción en las Actividades. 3. Intencionalidad Riesgosa, lo provoco para hacerte sentir mal 4. No Genera Solución Alguna. 5. Genera Reacción en Cadena (depresión, pleitos constantes, agresión, estar siempre a la defensiva) 6. Genera frustración, preocupación y enfermedades. 		
Técnica: expresión de sentimientos negativos	Entrenar a los padres y madres de la ASA en la forma funcional y saludable de expresar los sentimientos negativos.	<p>Para dar inicio a esta técnica, la facilitadora pedirá la participación de 2 voluntarios y les pedirá, uno a uno que ejemplifiquen la forma en como ellos expresan algo que nos les gusta. Luego de la participación se evalúan los resultados y se analiza la situación. Y se presentan los pasos para una expresión saludable de los sentimientos negativos, estos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Especificar la conducta del otro que ha motivado "los sentimientos negativos". 2. Expresar y confesar como propios los sentimientos negativos. 3. Realizar la petición de cambio a la persona responsable de la conducta problema. 4. Agradecer a la persona por haber escuchado 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p><u>Materiales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	20min.

		nuestra petición. Luego de que la facilitadora ha explicado y ejemplificado cada uno de los pasos, vuelve a pedir la participación de los padres a manera de practicar el nuevo método. La facilitadora refuerza y corrige cualquier error en el desarrollo del ejercicio.		
Método para resolver problemas	Proporcionar el método que les permitirá a los padres y madres poder resolver sus problemas, sin que ello genere repercusiones negativas en el hogar.	Se explicará que la vida implica la resolución de diferentes problemas pero que la forma en que se hace define el surgimiento de nuevos problemas o la minimización de los mismos. Por tal razón la facilitadora brindará el siguiente método: 1. Defina el problema. 2. Identifique los hechos o áreas afectadas. 3. Determine las posibles soluciones. 4. Identifique las consecuencias de cada posible solución. 5. Ponga en práctica la solución más funcional. 6. Evalúe los resultados. 7. Procure mantener los resultados /vuelva a Implementar el método.	Humanos: • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: • Laptop, Cañón • Presentación en power point	10min
R E C E S O				
Técnicas de inteligencia emocional para niños/niñas con Trastorno Autista.	Entrenar a los padres mediante técnica operativas en la adquisición de habilidades que les permita estimular el desarrollo de una inteligencia emocional en sus hijos/as.	Las técnicas que se desarrollarán son: 1. Identificación de emociones (con dos niveles) VER ANEXO 9 2. Aprendizaje en respuestas emocionales para la alegría VER ANEXO 10 3. Aprendizaje en respuestas emocionales para el enojo.	Humanos: • Participantes • Facilitadoras/es Materiales: • Laptop, Cañón	1 hora 20 minutos.

		<p>VER ANEXO 11</p> <p>4. Aprendizaje en respuestas emocionales para la tristeza.</p> <p>VER ANEXO 12</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber comprendido la técnica en si.</p> <p>Se recalcará el hecho de ser constantes con el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point 	
Tiempo para preguntas y respuestas	Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan resolver sus dudas.	La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10 min
Cierre y agradecimientos	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos/as y permitirse un tiempo para aprender y se mejores padres. Se invitará a la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>7 min</p> <hr/> <p>Total 3:30 min</p>

Anexos

ANEXO 9

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS CON TRASTORNO AUTISTA.

TECNICA: IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES	
OBJETIVO	
Desarrollar en el niño la capacidad de identificación de las emociones básicas (alegría, miedo, enojo, tristeza, etc.)	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>NIVEL 1</p> <p>Pasos</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El padre iniciará llamando la atención del niño (haciéndole cosquias, dándole un masaje, etc.) b) Cuando el niño tenga la atención y mirada sobre su padre, este deberá exagerar una emoción (la alegría por ejemplo). Esta emoción deberá ser visiblemente identificada y distinguida de otros gestos/emociones. c) El padre procurará que el niño imite esta expresión (hazle así...) y repita luego “alegría”. (para lograr esto el padre puede iniciar con la imitación de otros movimientos como levantar los brazos, saltar, etc. Hasta llegar a los gestos.) d) Cuando el niño haya hecho la asociación entre la palabra alegría y el gesto que lo caracteriza, se introducirá entonces una nueva emoción, el enojo por ejemplo (frunciendo el seño, cruzando los brazos) y se sigue el proceso igual que con la emoción de la alegría. Así sucesivamente se irán incluyendo nuevas emociones. <p>NIVEL 2</p> <p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Cuando el niño haya aprendido a manifestar correctamente cada emoción, el niño deberá de ir poco a poco identificando emociones en otras personas. b) Para ello se le puede llevar por un recorrido donde se encuentre a otras personas experimentando emociones, las cuales el niño tendrá que identificar por petición de sus padres (Que siente ella ¿Que siente él?) ante la respuesta correcta del niño se le dará un estímulo (verbal o 	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

comestible). Una vez que el niño/a haya entrenado con los programas del lenguaje podrá distinguir entre los pronombre (yo, tu, él ella, nosotros)	
---	--

RECURSOS:

1. **Reforzamientos positivos:** alimentos o bebidas que gusten al niño.
2. **Reforzamiento negativo:** asignación de un lugar que sirve para pasar los berrinches.
3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS
CON TRASTORNO AUTISTA.

TECNICA: APRENDIZAJE EN RESPUESTAS EMOCIONALES DE LA ALEGRÍA	
OBJETIVO	
Enseñar al niño las formas adecuada de canalizar las emociones y de responder ante las emociones del resto de las personas.	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>Pasos</p> <p>a) El padre deberá de iniciar esta etapa cuando tenga la seguridad de que su hijo/a este contento y feliz (también se puede inducir esta emoción), ante esto, el padre preguntará: ¿Cómo te sientes? Posiblemente el niño no responderá, por lo que el padre puede ayudarle recordándole y mostrándole las emociones que existen (y que previamente aprendió en la etapa anterior).</p> <p>b) Cuando el niño diga; “feliz” o en el mejor de los casos dirá “me siento feliz” (con o sin instigación del padre). Entonces el padre le dice la felicidad nos hace bailar (cantar, saltar, reír, abrazar) y se hacen los movimientos que representan el verbo bailar y se pide al niño que los repita.</p> <p>c) Con constancia y firmeza el niño responderá a la emoción de la alegría con baile. Esto además permitirá una mayor interacción del padre con su hijo/a, mediante un juego que le permite el aprendizaje.</p>	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>
RECURSOS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamientos positivos: alimentos o bebidas que gusten al niño/a. 2. Reforzamiento negativo: asignación de un lugar que sirve para pasar los berrinches. 3. Un ambiente sin distracción en donde se realicen los ejercicios. 	

ANEXO 11

<p>TÉCNICA: APRENDIZAJE EN RESPUESTAS EMOCIONALES DEL ENOJO</p>	
<p>OBJETIVO Enseñar al niño las formas adecuada de canalizar las emociones y de responder ante las emociones del resto de las personas.</p>	
<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO</p> <p>Pasos</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Para que el niño discrimine que los “berrinches” no saca ningún provecho, se puede en conjunto con otra persona, presentar la siguiente escena: b) El padre y el hijo se encuentran en “x” actividad, y una tercera persona puede comenzar a hacer un “berrinche”, entonces el padre enseñará a su hijo/a a ignorar a esta persona. c) La forma de ignorar, puede ser viendo hacia otro lado, cambiándose de lugar y/o hasta el punto que padre e hijo/a lleve a esta persona al lugar de castigo (tiempo fuera). En la casa debe de existir un lugar para pasar los enojos y caprichos, que el niño entienda que está ahí por una razón. d) Luego la persona que ha estado actuando el “berrinche”, deberá de llegar donde el niño nuevamente y le sonreirá, ante esto el padre enseñará a su hijo/a darle la atención a esta persona que ya está contenta t que puede reforzar con algo de comida o bailando. e) Importante es que la persona del “berrinche” no sea quien está desarrollando los programas de aprendizaje, para no generar confusión en el niño. f) El padre es quien mejor conoce a su hijo/a y por lo tanto sabrá las mejores formas de reforzar o castigar a ellos/as. 	<p>TIEMPO</p> <p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>
<p>RECURSOS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Reforzamientos positivos: alimentos o bebidas que gusten al niño/a. 	

2. **Reforzamiento negativo:** asignación de un lugar que sirve para pasar los berrinches.
3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ANEXO 12

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS
CON TRASTORNO AUTISTA.

**TÉCNICA:
APRENDIZAJE EN RESPUESTAS EMOCIONALES DE LA TRISTEZA**

OBJETIVO

Enseñar al niño las formas adecuada de canalizar las emociones y de responder ante las emociones del resto de las personas.

PROCEDIMIENTO

TIEMPO

Pasos

- a) Para adquirir una respuesta ante esta situación se puede utilizar un método similar al del enojo.
- b) Una tercer persona puede llegar llorando o triste a interrumpir la activad de su padre con su hijo/a (el niño deberá de observar a esta tercer persona).
- c) El padre deberá de abrazar a esta persona que está buscando consuelo, deberá además enseñarle a su hijo/a a hacerlo también diciéndole “abrásala que esta triste” o solo “abrásala”.
- d) Cuando esto suceda la persona abrazará al niño y luego le dará a demostrar su tranquilidad y/o alegría. Luego el padre le hará saber al niño que la persona ya está contenta, y dirá “la alegría nos hace...(bailar, cantar)”
- e) El padre hará énfasis en verbalizar la emoción que este predominando.
- f) Poco apoco, las emociones en la tercera persona se pueden ir intercambiando en diferente momento y se instigara al niño para que responda de las formas practicadas.
- g) Cuando el niño presente alguna de las emociones entrenadas se la reforzará inmediatamente para mantener le respuesta correcta.
- h) Así sucesivamente se le pueden ir enseñando al niño, las respuestas más funcionales para cada ‘emoción.

HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS

RECURSOS

1. **Reforzamientos positivos:** alimentos o bebidas que gusten al niño/a.
2. **Reforzamiento negativo:** asignación de un lugar que sirve para pasar los berrinches.
3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ESTRES



ESTRÉS

Los padres de hijos/as con Autismo, sufren diversas situaciones en las que existe una serie de momentos significativos o etapas a lo largo del ciclo vital, proceso diagnóstico, etapa educativa, adolescencia y etapa adulta en los que la familia debe afrontar situaciones específicas y nuevos retos a los que tiene que ir

adaptándose. Los teóricos y la investigación afirman que las familias de personas con autismo presentan niveles de estrés elevados, en donde el estresor (definido por las características de la persona con autismo, problemas de conducta y las diversas adaptaciones que eso genera) y la capacidad de afrontamiento de los padres, los factores de percepción del problema y las redes sociales se vuelven una mezcla que hace colapsar los mecanismos de afrontamiento de los progenitores. Eso les hace utilizar patrones de comportamiento inadecuados, así como un desajuste emocional, es decir que cuanto más profundas sean las alteraciones cognitivas y conductuales que se presenten en los hijos/as, mayor será la alteración en la convivencia familiar, mayor será la sensación de anormalidad que percibirán los padres, más evidentes será la deficiencia que observen los padres y mayor serán las limitaciones a sus actividades.

De ahí que lo que se pretende con esta área de intervención es formar en los padres habilidades que le permitan afrontar de manera adaptativa los cambios o eventos inesperados que se presenten en su vida a causa o que esté relacionado con el trastorno autista de su hijos/as, por medio de técnicas de relajación que faciliten el autocontrol emocional, en donde se evidencie un principio de cambio. Conseguirá además con voluntad, modificar su autoimagen y desarrollará un nuevo sentido de valor, experimentará nuevas satisfacciones: disminución de la ansiedad y la depresión. Cognitivamente: el pensar y planificar estando organizados, lograrán enfrentar el mundo eficazmente y eso dejará de ser una crisis, le transmitirá a su hijo/a equilibrio emocional en lugar de ansiedad y estrés.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 6: "MANEJO DE ESTRÉS"

OBJETIVO: Promover en los y las participantes la toma de conciencia sobre como afecta la tensión física y mental, a través de una jornada vivencial sobre técnicas de manejo de estrés, que les permitan aminorar su nivel de tensión, y así alcanzar un equilibrio físico y mental, ante situaciones difíciles.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 30 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Establecer un clima de confianza y de igualdad entre facilitadores-facilitadoras y participantes.	Se saludara de manera muy cordial a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar para la presente jornada.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	3min.
.TÉCNICA: "Inflando, desinflando"	Crear en los y las participantes un estado de distensión, en donde se deje de lado los afanes de su diario vivir.	La facilitadora o facilitador entregará a cada participante una vejiga, luego les explicará que al momento de inflar la vejiga en ese aire q exhale van dejando sus tensiones, preocupaciones, todo aquello que no le permitirá disfrutar de la jornada. Cuando la vejiga esté completamente inflada, se hará la reflexión de lo que se podría hacer con ellas; posteriormente se reflexionará como la	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo de facilitadores/as 	10 min.

		preocupación, el miedo, las tensiones, nos dificultan el disfrute y realización de diferentes actividad, aún de nuestra autoestima y la de los/as hijos/as.	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vejigas 	
TECNICA: “Biodanza”	Favorecer en los y las participantes la incorporación de nuevas respuestas a su repertorio de vida, logrando aprendizajes y cambios efectivos para sus estilos de vida.	Las y los facilitadores iniciarán explicando aspectos generales sobre la biodanza, luego solicitarán a los y las participantes que se pongan de pie y formen un círculo, se les indicará que al sonar la música la rueda o círculo deberán caminar, al cambio de música rodarán hacia el otro lado, al cambio nuevamente, se agarraran las manos y la rueda deberá contraerse y luego extenderse, finalmente buscarán una pareja para moverse de manera similar, por último aplaudirán al son de la música. En seguida se hará la reflexión de cómo se sintieron con la actividad y del bienestar que proporciona la música en comunión con el cuerpo y mente; así como algo tan sencillo puede relajarnos. VER ANEXO 13	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo de facilitadores/as <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Cd de música 	15 min
TEMÁTICA: “El estrés contemporáneo”	Proporcionar información sobre como afecta el estrés en el siglo XXI.	El equipo facilitador expondrá como en la actualidad el estrés afecta la vida de los seres humanos pese a existir tecnología que nos simplifica la vida, existen otros factores que nos la complican, como la rutina, eventos traumáticos, exigencias sociales, etc. Así como los tipos de estrés, las fases del estrés, lo	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo facilitador <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de 	20min

		que genera estrés: el miedo, el enojo, etc. VER ANEXO 14	power point • Laptop Cañón	
TÉCNICA: “Di el nombre y no los colores”	Mostrar a los y las participantes, las situaciones que generan estrés.	Los y las facilitadoras solicitarán a los y las participantes, que observen unas laminas que contienen unos cuadros de colores con el nombre del color en el centro, el nombre no corresponde al color, por lo que el/la participante debe leer el nombre y no el color, pero deberá hacerlo lo más rápido que pueda. Al final se pregunta a las y los participantes como se sintieron y se reflexionará que cuando nos sentimos amenazados experimentamos estrés. VER ANEXO 15	Humanos: • Participantes • Equipo de facilitadores/as Materiales: • Laminas con cuadros de colores • Cañón • Laptop Presentación en power point	15min
TÉCNICA: “Aprendiendo a respirar”	Estimular en los y las participantes la toma de conciencia sobre la importancia de una respiración adecuada para una buena salud física y mental.	Las facilitadoras y/o los facilitadores brindarán a los y las participantes las instrucciones para la realización de un ejercicio de “respiración completa”, se pedirá al equipo que se coloquen en una posición cómoda y sigan todas las indicaciones que a continuación se darán. Finalmente hará una reflexión sobre los elementos más importantes de la respiración. VER ANEXO 16	Humanos: • Participantes • Equipo facilitador Materiales: • Presentación de power point • Laptop Cañón	10min
VIDEO: “Fisiología del Estrés”	Mostrar de forma descriptiva a las madres y padres de familia, la	El facilitador o facilitadora por medio de un video, explicarán el proceso del estrés y como nuestro cuerpo reacciona, ante esas situaciones que ponen	Humanos: • Participantes • Equipo	20 min.

	dinámica del estrés a nivel fisiológico	<p>alerta el sistema nervioso, la mente y la conducta.</p> <p>Posteriormente se realizará la reflexión del papel que juegan las ideas irracionales y el pensamiento en la forma en la que la realidad es percibida. Luego se proporcionarán algunos tips para disminuir sus niveles de estrés y sugerencias para sus hijos/as.</p>	<p>facilitador</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de power point • Laptop y Laptop Video sobre la fisiología del estrés 	
TÉCNICA: “Relajación Progresiva”	Enseñar a los y las participantes a relajar sus cuerpos, así como a controlar la ansiedad.	<p>El equipo facilitador dará a las y los participantes las indicaciones para la realización de el ejercicio de relajación con imaginación, pedirá al grupo que se coloquen en posición cómoda y sigan todas las instrucciones.</p> <p>Finalmente hará una reflexión sobre la utilidad de la técnica.</p> <p style="text-align: center;">VER ANEXO 17</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo facilitador <p>Materiales:</p> <p>Toalla o colchoneta para ejercicios</p>	10 min.
TÉCNICA: “Cambiando pensamientos erróneos”	Preparar a las y los participantes para enfrentarse a situaciones problemáticas empleando pensamientos positivos que contribuyan a la búsqueda de soluciones que desencadenen poca tensión.	<p>El facilitador o facilitadora, pedirá a los participantes que se relajen, que se coloquen en una posición cómoda, y dará inicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cierre sus ojos lentamente. 2. Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas del lugar donde se encuentra. 3. Imagine que está en un lugar precioso, verde y tranquilo. 4. Busque dentro de él un lugar donde pararse. 5. Cuando este ahí tómese tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo de facilitadores/as <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hojas de trabajo • Lapiceros • Cañón 	15 min

		<p>6. Repare en cómo se siente, instálese y poco a poco empiece a relajarse.</p> <p>7. Ahora se siente totalmente relajado, descance durante 5 minutos.</p> <p>8. Lentamente vuelva al lugar donde se encontraba y dígame a sí mismo: “Puedo controlar mis emociones”</p> <p>Finalmente hará una reflexión sobre la importancia de la imaginación para enfrentarse y resolver situaciones diarias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Presentación en power point 	
		<p>VER ANEXO 18</p>		
<p>TÉCNICA: “El lugar seguro”</p>	<p>Lograr que las y los y las participantes puedan utilizar su imaginación como una forma de enfrentarse de una manera adecuada a las situaciones cotidianas y así adaptarse adecuadamente.</p>	<p>El facilitador o facilitadora, pedirá a los participantes que se relajen, que se coloquen en una posición cómoda, y dará inicio:</p> <p>9. Cierre sus ojos lentamente.</p> <p>10. Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas del lugar donde se encuentra.</p> <p>11. Imagine que está en un lugar precioso, verde y tranquilo.</p> <p>12. Busque dentro de él un lugar donde pararse.</p> <p>13. Cuando este ahí tómese tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida.</p> <p>14. Repare en cómo se siente, instálese y poco a poco empiece a relajarse.</p> <p>15. Ahora se siente totalmente relajado, descance durante 5 minutos.</p> <p>16. Lentamente vuelva al lugar donde se encontraba y dígame a sí mismo: “Puedo controlar mis emociones”</p> <p>Finalmente hará una reflexión sobre la</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Participantes Equipo de facilitadores/as <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Técnica a aplicar Laptop Bafles 	<p>15 min</p>

		<p>importancia de la imaginación para enfrentarse y resolver situaciones diarias.</p> <p>VER ANEXO 19</p>		
REFLEXIÓN FINAL	<p>Promover en las y los participantes un espacio de reflexión y receptividad que facilite la motivación al cambio de actitud que les lleven a un estilo de vida saludable.</p>	<p>El equipo facilitador cerrará la jornada con un resumen de lo más relevante. A su vez se dará una reflexión final que inste al cambio, destacará el poder de la risa: “Al reír, nuestro organismo libera sustancias: endorfinas, serotonina, dopamina y adrenalina que ayudan a que las tensiones desaparezcan. Tras una sonora carcajada siempre llega un profundo estado de relajación, los niveles de estrés puede disminuirlos si usted lo desea: con información, técnicas y sobre todo voluntad, además concluirán “Quien tiene un porqué para vivir, encuentra siempre un cómo...” (Nietzsche), ya que ellos/as tienen a sus hijos/as por quienes deben seguir adelante.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Equipo facilitador <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de power point • Laptop • Cañón 	5 min.
Espacio para preguntas y respuestas	<p>Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan resolver sus dudas.</p>	<p>La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10 min

Cierre y agradecimientos	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por su desempeño en la presente jornada, luego se invitara a la siguiente y se realizará la despedida.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Laptop, Cañón• Presentación en power point	7 min
--------------------------	--	---	---	-------

Anexos

ANEXO 13

TÉCNICA DE BIODANZA

Explicación del término:

En el sistema biodanza, la creatividad está relacionada con la exploración, la curiosidad y la innovación, su función es desarrollar la intuición, la imaginación y la fantasía. Esta línea tiene que ver con el tejido que hace el ser humano cotidianamente de las experiencias de vida, ya que permite transformar y manejar todas las emociones.

La intencionalidad fundamental que lleva implícita la vivencia de esta línea tiene que ver básicamente con el afuera, el sentirse, el soltarse, la creación, la imaginación y la forma de solucionar problemas, es decir es la expansión de la forma de ver el mundo, es dejar salir y manifestar lo que está adentro.

La creatividad según Ana Rey (citada por Trigo, 2000:120) es “una capacidad intrínsecamente humana de explorar intencionalmente todas las potencialidades que poseemos, en la búsqueda de productos valiosos e innovadores”. Todo esto permite la autoconstrucción, transformación y compromiso consigo mismo, que posibilita modificar el entorno en busca de mejores condiciones de salud y oportunidades de vida. El sistema biodanza trabaja de manera integral la música, la vivencia y el movimiento, las metodologías propuestas en cada una de las líneas de vivencia siempre se desarrollan teniendo como punto de partida esta triada. Triada que no debe ser disuelta ya que es uno de los pilares fundamentales con los cuales se cuenta en los procesos de formación.

La **música** es parte de la misma vida, constituye la base de toda educación que tenga como propósito la vivencia permanente de la experiencia motriz del ser humano; es un elemento que permite la exploración de emociones que se expresa a través del movimiento hecho música, que no es otra cosa que la manifestación visible de un cuerpo en expresión, mostrando toda la complejidad del humano y de su ser corpóreo.

Objetivo de la técnica:

Favorecer en los y las participantes la incorporación de nuevas respuestas a su repertorio de vida, logrando aprendizajes y cambios efectivos para sus estilos de vida.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO:

Hacer una rueda, utilizar músicas muy cortas, se puede hacer que la rueda gire mientras hacemos los diferentes movimientos o bien que estén quietos en el mismo lugar, es decir girar a un lado, luego al otro pero moviendo el cuerpo al compás de la música, que un participante o varios salgan al centro de la rueda, se van moviendo del lugar donde están, puede ser que también se queden dentro de la rueda o que hagan cambios rápidos.

Luego se pone una música muy lenta y hacemos un caminar en cámara lenta hasta que se juntan todos en el centro, sin soltar manos, se sientan en el suelo y levantarnos pero sin soltar las manos, se puede proponer: Andar como elefantes en fila, andar y parar cuando para la música (hacer de estatuas o de stop), caminares rítmicos formando trenes o grupitos pequeños, caminar soltando el cuerpo como muñecos de trapo, caminar como si se es un robot.

Luego se pone música para que salgan palmas de forma libre, luego que se formen en parejas y se muevan al mismo compas, después se sueltan y cuando la música acabe se detienen. Al momento de hacer los ejercicios es necesario que vaya tomando conciencia de lo que ocurre en su organismo mientras se practica el ejercicio.

ANEXO 14

TEMATICA: MANEJO DE ESTRÉS

¿QUE ES EL ESTRÉS?

Es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

Para el doctor Hans Selye, estrés, es una respuesta de adaptación que experimenta un organismo cuando se enfrenta a una situación aversiva.

También es un exceso de demandas del ambiente sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en cualquier entorno, así también como la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, es decir que nuestro organismo busca la manera de responder ante las situaciones que llegan a impresionarlo de manera tal que impactan sus sentidos y una de esas respuestas es el estrés.

Existen dos tipos de estrés:

EUSTRÉS: capaz de llenar nuestra conducta de energía y vigor, de permitirnos experimentar la existencia como el mejor de los regalos, permitiendo una activación de todos nuestros sistemas de forma que sus procesos se lleven a cabo de la forma más armoniosa posible, dando como resultado una vida saludable, ayuda a la consecución de propósitos.

DISTRÉS: Es un estrés que ocasiona un exceso de esfuerzo en relación con la carga. Va acompañado siempre de un desorden fisiológico, que ocasiona fatiga mental y física, que afecta la respuesta ante cualquier situación.

Causas del estrés:

Descansos infrecuentes, enfermedades, decisiones difíciles, problemas familiares, temores, sobrecarga de responsabilidades o de roles.

SÍNTOMAS DE ESTRÉS:

Ansiedad, Dolores en la espalda, Cefaleas o dolores de cabeza Estreñimiento o diarrea frecuente, Depresión, Fatiga, Presión arterial alta, Insomnio, Falta de respiración, Tensión en hombros y cuello, Malestar estomacal, Sube o baja de peso, Falta de concentración, Enojo sin razón aparente, Hipersensibilidad

ALGUNOS CONSEJOS PARA AFRONTAR EL ESTRÉS:

Existen distintas formas de afrontar un suceso, puesto que cada persona responde con matices personales. No obstante parece interesante intentar describir formas estándar de afrontamiento como:

1. Busque consejo de aquellos/as que pueden aportar información valiosa que pueda orientarle a como afrontar mejor la situación.
2. Busque apoyo social para expresar sentimientos y emociones, con el fin de sentirse comprendido.
3. Disfrute del buen humor y la risa, trate de ver de forma optimista su situación y ver sus aspectos positivos para minimizar el nivel de importancia que posee y así logre despejar su mente.

ANEXO 15

TECNICA:
"DI EL NOMBRE Y NO EL COLOR"

EJEMPLO DE LÁMINA DE EJERCICIOS

ROSADO

BLANCO

AMARILLO

ROJO

ANEXO 16

<p style="text-align: center;">TECNICA RESPIRACIÓN COMPLETA”</p>
<p style="text-align: center;">OBJETIVO:</p> <p style="text-align: center;">Estimular en los y las participantes la toma de conciencia sobre la importancia de una respiración adecuada para una buena salud.</p>
<p style="text-align: center;">PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</p> <p>Se solicita a los y las participantes la siguiente consigna: “Tiéndase en el suelo sobre una manta, toalla o alfombra, doble las rodillas y separe los pies unos 20 cms, dirigiéndolos suavemente hacia afuera. Asegúrese de mantener la columna vertebral recta.</p> <p>Explore su cuerpo en busca de signos de tensión, coloque una mano sobre el abdomen y otra sobre el tórax, tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá solo un poco y a la vez que el abdomen.</p> <p>Cuando se haya relajado, inhale por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento cuando sopla ligeramente. Con ella, su boca y su lengua se relajaran. Haga respiraciones largas, lentas y profundas que eleven y desciendan el abdomen. Fíjese en el sonido y en la sensación que le produce la respiración a medida que va relajándose más y más.</p> <p>Continúe con 5 a 10 minutos de respiración profunda una o dos veces al día, Al final de cada sesión de respiración, dedique un poco de tiempo a explorar su cuerpo una vez más en busca de más signos de tensión, es decir compare la tensión que siente al acabar el ejercicio con la que sentía al empezarlo”</p> <p>Finalmente las y los facilitadores harán la reflexión de cómo se sintieron los y las participantes con la técnica.</p>

ANEXO 17

RELAJACIÓN PROGRESIVA

OBJETIVO:

Enseñar a los y las participantes a relajar sus cuerpos, así como a controlar la ansiedad.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO:

El equipo facilitador proporcionará la siguiente consigna a los y las participantes: “Siéntese cómodamente, estire los brazos hacia adelante y cierre fuertemente los puños, luego suéltelos y relájese.

Levante las cejas manteniendo los ojos cerrados, cierre fuertemente los ojos, arrugue la frente, al mismo tiempo, mueva la cabeza hacia atrás tanto como pueda y gírela describiendo un círculo completo, primero en el sentido de las agujas del reloj y luego en el sentido contrario. Ahora arrugue los músculos de la cara como si fuera una pasa: frunza el entrecejo, apriete los labios, apriete la lengua contra el paladar y encoja los hombros. Relájese.

Separe los hombros arqueando la espalda como si fuera a hacer una inspiración profunda. Manténgase así, relájese. Ahora haga una inspiración profunda apretándose la región del estómago con la mano. Sostenga la respiración, luego relájese.

Extienda los pies y los dedos, dirigiendo las puntas hacia arriba, fuertemente, para tensar así las espinillas, manténgalo, relájese. Flexione los dedos tensando con ello las pantorrillas, los muslos y los glúteos. Relájese.

ANEXO 18

TECNICA: CAMBIANDO PENSAMIENTOS ERRÓNEOS

OBJETIVO: Preparar a las y los participantes para enfrentarse a situaciones problemáticas empleando pensamientos positivos que contribuyan a la búsqueda de soluciones que desencadenen poca tensión.

INDICACIONES:

1. Escribe en el primer cuadro, una situación potencialmente conflictiva, desencadenante de pensamientos negativos y auto denigrantes.
2. Escribe en el segundo cuadro, uno de esos pensamientos. Escribe la palabra o frases que vienen a tu mente.
3. Escribe en el tercer cuadro, la situación que usualmente sucede.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO NEGATIVO	CONSECUENCIA
-----------	----------------------	--------------

Indicaciones:

4. Escribe en el primer cuadro, una situación potencialmente conflictiva, desencadenante de pensamientos negativos y auto denigrantes.
5. Escribe en el segundo cuadro, invierte el pensamiento negativo inicial.
6. Escribe en el tercer cuadro, el resultado de asumir una actitud mental positiva, diseñando un desenlace diferente.

SITUACIÓN	PENSAMIENTO POSITIVO	CONSECUENCIA
-----------	----------------------	--------------

ANEXO 19

TECNICA:“EL LUGAR SEGURO”

OBJETIVO:

Lograr que las y los y las participantes puedan utilizar su imaginación como una forma de enfrentarse de una manera adecuada a las situaciones cotidianas y así adaptarse adecuadamente a estas.

Por medio de esta técnica podrá concentrarse mientras minimiza al máximo sus pensamientos, emociones y el dolor físico. Le resultará útil grabar cada ejercicio y escuchar la cinta desde una posición cómoda, La visualización, las imágenes dirigidas y escuchar música, son tres formas de estimular la imaginación.

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO:

El facilitador o facilitadora, pedirá a los participantes que se relajen, que se coloquen en una posición cómoda, y dará inicio con las siguientes instrucciones verbales:

“Cierre los ojos... Imagínesse que está apartándose del lugar donde vive... Deje atrás los ruidos y las prisas cotidianas... Imagine se que cruza un valle y que se acerca a una sierra... Imagínesse en ella... Está subiendo por un camino tortuoso... Encuentra en él un sitio donde pararse... Encuentra un sendero por el que sube... Empiece a subirlo... Busque un lugar cómodo donde pararse... Cuando lo haya encontrado y llegado a este punto, tómese algo de tiempo para examinar toda la tensión que hay en su vida... Conceda mentalmente a la tensión y al estrés, formas y colores... Mírelos con cuidado y luego déjelos en el margen del sendero donde se halla... Continúe subiendo por él hasta que llegue a la cima de una colina... Mire desde ella... ¿Qué ve?... Busque un lugar atractivo y cómodo y diríjase hacia él... Fíjese en los alrededores. .. ¿A qué se parece?... Fíjese en las vistas, en los olores, en los sonidos... Repare en cómo se siente... Instálese y, poco a poco, empiece a relajarse... Ahora se siente totalmente relajado... Experimente la sensación de estar total y completamente relajado... Descanse de tres a cinco minutos... Mire a su alrededor otra vez... Recuerde que éste es su lugar especial para relajarse, al que pueden ir siempre que lo desee... Vuelva de nuevo a su habitación y dígame a sí mismo/a que todas estas imágenes, fruto de su imaginación, las ha creado usted y que puede recurrir a ellas siempre que desee y así controlar la tensión y ansiedad.”

"INTEGRANDO VIDAS"

AUTISMO

RELACIONES INTERPERSONALES



AUTISMO

RELACIONES INTERPERSONALES Y COMUNICACIÓN

Hoy en día, no es ajeno para nadie el hecho de las inadecuadas relaciones interpersonales que se dan a todos los niveles y ámbitos de interacción social como consecuencia del uso de una comunicación disfuncional que generalmente es heredada de los padres a sus hijos, generando así una reacción en cadena.

Por tal razón se hace necesario intervenir este importante elemento regulador de la salud mental que es la comunicación, con el fin de que los padres provean a sus hijos estabilidad emocional y el aprendizaje de patrones de comunicación asertiva que le permita al padre decir lo que realmente quiere decir y, a la vez, escuchar lo que realmente el niño/a siente y quiere decir.

Lo anterior implica dos tipos de entrenamiento al padre: el primero que le permita a él/ella un reaprendizaje para si mismo en los patrones de comunicación asertiva y en segundo lugar un aprendizaje en la estrategias y/o técnicas que potencien el máximo desarrollo de la comunicación en sus hijos/as con trastorno autista

Para dar respuesta a estas dos necesidades, se presenta esta cuarta fase de intervención, la cual está dividida en dos jornadas que permiten la adquisición del conocimiento tanto empírico como teórico de la comunicación funcional.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 7: RELACIONES INTERPERSONALES Y COMUNICACIÓN (PRIMERA PARTE)

OBJETIVOS: Facilitar en los padres y madres la adquisición de patrones de comunicación asertiva, y habilidades para la enseñanza de la comunicación en sus hijos/as, con el fin de mejorar y mantener saludables relaciones interpersonales en la familia y demás contextos.

FECHA: _____

TIEMPO: 3 HORAS 40 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida y presentación del tema	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	3 min
Definición de relaciones interpersonales y comunicación humana.	Que los padres y madres conozcan e identifique la importancia que tienen la comunicación y las relaciones interpersonales en nuestro estilo de vida y nuestra salud mental.	<p>La facilitadora hará una introducción de lo que son las relaciones interpersonales y preguntará a los participantes si saben cuál es el elemento que determina las relaciones entre las personas, luego de escuchar algunas participaciones se presenta el elemento que es la comunicación.</p> <p><u>Comunicación:</u> Es el proceso por el cual las personas crean y envían señales que son recibidas, interpretadas y respondidas por otras personas.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10 min

Tipos de comunicación	Enseñar a los padres los tipos de comunicación disfuncional y el tipo de comunicación funcional y la razón de su clasificación.	<p>Se dará a conocer la clasificación que de la comunicación existe y se promoverá una autoevaluación del tipo o estilo de comunicación que generalmente usa la persona, para ello se conceptualizarán y caracterizarán cada uno de los estilos de la siguiente manera:</p> <p>Comunicación Agresiva Es la forma de expresión de los sentimientos, creencias y opiniones, que pretenden hacer valer lo propio, pero atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto hacia los demás.</p> <p>Características</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresa pensamientos, sentimientos y creencias en forma agresiva, deshonesto, inapropiado e inoportuno. 2. Defiende lo suyo, pero sin respetar lo ajeno. 3. Busca única y exclusivamente ganar 4. Se basa de la manipulación, la exageración y hasta la mentira para lograr lo quiere. <p>Comunicación Pasiva: Cuando la persona no expresa directamente sus sentimientos, pensamientos y deseos. Cuando se intentan comunicar éstos indirectamente o se ocultan por completo. Se confía en que los demás adivinen lo que queremos o lo que sentimos. No se violan los derechos y/o sentimientos de los demás,</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	20 min.
-----------------------	---	--	---	---------

		<p>pero se permite que los propios estén desatendidos.</p> <p>Características</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No expresa pensamientos, sentimientos, o creencias. 2. Se disculpan demasiado 3. Se pone en segundo lugar. 4. Es inseguro y tiende siempre a complacer. <p>Comunicación Asertiva</p> <p>Cuando la persona es capaz de expresar sus sentimientos, pensamientos y deseos y defender sus derechos sin violar los de los demás. Cuando se está abierto a la negociación, al diálogo y al compromiso.</p> <p>Características</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expresa sus pensamientos y creencias en forma directa, respetuosa, honesta, oportuna y apropiada. 2. Reconoce y respeta los derechos de los demás. 3. Controla sus emociones. 4. Reconoce y defiende sus derechos. 		
Técnica: aprender a reaprender	Lograr una toma de conciencia sobre el impacto que tiene el tipo de comunicación en la relaciones interpersonales	La facilitadora formará grupos de trabajo (dependiendo del número de participantes) y pedirá entonces a cada grupo que se reúna y cree una escena donde se pueda identificar el tipo de comunicación agresiva, luego a esa misma situación	Humanos:	30 min.
			<ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	

	dentro de la familia, y la repercusión positiva o negativa en los hijos/as	<p>se le aplicará para el tipo de comunicación pasiva y para finalizar tendrán de sugerir la formas adecuada de responder a esa situación y que será una respuesta asertiva.</p> <p>Se les hará saber que cuando la situación este creada con sus tres diferentes respuestas tendrán que dramatizarla ante el resto de las/os participantes.</p> <p>Cuando cada grupo haya terminado su participación, la facilitadora generará un ambiente de reflexión ante las diferentes escenas observadas.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
¿Cuándo la comunicación es disfuncional?	Dar a conocer los criterios que definen una comunicación disfuncional.	<p>Para que los participante del programa tengan una mayor claridad de lo que es la comunicación disfuncional se le brindaran los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando nos predispone a la violencia. 2. Cuando nos genera conflicto y pleitos constantes. 3. Cuando nos hace brindar una información insuficiente, y por lo tanto, la recibimos igual. 4. Cuando nuestra agresividad minimiza la opinión y/o sugerencia de las demás personas. 5. Cuando la forma en que nos comunicamos no resuelve los conflictos y/o problemas. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	10 min.
¿Cuándo la comunicación es funcional?	Dar a conocer los criterios que definen una comunicación funcional.	<p>Para que los participante del programa tengan una mayor claridad de lo que es la comunicación asertiva se le darán los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se es capaz de dar soluciones 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10 min.

		<p>mediante el dialogo y la negociación.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Cuando es en dos sentidos (bidireccional) y cierra con una retroalimentación del mensaje. 3. Cuando contribuye al aumento de la seguridad y confianza en si mismo. 4. Cuando el receptor entiende y comprende el mensaje. 5. Cuando la forma en que nos comunicamos si resuelve los conflictos y/o problemas 	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
Barreras para la comunicación asertiva	Que mediante el conocimiento de las barreras de la comunicación los padres sean capaces de superarlas y adquirir nuevas habilidades.	<p>Para esta fase la facilitadora tendrá que dar a conocer a los participantes los obstáculos que cada uno debe de superar para lograr una mejor salud mental y estos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oímos lo que esperamos oír. 2. Tenemos posiciones diferentes. 3. Hacemos caso omiso de la información que contradice lo que sabemos. 4. Evaluamos la fuente. 5. Las palabras significan cosas diferentes para personas distintas. 6. Nuestro estado emocional condiciona lo que oímos. 7. No sabemos la forma en que la otra persona ve la situación. 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	15 min
R E C E S O				
Técnicas para el desarrollo del lenguaje	Entrenar a los padres mediante técnicas	El entrenamiento que los padres deben de recibir para poder estimular el lenguaje en sus hijos/as		1:30 min

<p>en niños con trastorno Autista.</p>	<p>operativas en la adquisición de habilidades que les permita estimular el desarrollo de la comunicación en sus hijos/as.</p>	<p>consta de 8 programas, en esta jornada por limitantes de tiempo se desarrollaran 3 programas que son:</p> <p>Programa 1: inicio del lenguaje receptivo VER ANEXO 20</p> <p>Programa 2: rotulado de acontecimientos discretos a) Nivel 1: habla receptiva b) Nivel 2: habla expresiva VER ANEXO 21</p> <p>Programa 3: construcción de términos abstractos a) Nivel 1: preposiciones b) Nivel2: pronombres personales c) Nivel3: Adjetivos Posesivos d) Nivel 4: Términos Relacionados con el Tiempo e) Nivel 5: Conceptos misceláneos (enseñanza del "SI" y el "NO" tanto en cuestiones objetivas como en cuestiones personales) VER ANEXO 22</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber comprendido la técnica en si. Se reforzará el hecho de ser constantes con el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
<p>Espacio para preguntas y respuestas</p>	<p>Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan resolver sus dudas.</p>	<p>La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	<p>10min</p>

Cierre y agradecimientos	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán el trabajo de los padres en la sesión, posteriormente se les invitará a la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Laptop, Cañón• Presentación en power point	7 min.
--------------------------	--	--	---	--------

Anexos

ANEXO 20

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (PRIMERA PARTE)

PROGRAMA 1.	
INICIO DEL LENGUAJE RECEPTIVO	
OBJETIVO	
Estimular el desarrollo fonológico, mediante la imitación de las emisiones verbales de otras personas.	
<p>Pasos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Una de las primeras tareas que el niño debe hacer será imitar la conducta del padre (la conducta no verbal). b) Esta imitación debe comenzar con conductas sencillas como levantar los brazos, poner la mano sobre la mesa, tocarse la cabeza, etc. c) El entrenamiento debe seguir con conductas más difíciles de discriminar como la expresión facial. d) Una vez que el niño comienza imitar conductas no verbales, se deberán poner estas conductas bajo control y emplearlas como base para enseñarle a cumplir mandatos, por ejemplo “levanta los brazos”, “toca la mesa”, “toca tu cabeza”, etc. Esto define los primeros pasos del entrenamiento del lenguaje receptivo. e) Una vez que el niño responde a estímulos verbales y no verbales y además existe un tipo de control sobre sus rabietas y conductas auto estimulatorias, el padre puede iniciar con la imitación verbal. f) La estimulación verbal inicia con fonemas (sonidos de letras) como la vocal “O” que tiene un componente visual característico, por eso este ejercicio se hace cara a cara. De esta misma forma se enseña la imitación del resto de las letras del abecedario. g) Al niño se le recompensa solo si su vocalización se parece mucho a la vocalización del adulto. h) La recompensa (comida favorita del niño) se dan inmediatamente después de la respuesta correcta. 	<p>TIEMPO</p> <p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

- i) Los castigos se dan (un “no”) por conductas de falta de atención, conductas auto destructivas y rabietas que interfieran con el entrenamiento.
- j) Al niño se le puede poner contento acariciándole, tocándole o haciéndole cosquillas.
- k) A este nivel se premia también por tener la vista fija en la boca del padre o la madre. Luego tendrá que darse por emitir una respuesta al estímulo verbal, aunque no necesariamente tiene que ser igual. Para el tercer paso la conducta debe ser reforzada solo si la respuesta es correcta.
- l) Para evaluar el aprendizaje del niño se introducen nuevos sonidos que no haya ensayado previamente y si su respuesta es correcta se refuerza la conducta.
- m) Una vez que el niño a aprendido a imitar algunas verbalizaciones del adulto se convierte en algo parecido al niño ecolalico dado que tiene un repertorio de palabras, pero desconoce su significado, por tal razón es necesario el segundo entrenamiento.

RECURSOS

1. **Reforzamientos positivos:** alimentos o bebidas que gusten al niño.
2. Un ambiente fuera de distracciones para el niño, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo.

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (PRIMERA PARTE)

PROGRAMA 2: ROTULADO DE ACONTECIMIENTOS DISCRETOS	
OBJETIVO	
Enseñar al niño a contestar a preguntas corrientes como: “¿Qué es esto?” y “¿Qué estás haciendo?”	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>NIVEL 1: HABLA RECEPTIVA</p> <p>Pasos 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> El papá se sienta con su hijo/a frente a frente en una mesa y pone sobre la mesa un pedazo de pan (o comida favorita del niño). Antes de comenzar el ensayo de entrenamiento, el papá tiene que esperar que el niño fije la mirada en el alimento. Para el inicio del ensayo habrá que tener en cuenta que no sea después de una rabieta del niño o de una actividad que haya desplegado mucha energía. Una vez que el padre tenga la atención del niño/a se da un mandato como: “toca el pan” o inicialmente quizá solo “pan” y se esperan unos segundos “cinco” para ver si da la respuesta deseada. Si responde correctamente se le refuerza (con comida). Si no responde, el padre debe repetir el mandato y concurrentemente instiga la respuesta deseada tomando la mano del niño/a y poniéndola sobre el objeto correcto. Si el niño responde incorrectamente (levantarse de la silla, tomar la mano del niño/a, etc.) el padre ignora esta conducta viendo hacia otro lado, si la respuesta persiste se presenta un “no” en voz alta y aversivo. 	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

- h) Cuando el niño da la respuesta apropiada se retira el estímulo de entrenamiento (el pan se coloca debajo de la mesa o fuera de la vista del niño.
- i) Comienza el segundo ensayo colocando nuevamente el pan en la mesa y poco después (tres segundos) se presenta el mandato. Poco a poco el niño se alerta que en la presencia del objeto el estímulo verbal está a punto de aparecer.
- j) Las instigaciones pueden ser de la siguiente forma: en un primer momento coge la mano del niño y hace que toque el pan, luego coge la mano del niño pero la lleva cerca del objeto; en un nivel intermedio solo toca el brazo del niño y finalmente solo da el mandato.
- k) Se repite el procedimiento hasta que el niño produzca la respuesta deseada, al siguiente nivel de criterio: nueve respuestas correctas de diez estímulos presentados.

Paso: 2

- a) Se introduce un segundo objeto (una fruta) y se le da la siguiente indicación “toca la manzana” o “manzana”, se sigue el mismo proceso que en el paso uno.
- b) Cuando el niño a alcanzado el criterio en sus respuestas con este segundo objeto (manzana) se introduce el primer objeto (pan) hasta que recupere la respuesta uno.
- c) Luego se presentan juntos los dos estímulos de entrenamiento y se inicia la rotación entre ellos.
- d) Una vez que el niño puede identificar el objeto uno y el objeto dos cuando se presenta en un orden no sistemático, se puede introducir el objeto tres (un dulce).
- e) Cabe destacar que este tercer objeto se presenta solo y el mandato a ese tercer estímulo es “enséñame el dulce” e instiga la respuesta deseada.
- f) Cuando se alcance el nivel deseado que son nueve respuestas buenas de diez estímulos presentados, se puede comenzar a

entrenar de modo alterno (tres objetos).

- g) Este entrenamiento se sigue hasta que el niño domine y discrimine alrededor de una docena de objetos; a este punto el padre puede comenzar a entrenar el habla expresiva.

NIVEL 2: HABLA EXPRESIVA

Pasos:

- a) Nuevamente se presenta el estímulo de entrenamiento (pan), cuando el niño se fija en el pan el papá le dice “pan”; cuando el niño nombra el objeto se le da un pedacito de pan y luego se retira de su vista el objeto (cinco segundos).
- b) Cuando el niño ha alcanzado el criterio esperado se presenta el objeto, dos (la manzana) y luego se inicia a alternar los objetos.
- c) Cuando el niño haya dominado alrededor de una media docena de rótulos el papá comenzará a hacer la pregunta “¿Qué es esto?”. Esta pregunta no se hace en las etapas preliminares del entrenamiento; en general cuanto menos diga el padre es mejor.
- d) Al niño se le debe instigar la respuesta deseada, cuando lo logra se le refuerza. Se espera que el niño nombre el objeto ante la pregunta “¿Qué es esto?”.
- e) Los rótulos de verbos (correr, saltar, reír) se enseña de forma similar a los rótulos de objetos, el padre puede comenzar a hacer una actividad como saltar, simultáneamente hace la pregunta “¿que estoy haciendo?”, espera cinco segundos y si no hay respuesta (o la respuesta es incorrecta) repite la pregunta e inmediatamente le dice “saltando”.
- f) Se introducen nuevos estímulos de entrenamientos como en el caso de la identificación de objetos.
- g) Una vez que el niño ha dominado alrededor de una docena de rótulos el papá puede cambiar la situación de entrenamientos haciendo que el niño realice la actividad y preguntarle “¿Qué estás haciendo?” y se le instiga a la respuesta “salto”.
- h) Al igual que los pasos anteriores se tendrán que dominar cada

<p>verbo antes de introducir uno nuevo.</p> <p>Observaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las cosas, objetos y actividades deben ser corrientes y cotidianas, que los niños lo utilicen frecuentemente y que con frecuencia vean a otros utilizar. 2. Los rótulos deben ser diferente en grado máximo, será menos difícil para el niño aprender a discriminar entre: “taza” y “bola” que entre “taza” y “tiza” y entre “correr” y “saltar” que entre “correr” y “comer”. 3. Para ayudar a que el niño pueda discriminar con mayor facilidad (si no da resultado con el procedimiento anterior) en principio el pan puede ser grande y la manzana de su tamaño normal. Poco a poco de van desvaneciendo esas diferencias de tamaño para que el niño discrimine entre el objeto y no su tamaño. 4. Otra forma de hacerlo es compartir los conjuntos, por ejemplo si al niño se le presenta un pan, una manzana y un jugo, el padre debe tener un conjunto igual y ordenado de la misma forma. Acá el niño aprenderá por imitación al padre. 5. Cuando el niño ha dominado alrededor de una docena de rótulos, puede comenzar el entrenamiento de generalización, para ello se introducen numerosas unidades de un solo objeto. Ejemplo: muchas tazas, muchas sillas, muchas manzanas. 	
<p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reforzamientos positivos: alimentos o bebidas que gusten al niño. 2. Material de trabajo: objetos que sean familiares para el niño (pan, libro, llaves, taza, cepillo, etc.) 3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a. 	

ANEXO 22

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (PRIMERA PARTE)

PROGRAMA 3: CONSTRUCCIÓN DE TÉRMINOS ABSTRACTOS

OBJETIVO:	
<p>Enseñar al niño/niña los términos que describen relaciones espaciales (preposiciones), temporales (conceptos de tiempo), personales (pronombres), color tamaño y forma.</p>	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>NIVEL 1: PREPOSICIONES.</p> <p>Pasos:</p> <p>a) El papá mueve la mano del niño/a para que éste sostenga una moneda por encima de una taza y a la vez le ayude a soltarla sobre la taza.</p> <p>b) Cuando el niño domine la discriminación con solo decirle “ponla dentro de la taza” (nueve respuestas correctas de diez estímulos presentados) se habrá que introducir un segundo recipiente y se instruye al niño para que coloque el objeto debajo de la caja, se instiga al niño para que dé la respuesta. Finalmente se introducen nuevos objetos y recipientes y se enseñan entonces nuevas expresiones. Por ejemplo: “ponlo a un lado”, “ponlo enfrente”, “ponlo atrás”.</p> <p>c) Repitiendo el mismo procedimiento, primero con la introducción de un nuevo estímulo de entrenamiento y luego con la presentación alterna de cada tarea (ir mezclando las peticiones).</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 2: PRONOMBRES PERSONALES</p> <p>a) El padre tendrá que preguntar al hijo “¿Qué estoy haciendo yo?” (se lleva a cabo una actividad como saltar), mientras se señala a sí mismo (poco a poco deja de señalar) y se le dice al niño “yo salto”.-</p> <p>b) cuando el niño haya logrado esta discriminación se le pide a él que realice la actividad en cuestión, entonces se le pregunta “¿Qué estás haciendo tú?”, se instiga la respuesta deseada “yo estoy saltando”.</p> <p>OBSERVACIONES.</p> <p>1. Los pronombres deben exagerarse, hacerse especialmente sonoros y distintos para facilitar la discriminación.</p> <p>2. “yo” y “tú” deben alternarse.</p>	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

3. Una vez que se ha logrado la discriminación en la primera actividad, se cambia de actividad (levantarse, reír, correr).
4. Las actividades a este nivel cesan hasta que el niño ha entendido la dinámica.
5. Se introduce una tercera persona, retomando las mismas actividades que el niño ya sabe discriminar con los pronombre “yo” y “tú” y se les pregunta “¿Qué está haciendo él?” y se instiga la respuesta “él salta”.
6. A este nivel comienzan a alternarse el “yo, tú y él” y siguiendo esta misma línea se incluyen el resto de los pronombres.

NIVEL 3: ADJETIVOS POSESIVOS.

- a) El padre dice al niño “señala tú” (parte del cuerpo), una vez que el niño a dominado “señala tú”, “toca tú” (parte del cuerpo), se introduce el nuevo mandato “señala mi” (parte del cuerpo), así sucesivamente se alternan las diferentes partes del cuerpo y el “mi y tú”. Luego se introduce un tercer adulto para entrenar el “su”.
- b) Es esperable la confusión del “mi nariz” (cuando lo dice el papá) a “tú nariz” (cuando el niño le dice la papá y viceversa, a esto se le llama inversión de adjetivos.
- c) Cuando el niño domina tanto los pronombres personales, como los adjetivos posesivos, se procede a entrenar su uso combinado.

Ejemplo: el papá lleva a cabo alguna actividad simple que implique una parte del cuerpo. El papá toca la nariz del niño y le pregunta “¿Qué estoy haciendo yo?” se instiga al niño para que diga “tú estás tocando mi nariz”. El papá debe hacer que el niño le toque su nariz y le pregunta “¿que estás haciendo tú?” y se instiga para que responda “estoy tocando tu nariz”.

- d) El entrenamiento sigue hasta dominar la lógica de la actividad.
- e) Se introduce una tercera persona para entrenar preguntas como “¿Qué está haciendo él?” y así sucesivamente.
- f) Para evaluar si el niño adquiere la abstracción y no algún aspecto concreto del estímulo, se introducen nuevas partes del cuerpo.
- g) A manera de conclusión en un primer momento lo que se requiere del

niño es una respuesta correcta no verbal ante un estímulo esencialmente verbal (señala mi nariz). Luego se pretende que el niño mientras lleve a cabo esta respuesta no verbal, rotule verbalmente con el término correcto (tú nariz) a un estímulo esencialmente no verbal. El niño tiene que discriminar las relaciones existentes entre las verbalizaciones y las personas que las hacen.

NIVEL 4: TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL TIEMPO.

Objetivos: ayudar al niño a que relacione su conducta con hechos pasados, presentes y futuros y que comience a construir lo que ha ocurrido y planear acontecimientos venideros.

Pasos.

1. El padre deberá hacerse de una serie de objetos (llaves, relojes, anillos, peines, plumón, etc.).
2. De esos objetos se toman cinco para formar un conjunto, al cual se le llamará “conjunto 1”. Otros diferentes cinco objetos conformarán el conjunto dos y deberá haber también un conjunto tres.
3. Se coloca el conjunto uno frente al niño y se le dicen que toque tres de los objetos en un cierto orden, ejemplo: “toca el reloj, luego la taza y luego el anillo” y luego se él pregunta “¿Cuál tocaste de último?” y se apoya la respuesta deseada, en éste caso el anillo.
4. Se sigue el entrenamiento con el mismo conjunto, pero con un orden de los objetos diferentes y se repite la pregunta “¿Cuál fue el último?” y se instiga la respuesta.
5. Una vez que el niño alcanza el criterio: cinco ensayos correctos sucesivos, el conjunto uno se cambia por el conjunto dos (cinco objetos distintos) y que a su vez será reemplazado por el conjunto tres cuando el niño alcance los cinco aciertos en el nuevo conjunto.
6. Luego se sigue de la misma forma, solo que se utilizará el concepto “¿Cuál fue el primero?” o “¿Cuál tocaste primero?” una vez ambos conceptos han sido dominados, se alternan, por ejemplo: “toma, toca tres objetos” y luego se le pregunta “¿Cuál fue el primero?”, y cuál fue el último (se espera la respuesta del niño).
7. De la misma forma como se han trabajado los conceptos “primero y

último”, se puede trabajar el “antes” y “después”.

NIVEL 5: CONCEPTOS MISCELÁNEOS.

1. ENSEÑANZA DEL “SI” Y EL “NO” PARA CUESTIONES OBJETIVAS.

- a) El padre señala un objeto (un coche por ejemplo) y pregunta “¿esto es un coche?”, se instiga al niño para que conteste “si”.
- b) Cuando el niño responda a una docena de objetos con fiabilidad, el padre puede pedir que su hijo identifique un objeto diferente preguntándole “¿esto es un coche?” he instigando las respuesta “No”, y se entrena el “no” con diferentes objetos hasta alcanzar el criterio de doce aciertos.
- c) A este punto se vuelve a introducir sí y finalmente se rotan los dos.

2. ENSEÑANZA DEL “SI” Y “NO” PARA CUESTIONES PERSONALES.

- a) El padre habrá de seleccionar diversos alimentos o actividades que está seguro le gustarán al niño.
- b) Pregunta entonces “¿quieres saltar?” e instiga al niño para que responda “si”.
- c) El procedimiento sigue con la misma secuencia que se utilizó para las cuestiones objetivas.
- d) Se selecciona entonces diversos alimentos o actividades que está seguro que no le gustarán al niño por ejemplo: un manotazo en la mano, peinarlo, etc.
- e) Y pregunta “¿quieres que te moje?”, se instiga la respuesta “no”.
- f) Si el niño responde por si solo y lo hace de forma incorrecta, se le hace experimentar las consecuencias de su respuestas, en este caso se le moja un poco.

CONCLUSIONES DEL PROGRAMA 3.

1. Con metodología iguales o basadas en las del presente programa los

niños pueden desarrollar conceptos concretos como color, forma y tamaño; de igual forma pueden desarrollar conceptos más abstractos por ejemplo: arriba, abajo, más, menos, mismo, diferente, de prisa, despacio (moviendo el brazo en círculo).

2. Los estudios realizados con estas técnicas registran que para la comprensión del niño se necesitaban de una a dos horas diarias de prácticas concentradas en un solo concepto (con un máximo de diez ensayos por minuto, esta práctica podría ser, de entre seiscientos y mil doscientos ensayos al día), al momento de trabajar conceptos simultáneos, cada estímulo debe utilizarse con la misma frecuencia.

RECURSOS:

1. **Reforzamientos positivos:** alimentos o bebidas que gusten al niño.
2. **Material de trabajo:** 3 conjuntos de 5 objetos cada uno (coche, anillo, un plato, un cuadro, una flor, llaves, etc.) también se necesitarán objetos adicionales de tamaño y colores diferentes, se requerirá una caja, u otro donde el niño pueda introducir objetos dentro.
3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 8: RELACIONES INTERPERSONALES Y COMUNICACIÓN (SEGUNDA PARTE)

OBJETIVOS: Facilitar en los padres y madres la adquisición de habilidades para la enseñanza y/o estimulación de la comunicación en sus hijos/as, con el fin optimizar el proceso de expresión y socialización en los niños/as.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 30 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el respectivo objetivo a alcanzar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	3 min
Presentación del tema y objetivos a lograr.	Brindar un esquema general de la naturaleza de la jornada.	La facilitadora explicará a los participantes que lo que prosigue es la continuación de los programas de estimulación del lenguaje en sus hijos/as.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	7min

<p>Técnicas para el desarrollo del lenguaje hablado en niños con trastorno Autista</p>	<p>Entrenar a los padres mediante técnicas operativas en la adquisición de habilidades que les permita estimular el desarrollo del habla en sus hijos/as.</p>	<p>La facilitadora iniciará a desarrollar los programas en el siguiente orden: Programa 4: conversación VER ANEXO 23 Programa 5: Pedir y Transferir información VER ANEXO 24 Programa 6: destrezas gramaticales a) Trasformaciones Verbales b) Singular y plural VER ANEXO 25</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase (después de cada técnica) donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber comprendido la técnica en si. Se reforzará el hecho de ser constantes con el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>1 hora</p>
R E C E S O				
<p>Técnicas para el desarrollo del lenguaje hablado en niños con trastorno Autista.</p>	<p>Entrenar a los padres mediante técnicas operativas en la adquisición de habilidades que les permita estimular el desarrollo del habla en sus hijos/as.</p>	<p>La facilitadora continuará los programas en el siguiente orden: Programa 7: Recuerdo a) El pasado inmediato b) Pasado menos inmediato c) Pasado remoto. VER ANEXO 26 Programa 8: entrenamiento de la espontaneidad a) Entrenamiento de descripciones extensas de ilustraciones</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>1 hora</p>

		<p>b) Descripción de las partes del cuerpo y las pertenencias c) Describir y explicar acontecimientos diarios d) Expresar deseos VER ANEXO 27</p> <p>Detención de la ecolalia: esto servirá de refuerzo o complemento para lograr con mayor facilidad los objetos de los programas desarrollados con anterioridad. VER ANEXO 28</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase (después de cada técnica) donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber comprendido la técnica en sí. Se reforzará el hecho de ser constantes con el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>		
Tiempo para preguntas y respuestas	Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan aclarar sus interrogantes.	La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.	Humanos:	10min
			<ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	

Cierre y agradecimientos	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión.	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y ser mejores padres. Se invitará a la próxima jornada y se dará el respectivo cierre.	Humanos: <ul style="list-style-type: none">• Participantes• Facilitadoras/es Materiales: <ul style="list-style-type: none">• Laptop, Cañón• Presentación en power point	7 min.
--------------------------	--	---	---	--------

Anexos

ANEXO 23

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (PRIMERA PARTE)

PROGRAMA 4: CONVERSACIÓN.	
<p>OBJETIVO:</p> <p>Enseñar al niño a contestar “preguntas sociales”, sencillas del tipo “¿como estas?” o “¿como te llamas?”, de forma tal que fomente el posterior intercambio de conversación entre el niño y el padre.</p>	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Habría que enseñarle al niño a contestar preguntas sociales simples en una forma tal que sus respuestas proporcionen una ulterior estimulación a la que una segunda persona pueda responder a su vez. El niño debe ser capaz de responder al mandato “di” (x cosa) esto puede hacerse de la siguiente forma: el papá puede decir “di” (en vos muy baja) “me llamo Omar” (en vos muy alta). Una vez que el niño sea capaz de responder a mandatos directos referentes a respuestas verbales, puede comenzar el procedimiento central. El padre debe hacer una pregunta social al niño: “¿Cómo estás?”, si contesta correctamente se le refuerza y a continuación se le hace otra pregunta: “¿Cuántos años tienes?”. Al principio puede ser necesario compensar ambas partes de las respuestas, esto es la contestación y la posterior pregunta. Ejemplo: el padre pregunta “¿Cómo estás?”, el niño tiene que responder “yo estoy bien, ¿Cómo estás tú?” .cuando esto ocurra sin reforzamiento se introduce la segunda pregunta que puede ser “¿Cómo te llamas?”. Cuando el niño haya dominado esta forma de respuesta a diversas preguntas del tipo indicado, el padre debe de comenzar a exigir que se produzcan cadenas de respuestas más 	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

<p>largas antes de otorgar el reforzamiento.</p> <p>g) La respuesta que se pretende alcanzar puede ser un intercambio como el que sigue.</p> <p>Padre: ¿como estás?</p> <p>Niño: yo estoy bien ¿Cómo estás tú?</p> <p>Padre: estoy bien ¿Cómo te llamas?</p> <p>Niño: Omar ¿Cómo te llamas tú?</p> <p>Padre: Pedro ¿Cuántos años tienes?</p> <p>Niño: ocho ¿Cuántos años tienes tú?, así sucesivamente.</p> <p>Al principio el padre reforzará cada respuesta correcta, gradualmente el padre exigirá un intercambio mayor antes de recompensar al niño.</p>	
<p style="text-align: center;">RECURSOS</p> <p>1. Un ambiente fuera de distracciones para el niño, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.</p>	

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (SEGUNDA PARTE)

PROGRAMA 5: PEDIR Y TRANSFERIR INFORMACIÓN.	
OBJETIVO	
Enseñar al niño a discriminar entre lo que sabe y lo que no, enseñarle a pedir información a otra persona cuando la necesita y transferir luego esa información de manera adecuada.	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>Pasos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El padre debe de reunir una lista de preguntas, donde algunas podrán ser contestadas fácilmente por el niño, pero otras no; por lo tanto tendrá que pedir a alguna otra persona la información requerida. Por ejemplo” ¿Qué va a hacer mamá para la cena?”, “¿Cuántos años tiene papá?”, “¿Qué hizo papá en el trabajo?”. Por tal razón en el desarrollo de esta fase, es necesario la participación del resto de la familia. b) El papá debe presentar una de las preguntas al niño, si el niño no contesta, el papá debe de estar seguro que su hijo en verdad no la sabe, ante esto le enseña al niño a decir “no se” y a repetir la pregunta a la tercera persona. La tercera persona contesta a la pregunta del niño y se instiga a este a repetir la contestación a la persona que género la pregunta. c) El entrenamiento puede iniciarse con las preguntas que impliquen respuestas que el niño no sabe y luego las que si sabe, para que discrimine en ambas situaciones. d) Al principio suele ser necesario reforzar al niño en varios puntos de la cadena de respuesta necesaria para completar esta interacción, esto es reforzarle tanto por hacer preguntas como por dar contestaciones 	HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS
RECURSOS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a. 	

**DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO
(SEGUNDA PARTE)**

PROGRAMA 6: DESTREZAS GRAMATICALES.	
OBJETIVO:	
<p>Que el padre le enseñe al niño a transformar los verbos del presente al pasado (que el niño adquiera una conducta que le permita evocar sus experiencias pasadas y las de los demás, aprender como se relaciona el pasado con el presente y encontrarse así en condiciones de evaluar las consecuencias de una acción sin realizarla).</p>	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>NIVEL 1: TRANSFORMACIONES VERBALES</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El padre deberá de seleccionar de doce a quince verbos, que indiquen actividades corrientes y formen el pasado de forma regular (andado, saltado, cerrado). b) El entrenamiento inicia a un nivel puramente verbal, dando al niño una oración en presente: “yo estoy andando” y pregunta “¿Qué acabo de hacer?” y se instiga la respuesta “has andado”. c) En el paso subsiguiente, el papá puede realizar una acción y rotularla simultáneamente, por ejemplo; estoy cerrando la puerta, para luego preguntar “que acabo de hacer” he instigando la respuesta del niño “has cerrado la puerta”. d) El padre deberá de repetir el procedimiento empleando el mismo verbo hasta que el niño pueda contestar correctamente a la pregunta ¿Qué acabo de hacer? e) Poco a poco se desvanece la instigación, se vuelve a introducir entonces el primer verbo y así sucesivamente. f) Una vez que el niño es capaz de transformar con propiedad una docena de verbos, se comienza a dar mandatos al niño, ejemplo: el papá pide al niño que cierre la puerta, mientras el niño realiza esta actividad el padre pregunta “¿Qué estás haciendo?” el niño debe ser capaz de contestar “estoy cerrando la puerta” puesto que ya ha completado el programa de rótulos sencillos. g) Cuando el niño ha terminado la actividad vuelve junto a su padre y esta 	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

pregunta “¿que acaban de hacer?”, se apoya la respuesta deseada “he cerrado la puerta”.

- h) Cuando el niño ha dominado el primer conjunto de verbos se selecciona un nuevo conjunto de verbos regulares para poner a prueba la generalización, si pasa esta evaluación entonces puede pasar a los verbos irregulares, los cuales se enseñan de la misma forma.

NIVEL 2: SINGULAR Y PLURAL

- a) El padre selecciona diez rótulos de objetos corrientes, que requieren la adición de la “s” para formar el plural, por ejemplo “peras, vasos, bloques”.
- b) Debe tratarse de objetos cuyo rotulo ya ha dominado el niño, el padre selecciona uno de los objetos y pone dos unidades de éste frente al niño ejemplo: “dos peras”.
- c) El padre toma una de las peras y dice “aquí hay una pera”, conservando la pera en la mano. El padre toma entonces la otra pera y dice “aquí hay dos.....” (esperando que el niño diga la palabra que falta que es: “peras”), si el niño no lo hace entonces se le da la respuesta deseada (peras).
- d) El entrenamiento con cada objeto sigue hasta que el niño pueda dar una respuesta diferencial (pera o peras) fiablemente y sin instigaciones.
- e) El padre selecciona entonces un nuevo conjunto de objetos, por ejemplo: gomas y entrena de la misma forma. Cuando se logre las respuestas deseadas del niño se intercalan ambos entrenamientos.
- f) Una vez que el sujeto domine alrededor de diez plurales, el padre cambia la naturaleza del estímulo de entrenamiento y se colocan ante el niño varios ejemplares de un objeto: tres o cuatro peras, el padre dice ¿aquí hay tres o cuatro...? O ¿aquí hay algunas? O “aquí hay muchas” y así sucesivamente.
- g) Para el entrenamiento en verbos regulares se utiliza el mismo método.

RECURSOS:

1. **Material de trabajo:** se necesitaran de 12 a 15 verbos regulares y de 12 a 15 verbos

irregulares.

2. **Lugar de trabajo:** que cuente con espacio para hacer diferentes actividades (cerrar la puerta, mover la mesa, saltar, etc.)
3. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ANEXO 26

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (SEGUNDA PARTE)

PROGRAMA 7:

RECUERDO	
OBJETIVO	
<p>Capacitar al niño para que registre y transmita acontecimientos pasados de una forma que todos puedan comprender.</p>	
PROCEDIMIENTO	TIEMPO
<p>El requiere que el niño domine, sino todas, la mayoría de las destrezas enseñadas en los programa previos a este.</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 1: PASADO INMEDIATO</p> <p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El padre selecciona entre doce y quince conductas simples, que el niño haya aprendido ya a rotular. b) El padre pide al niño que haga una actividad, ejemplo: “cierra la puerta”, luego hace que el niño regrese con él y pregunta “¿Qué acabas de hacer?” y le ayuda a decir “he cerrado la puerta”. c) Cuando el niño sea capaz de dar la respuesta correcta, el padre comienza a combinar 2 actividades, ejemplo: instruye que cierre la puerta y luego ande hasta la cama. Al principio quizás tenga que instruir que realice solo una actividad, esperar que la termine y repita entonces la instrucción adicional. d) Suele ser que en las primeras etapas, el niño rotule las actividades, mientras lo esté llevando a cabo, luego cuando regresa junto a su padre, este le pregunta: “¿Qué acabas de hacer?” e instiga la contestación, ejemplo: “he cerrado la puerta y luego he andado hasta la coma”. e) Poco apoco el padre va desvaneciendo las instigaciones, tan pronto como sea posible. De formular por entero la contestación del niño, pasa a instigaciones parciales (yo.... he cerrado la.... Y... luego....y así sucesivamente). f) El padre continuará combinando 2 actividades de la forma dicha, hasta que el niño pueda recordar ambas fiablemente y sin 	<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

instigación.

- g) En el principio no se le puede exigir al niño que recuerde las actividades en el orden temporal correcto; sin embargo antes de pasar a la fase siguiente, se le debe de pedir al niño el orden temporal correcto de las actividades.
- h) La fase siguiente implica la combinación de tres actividades, luego cuatro y así sucesivamente debe de pedírsele al niño el orden temporal de las tres actividades antes de continuar en la cuatro y así sucesivamente.

NIVEL 2: EL PASADO MENOS INMEDIATO.

- a) El padre selecciona unas cuantas actividades corrientes que comparadas con las del nivel uno requieren un amplio período de tiempo para su realización, actividades que requieren una cierta distancia de desplazamiento para su realización.
- b) Ante cada actividad el niño tiene que verbalizar lo que está haciendo y al volver al punto de partida el padre pregunta “¿que acabas de hacer?” he instiga al niño responder “he subido las gradas, las he bajado, he dicho hola a mamá, he bebido agua de la fuente” y así sucesivamente.
- c) Cuando el niño responde por si solo al padre, el padre puede comenzar a combinar dos actividades. Si el niño no logra responder de manera adecuada será necesario probar con otras actividades y así se irán aumentando gradualmente las actividades.
- d) El padre puede decir “estamos abriendo la puerta, ahora estamos bajando las escaleras, ahora vamos a beber algo”. Si al volver el niño contesta a las preguntas del padre con una secuencia como la que sigue “hemos abierto la puerta, hemos bajado las escaleras, HEMOS VISTO UN PERRO, hemos vivido y HEMOS VUELTO; puede asegurarse que el niño ha dado respuestas espontáneas y ameritan refuerzo inmediatamente.
- e) Antes de añadir otras actividades el niño debe recordar el orden temporal correcto de cada actividad.

NIVEL 3: PASADO REMOTO.

- a) El padre puede iniciar diciendo “¿Qué has hecho hoy?” he instiga el niño a decir “me he levantado”. El padre dice entonces “¿y luego que?” he instiga el niño a decir “he desayunado”.
- b) Entonces se repite la pregunta “¿que has hecho hoy?” y se requiere que el niño conteste: “me he levantado, he desayunado, luego he jugado al futbol. Después he ido al colegio, he comido y ahora estoy acá”. Las respuestas espontáneas se refuerzan inmediatamente.
- c) En este punto el entrenamiento del recuerdo se funde por completo con el entrenamiento del habla espontánea y el habla conversacional.

El entrenamiento se hace parte de su vida cotidiana y la vida cotidiana se hace entrenamiento.

RECURSOS

- 1. **Lugar de trabajo:** que cuente con espacio para hacer diferentes actividades (cerrar la puerta, mover la mesa, saltar, etc.)
- 2. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ANEXO 27

DESARROLLO DEL LENGUAJE EN NIÑOS /AS CON AUTISMO (SEGUNDA PARTE)

PROGRAMA 8: ENTRENAMIENTO DE LA ESPONTANEIDAD

OBJETIVO:

<p>Potenciar el desarrollo en los niños para ayudarles a hablar con mayor frecuencia y espontaneidad.</p>	
<p>PROCEDIMIENTO</p> <p>NIVEL 1: ENTRENAMIENTO DE DESCRIPCIONES EXTENSAS DE ILUSTRACIONES.</p> <p>Pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El padre construye unas cuantas pancartas para emplearlas en este procedimiento. Estas pancartas consisten en ilustraciones sacadas de revistas y de objetos que el niño puede rotular. b) El padre inicia sosteniendo en alto una pancarta al niño, en la que ha pegado una ilustración de un objeto, y pregunta al niño: “¿Qué es esto?” o “¿Qué ves?”. El niño responde “un coche” y el padre refuerza y vuelve a preguntar lo mismo para que el niño responda “un coche”. c) Cuando el niño rotula fiablemente las pancartas que tiene solo una ilustración se introduce una pancarta con dos ilustraciones. d) Ahora el niño debe de rotular ambas ilustraciones antes de ser reforzadas y el padre instiga cada vez menos, ejemplo: “y”...”luego”... e) El número de objetos por pancarta se incrementa gradualmente hasta que el niño/a pueda rotular una docena de objetos en respuesta a una pregunta general como” ¿Qué ves?”. f) Es muy útil instigar al niño a nombrar los objetos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Esto proporciona al niño un método de examen organizado que no le permita repetir los mismos objetos otra vez mientras que omite otros por entero. g) Las pruebas de generalización en ésta etapa, pueden realizarse pidiendo al niño que diga lo que ve en la mesa o “dime que ves en la habitación”. <p>NIVEL 2: DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES DEL CUERPO Y LAS PERTENENCIAS.</p>	<p>TIEMPO</p> <p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

Pasos:

- a) Acá el niño responderá a estímulos de mayor tamaño, pero que son solo parcialmente visibles.
- b) El padre: “dime algo de ti” he instiga al niño a decir algo, ejemplo “tengo nariz” el padre responde “bien y ¿Qué más?” he instiga al niño señalando sus partes del cuerpo.
- c) Ante una siguiente pregunta el niño tiene que decir de forma seguida:” tengo nariz, tengo ojos y así sucesivamente”.
- d) En esta etapa de entrenamiento el niño debe de ser capaz de rotular un gran número de partes del cuerpo y de sus pertenencias.
- e) Cuando el niño emita todas las respuestas que han sido instigadas, el padre puede preguntar entonces “¿y que más?” y esperar que el niño incluya algún rotulo nuevo.
- f) La generalización de lo aprendido puede ponerse a prueba pidiendo al niño que describa al padre o a una tercera persona.

NIVEL 3: DESCRIBIR Y EXPLICAR ACONTECIMIENTOS DIARIOS.

Pasos:

- a) La descripción-explicación emplea las experiencias y el medio cotidiano del niño y provee en consecuencia una novedad de estimulación y unas oportunidades ilimitadas para que el niño de respuestas nuevas.
- b) El padre puede hacer una pregunta general como “¿a que estás jugando?” o una petición como “dime algo de tus juguetes”.
- c) A este punto se presentan diferentes instigaciones (como señalar los objetos, hacer preguntas especificas o decir “y...”). con el fin de evocar información específica y finalmente desvanecer estas instigaciones
- d) La meta es que el niño emita una cadena de respuestas larga y detallada ante una petición general.
- e) Lo que importa acá es el número de respuestas y el grado de espontaneidad, más que la precisión de la descripción y el orden

temporal.

NIVEL 4: EXPRESAR DESEOS.

- a) lograr que el niño sea capaz de decir lo que desea a los padres y a las demás personas.
- b) El padre puede iniciar preguntando al niño/a: “¿que quieres?” y hace que el niño señale el objeto deseado.
- c) Se recomienda emplear al principio alimentos de distinta clase, por la razón de que el padre puede estar seguro de los que le gusta o no a su hijo/a y también de su nivel de saciedad.
- d) En todos los niveles de entrenamiento, el padre debe de tener la seguridad de que su hijo/a desea realmente el objeto o actividad en cuestión.
- e) Una vez que el niño/a haya señalado el objeto deseado, se instiga para su rotulado, ejemplo: “leche”.
- f) Habrá que combinarse en cada ensayo los objetos o alimentos para evitar que se construya una secuencia estereotipada.
- g) Tan pronto como el niño pueda expresar sus deseos respecto a tres o cuatro alimentos, el padre y el resto de las personas que rodean al niño deben exigir que este comience a pedir todo lo que desea, aún cuando solo sea capaz de rotularlo de la forma más elemental.
- h) En un principio el padre pregunta “¿Qué quieres?” cada vez que advierta que el niño está deseoso de algún objeto o actividad.
- i) Luego el padre tendrá que dejar de preguntarle y limitarse a esperar, esto suele requerir mucha paciencia y persistencia. No se puede exigir hablar unas veces si y otras no y esperar llegar muy lejos con niños tratados así.
- j) A veces no será posible dar al niño exactamente lo que quiere, por ejemplo: el/la niño/a puede pedir salir a la calle un día de lluvia. Tales peticiones pueden reforzarse socialmente con frases como: “¿Qué bien hablas?” “buen chico”, abrazos y caricias

RECURSOS:

1. **Material de trabajo:** necesitará pancartas que contengan imágenes de objetos que el niño pueda identificar. Estas pancartas deben de contener desde un objeto hasta 12 objetos e irán incrementando de 1 en 1.

2. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ANEXO 28

DETENCION DE LA ECOLALIA

TÉCNICA:
DETENCIÓN DE LA ECOLALIA

OBJETIVO:

Disminuir y/o extinguir las respuestas “eco” en los niños y niñas con trastorno autista

PROCEDIMIENTO:	TIEMPO
<p>a) Dos procedimientos que han resultado ser eficaces para facilitar esta discriminación son las claves de volumen y el uso del mandato “no hagas eco”</p> <p>b) A lo largo de los sucesivos ensayos, se aumenta gradualmente el volumen de la pregunta y “por su puesto y por su puesto” se desvanece la vocalización de la respuesta deseada (instigación), hasta que ambas tienen el mismo volumen.</p> <p>c) Puede también utilizarse un tiempo fuera contingente a las imitaciones incorrectas. Cuando ocurre una respuesta así, el padre puede decir “no hagas eco” inmediatamente antes de comenzar el tiempo fuera.</p> <p>d) El niño puede recibir un entrenamiento especial en la palabra “di”, que el niño aprenda que esta palabra implica que lo que sigue hay que repetirlo y que entonces repetir en otras situaciones es incorrecto.</p>	HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS
RECURSOS:	
1. Un ambiente fuera de distracciones para el niño, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.	

MODIFICACION DE CONDUCTAS



MODIFICACION DE CONDUCTA NIÑOS/AS CON TRASTORNO AUTISTA

Esta última etapa del programa tiene como objetivo dar a conocer el complemento de las técnicas adquiridas en la jornada de la estimulación del lenguaje y la inteligencia emocional en los/as niños con trastorno autista.



AUTISMO

Por un lado detalla de manera clara y específica las formas funcionales de cómo los padres pueden extinguir y/o minimizar las conductas no deseadas en sus hijos y por otro permite saber como pueden los progenitores reforzar y/o mantener las conductas deseadas en sus hijos.

De esta manera los padres obtienen las respuestas a sus preguntas de ¿Qué hacer? ¿Cómo hacerlo? Y ¿Cuándo hacerlo?

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

PLAN OPERATIVO

JORNADA 9: TECNICAS PARA LA MODIFICACION DE CONDUCTA.

OBJETIVOS: brindar a los padres las herramientas operativas que le permitan al padre/madre, generar cambios funcionales/adaptativos en las conductas de sus hijos/as con trastorno autista.

FECHA: _____

TIEMPO: 2 HORAS 30 MINUTOS

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	TIEMPO
Saludo y presentación del tema.	Generar un clima agradable y dar inicio a la jornada de una forma amena.	Se saludará de manera muy amena a los padres y madres, seguido se les presentará el tema a tratar con el objetivo a alcanzar.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	3min
Presentación del tema y objetivos que se pretenden lograr	Que los padres posean una visión general de los temas a tratar en la presente jornada.	La facilitadora explicará la naturaleza de la jornada y los objetivos que se pretenden conseguir.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	7 min

<p>Desarrollo de técnicas para disminuir conductas</p>	<p>Que los padres adquieran las formas correctas de cómo extinguir y/o minimizar las conductas no deseadas en sus hijos/as.</p>	<p>La facilitadora iniciará con el desarrollo de las técnicas que permitan extinguir o minimizar conductas no deseadas las cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Corrección verbal 2. Corrección física 3. Interrupción de respuesta 4. Extinción 5. Tiempo fuera 6. Restricción física 7. Saciedad o sobre corrección 8. Reforzamiento de conductas incompatibles 9. Desensibilización 10. Coste de respuesta 11. 11. Castigo <p style="text-align: center;">VER ANEXO 29</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase (después de cada técnica) donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber comprendido la técnica. Se hará hincapié en el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	<p>1: 20 min</p>
<p>R E C E S O</p>				
<p>Desarrollo de técnicas para incrementar las conductas</p>	<p>Que los padres adquieran las formas correctas de cómo reforzar y/o mantener las conductas deseadas en sus hijos/as.</p>	<p>La facilitadora continuará con el desarrollo de la jornada y lo hará con la explicación de las técnicas que permiten el mantenimiento y/o reforzamiento de conductas, las cuales son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelamiento o Imitación 2. Moldeamiento 3. Contrato de Contingencias 4. Economía de Fichas 	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	<p>40 min</p>

		<p>VER ANEXO 30</p> <p>Para el desarrollo de cada una de las técnicas, las facilitadoras las explicarán detalladamente, luego de ello se hará una segunda fase (después de cada técnica) donde los padres tendrán que demostrar mediante la práctica haber asimilado el ejercicio. Se reforzará el hecho de ser constantes con el entrenamiento, y de hacerlo de la forma correcta.</p>	<p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	
Tiempo para preguntas y respuestas	Que los padres en el conocimiento adquirido tengan claridad y puedan resolver sus dudas	La facilitadora anunciará el espacio para que los padres y madres puedan expresar sus dudas y comentarios acerca de la jornada.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es 	10 min.
Cierre y agradecimientos	Agradecer la participación y asistencia a los padres y madres de la ASA, e invitarles a la próxima sesión	Las facilitadoras elogiarán a los padres por comprometerse en la educación de sus hijos y permitirse un tiempo para aprender y ser mejores padres. Se invitara a la siguiente jornada y se dará el respectivo cierre.	<p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participantes • Facilitadoras/es <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laptop, Cañón • Presentación en power point 	7 min.

Anexos

ANEXO 29

TECNICAS PARA DECREMENTAR LA CONDUCTA

OBJETIVO:	
<p>Disminuir y extinguir una conducta inadecuada en el niño con trastorno autista mediante reforzamientos negativos.</p>	
PROCEDIMIENTO:	TIEMPO
TECNICA 1:CORRECCIÓN VERBAL	
<p>Consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡No! Antepuesto. Éste puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado. El <i>NO</i> suave se aplica bajando el tono de voz media octava del tono normal de voz del terapeuta; mientras que el <i>NO</i> fuerte es exhalando en volumen alto y apoyando el estómago, casi como un grito pero sin llegar a este nivel. Para su aplicación se deben respetar las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar inmediatamente después de la latencia establecida, es decir, del tiempo que se le da al niño para obedecer. Por lo general, son de 2 a 5 segundos. 2. Aplicar con tono de voz grave, aunado con la expresión facial seria de enojo 3. No reforzar nunca después de una corrección. 4. Respetar la misma instrucción haciendo énfasis en la pronunciación de la misma. 5. Respetar el ¡No! programado, ya sea suave o fuerte. 	
TECNICA 2: CORRECCIÓN FÍSICA	
<p>La corrección física es llevar al niño a realizar la habilidad esperada, no dada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Es llevar al niño físicamente a realizar la conducta, debe de ir acompañado con cierta fuerza o estrujón que comunique desagrado, teniendo especial cuidado de no causar dolor ni lastimar al niño.</p> <p>Para ser aplicada deben respetarse las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar inmediatamente después de la latencia establecida. 	
<p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>	

2. Aplicar con tono de voz grave, aunado con la expresión facial seria de enojo.
3. No reforzar nunca después de una corrección.
4. Respetar la misma instrucción, al repetirla en la corrección, haciendo énfasis en la pronunciación.
5. Aplicar el **¡No!** programado, ya sea suave o fuerte.

TECNICA 3:INTERRUPCIÓN DE RESPUESTA

Esta técnica conductual consiste en cortar la presentación de la conducta inadecuada inmediatamente a su aparición, mediante una instrucción y acompañado en ocasiones de una corrección física.

Como todas las técnicas, deben ser respetadas con todos los elementos con que haya sido programada, así como realizarse con constancia.

Ejemplo: El niño empieza a agitar sus manos y se le ordena: “Pon tus manos quietas” pudiendo opcionalmente sujetarle sus manos.

Ejemplo: El niño/a hace ruidos con la boca, por lo que con las yemas de los dedos se le sujetan suavemente sus labios para juntarlos y se le dice: “no hagas ruido”.

TECNICA 4:EXTINCIÓN

1. Extinción es la eliminación completa o discontinuación del reforzador de una conducta inadecuada que anteriormente fue reforzada. Se debe ignorar total y consistentemente la conducta inadecuada, como si ni siquiera nos diéramos cuenta.
2. Esta técnica se usa comúnmente cuando el niño/a intenta manipular con rabinas (el niño/a se pone a gritar o se tira al piso), incluso con auto agresión.
3. Es importante hacer aclarar que si se aplica esta técnica, habrá de tener estricta observancia, pues de lo contrario, lejos de ayudar empeorará la situación. Cuando no se llega a tener consistencia, el niño aprende que llorando más fuerte o pegándose contra el piso logrará la atención de sus padres.
4. Una vez iniciada la extinción, se debe ser firme y aceptar que posiblemente el niño se lastime un poco a sí mismo.

5. En el proceso de extinción se pueden presentar una de las dos etapas de respuesta, que aparecen inmediatamente después de la aplicación de la técnica pero al final siempre tiende a disminuir:
6. Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta inadecuada, ésta aumenta o disminuye drásticamente.
7. Inmediatamente después de que se elimina el reforzador que mantiene la conducta inadecuada, ésta aumenta o disminuye sistemáticamente, poco a poco.
8. Ejemplo: El niño se tira al piso llorando y gritando, uno lo ignora totalmente, actuando como que no nos hemos dado cuenta evitando cualquier contacto visual o de palabra con el niño.

TECNICA 5:RESTRICCIÓN FÍSICA

Consiste en restringir la conducta mediante la fuerza física, sujetando al niño de tal manera que no tenga oportunidad de moverse. Inicialmente, esto lo inquieta o irrita, pero posteriormente se calma. Este método es muy aversivo y se aplica solo en casos que son estrictamente necesarios porque los otros métodos no dieron resultado.

A diferencia de la restricción mencionada en los métodos generales de manejo, esta se aplica como aversivo y lleva un tiempo programado.

Las reglas de la restricción son:

1. Debe aplicarse inmediatamente después de presentarse la conducta inadecuada.
2. El coterapeuta debe colocarse de acuerdo a la conducta blanco, cuidando no lastimar al niño. Es posible que el niño golpee con la cabeza o un codo al terapeuta al sentirse inmovilizado.
3. Se debe tener descrita con anterioridad en qué consiste la restricción física, la forma de aplicación y el tiempo que durará.

TECNICA 6:TIEMPO FUERA

Consiste en retirar al niño del ambiente reforzante para colocarlo en otro que no lo sea, por un período de tiempo limitado y específico. La idea de este método es retirar al niño todo estímulo para erradicar así la conducta inadecuada.

Existen 3 tipos de tiempo fuera:

OBSERVACIONAL:

Se quitan todos los estímulos que tenga a su alcance y se suspende toda la actividad mientras se observa inmóvil y en silencio al niño hasta que deje de presentar la conducta inadecuada. Por ejemplo: al momento de estar dando terapia en mesa, el niño se inquieta mucho, se retiran todos los objetos de su alcance y en silencio, sin ninguna expresión facial, se observa al niño hasta que este se calme.

Pocas veces es efectivo este tipo de tiempo fuera.

EXCLUSIÓN:

Es parecido al tiempo fuera observacional, con la variante de que se voltea el terapeuta hacia otro lado para no tener contacto visual alguno con el niño, ignorándolo intencionalmente. Siguiendo el mismo ejemplo anterior, el terapeuta retira los objetos de la mesa, voltea su silla y le da la espalda al niño. Este método no es común, pues pocos niños reaccionan favorablemente.

AISLAMIENTO:

Se aísla al niño de todo estímulo y distracciones pudiendo ser la esquina de una pared. Puede ser también detrás de una mampara o una habitación totalmente vacía (siempre y cuando no le cause miedo al niño). Una nueva modalidad en algunos centros en EE.UU. es poner una caja grande totalmente cerrada y con una cortina opaca como entrada, donde meten al niño enseñándole que puede salir de ahí sin ningún problema y se le cierra la cortina. Así, el niño queda totalmente a oscuras, no se irrita ya que puede salir de ahí en el momento que lo desee.

Esta tercera forma de tiempo fuera es muy útil en casa, no es aversivo, además de ser aceptada socialmente, pues equivale a mandar al niño a pararse al rincón por portarse mal durante un tiempo determinado.

La técnica requiere de ciertas reglas que se deben respetar para que funcione:

1. Tiempo de duración (generalmente 1 minuto por año de vida).
2. Debe ser constante durante el tiempo establecido para la sesión.
3. Se debe cuidar que el lugar donde se coloque al niño no tenga distractores. A veces, la pared puede tener texturas o dibujos que le sean agradables.
4. En ocasiones, será necesario pararse detrás del niño para impedir que se quite del lugar donde se le aplica el tiempo fuera.

TECNICA 7: SACIEDAD O SOBRECORRECCIÓN

Es la realización continua y aumentada de la conducta inadecuada, es

decir, obligar al niño a realizar la conducta en repetidas ocasiones seguidas con el objetivo de que ésta sea desagradable o provoque cansancio en el niño. Por ejemplo: si el niño se hace popó en los calzones, se le lleva al baño y frente al escusado se le inclina 50 veces a la vez que se le dice en voz fuerte: *“La popó se hace en el baño, no en el calzón”*

Otro ejemplo sería que si el niño tira objetos, se le obliga a recogerlos y tirarlo un *“n”* número de veces.

Esta técnica es muy aversiva y se recomienda agotar los demás recursos antes de que se decida aplicarla. Una vez que se programa, se debe ser constante y aplicarse cada vez que se presente la conducta inadecuada.

LAS REGLAS DE LA SACIEDAD O SOBRE CORRECCIÓN SON:

1. Aplicarse inmediatamente a la presencia de la conducta requerida.
2. Se debe establecer el número de repeticiones y completarse siempre.
3. Se debe describir la forma detallada en la que se dará la sobrecorrección.

TECNICA 8:REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES

Consiste en reforzar una conducta que sea contraria a la conducta inadecuada y que evita que suceda. Básicamente, es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que deseamos erradicar.

Este método es muy efectivo y poco aversivo, por lo que se recomienda probarlo antes que los demás. Un ejemplo sería que el niño no puede brincar en la cama si le mantenemos sentado o acostado. Otro ejemplo sería que la forma de evitar que aletee las manos es mantener las manos quietas.

Al aplicar esta técnica debemos tomar en cuenta:

1. La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.
2. Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad.
3. Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta inadecuada, ésta debe ser totalmente contraria y que haga imposible se desencadene la segunda.

TECNICA 9:DESENSIBILIZACIÓN

Esta técnica consiste en un proceso de disminución sistemática de determinadas reacciones como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones. Un ejemplo típico es cuando el niño le tiene miedo al mar, primero se le acerca a que solo se moje los pies, luego un poco más adentro y así, poco a poco, hasta que venza el miedo.

Los elementos que se deben tomar en cuenta para la aplicación son:

1. Identificar con anterioridad la conducta problema.
2. Describir específicamente los elementos que componen la conducta.
3. Determinar cuántas veces se llevará a cabo la desensibilización.
4. Determinar el avance que se tendrá en cada aproximación.

TECNICA 10:COSTE DE RESPUESTA

Es la pérdida gradual de un reforzador sin posibilidad de recuperarse y presentado al niño en forma evidente. El aversivo consiste en que el niño/a pierde el premio o eso que le agrada sin opción a ganárselo posteriormente.

Se utiliza frecuentemente cuando el niño/a presenta conductas inadecuadas durante la terapia y los aversivos parecen no funcionar.

Por ejemplo: el niño efectúa un ensayo correcto y al momento de recibir el premio, aletea las manos, por lo que el terapeuta se come el dulce al tiempo que dice “te lo pierdes”.

TECNICA 11: CASTIGO

Se le conoce también como el golpe y nunca un terapeuta debe aplicarlo sin antes haber agotado todos los recursos, expuesto todas las posibilidades a los padres y tener la autorización de ellos por escrito, ya que de lo contrario, se incurre en un delito penal.

Las reglas del castigo son:

1. Debe ser autorizado por escrito por los padres o tutor legal.
2. Los padres deben de tener pleno conocimiento sobre la forma en que se aplica el castigo y en qué casos.
3. El golpe aplicado se le conoce como “terapéutico”, ya que consiste en un golpe que causa ardor y dolor, pero que no lastima ni deja ninguna marca.
4. El terapeuta debe tener un entrenamiento previo donde practique el golpe en sí mismo y en compañeros, hasta que lo domine correctamente, de tal manera que asegure no lastimar al niño.
5. La preparación es muy dolorosa para el terapeuta.
6. Debe aplicarse inmediatamente después de la conducta inadecuada.
7. El castigo debe de ir acompañado de una instrucción con un ¡No! antepuesto.
8. **Se aplica exclusivamente** en casos de conductas autolesivas, agresivas o que signifiquen extremo peligro para el niño.

RECURSOS

1. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

ANEXO 30

TECNICAS PARA INCREMENTAR CONDUCTAS DESEADAS.

OBJETIVO:	
<p>Instigar y mantener las conductas deseadas en los niños y niños con trastorno autista mediante reforzamientos positivos.</p>	
<p style="text-align: center;">TÉCNICA 1: MODELAMIENTO O IMITACIÓN</p> <p>Esta técnica de aprendizaje consiste en que el niño/a por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el coterapeuta. Su característica fundamental es servir de ejemplo o patrón para que sea imitada por el niño. Un ejemplo sería cuando hacemos algo y le decimos al niño “<i>haz esto</i>” o cuando al niño le pedimos que repita las palabras que nosotros decimos.</p> <p>La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el terapeuta programador, especificando todos los elementos que componen la conducta.</p> <p style="text-align: center;">TECNICA 2: MOLDEAMIENTO</p> <p>Consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco, hasta que ésta se instituya. Esta técnica se usa cuando se enseñan habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como sería el cepillado de dientes, vestirse, abrocharse los zapatos, etc. Es necesario que el terapeuta distinga todas y cada uno de los pasos en forma detallada sin dar nada por obvio para poder transmitir la habilidad (por ejemplo, un cepillado de dientes puede constar de más de 20 pasos a seguir).</p> <p>Existen 3 formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>POR APROXIMACIONES SUCESIVAS.</i> Se determinan todos los pasos y se empieza siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando. 2. <i>POR ENCADENAMIENTO DE ACTIVIDADES DISTINTAS.</i> Se enseña en forma separada diferentes habilidades con el método anterior y una vez ya dominadas, se encadenan para lograr la habilidad completa 	<p>TIEMPO</p> <p>HASTA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS</p>

mediante aproximaciones sucesivas.

Por ejemplo, para enseñarle a vestirse, se le enseña a ponerse el pantalón en un programa, otro para la camisa, otro para los calcetines, etc. Al final, una vez que tenga todo dominado, se juntan en un solo programa: ponerse calcetines, luego camisa y al final pantalón.

3. **POR ENCADENAMIENTO HACIA ATRÁS.**

Es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final.

El mismo ejemplo de abajo, pero se va enseñando desde el último paso hasta llegar al primero.

TECNICA 3: CONTRATO DE CONTINGENCIAS

Esta técnica consiste en utilizar un reforzador de alto nivel de aceptación para el niño/a con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia (enseñar una nueva habilidad).

Esta técnica es básicamente la que se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece una instrucción. Por ejemplo, se le ordena al niño pararse (se puede dar apoyo físico) y si obedece, se gana su premio.

Todo contrato de contingencias consta de los siguientes elementos:

- a) Descripción detallada de la conducta a modificar o habilidad a adquirir.
- b) Establecimiento de una frecuencia, objetivo o ensayos con los que dará una respuesta correcta.
- c) Especificación del reforzador a utilizar (por lo general es comestible).
- d) Establecimiento de registros para poder medir los avances.
- e) Establecimiento del lapso de tiempo en que el niño debe dar la respuesta **(latencia, por lo general de 2 a 5 segundos).**

TECNICA 4: ECONOMÍA DE FICHAS

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de puntos. Este reforzador puede ser entregado al niño/a a corto o mediano plazo. Las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entregará hasta que el niño/a acumule un número establecido de puntos o fichas.

Las fichas que conforman el tablero se deben dividir entre el número de programas establecidos y éstas se otorgan de acuerdo a un criterio de reforzamiento (%) y al nivel en que se encuentra la habilidad. Se entregarán más puntos para aquellas habilidades que se buscan adquirir y menos en aquellas que ya tiene dominado.

RECURSOS

1. **Reforzamientos positivos:** comida que agrade al niño/a.
2. Un ambiente fuera de distracciones para el niño/a, donde pueda el padre/madre trabajar de manera independiente con su hijo/a.

BIBLIOGRAFIA

1. Simon Baron-Cohen y Patric Bolton

Autismo una guía para padres

Alinza Editorial, SA., Madrid

2. O Ivar Lovass

El niño autista: el desarrollo del lenguaje mediante la modificación de conducta

Colección Universitaria Editorial Debate Madrid

3. Tratamiento del Autismo Nuevas Perspectivas

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES, SECRETARIA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES,
Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)

ARTEGRAF, S.A. Sebastián Gomez

4. Félix Cortes A.

Vivir para triunfar, hacia la cumbre del éxito

Asociación Publicadora Interamericana y Gema Editores, España, mayo 2006

5. Martha Davis, Elizabeth Robbins

Técnicas de autocontrol emocional

Editorial Martínez Roca, Libros universitarios profesionales

6. Miguel Casas Hilari

Relájate y disfruta de la vida: claves para prevenir y combatir el estrés

Editorial Arguval, C/ Héroe de Sostoa, 122, España, 2001

7. Manuel Álvarez Romero

¿Quieres ser feliz?: Claves para mejorar nuestra autoestima

Editorial Arguval, C/ Héroe de Sostoa, 122, España, 2002

8. Natalio Extremera Pacheco

El Autocontrol emocional: Claves para no perder los nervios

Editorial Arguval, C/ Héroe de Sostoa, 122, Málaga, 2002

9. Antonio Cano Vindel

La Ansiedad: Claves para vencerla

Editorial Arguval, C/ Héroe de Sostoa, 122, Málaga, 2002

10. Angel Riviere, Juan Martos

El niño pequeño con Autismo

APNA (Asociación de Padres de niños Autistas)

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de atención a Personas con Minusvalía
Artegraf, S.A. Sebastián Gómez, 5. 28026 Madrid.

11. Sandra L. Harris

Serie Educación Especial

Los Hermanos de niños con Autismo, su rol específico en las relaciones familiares

Narcea, S.A. Ediciones Madrid, 2001

12. Blanca Núñez

Familia y discapacidad, de la vida cotidiana a la teoría

Lugar Editorial S.A.

Castro Barros 1754 Buenos Aires, Argentina, 2007

13. Paluszny María

Autismo; Guía Práctica para Padres y Profesionales

Editorial Trillas, México. 1997.

14. Lorna Wing

La educación del niño autista

Editorial Paidós, Buenos Aires.

15. Carlos Fernández- Collado, Roberto Hernández Sampieri

Metodología de la investigación

4ta Edición. Mc Graw Hill

16. Cesar Augusto Bernal Torres

Metodología de la investigación para administración y economía

Pearson Educación Colombia, LTDA, Prentice Hall, Marzo de 2000

17. Carla Patricia Leiva Ventura

Tesis: “Influencia de la Estimulación Integral sobre el desarrollo cognoscitivo de los niños con síndrome de Autismo, atendidos en el Centro de invalideces múltiples de San Salvador”.

Para optar al grado de Licenciatura en Educación Especial

Universidad Evangélica de El Salvador

Junio 1994

18. Zorama Argentina Cortez López

Tesis: “Atención Educativa a los niños y niñas con Autismo infantil en los niveles de parvularia y básica de las Escuelas de Educación Especial de Santa Ana y Chalchuapa”

Para optar al grado de Licenciatura en Educación Especial

19. Gladis de Jesús Polio Cañas

Tesis: “Análisis de los métodos de tratamiento utilizadas en la atención de los niños con diagnóstico de Autismo, por los profesionales que laboran en el Centro de invalideces múltiples, dependencia de la Ciudad de San Salvador durante el segundo trimestre de 1998”

Para optar al grado de Licenciatura en Educación Especial

Universidad Francisco Gavidia

Febrero de 1999

20. www.soloautismo.com

21. www.monografias.com/ Trastorno Autista

22. www.google.com/ Cuidados Especiales

Anexos Generales de investigación

Instrumentos

ANEXO 31

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



**CUESTIONARIO DIRIGIDO A PADRES/MADRES DE FAMILIA PERTENECIENTES A LA ASOCIACION
SALVADOREÑA DE AUTISMO (ASA)**

OBJETIVO: Obtener información acerca de la percepción de los padres y madres de familia sobre el trastorno autista, su diagnóstico, el nivel de conocimiento que poseen y sobre la atención integral que brindan a sus hijos.

I. DATOS DE IDENTIFICACION

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PADRE O LA MADRE

Nombre : _____ Apellidos : _____

Edad : _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Nivel Académico: _____ Ocupación : _____

Lugar de procedencia: _____

FICHA DE IDENTIFICACION DEL HIJO/A

Nombre: _____ Apellidos : _____

Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del diagnóstico: _____

Diagnostico del niño/a: _____

CONSIGNA: A continuación se le presentan una serie de preguntas, de las cuales usted podrá seleccionar aquellas que de mejor manera identifiquen su sentir y su pensar, por lo que se le pide responda con la mayor sinceridad. La información que proporcione es confidencial y será utilizada para enriquecer la investigación.

II. DESARROLLO

A) DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AUTISTA

1. ¿Qué profesional o profesionales fueron encargados de brindarle el diagnostico de Trastorno Autista de su hijo/a?

Neurólogo y Psiquiatra

Psicólogo

Pediatra

Maestro

Otro (mencione): _____

B) SENTIMIENTOS Y EMOCIONES DE LOS PADRES

1. ¿Cuál fue su reacción inmediata ante el diagnóstico de Trastorno Autista de su hijo/a?

- Confusión y Negación
- Frustración y Tristeza
- Culpa y enojo
- Todas las anteriores
- Otros (mencione): _____

2. ¿A la fecha que sentimientos y emociones le embargan con respecto a su hijo/a con Trastorno Autista?

- Tristeza y Preocupación
- Impotencia y Resignación
- Sueño constantemente en querer cambiar la situación
- Todas las anteriores
- Ninguna (explique): _____

3. ¿Cuál es su actitud con respecto al Trastorno Autista que tiene su hijo/a?

- Rechazo
- Negación
- Positivismo
- Esperanza e Ilusión de que el diagnóstico pueda cambiar
- Otro (mencione): _____

4. ¿Qué sentimientos y pensamientos le embargan al pensar en el futuro de su hijo/a con Trastorno Autista?

- Angustia y Miedo
- Dolor
- Confianza y Seguridad
- Otros (mencione): _____
- Ninguna de los anteriores

5. **¿Qué opinión tienen sus demás hijos sobre su hermano/a con Trastorno**

Autista?

- Rechazo y/o indiferencia
- Celos
- Amor de Hermanos
- Otros (mencione): _____
- Ninguna de las anteriores

C) CONOCIMIENTO SOBRE EL AUTISMO

1. **Desde su punto de vista, ¿Qué es el Trastorno Autista?**

- Un castigo divino que permite tener una experiencia enriquecedora y nos hace mejores padres.
- Un trastorno generalizado del desarrollo, el cual tiene como característica esencial la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción, comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.
- Una enfermedad
- Un trastorno que implica una dificultad para la adaptación de los niños y niñas a su medio familiar y social, pero que los convierte en niños/as genios.
- Otros (explique): _____
- Ninguna de las anteriores

2. **¿Según su criterio cuales son las causas que originan el Trastorno Autista?**

- El trastorno se encuentra en el sistema nervioso de los niños y niñas y no en el ambiente o en sus padres.
- Las técnicas y las metodologías actuales no han logrado dar con la causa primaria común a todos los niños y niñas con autismo.
- Falta de estimulación, amor y vitaminas durante el embarazo

Otras: _____

3. ¿El Trastorno Autista implica una discapacidad? si no

(Si su respuesta fue si, especifique las áreas con discapacidad)

Cognitiva y Conductual

Motora y Social

Del Aprendizaje y el Juego

Otra/as: _____

4. De los siguientes enunciados, señale cuales considera que son falsos y cuales verdaderos:

Enunciados	F	V
El Trastorno Autista es un trastorno del desarrollo		
El autismo es igual que locura (esquizofrenia)		
El autismo es un trastorno con una diversidad de causas y ninguna de ellas es contagiosa		
Los niños con autismo no pueden mostrar afecto		
Todos los niños/as con autismo pueden realizar proezas mentales asombrosas (memorizar la guía telefónica, multiplicar grandes cantidades)		
La mayoría de niños con autismo pueden incorporarse a la educación escolar formal		
El autismo afecta en mayor proporción a los varones		
El autismo comienza antes de los 30 meses		
Todos los niño/as con autismo son iguales		
El autismo es pasajero, se quita después de un tiempo		
El autismo es un trastorno mental		
Mi hijo/a tiene autismo y puedo arreglármelas solo/a sin ayuda de nadie		

5. ¿Cómo definiría a su hijo/a con Trastorno Autista?

Un niño/a con capacidades especiales

- Un niño/a con discapacidad
- Un niño/a igual que los demás niños no diagnosticados
- Otros (mencione): _____
- Ninguna de las anteriores

D) CONDUCTA TIPICA DE LOS NIÑOS CON TRASTORNO AUTISTA

1. De las siguientes afirmaciones ,marque los ítems que corresponden a los de su hijo /a con Trastorno Autista:

- Lenguaje nulo, limitado o lo tenía y dejó de hablar
- Ecolalia (repite lo mismo o lo que oye)
- Parece sordo, no se inmuta con los sonidos
- Obsesión por los objetos
- No muestra interés por los juguetes o no los usa adecuadamente
- Apila los objetos o tiende a ponerlos en línea
- No ve a los ojos, evita cualquier contacto visual
- No juega ni socializa con los demás niños
- No responde a su nombre
- Muestra total desinterés por su entorno, no está pendiente
- No obedece ni sigue instrucciones
- Pide las cosas tomando la mano de alguien y dirigiéndola a lo que desea
- Evita el contacto físico
- Aleteo de manos en forma rítmica y constante
- Gira o se mece sobre sí mismo
- Se queda quieto observando un punto como si estuviera hipnotizado
- Camina de puntitas
- No soporta ciertos sonidos o luces
- Hiperactivo
- Agresividad y/o autoagresividad
- Obsesión por el orden y la rutina, no soporta los cambios
- Se enoja mucho sin razón aparente

- Se ríe sin razón aparente
- Comportamiento repetitivo

E) ATENCIÓN INTEGRAL

1. ¿Qué tipo de atención y/o cuidados recibe o ha recibido su hijo/a?

- Terapia de lenguaje
- Fisioterapia
- Educación Especial
- Apoyo Psicológico
- Médico Psiquiátrico
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores

(Mencione Otros): _____

2. ¿Qué necesita saber como padre para poder brindar una atención integral a su hijo/a con Trastorno Autista?

- Tipos de alimentación adecuados e inadecuados
- Los tratamientos que existen
- Los profesionales indicados para la intervención del autismo
- Formas y métodos de estimulación
- Etapas del desarrollo de niños/as diagnosticados y no diagnosticados
- Implicaciones médicas del Trastorno Autista
- Experiencia de otros padres
- Como educar al resto de la familia
- Etapas o procesos de aceptación de los padres sobre el trastorno de su hijo/a (negación, aceptación, reorganización)
- Todas las opciones
- Otros (mencione): _____

3. De la siguiente lista de tareas, cuales ha logrado que aprenda:

- Hacer peticiones y expresarse por si mismo
- Responder a estímulos (su nombre, un cumplido, una petición)
- Dar la vista
- Demostrar afecto
- Control de movimientos (estereotipias)
- Manejo de la ira (berrinches, caprichos)
- Que deje de repetir lo que escucha (ecolalia)
- Aprender a leer y escribir
- Ir al baño solo
- Vestirse solo
- Comer solo
- Otras: _____

4. ¿Cómo sabe que a su hijo/a le duele algo?

- El niño lo dice o lo refleja
- Lo sabe por intuición o deducción
- No lo sabe
- Otra opción: _____

5. ¿Con quién pasa la mayor parte del tiempo su hijo/a?

- Mamá
- Papá
- Con alguno de sus abuelos
- Con la niñera
- Otro: _____

6. ¿su hijo/a tiene un horario específico para cada actividad?

Sí

No

Especifíquelo:

De: a : _____

De: a : _____

De: a : _____

De: a : _____

De: a : _____

De: a : _____

7. ¿Cuáles son los alimentos preferidos de su hijo/a?

Comidas rápidas: _____

Comidas típicas: _____

Comidas tradicionales: _____

8. ¿Cómo se organizan como pareja y como familia para la educación y rehabilitación de su hijo/a con Trastorno Autista?

Mediante un horario

Mediante tareas específicas

Apoyo espontáneo (de acuerdo a la necesidad presente)

No existe mutuo acuerdo

Otras (mencione): _____

9. A raíz del Trastorno Autista de su hijo/a ¿Cómo le ha afectado en su vida de pareja?

Peleas o disgustos constantes

Mayor unión como pareja (apoyo mutuo)

Distanciamiento como pareja

Otra opción (mencione): _____

10. ¿A partir del surgimiento del trastorno en su hijo/a como ha sido su vida social?

Igual que siempre

Significativamente disminuida

- Mejor que antes
- Otra (mencione): _____

11. ¿Ha recibido algún tipo de capacitación, taller, seminario o programa donde se haya incrementado su conocimiento y habilidades para criar y educar a su hijo/a con Trastorno Autista?

- Sí
- No

ANEXO 32

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PADRES/MADRES DE FAMILIA PERTENECIENTES A LA ASOCIACION SALVADOREÑA DE AUTISMO

OBJETIVO: Compilar información sobre la forma en que los padres/madres de familia asimilan el diagnóstico de Trastorno Autista de sus hijos así como conocer los efectos psicológicos que les ha ocasionado en sus vidas.

1. Desde el momento en que recibió el diagnóstico del trastorno autista de su hijo/a:

¿Qué ha sentido?

¿Qué ha pensado?

¿Lo ha superado? SI NO

¿Cómo lo ha hecho?

2. ¿Qué opinión tiene acerca del Trastorno Autista de su hijo/a?

3. ¿Conoce cuál es el pronóstico del Trastorno Autista de su hijo/a?

4. ¿Cuál es el compromiso que usted tiene en relación al cuidado y responsabilidad de su hijo/a?

5. ¿Considera que el cuidado que está dándole a su hijo/a, va a ayudarlo para lograr su rehabilitación?

6. ¿Cómo se ayuda usted mismo/a y a su familia para sobrellevar el Trastorno de su hijo/a?

7. ¿Qué ha hecho por la inclusión escolar de su hijo/a?

Three horizontal lines for writing the answer to question 7.

ANEXO 33

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



GUIA DE OBSERVACION DIRIGIDA A PADRES/MADRES E HIJOS PERTENECIENTES A LA
ASOCIACION SALVADOREÑA DE AUTISMO (ASA)

Objetivo: Recopilar información sobre el comportamiento e interacción de los padres, madres y sus hijos/as con Trastorno Autista.

Observadora: _____

Fecha: _____

Hora: _____

ASPECTO FISICO

PADRES/MADRES DE FAMILIA		HIJOS/AS	
Vestuario		Vestuario	
Ordenado	<input type="radio"/>	Ordenado	<input type="radio"/>
Limpio	<input type="radio"/>	Limpio	<input type="radio"/>
Desaliñado	<input type="radio"/>	Desaliñado	<input type="radio"/>
Sucio	<input type="radio"/>	Sucio	<input type="radio"/>
Arreglo Personal		Arreglo Personal	
Peinado	<input type="radio"/>	Peinado	<input type="radio"/>
Despeinado	<input type="radio"/>	Despeinado	<input type="radio"/>
Maquillada	<input type="radio"/>		
Desmaquillada	<input type="radio"/>		

COMPORTAMIENTO VERBAL DEL PADRE HACIA SU HIJO/A		COMPORTAMIENTO VERBAL DEL HIJO/A	
Tono de voz		Tono de voz	
Suave	<input type="radio"/>	Suave	<input type="radio"/>
Fuerte/agresivo	<input type="radio"/>	Fuerte/ agresivo	<input type="radio"/>
Pausado	<input type="radio"/>	Pausado	<input type="radio"/>
Lenguaje		Respuesta del niño ante el lenguaje verbal del padre	
Específico	<input type="radio"/>	Ignora al padre	<input type="radio"/>
Claro	<input type="radio"/>	Respuesta incongruente	<input type="radio"/>
Comprensible	<input type="radio"/>	Atiende al llamado correctamente	<input type="radio"/>
No específico	<input type="radio"/>	Hace berrinche ante el llamado	<input type="radio"/>
Confuso	<input type="radio"/>	Da muestra de no comprender el llamado	<input type="radio"/>
Incompleto	<input type="radio"/>		

COMPORTAMIENTO NO VERBAL DEL PADRE HACIA SU HIJO/A		COMPORTAMIENTO NO VERBAL DEL HIJO/A ANTE EL PADRE	
Visual		Visual	
Hace contacto ocular con el hijo/a	<input type="radio"/>	Hace contacto ocular con el padre	<input type="radio"/>
No le da la mirada	<input type="radio"/>	Evade la mirada	<input type="radio"/>
Mirada fija en su hijo/a	<input type="radio"/>	Mirada fija (personas u objetos)	<input type="radio"/>
Facial		Facial	
Serio	<input type="radio"/>	Serio	<input type="radio"/>
Ruborización/ vergüenza	<input type="radio"/>	Indiferencia	<input type="radio"/>
Alegría	<input type="radio"/>	Alegría	<input type="radio"/>
Afecto	<input type="radio"/>	Afecto	<input type="radio"/>
Enojo/ molestia	<input type="radio"/>	Molestia	<input type="radio"/>
Indiferencia	<input type="radio"/>		
TIPO DE RELACION DEL PADRE/MADRE CON EL HIJO/A		Conducta del hijo/a	
Conducta		Agresivo	<input type="radio"/>
Respetuoso	<input type="radio"/>	Respetuoso	<input type="radio"/>
Comprensivo	<input type="radio"/>	Intolerante	<input type="radio"/>
Sobreprotector	<input type="radio"/>	Indiferente	<input type="radio"/>
Impaciente	<input type="radio"/>	Dependiente	<input type="radio"/>
Indiferente	<input type="radio"/>	Independiente	<input type="radio"/>
Fomenta la independencia en su hijo/a	<input type="radio"/>		
TIPO DE RELACION DEL PADRE CON OTROS PADRES			
Amigable	<input type="radio"/>		
Callado	<input type="radio"/>		

Indiferente	
Serio	<input type="radio"/>
Se limita a responder	<input type="radio"/>
Evita conversar con otros padres	<input type="radio"/>
Comparte experiencias y/o sugerencias con otros padres.	<input type="radio"/>
PARTICIPACION DEL PADRE EN LAS REUNIONES DE LA ASOCIACION	
Se muestra receptivo	<input type="radio"/>
Atento	<input type="radio"/>
Participativo/ opina	<input type="radio"/>
Hace preguntas	<input type="radio"/>
Desinterés	<input type="radio"/>
Interrumpe constantemente	<input type="radio"/>

COMPORTAMIENTO SOCIAL DEL NIÑO/A DENTRO DE LA ASOCIACION		
Se relaciona con otros niños/as de forma:	Adecuada <input type="radio"/>	Inadecuada <input type="radio"/>
No se relaciona con otros niños/as	<input type="radio"/>	
Se relaciona más con:		
Padre	<input type="radio"/>	
Madre	<input type="radio"/>	
Hermano/a	<input type="radio"/>	
Otros niños/as	<input type="radio"/>	
Otros	<input type="radio"/>	

CONDUCTAS TIPICAS DEL NIÑO/A DENTRO DE LA ASOCIACION	
Lenguaje nulo, limitado o lo tenia y dejo de hablar	<input type="radio"/>
Ecolalia (repite lo mismo o lo que oye)	<input type="radio"/>
Parece sordo, no se inmuta con los sonidos	<input type="radio"/>
Obsesion por los objetos	<input type="radio"/>
No muestra interes por los juguetes o no los usa adecuadamente	<input type="radio"/>
Apila los objetos o tiende a ponerlos en linea	<input type="radio"/>
No ve a los ojos, evita cualquier contacto visual	<input type="radio"/>
No juega ni socializa con los demas niños	<input type="radio"/>
No responde a su nombre	<input type="radio"/>
Muestra total desinteres por su entorno, no esta pendiente	<input type="radio"/>
No obedece ni sigue instrucciones	<input type="radio"/>
Pide las cosas tomando la mano de alguien y	<input type="radio"/>

- dirigiendola a lo que desea
- Evita el contacto fisico
- Aleteo de manos en forma ritmica y constante
- Gira o se mece sobre si mismo
- Se queda quieto observando un punto como si estuviera hipnotizado
- Camina de puntitas
- No soporta ciertos sonidos o luces
- Hiperactivo
- Agresividad y/o autoagresividad
- Obsesion por el orden y la rutina, no soporta los cambios
- Se enoja mucho sin razon aparente
- Se rie sin razon aparente
- Comportamiento repetitivo

 OBSERVACIONES:

ANEXO 34
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A PROFESIONALES QUE PRESTAN SUS SERVICIOS EN LA
ASOCIACION SALVADOREÑA DE AUTISMO

Objetivo: Recopilar los puntos de vista de los y las diferentes profesionales, desde su campo de trabajo, que realizan labor terapéutica y educativa con los niños/as con trastorno autista que asisten a la ASA.

DATOS DE IDENTIFICACION DE EL/LA PROFESIONAL
Nombre : _____
Profesión: _____
Tiempo de ejercer su profesión: _____

1. ¿Ha recibido capacitación u orientación para la atención a niños/as con trastorno autista?

SI NO

Explique:

2. A partir de su profesión ¿que opinión tiene sobre el trastorno autista?

3. Desde su ámbito de trabajo ¿Cuáles son las necesidades que se encuentran presentes en los niños/as con trastorno autista?

4. Desde su profesión ¿Cuáles son las necesidades que presentan los padres de niños/as con trastorno autista?

5. ¿Qué dificultades han identificado en los padres de los niños/as con trastorno autista?

6. ¿Cuáles son las dificultades que manifiestan los niños/as que llegan a la institución?

7. ¿Qué temas y actividades considera relevantes que los padres/ madres deben conocer y aprender para la educación y rehabilitación de sus hijos/as?

8. ¿Considera que el sistema de salud actual se ha preocupado por facilitar los medios terapéuticos necesarios para proporcionar una calidad de vida a los padres/ madres y sus hijos/as con trastorno autista?

9. ¿Ha escuchado de alguna institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres/madres de familia, en donde se haya incrementado los conocimientos y habilidades para la comprensión y educación de sus hijos/as con trastorno autista?

*Vaciado de
datos*

“INTEGRANDO VIDAS”

AUTISMO

AUTISMO

ANEXO 36

DATOS DE LOS/LAS PROFESIONALES ENTREVISTADOS

Nombre	Profesión	Tiempo de experiencia
F) Claudia Tamayo	Licenciada en Educación Especial	5 años
G) Carolina Guevara	Licenciada en Fisioterapia y terapia ocupacional	2 años
H) Griselda Medrano	Licenciada en fisioterapia y terapia ocupacional	1 año
I) Ana Delmy de Escobar	Directora del programa “Mis primeros pasos”	1 año
J) Denis Eduardo García	Psicólogo de la Universidad de El Salvador	5 meses

Cuadro resumen de entrevista realizada a profesionales que prestan su servicio en la Asociación Salvadoreña de Autismo

N	PREGUNTA	RESPUESTA
1	¿Ha recibido capacitación u orientación para la atención a niños/as con Trastorno Autista?	<p>A) No</p> <p>B) Si, Autismo y las características del mismo</p> <p>C) Si, Seminarios y reuniones</p> <p>D) Si, seminarios, estudio a través de instituciones extranjeras, mediante internet, libros de tratamiento especializado y congresos internacionales.</p> <p>E) No</p>
2	A partir de su profesión ¿Qué opinión tiene sobre el trastorno autista?	<p>A) “Es un trabajo con mucho esfuerzo, ya que el país no cuenta con ello, el trabajo es empírico, un gran reto en el plan de maestro, lo pone innovador, mucha disponibilidad física y mental, amor e identificación con los niños/as.”</p> <p>B) “Es un trastorno diferente, ya que no se ven limitaciones físicas, sino cognitivas y sensoriales.”</p> <p>C) “Es un trastorno bello, ya que los niños siempre van a necesitar de uno, son altamente funcionales, si se les dan las herramientas para mejorar. El autismo nos exige ser mejor día con día.</p> <p>D) “Es un trastorno del neurodesarrollo que altera la capacidad de comunicación, socialización, manifiesta patrones</p>

		<p>restrictivos y repetitivos de conducta”.</p> <p>E) “Una condición que imposibilita que los niños se relacionen, el uso del lenguaje, imaginación y pensamiento.</p>
3	Desde su ámbito de trabajo ¿Cuáles son las necesidades que se encuentran presentes en los niños/as con trastorno autista?	<p>A) Disciplina (limites), afecto, comprensión, valerse por sí mismos.</p> <p>B) De lenguaje, necesidades propioceptivas y sensoriales</p> <p>C) Necesidades en la cognición</p> <p>D) Tratamiento terapéutico y estimulación temprana, estructuración en su enseñanza- aprendizaje: Control con profesionales (neuropediatra, fisioterapeuta y terapeuta del lenguaje)</p> <p>E) Necesidad de lenguaje, de socialización, seguridad, buena autoestima, mejores condiciones, en los procesos de pensamiento.</p>
4	Desde su profesión ¿Cuáles son las necesidades que presentan los padres de niños/as con trastorno autista?	<p>A) Aceptación y reconocimiento de las necesidades de sus hijos, apoyo psicológico.</p> <p>B) Información sobre el tema, orientación psicológica y de otros profesionales, educación para la salud y en el autismo.</p> <p>C) Falta de información y falta de aceptación del trastorno.</p> <p>D) Información sobre el trastorno autista, concientización sobre esta condición, colaboración con su atención.</p> <p>E) De cómo educarlos, como controlar sus berrinches, fortalecer los lazos familiares y conocimiento sobre estimulación a sus hijos.</p>
5	¿Qué dificultades han identificado en los padres de los niños con trastorno autista?	<p>A) No son constantes en llevar a los niños a la ASA y reforzar en casa.</p> <p>B) La sobreprotección y la falta de comunicación con el niño.</p> <p>C) Ansiedad, sobreprotección, inseguridad y el recurso económico.</p> <p>D) La negación, desinformación, la poca colaboración y las grandes expectativas en poco tiempo.</p> <p>E) Poco conocimiento y en la aceptación de la condición y trato que le dan a sus hijos.</p>
6	¿Cuáles son las dificultades que manifiestan los niños que llegan a la institución?	<p>A) En el lenguaje, socialización, comunicación y no conocimiento de límites en casa.</p> <p>B) Dificultad propioceptiva, en el lenguaje.</p>

		<p>expresivo, dificultad en el esquema corporal y ubicación temporo espacial.</p> <p>C) No socializa, no atienden una indicación, hay poco contacto visual, limitados a actividades repetitivas.</p> <p>D) Poca comunicación, inadecuado manejo de conductas y mala alimentación.</p> <p>E) En el establecimiento de relaciones interpersonales, un juego que implique imaginación, la atención y en algunos niños la hiperactividad, no acatan indicaciones y las conductas estereotipadas.</p>
7	¿Qué temas y actividades considera relevantes que los padres/madres deben conocer y aprender para la educación y rehabilitación de sus hijo/as?	<p>A) Actividades de la vida diaria (aseo personal, actividades domesticas), ellos necesitan herramientas practicas, talleres vivenciales y prácticos.</p> <p>B) La toma de conciencia que el trastorno no se cura, solo los vuelve funcionales, como convivir con el trastorno autista de su hijo y sobre las áreas afectadas.</p> <p>C) Sobre el desarrollo de los niños: que es normal y que no lo es dentro de cada etapa.</p> <p>D) Manejo conductual, juegos infantiles educativos, exploración de la naturaleza</p> <p>E) Autoestima dentro de la familia, utilización del enfoque cognitivo conductual.</p>
8	¿Considera que el sistema de salud se ha preocupado por facilitar los medios terapéuticos necesarios para proporcionar una calidad de vida a los padres/madres y sus hijos/as con trastorno autista?	<p>A) No</p> <p>B) No</p> <p>C) No, lo ven de forma aislada</p> <p>D) No</p> <p>E) No, no hay conocimiento de esta condición.</p>
9	¿Ha escuchado de alguna institución que desarrolle un programa psicoterapéutico para padres/madres de familia, en donde se haya incrementado los conocimientos y habilidades p/ la comprensión de sus hijos/as con trastorno autista?	<p>A) No</p> <p>B) No hay</p> <p>C) No</p> <p>D) Hay instituciones de atención a la diversidad pero nada especializado en el autismo</p> <p>E) No</p>