



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**  
**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

---

---

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN CONDUCTUAL ONLINE PARA  
CUIDADORES DE UN INFANTE CON AUTISMO: CASO ÚNICO**

**T E S I S**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA PRESENTA:

ANDREA VANESSA HERNÁNDEZ RUIZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTOR DE TESIS:

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ



**Pachuca de Soto, Hgo., Noviembre, 2021.**



9 de noviembre de 2021  
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA  
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA  
*Head of academic psychology area*

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Andrea Vanessa Hernández Ruíz**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **“Propuesta de intervención conductual online para cuidadores de un infante con autismo: caso único”** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dr. Rubén García Cruz	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dra. Lorena Ramos Hernández	Segundo Vocal	
Mtro. Carlos Cervantes Ortiz	Tercer Vocal	
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Secretario	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Suplente	
Mtra. Ana María Rivera Guerrero	Suplente	



Circuito Ex Hacienda La Concepción S/N  
Carretera Pachuca Actopan  
San Agustín Tlaxiela, Hidalgo, México; C.P. 42160  
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4325, 4326, 4344 y 4313  
psicologia@uaeh.edu.mx

[www.uaeh.edu.mx](http://www.uaeh.edu.mx)



# Agradecimientos

- Principalmente a mi madre, Martha que, gracias a tu amor, paciencia y apoyo, me has brindado las fuerzas para terminar este proyecto.
  - A mi padrastro, Alberto, por enseñarme que cuento con tu apoyo y cariño y que no debo rendirme cuando tengo en mente un objetivo.
- 
- A la Dra. Andrómeda, gracias por todo su apoyo, por mostrarse paciente y tolerante en este proceso, y principalmente gracias por ser la primera en darme la mano para iniciar, y ahora concluir este proyecto. Es una gran persona y profesional de la psicología, nunca dejaré de admirarla y aprender de usted.
  - A Oscar, gracias por darme la fuerza necesaria y entusiasmarme para dar el primer paso y no quedarme en el "hubiera".
  - A Leo, gracias por tu sincero apoyo, fuerza, paciencia y amor en todo este camino, gracias por creer desde el inicio en mi trabajo y sus resultados, por no rendirte ni cuando yo dude, por ser la luz que me ilumino en momentos de duda.
  - A mi familia, mi abuelita Carmen que con su amor y cariño me hace saber que hacer lo que me gusta está bien, y la recompensa es disfrutar el presente.
  - A Noe, mi querido amigo, gracias por siempre darme palabras de aliento aun cuando estas indispueto, siempre tienes una sonrisa que brindarme.
  - A Francisco, mi querido amigo, por confiar en mi en todo momento y creerme capaz de todo.
  - A mis queridos amigos Alan y Mariana gracias por impulsarme en todo momento, darme ánimos, hacerme reír, creer en mí y por sobre todo gracias por su amistad.
  - A Edwin, mi querido amigo, gracias por creer en mi trabajo e inteligencia y diligencia con mis metas, por brindarme tu apoyo y cariño.
  - A mis compañeros y amigos del cubículo, Vicente, Mauricio, Yare y Karina, gracias por aportarme sus conocimientos y guía, los aprecio y admiro mucho.
  - A él Dr. Rubén, Mtro. Carlos, Dra. Lorena, Dra. Norma, Dr. David, Dra. Ana María, mis sinodales, por brindarme sus opiniones y permitirme cumplir una meta más y poder concluir con este trabajo que me ha dejado muchos buenos aprendizajes.
  - A mi mascota y familia, Chiquiz, por acompañarme todas esas noches llenas de desvelo.
  - A la Universidad por brindarme tantas buenas experiencias y aprendizajes.
  - A todos aquellos que no pude mencionar aquí pero que en algún momento me brindaron una palabra de aliento y compartieron su convicción para que yo siguiera, gracias por compartir su luz.
-

## ÍNDICE

Capítulo 1: Autismo .....	10
1.1 Antecedentes .....	10
1.2 Epidemiología.....	11
1.3 Definición.....	11
1.4 Clasificación .....	13
1.5 Criterios diagnósticos .....	14
1.6 Comorbilidad .....	19
1.7 Etiología y modelos explicativos .....	20
1.8 Atención temprana .....	22
Capítulo 2. El papel del Cuidador en el autismo .....	24
2.1 Factores asociados al cuidador .....	25
2.2 Síndrome de carga del Cuidador .....	26
2.3 Estrategias de Afrontamiento.....	26
2.4 Estilos de Crianza.....	28
2.5 Intervenciones realizadas en padres o cuidadores .....	31
Capítulo 3. Modificación del comportamiento y entrenamiento a padres .....	35
3.1 Formas de tratamiento en el autismo.....	35
3.2 Introducción a la modificación del comportamiento.....	36
3.3 Fundamentos básicos para la modificación conductual .....	37
3.3.1 Condicionamiento Clásico o Respondiente.....	37
3.3.2 Condicionamiento Operante o Instrumental .....	39
3.3.3. Evaluación funcional .....	50
3.3.4. Análisis Funcional .....	53
3.3.5. Teoría del aprendizaje .....	54
3.4 Intervenciones realizadas a niños con Autismo. ....	55
MÉTODO GENERAL .....	58
Justificación.....	58
Objetivo general .....	60
Objetivos específicos.....	60
MÉTODO FASE 1 .....	61
Pregunta de Investigación .....	61
Objetivo General .....	61
Objetivos Específicos .....	61

Tipo de Estudio .....	61
Tipo de Diseño .....	61
Participantes.....	61
Tipo de muestreo.....	61
Instrumentos.....	62
Procedimiento .....	64
Formulación de resultados propuesto.....	64
Implicaciones éticas .....	64
RESULTADOS FASE 1.....	66
MÉTODO FASE 2 .....	77
Pregunta de Investigación .....	77
Objetivo General .....	77
Objetivos específicos.....	77
Tipo de Estudio .....	77
Tipo de Diseño .....	77
Variables .....	77
Hipótesis de trabajo.....	78
Participantes.....	78
Tipo de muestreo.....	78
Instrumentos.....	79
Procedimiento .....	79
Análisis de datos propuesto.....	79
Implicaciones éticas .....	79
RESULTADOS FASE 2.....	81
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES .....	102
REFERENCIAS.....	106
ANEXOS .....	115

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Instrumentos para el apoyo del diagnóstico de TEA. ....	15
Tabla 2. Estilos de Crianza.....	30
Tabla 3. Intervenciones realizadas a padres de niños con trastorno del espectro autista .....	32
Tabla 4. Elementos del condicionamiento clásico.....	37
Tabla 5. Técnicas Operantes para el incremento y mantenimiento de conductas.....	46
Tabla 6. Técnicas Operantes para la Adquisición de nuevas conductas .....	47
Tabla 7. Técnicas Operantes para la reducción o eliminación de conductas. ....	48
Tabla 7. Técnicas Operantes para la reducción o eliminación de conductas (continuación). ....	49
Tabla 8. Tipos de encuestas de evaluación indirecta. ....	52
Tabla 9. Intervenciones conductuales en niños con autismo. ....	56
Tabla 10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes .....	62
Tabla 11. Puntuación obtenida en Escala de GARS-2S. ....	76
Tabla 12. Operacionalización de las variables.....	78
Tabla 13. Objetivos generales de las sesiones de intervención.....	83
Tabla 14. Grado académico de los participantes. ....	94
Tabla 15. Experiencia en el uso de estrategias conductuales.....	94
Tabla 16. Experiencia en el uso de Psicología de la Salud.....	95
Tabla 17. Experiencia en temas relacionados a Trastornos del Neurodesarrollo y/o con Padres o cuidadores.....	95

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Triada de Wing.....	13
Figura 2. Modificaciones del diagnóstico del autismo en las diferentes versiones del Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales.....	14
Figura 3. Trastornos del neurodesarrollo según el manual DSM-V.....	18
Figura 4. Trastornos comórbidos asociados al autismo.....	19
Figura 5. Áreas desarrolladas en el cerebro de personas con TEA.....	22
Figura 6. Proceso de aprendizaje a través del paradigma del condicionamiento clásico.....	39
Figura 7. Principios del condicionamiento operante.....	41
Figura 8. Componentes Conductuales para un soporte conductual.....	50
Figura 9. Elementos de la Teoría Cognitiva Social.....	54
Figura 10. Esquema de Investigación general.....	60
Figura 11. Familiograma.....	69
Figura 12. Mapa Clínico de Patogénesis del caso único EDG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.....	72
Figura 13. Mapa Clínico de Patogénesis caso único BG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.....	73
Figura 14. Mapa Clínico de Fortalezas de caso único EDG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.....	74
Figura 15. Mapa Clínico de Fortalezas de caso único BG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.....	75
Figura 16. Mapa de Alcance de Metas: representación de las estrategias potenciales de intervención y su alcance en variables específicas.....	82
Figura 17. Estructura de la Intervención Conductual Online para desarrollar habilidades de crianza positiva y potencializar habilidades de autocuidado y regulación emocional en padres o cuidadores de niños con autismo.....	83
Figura 18. El objetivo general de la intervención es claro.....	96
Figura 19. El objetivo general de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo con el modelo conductual/psicoeducativo.....	96
Figura 20. La secuencia de las sesiones es adecuada.....	97
Figura 21. La duración de la intervención es apropiada para el cumplimiento de objetivos.....	97
Figura 22. Las técnicas conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.....	98
Figura 23. Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades.....	98
Figura 24. Las técnicas y actividades son apropiadas para los participantes.....	99
Figura 25. Los objetivos de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.....	99
Figura 26. Las actividades de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.....	100
Figura 27. Los materiales de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.....	100

Figura 28. Distribución de las opiniones de los jueces. .... 101

## RESUMEN

Se estima que cada año nacen 6 mil 200 personas con autismo, es una cifra que ha ido aumentando los últimos 50 años. Este trastorno del neurodesarrollo tiene diferentes grados de afectación en distintas áreas, al mismo tiempo es de considerar que con cada diagnóstico de autismo viene una familia involucrada en el desarrollo y sustento de las necesidades que van surgiendo en el niño y en ellos mismos. Debido a lo anterior el presente trabajo tuvo como objetivo desarrollar una propuesta de Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo, dividida en dos fases. La Fase I consistió la formulación de caso basado en la metodología de estudio de caso de un varón de 5 años y su madre de 27 años. Se utilizaron instrumentos como Entrevista Clínica Infantil, Entrevista Docente y la Escala de Calificación de Gilliam sobre Autismo GARS-2S. La Fase II se dirigió al diseño y validación de la Intervención por medio de un jueceo por 10 expertos en el campo de la psicología clínica donde se determinó que la intervención se encontraba respaldada teóricamente, estaba orientada al logro del objetivo general y que contaba con actividades y técnicas que permitirían a los participantes involucrarse.

**Palabras clave:** Autismo, Intervención Conductual Online, Cuidador, Infante, familia.

## ABSTRACT

An estimated 6,200 people are born with autism every year, a figure that has been increasing over the last 50 years. This neurodevelopmental disorder has different degrees of involvement in different areas, at the same time it is important to consider that with each diagnosis of autism comes a family involved in the development and maintenance of the needs that are emerging in the child and in themselves. Due to the above, this work aimed to develop a proposal for Online Behavioral Intervention for parents or caregivers of an infant with autism, divided into two phases. Phase I consisted of case formulation based on the case study methodology of a 5 yearold male and his 27 year old mother. Instruments such as Clinical Children's Interview, Teacher's Interview and the Gilliam Autism Rating Scale GARS-2S were used. Phase II was aimed at the design and validation of the intervention through a review by 10 experts in the field of clinical psychology, where it was determined that the intervention was theoretically supported, was oriented towards the achievement of the overall objective and had activities and techniques that would allow participants to become involved.

**Keywords:** Autism, Online Behavioral Intervention, Caregiver, Infant, family.

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno del neurodesarrollo que conlleva déficits en el área de comunicación, lenguaje y comportamientos estereotipados de acuerdo con el DSM en su quinta versión (American Psychiatric Association, 2013). Es un trastorno que va en aumento, afecta aproximadamente a uno de cada 160 niños a nivel mundial (Gobierno del Estado de México y la Secretaría de Salud, 2017; Lampert, 2018), al aumentar cada vez más su prevalencia, se hace aún más frecuente que enfermedades como la diabetes y fibrosis quística, en conjunto con los costos de tratamiento lo hace un problema de salud pública (Chávez, 2019). El autismo tiene un pronóstico variable por lo que la evolución del trastorno está relacionado con la edad, por lo tanto se recomienda la intervención temprana para lograr mejoras significativas, promoviendo una mayor funcionalidad, también mejoras en la comunicación y el funcionamiento intelectual, además de que la intervención como tratamiento influye en el estado emocional y la armonía familiar (Sampedro, 2012), por lo tanto las intervenciones aplicadas de manera temprana son una piedra angular que influye en el desarrollo de un mejor pronóstico de los niños con autismo y sus familias (Pizarro, 2001).

El objetivo de la presente investigación es realizar una propuesta de intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo que sea validada por jueces. La estructura de esta investigación se encuentra conformada por tres capítulos de marco teórico I. Autismo, II. El papel del cuidador en el autismo y III. Modificación del comportamiento y entrenamiento a padres. En cuanto a la metodología es un estudio que se encuentra dividido en dos fases: 1. Formulación de caso y 2. Desarrollo y validación por jueces expertos de la Intervención Conductual para padres o cuidadores de un infante con autismo. Además de discusiones y conclusiones generales, referencias y anexos.

## Capítulo 1: Autismo

### 1.1 Antecedentes

El Autismo no siempre fue considerado como hoy en día, en su trayectoria hay variedad de eventos que se pueden mencionar, un ejemplo de ello se da en el siglo XVI con el caso de Johanes Mathesius (1504-1565) historiador de Martín Lutero (1483-1546) se mencionó en algunos escritos la existencia de un joven de 12 años con aparente ensimismamiento moderado (característica de los autistas en la actualidad), durante el siglo XVII el joven Fray Junípero Serra es otro caso, al no entender las claves de interacción sociales, el lenguaje pragmático, ni intencionalidad del comportamiento de otros, no lograba adaptarse en su contexto, se mostraba ingenuo y su interpretación del lenguaje era literal (Artigas & Paula, 2012) hubo otros casos aislados parecidos a los ya mencionados, sin embargo, el concepto aparece formalmente en un Tratado de Psiquiatría hasta el año 1911, con Eugen Breuler (Balbuena, 2007; Garrabé, 2012), debido a la gran confusión que hubo acerca del concepto de autismo definido por Breuler en el ámbito de la psiquiatría dirigido a esquizofrénicos aludiendo a una conducta intencionada que tenía por objetivo evitar relaciones, y que posteriormente Kanner en 1943 marcó la diferencia explicando que había una incapacidad para forjar vínculos relacionales, ocasionando mayor confusión en el tema (Artigas & Paula, 2012; Balbuena, 2007).

Balbuena (2007) menciona que a través del trabajo que tuvo Kanner con su estudio en los 11 niños, determinó el autismo como un síndrome comportamental que contaba con principales alteraciones en la comunicación (lenguaje), igualmente en las relaciones sociales y procesos cognitivos. Determinando una diferencia entre síntomas universales y específicos, eliminando la confusión existente se concluyó que en los síntomas universales, es decir, que podían hallarse en otros trastornos, se incluían la invalidez de formar relaciones profundas con otros, retraso en la adquisición de lenguaje, ecolalias e inversión pronominal y fenómenos ritualistas compulsivos, por otro lado, en los síntomas específicos de este trastorno se precisan los movimientos repetitivos estereotipados, la inatención, retraso en el control de esfínteres y conductas autolesivas, por solo mencionar algunas.

## 1.2 Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), uno de cada 160 niños tiene autismo, en los diversos estudios realizados la prevalencia ha ido cambiando de manera significativa, se dice también que la prevalencia de autismo en países de ingresos bajos e intermedios, aún no se conoce, sin embargo, datos publicados en los últimos 50 años indican que es un trastorno que ha ido incrementando (Marín, et al., 2016; OMS, 2018). Existe información científica que dice que este trastorno generalizado del desarrollo afecta cinco veces más a varones que a mujeres (Cabrera, 2007; Oviedo et al., 2015).

Reynoso et al., en el 2017 dicen que el autismo en México en la década de los 90's no se encontraba en lista de enfermedades que merecieron tratamiento psiquiátrico, alrededor de veinte años después, es cuando aparece en el top cinco de consulta psiquiátrica infantil, en este mismo año la prevalencia era de 30 a 166 casos por 10,000 mil habitantes. Oviedo et al., en el año 2015 explican que de igual manera en el año 2013 la prevalencia del autismo era de 1 de cada 100 niños, se puede decir así que había un mínimo de 115 mil niños en México, con un pronóstico de 6,200 nuevos casos por cada año, siguiendo este indicador, en el año 2020 habría 146 mil casos de autismo en población mexicana. En el país al menos 1 de cada 115-120 personas, muestra algún tipo de TEA (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad [Conadis], 2019).

El Independiente en el 2016, expone que existen 300 casos de anormalidades neurológicas en Hidalgo, estos casos hacen referencia al Trastorno del Espectro Autista (TEA), asemejan que estas estadísticas incluyen el Síndrome de Asperger (SA) y el Trastorno Generalizado de Desarrollo (TGD) no especificado. Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2017 describe que en Hidalgo de alumnos de educación básica escolarizada a inicio de curso del ciclo 2016-2017, 410 se identificaron como autistas, de los cuales 357 son hombres y 53 fueron mujeres.

## 1.3 Definición

A partir de las raíces etimológicas originadas en la antigua Grecia, Breuler lo definió como “autos” que significa “sí mismo” o dicho de otra forma un <opuesto> a “otro” (Garrabé, 2012). A lo largo del tiempo se ha ido modificando el concepto, hoy encontrándose en el DSM-V como “Trastorno

del Espectro Autista” o TEA. Dentro de sus propiedades se puede encontrar el retraso o funcionamiento anormal desde los primeros 36 meses de vida en una o más de las siguientes áreas 1. Interacción social 2. La comunicación 3. Patrones restringidos o repetitivos y estereotipados de comportamiento, intereses y actividades (Cadaveira & Waisburg, 2015).

Barco, Álvarez, Angulo, y Prieto en el 2008 señalan que “El autismo es un trastorno del desarrollo de origen neurobiológico que se define con base en rasgos comportamentales y del desarrollo” (p. 7).

En el año 2018 Birch, y Frederickson mencionan la relación entre características del autismo relacionadas en el DSM-IV-TR y el CIE10.

#### *Indicadores para diagnóstico del autismo a partir del DSM-IV-TR y el CIE10*

- I. Anormalidades cualitativas en la interacción social recíproca:
  - ❖ Inadecuado uso de conductas no verbales para regular las interacciones sociales.
  - ❖ Fracaso en el desarrollo de relaciones de pares apropiadas para la edad.
  - ❖ Falta de reciprocidad social o emocional.
  - ❖ Muestra poco entusiasmo.
- II. Anormalidades cualitativas en la comunicación:
  - ❖ Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje.
  - ❖ Dificultad para iniciar o mantener una conversación.
  - ❖ Uso repetitivo, inusual o estereotipado del lenguaje.
  - ❖ Falta de imitación social apropiada para la edad o de juego de imitación social.
- III. Conductas, actividades o intereses restrictivos, repetitivos:
  - ❖ Intereses extremadamente estrechos, intensos o inusuales.
  - ❖ Insistencia inusual en la monotonía y en seguir rutinas o rituales específicos.
  - ❖ Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
  - ❖ Preocupación por partes de objetos.

## 1.4 Clasificación

En los TGD se incluye el autismo y otras alteraciones semejantes, ya sea en habilidades sociales básicas, comunicación o conductas reiterativas variando en el nivel de severidad, explican además que el término de espectro en el autismo fue acuñado en Inglaterra por Lorna Wing (Wing 1998, Wing & Gould, 1979; como se citó en Barco et al., 2008) considera que cada persona con un TGD o autismo posee variaciones y déficits diferentes en la denominada 'triada de Wing' (véase figura 1).

### Figura 1.

*Triada de Wing*



Fuente: Elaboración propia adaptada de Barco et al., 2008.

Se debe considerar también, que no todas las personas con dificultades o déficits neurológicos o del desarrollo en estas dimensiones cumplen con el cuadro clínico del diagnóstico de los TGD (Barco et al., 2008).

En la actualidad con la versión DSM-V se ha restablecido la nomenclatura de los anteriormente llamados TGD, hoy nombrados Trastornos del neurodesarrollo, dentro de los cuales se encuentran el (ahora en singular) Trastorno del Espectro Autista (Herlyn, 2013), explica incluso que el autismo involucra dos dimensiones, no tres, como anteriormente se explicaba en la triada de Wing, fusionando el área de funciones sociales y comunicativas, manteniendo intacto el tercer

criterio de rigidez mental y comportamental, reconociéndose entonces a la comunicación, y a la interacción social con el dominio en los intereses restringidos.

Asimismo, Cadaveira y Waisburg explican en el año 2015 de manera particular que adaptaciones se han ido elaborando en el diagnóstico del Autismo, a continuación, se representan (véase figura 2).

**Figura 2.**

*Modificaciones del diagnóstico del autismo en las diferentes versiones del Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales.*



Fuente: Elaboración propia adaptada de Cadaveira y Waisburg, 2015.

### 1.5 Criterios diagnósticos

González et al., en el año 2016 nos dicen que el proceso diagnóstico está subdividido en dos fases, en la primera es cuando la evaluación la realiza un pediatra o experto de la salud en la infancia detectando alguna anomalía o irregularidad, en la segunda fase, se deriva una evaluación más específica que se da por medio de un equipo de profesionistas expertos para que emitan el diagnóstico del autismo.

Existen diversos instrumentos que funcionan como herramienta de apoyo para el diagnóstico del autismo, se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.**

*Instrumentos para el apoyo del diagnóstico de TEA.*

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>
Cuestionario para el autismo en niños preescolares CHAT/Checklist form Autism in Toddlers.	Tiene por objetivo detectar el autismo a partir de los 18 meses de edad.
Cuestionario para el autismo en niños preescolares modificado/CHAT M.	Tiene el mismo objetivo que la versión original, sin embargo, se deja de contemplar la observación, incluye un aumento de reactivos.
La Escala de Evaluación del Autismo Infantil, SCARS/The Childhood Autism Rating Scale.	Funciona para estructurar observaciones del niño en la escuela, en la casa, el hospital, y se puede aplicar a partir de los 24 meses de edad. Consiste en 15 escalas de observación de conductas de los niños que son calificadas de acuerdo con la edad cronológica. Proporciona un resultado que abarca la sumatoria de ítems, donde puede ser “sin autismo”, “autismo moderado” o “autismo severo”.
Lista de síntomas del niño 1.5-5, Child Behavior Checklist, CBCL/1.5-5	Su uso es más bien dirigido a evaluar psicopatología general y comorbilidad, los resultados auxilian en la evaluación de comorbilidades de alta frecuencia en el trastorno autista.
Entrevista de Diagnóstico de Autismo/Autism Diagnostic Interview, ADI.	Está dirigida a los padres, se debe realizar por un profesional experto, y se enfoca en obtener información de conductas relacionadas con un infante con autismo.

Instrumento	Objetivo
Entrevista de Diagnóstico de Autismo Revisada/Autism Diagnostic Interview - Revised ADI-R.	Se le reconoce como el parámetro para diagnosticar autismo en niños y adultos, a partir de una edad mental mayor a 18 meses.
Cédula para el Diagnóstico del Autismo ADOS.	Evalúa niños con problemas de retraso del lenguaje expresivo, en edad cronológica de 5 a 12 años.
Cedula Pre lingüística genérica de observación para el autismo/PL-ADOS.	Diferencia a niños con autismo de dos a cinco años, de aquellos con retraso en el desarrollo y alto nivel de rendimiento.
GARS 2S Escala de Evaluación de Autismo Gilliam Segunda Edición	Estima la gravedad del autismo así como la emisión de un diagnóstico a la edad de 3 a 22 años, enfocándose en la evaluación de tres áreas: conductas estereotipadas, interacción social y comunicación.
Escala Autónoma para la detección de Síndrome de Asperger y Autismo de alto Funcionamiento.	Escala que incluye 39 ítems, es auto administrada por los padres o docentes.
Developmental, Dimensional and Diagnostic Interview/ 3di.	Evalúa sintomatología del TEA desde una valoración dimensional que se aplica en familiares. Incluye 193 preguntas. Contiene 266 preguntas relacionadas a TEA y 291 al estado mental de acuerdo con otros diagnósticos.
Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders/DISCO.	Entrevista realizada independiente a los sistemas de clasificación diagnóstica DSM y CIE. Su formato es semiestructurado, aplicable a niños y adultos, abarca información sobre las limitaciones de la comunicación, interacción e imaginación social además de los comportamientos estereotipados asociados al TEA.

Instrumento	Objetivo
Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic/ADOS-G.	Instrumento basado en mediciones de tipo observacionales. Evalúa la interacción social recíproca y comunicación, juego y el uso de la imaginación.

Fuente: Elaboración propia adaptada de Albores et al., 2008; Arias et al., 2012; Gilliam, 1995; Ruiz et al., 2009 y Sampedro, 2006.

Lampert (2018) explica que en el DSM-V, existe una sub-agrupación de los TEA conforme su grado de severidad, ésta se divide en tres:

Nivel 1. Requiere apoyo: La inflexibilidad de comportamiento provoca una interferencia significativa en el funcionamiento de uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan su independencia.

Nivel 2. Requiere un apoyo sustancial: Hay comportamiento inflexible y dificultad al cambio y otras conductas repetitivas/restringidas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser observados por cualquiera, interfiere en el funcionamiento y una variedad de entornos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.

Nivel 3. Requiere un apoyo muy sustancial: Existe un déficit severo en habilidades de comunicación verbal y no verbal causando alteraciones importantes en el funcionamiento, inicia pocas interacciones y responde minúsculamente a los intentos de relación con otros. Hay inflexibilidad de comportamiento, extremo impedimento para afrontar cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, impiden marcadamente el funcionamiento y otras esferas.

#### Diagnóstico diferencial

Anteriormente en el diagnóstico diferencial se incluían dentro del Espectro Autista el Síndrome de Rett caracterizado por alteraciones de interacción que podían mejorar después de los cuatro años en niñas, disminuyendo la sintomatología autista, luego con el mutismo selectivo, trastorno del lenguaje y trastorno de la comunicación social (pragmático), discapacidad intelectual sin TEA, trastorno de movimientos estereotipados, trastorno por déficit de atención/hiperactividad o TDAH

(Bonilla & Chaskel, 2016), en el actual Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se ha retirado el Síndrome de Rett del Espectro del Autismo, ahora referido como un síndrome monogenético, es decir, de un solo gen, a consecuencia también de una concepción mayormente dimensional en el manual actual y no solo categorial, además de que el mutismo selectivo se encuentra en la categoría de trastornos de ansiedad (Cadaveira & Waisburg, 2015; Morrison & Flegel, 2018; Vázquez et al., 2017; Volkmar et al., 2012).

Como anteriormente se mencionó, existen síntomas universales y específicos, por lo que impera el hecho de distinguir entre uno y otro al momento de evaluaciones, así como sus futuras intervenciones, la American Psychiatric Association en el año 2013 proporciona sus clasificaciones (véase figura 3).

**Figura 3.**

*Trastornos del neurodesarrollo según el manual DSM-V.*



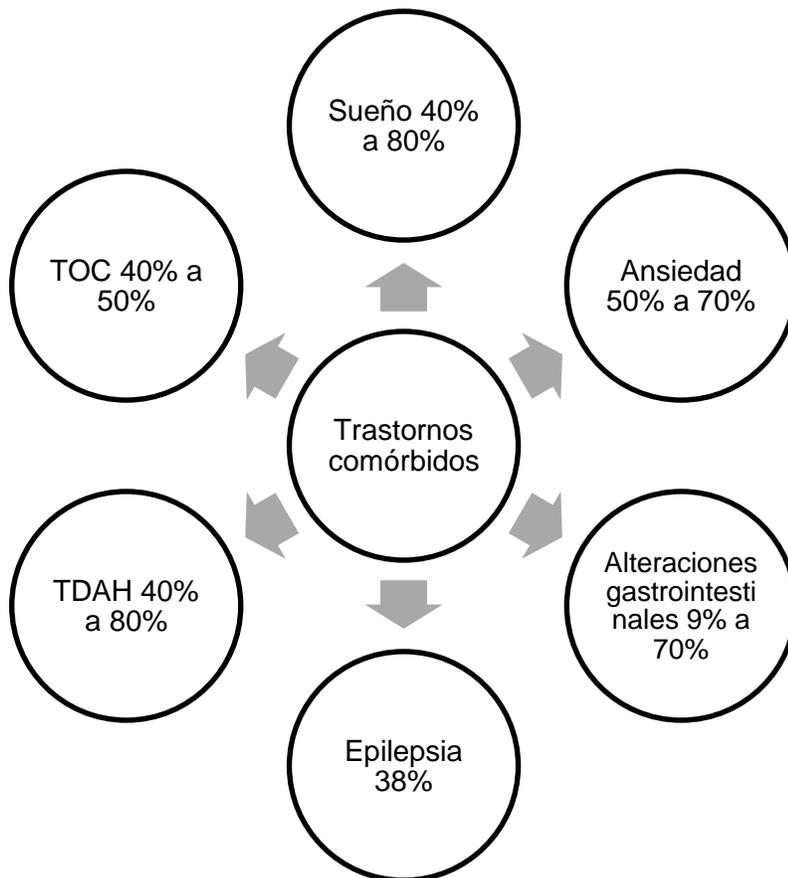
Fuente: Elaboración propia adaptada de American Psychiatric Association, [APA] 2013.

## 1.6 Comorbilidad

Han existido diversas alteraciones importantes que se han venido relacionando a las características principales del autismo, recordando que son la poca capacidad de integración social, anomalías en el lenguaje y comunicación así como conductas estereotipadas, estos factores simultáneos que han surgido aunados al autismo (véase figura 4), permiten pensar la existencia de trastornos sincrónicos, es decir, comórbidos (Manzo, 2019), dicho de otra manera son trastornos psiquiátricos o del aprendizaje que coexisten con el autismo, no que son provocados por el mismo (Tenorio, 2017).

**Figura 4.**

*Trastornos comórbidos asociados al autismo.*



Fuente: Elaboración propia adaptada de Manzo, 2019; Matos et al., 2019; Ruiz et al., 2009.

Tenorio (2017) mencionó otros trastornos comórbidos como: Trastorno de la conducta Oposicionista Desafiante, Trastornos del aprendizaje como; dislexia, discalculia, disgrafía, enfermedades autoinmunes, agresión, irritabilidad, agitación psicomotora, convulsiones, depresión, hipersensibilidad, discapacidad intelectual, y otros.

### **1.7 Etiología y modelos explicativos**

Birch y Frederickson 2018, comentan de estudios realizados con gemelos dicigotos indican la existencia de factores genéticos que originan el autismo, en donde la herencia se puede apreciar en un 0.90%. El autismo es un trastorno del neurodesarrollo multicausal (Rutter, citado en Brich & Frederickson 2018), se han venido contemplando factores ambientales que pueden estar interactuando de una manera clave con los factores genéticos para generar así, el autismo. Rogel (2005) nos dice que si se desconoce el origen común del autismo, se clasifica como primario y secundario, el secundario se enfoca más en causalidad a partir de la aparición de anomalías en el lóbulo frontal y temporal, visibilizando características autistas a través de enfermedades como la esclerosis tuberosa, rubéola intrauterino, síndrome X frágil, síndrome de Cornelia de Langue, etcétera, en el autismo primario se toma en cuenta una multitud de factores genéticos y ambientales que interactúan entre sí es lo que lo provocó.

#### Teoría de la mente (ToM)

Propone que las personas autistas carecen de la habilidad de poder atribuir pensamientos a sí mismos y a otros, es decir, no pueden percatarse del estado mental de otra persona (Premack y Woodruff citado en Seubert, 2016). A la ToM se le puede conocer también por “empatía”, como bien se menciona tiene que ver con deducir cómo se sienten los demás en alguna situación (Cadaveira & Waisburg, 2015).

#### Hipótesis de la disfunción ejecutiva

Las Funciones Ejecutivas (FE) son procesos mentales que nos ayudan a solucionar cuestiones internas y externas (Papazian et al., 2006) así mismo mencionan que los problemas internos existen debido a actividades mentales creativas y conflictos de interacción social, los problemas externos por otro lado se originan a través del individuo y su entorno. Se dice que se relacionan las FE con el autismo debido a que hay patrones de conductas similares como los comportamientos rumiantes, la preferencia por las rutinas estrictas, la necesidad de constancia,

así como la disfunción e inhabilidad para controlar con mayor facilidad el foco de atención que se relacionan con sintomatología de una lesión en los lóbulos frontales que son los encargados de regular esta FE (Seubert, 2016).

Teoría de la coherencia central débil (TCC).

Esta teoría toma en cuenta que la persona con autismo tiende a orientarse más a una atención focal que a una general, lo que hace complicado que puedan dirigirse a la coherencia central (Baron-Cohen, 2008; Rajendran & Mitchell citado en Seubert, 2016).

Neuronas espejo

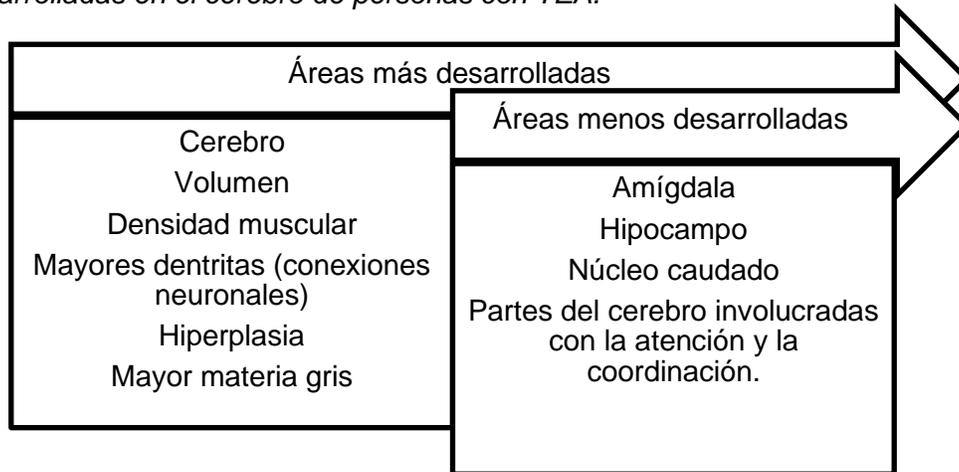
El aprendizaje cognitivo social, como mencionó Bandura en el año 1974, es de importancia para el desarrollo de mecanismos cognitivos complejos, surge como extensión del aprendizaje vicario o por observación (Sierra, 2019), en los TEA como ya se mencionó en teorías anteriores existe una barrera de obstáculos a nivel fisiológico que impiden incluso imitar estos modelos, y que con las actualizaciones científicas se ha demostrado el cómo las neuronas espejo producen un efecto al interactuar y comunicarse con el sistema límbico denominado centro cerebral de las emociones, originando un vínculo directo con la empatía, teniendo a consecuencia un impedimento biológico en el proceso de socialización, comunicación y vida afectiva en los TEA (Cadaveira & Waisburg, 2015; Harlyn, 2013).

Neurobiología de los TEA

Las principales diferencias detectadas entre un cerebro llamado neurotípico y uno de un TEA, son a nivel estructural y en el funcionamiento del sistema nervioso central (Seubert, 2016). De acuerdo con Baron-Cohen (2010) existen áreas mayormente desarrolladas en el cerebro de una persona con TEA y otras no tan desarrolladas (véase figura 5).

## Figura 5.

Áreas desarrolladas en el cerebro de personas con TEA.



Fuente: Elaboración propia adaptada de Cohen, 2010.

Las regiones involucradas en lo que se denomina *cerebro social*, es decir las funciones del cerebro que permiten generar un pensamiento sobre las emociones, intenciones, sentimientos y pensamientos de un tercero, en el cerebro de alguien con autismo, la actividad cerebral está estadísticamente por debajo de la media (Baron-Cohen, 2008).

### 1.8 Atención temprana

El que un niño sea diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista, no significa que sea el fin para él (a). Por otro lado, tampoco se insinúa que deba seguir como si nada ocurriera en su vida cotidiana. El incluir un tratamiento en la vida de la persona marcará un cambio importante para su desarrollo, y decidirá el rumbo de su pronóstico y de sus familias.

Las complicaciones suelen estar relacionadas a no detectar los síntomas de manera temprana y no emitir un diagnóstico, por lo que generalmente cuando se sospecha del autismo es por otro trastorno o problema médico asociado, como lo pueden ser problemas o trastornos del sueño, epilepsia, problemas académicos o del aprendizaje (Arias et al., 2012).

La detección y evaluación temprana en los niños con TEA da posibilidad al niño y a las familias a tener una mejor adaptación a la comunidad, además promueve la autonomía del sujeto que tiene el padecimiento y otorga a las familias una herramienta de apoyo a la conservación y

estabilización familiar, así como la posibilidad de generar estrategias y conocimientos de ayuda para el niño (Milla & Mulas, 2009).

Dentro de las ventajas de recibir atención e intervención temprana en diagnósticos como el autismo, es que mejora la calidad de vida del sujeto y permite que desarrolle habilidades de la vida diaria, por otra parte, los cuidadores o padres trabajan como asesores o coterapeutas, ya que son responsables del seguimiento de los programas que son benéficos para sus hijos (Gil et al., 2017).

A continuación, se expondrá la importancia del papel de un cuidador en el trastorno autista; se mencionan los factores asociados que lo rodean, y como las características individuales influyen en la crianza; por otra parte, las intervenciones que se han realizado en padres o cuidadores y sus efectos y beneficios.

## Capítulo 2. El papel del Cuidador en el autismo

Los padres del niño con autismo al inicio de su paternidad llevan consigo un anhelo por un futuro idealizado para sus pequeños, esto se ve influenciado en una ola de confusión al recibir un diagnóstico de autismo, se enfrentan al abandono del plan de tener a un niño "ideal". Existen índices de sensaciones similares entre los padres bajo esta situación, entre las más notables se encuentra el rechazo y fracaso anticipado a la situación, puede existir depresión, provocando además un posible rompimiento con el vínculo familiar o desentendimiento de alguno de ellos, o de los dos (Pizarro, 2001; Garza, s.f.).

Entre las principales emociones del momento al recibir la noticia de un diagnóstico de autismo Bohórquez et al., 2007 destacan, confusión, impotencia, sensación de perder el control, ira y rabia, entre las más comunes. En primer momento se presenta la negación (Cárdenas-Lara, 2014). Kubler-Ross y Kessler, en el año 2016 explican que la negación no consiste en negar la existencia de la situación, por ejemplo, de fingir que no existió como tal un diagnóstico de autismo, sino que durante esta etapa "no se puede creer" que no vaya a crecer con un desarrollo normal, o cuestionarse consecuente "¿Por qué a mí?", es un proceso donde no se asume la realidad, esta etapa permite atravesar la pérdida (física o imaginaria) por la que se está viviendo.

Las conductas del autismo repercuten en el ambiente que le rodea, de manera que las rabietas, el llanto, correr sin sentido aparente, berrinches sistemáticos, el aislamiento u otro tipo de comportamientos reiterativos no pasan desapercibidos, mediando así la interacción entre los integrantes de su esfera familiar, en el 2001, Pizarro expresa que para una mejor integración social del infante con autismo los padres y la familia son puntos centrales, posibilitando además una coexistencia unificada en el núcleo familiar, favoreciendo a todos sus miembros, a su vez Morales (2013) hace referencia no solo a la familia, sino al "cuidador" a cargo de la persona con autismo, lo remarca como factor clave de desarrollo para la persona con TEA.

Al desconocer las características del trastorno aunado al desentendimiento que existe con respecto al futuro, se presenta el miedo o temor, no hay algo claro con respecto a lo que tienen que hacer, comienza a haber incertidumbre y preocupación con respecto al qué dirán, cómo lo van a manejar, que va a suceder, la culpa aparece a consecuencia de que los padres tienden a pensar que su hijo o hija tiene autismo por su causa, ocasionalmente esto hace brotar cierto

rechazo hacia el infante y hacia ellos mismos ligado a sentimientos como la vergüenza, tristeza y dolor (Morales, 2013; Pizarro, 2001).

## **2.1 Factores asociados al cuidador**

En lo que respecta al diagnóstico de autismo a veces no se considera a los demás personajes del contexto de la persona con dicho diagnóstico, sin embargo Seguí et al., en el año 2008, explican que en el rol de cuidador se ve deteriorado y afectado de manera directa en la salud mental y física en relación al papel que tienen como responsables del cuidado y atenciones del paciente con TEA, a su vez hacen mención que en relación a los cuidadores de otras personas con algún otro diagnóstico del neurodesarrollo como discapacidades intelectuales, o alguna otra limitante, incluso que los niños neurotípicos, los padres del niño con autismo tienden a presentar mayor sintomatología depresiva, ansiosa, mayor estrés, y baja percepción en su bienestar subjetivo y autoeficacia. Se señalan al menos tres áreas afectadas entre las que sobresale la persistencia de los síntomas:

- I. Poca integración en el núcleo familiar y social de estas personas.
- II. Nivel de aceptación que se tiene en estos contextos y el.
- III. Apoyo minoritario de los servicios de salud y de otra índole.

Dentro de las actividades relacionadas a los cuidadores se espera que logren una adaptación del individuo mayormente óptima, proporcionándole herramientas de apoyo y optimizando elementos asociados a su desarrollo, como es su salud, bienestar y calidad de vida, y disminuyendo los déficits que se puedan llegar a tener tanto personales como externos a él, Robledillo et al., (2012) explican que de igual manera en la literatura se encuentra que los cuidadores formales como familia y/o tutores son los principales encargados de estas actividades, sin embargo, es importante retomar también los cuidados a la salud de los cuidadores informales.

Si bien existen investigaciones que tratan de los cuidadores primarios, y su calidad de vida, hay pocas que hablen de los resultados y efectos en la calidad de vida del cuidador (Robledillo et al., 2012), esto significa que hay literatura acerca de la descripción de lo que sienten o piensan estas personas, sin embargo, no de los efectos que tiene cada sentimiento y pensamiento en sus vidas diarias.

Se ha sugerido el uso de la definición de Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) como término diferente de Calidad de Vida (CV), para determinar que discrepa la CV por el uso explícito de evaluación de intervenciones médicas o relacionadas a éstas, mientras que la CVRS promueve la evaluación desde diversas formas de percibir la patología y cómo adaptarse a ella (Urzúa, 2010). Así mismo las investigaciones realizadas a la evaluación de la CV de los cuidadores de las personas con TEA, se han evaluado con la CVRS y lo que se sabe es que se han tenido como resultado puntajes menores en comparación a la población en general. Frecuentemente se asocia la sintomatología autista con los comportamientos desadaptativos en los que se manifiesta, esto significa que hay una distinción entre los déficits de comunicación, interacción social y comportamientos restringidos de la persona con autismo y sus comportamientos precedentes, como los berrinches/crisis, agresiones/autoagresiones, aislamiento, etcétera, que generalmente es la declaración de estas conductas las que provocan el grado de estrés en el cuidador, relacionadas también a la forma en cómo ocurren éstos comportamientos (Robledillo et al., 2012).

## **2.2 Síndrome de carga del Cuidador**

Aunque de manera inicial el término se originó para hacer referencia a los cuidadores de personas con daño cerebral, el concepto se ha extrapolado a los cuidadores de personas con autismo, por la similitud de funciones de un cuidador a otro, entre las que sobresale el apoyo en actividades de la vida diaria a causa de las alteraciones en el autocuidado, áreas cognitivas, de comunicación, motoras e incluso lingüísticas. El Síndrome de Carga del Cuidador o SCC, puede verse en cuidadores formales o profesionales, e informales, como familiares y amigos (Zambrano & Ceballos, 2007), en ambos casos existe la probabilidad de que se padezcan dificultades en la permanencia de un estado de salud físico y mental óptimo, incluso se pueden manifestar otro tipo de alteraciones mentales, aunque se espera que se sufran más en el grupo de cuidadores informales, por lo tanto al conocimiento de estrategias de afrontamiento con las que se cuente, al conjunto de emociones como tristeza, estrés o sentimientos de carga se le conoce como SCC.

## **2.3 Estrategias de Afrontamiento**

Al momento de enfrentarse a situaciones estresantes, cada persona actúa de manera diferente, esto sucede porque existen características individuales que pueden ayudar o permear la forma de afrontar cada situación, esto quiere decir que, si existen diez niños con autismo, las diez madres de cada niño pueden afrontar la situación de manera distinta. En el modelo transaccional

de Lazarus y Folkman las estrategias de afrontamiento se han descrito como las habilidades cognitivas y conductuales que se detonan ante una situación que genera estrés, dichas habilidades se pueden ir modificando por el individuo de manera que éstas puedan ser un punto de apoyo para el sujeto (Lazarus & Folkman citado en Robledillo et al., 2012), entre las estrategias definieron se encuentran las que se orientan al problema relacionadas a: la confrontación y planificación, y las orientadas a la emoción, que son: distanciamiento, autocontrol, aceptación, escape-evitación, y reevaluación positiva, aunando una estrategia que se centra en la búsqueda de apoyo social (Lazarus & Folkman citado en Iborra et al., 2015), dependiendo el autor puede haber más estrategias. No obstante, cabe mencionar que las estrategias de afrontamiento pueden ser también disfuncionales, de manera que no les permitan en este caso a los cuidadores de los niños con autismo el poder manejar la situación de la mejor manera (Albarracín-Rodríguez et al., 2014) lo que provoca a su vez que las respuestas del cuidador estén atravesadas por factores internos y externos.

Entre las aportaciones de Fernández y Palmero en los años noventa, se clarificó que las estrategias de afrontamiento poseían al menos tres dimensiones (Fernández & Palmero, citado en Iborra et al., 2015) que son:

- El método empleado de afrontamiento; *estilo activo*: aquellas personas que buscan una solución o están en constante movimiento para solucionar el problema, *estilo pasivo*: personas que generalmente esperan a que la situación cambie sin ejercer una acción directa, y *estilo de evitación*: incluye a la gente que se aleja de la situación, así como de sus consecuencias.
- Focalización del afrontamiento; *orientado al problema*: en este parámetro lo que se quiere hacer es cambiar la situación amenazante, y modificar dicho estresor, orientado a *la emoción*; la persona se centra exclusivamente en cómo se siente con el estresor, es decir a su respuesta emocional, y el *estilo a modificar la evaluación inicial*: en este parámetro lo que la persona busca es reconsiderar la situación que considera amenazante o que origina la dificultad.
- Actividad movilizada; *estilo cognitivo*: parte de que la persona opta por analizar la situación, búsqueda de alternativas de solución, así como anticipar consecuencias, o

estilo conductual: se centra en las conductas que la persona ejerce para adaptarse a la situación conflictiva.

Andrés et al., (2014), a través de su investigación determinan que existe una relación entre la gravedad percibida por los cuidadores de la sintomatología de autismo, y la severidad del trastorno en sí. Esto demuestra que la percepción del estresor determinará las estrategias de afrontamiento, en las que éstas pueden atenuar o no dicha situación estresante. Cabe mencionar que también debe de considerarse en el proceso de afrontamiento algunos elementos. Robledillo et al., en el año 2012, explican que cuando los cuidadores se enfrentan a un estresor pueden dirigir su atención a las emociones y afectos o pueden dirigirla al problema o la situación estresante, esta variante es importante ya que al centrarse en cualquier de las dos opciones, puede determinar el impacto emocional en el cuidador, es decir, si la persona se enfoca en sus emociones y afectos antes que en el problema, significa que dicha persona sufrirá de mayor estrés en comparación con la que se centra solo en el problema.

La estrategia de afrontamiento mayormente utilizada por los padres de niños con autismo se denomina escape-avoidancia según un estudio realizado por Hastings y Johnson (citado en Albarracín et al., 2014).

En un estudio realizado por Albarracín et al., (2014) en el que participaron 31 padres con hijos con diagnóstico de autismo, se analizó la relación de las características sociodemográficas y las estrategias de afrontamiento de cada padre, dentro de los resultados, se percataron que las madres suelen utilizar una estrategia de afrontamiento centrada en el problema al contrario que los padres, además aunque algunas de las madres ya fuesen amas de casa antes de recibir el diagnóstico de su hijo (a), más de la mitad al momento de realizar el estudio no laboraban debido a que en ellas recae en gran medida la responsabilidad, cuidados y atenciones hacia su hijo (a) con autismo, atrayendo así en las madres aislamiento social, incluso alejamiento de las redes sociales y bajas oportunidades de obtener un empleo.

## **2.4 Estilos de Crianza**

Los estilos de crianza son otro factor importante que se tiene que considerar al hablar de cuidadores (madres o padres) y la relación con su hijo. Las pautas de crianza pueden determinar la formación y desarrollo del niño dentro del hogar y fuera de él. Angarita et al., (2020) explican que la crianza se relaciona particularmente en cómo los padres o la familia guían el

comportamiento de sus hijos, así como sus consecuencias. Por otro lado, dentro de los estilos de crianza más mencionados en la literatura se conocen cuatro básicos (véase en tabla 2).

Existen consecuencias en la adaptación prosocial y emocional de los niños (Jorge & González, 2017), dependiendo de la crianza que tengan, así mismo, existen repercusiones en los padres.

**Tabla 2.**  
*Estilos de Crianza*

Estilo Autoritario	Estilo Permisivo	Estilo Participativo o Democrático	Estilo Negligente
Características del niño:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● El niño puede estar limitado</li> <li>● No hay capacidad de toma de decisión</li> <li>● Trae como consecuencia inseguridad, retraimiento, baja autoestima, y poca muestra de afecto del niño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Los niños muestran conductas disruptivas</li> <li>● El control se ve reflejado en el niño</li> <li>● El niño está dominado por impulsos y deseos instantáneos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toma decisiones acordes a su capacidad evolutiva</li> <li>● Puede participar</li> <li>● Al fortalecer la comprensión de demandas por parte de los padres, permite un fortalecimiento de habilidades cognitivas en el niño</li> <li>● Los niños se muestran interactivos, hábiles afectuosos e independientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escasa competencia social</li> <li>● Bajo control de impulsos y agresividad</li> <li>● Escasa motivación y capacidad de esfuerzo</li> <li>● Inmadurez</li> </ul>
Características del padre/madre:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Toma las decisiones por imposición</li> <li>● Valoran la preservación del orden</li> <li>● Influyen, controlan y evalúan el comportamiento de sus hijos</li> <li>● Prevalece la obediencia y el control</li> <li>● No hay comunicación ni afecto</li> <li>● Padres estrictos o intransigentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No establece normas</li> <li>● Tienden a la sobreprotección ligada a su condición</li> <li>● Es en extremo tolerante</li> <li>● No exige mucho</li> <li>● Rara vez aplica el castigo</li> <li>● Son padres que por lo general no buscan estar atados a la rutina, buscando la libertad de su hijo</li> <li>● Padres cariñosos que atienden a la mínima demanda de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Existe autoridad clara y definida pero no inflexibilidad</li> <li>● Hay normas presentes y responsabilidad en ambas partes</li> <li>● Los padres respetan la individualidad de los hijos y los motivan a valerse por sí mismos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● No hay implicación afectiva en las necesidades de su hijo/a</li> <li>● Invierten el menor tiempo posible en sus hijos/as</li> <li>● Existe escasa motivación y capacidad de esfuerzo</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia adaptada de Angarita, et al., 2020; Jorge y González, 2017.

La familia como promotor de cambio, permite mediante la relación y vínculo existente entre sus miembros crear ciertos aprendizajes, coexiste además con la interseccionalidad de otros grupos de personas e instituciones, como lo son la educación y la sociedad, por tanto, se puede decir que las habilidades aprendidas en la familia servirán a sus miembros en contextos educativos y de la comunidad. Por ello es fundamental para los psicólogos enseñar elementos que faciliten la adaptabilidad de las personas a su medio, enseñar, educar y entrenar incluso en pautas de crianza positiva y funcional que impulse el desarrollo de padres, madres y niños no solo típicos, sino incluso atípicos.

## **2.5 Intervenciones realizadas en padres o cuidadores**

Hemdi y Daley (2017) enfatizan que las intervenciones mayormente se realizan en las personas que poseen el diagnóstico de autismo, sin embargo, existen con menos frecuencia intervenciones en los padres que cuidan de los que tienen dicho diagnóstico. Es importante mencionar que en la literatura se reconoce que las intervenciones dirigidas a padres de niños con autismo permiten establecer un modelo temprano de apoyo, por lo tanto, se ayuda a crear estrategias de interacción y tratamiento de conducta en intervenciones tempranas (Oono et al., 2013).

Las intervenciones a padres han demostrado aportar diversos beneficios, entre ellos se les brindan herramientas psicológicas para trabajar con el desarrollo y comunicación en un infante diagnosticado, así mismo aportan información acerca de consejos funcionales en pro del apoyo a los padres (Arias et al., 2012). A continuación, se muestran algunas intervenciones realizadas en padres de niños con autismo (véase en tabla 3).

**Tabla 3.**

*Intervenciones realizadas a padres de niños con trastorno del espectro autista.*

<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Método</b>	<b>Conclusión</b>
Hemdi y Daley, 2017.	Evaluar una intervención psicoeducativa desarrollada para madres de niños con TEA en Arabia Saudita	72 madres de entre 23 y 52 años fueron reclutadas para ensayos aleatorios multisitio de la intervención. Los datos obtenidos en línea base T1, inmediatamente después de la intervención T2 y con 8 semanas de seguimiento T3. Se incluyó una sesión cara a cara y cuatro sesiones virtuales.	La intervención con Whatsapp es beneficiosa, sin embargo, también se puede complementar con otras formas de apoyo para madres de niños con TEA.
Tellegen, y Sanders, 2014.	Evaluar la eficacia de <i>Triple P Paso a Paso</i> (Triple P Stepping Stones) de atención primaria, en padres de niños con TEA.	74 padres de niños de entre 2-9 años con diagnóstico de TEA participaron en este estudio. Los padres completaron una serie de cuestionarios que evaluaban los cambios de comportamiento en el niño y los resultados de los padres.	Se indicó que una versión breve de baja intensidad de Triple (P) Paso a Paso” es una intervención eficaz para padres de niños con TEA.
Zhou et al., 2018.	Evaluar los efectos de una intervención de 26 semanas, de alta intensidad para los padres del modelo de inicio temprano de Denver (Early Start Denver, P-ESDM) sobre los resultados del desarrollo, la gravedad del trastorno y el estrés de los padres de niños con TEA en China.	Se hizo una comparación de dos grupos, uno de ellos compuesto por 23 participantes aplicando el P-ESDM, y se reclutó otro grupo comunitario que recibió intervenciones disponibles de las comunidades.	El grupo con la intervención P-ESDM mostró una mejoría mayor en el desarrollo general, específicamente en lenguaje que, en el grupo comunitario, además hubo mejoría en el afecto social, la comunicación social informada por los padres y el juego simbólico. Los padres en el grupo P-ESDM mostraron también una disminución del estrés parental, mientras que los del grupo comunitario mostraron una tendencia opuesta.

Autores	Objetivos	Método	Conclusión
Siller, Hutman y Sigman, 2013.	Mejorar la comunicación sensible de los padres.	Se realizó un ensayo clínico aleatorio de una intervención experimental (Focused Playtime Intervention, FPI).	Se mostró en los resultados un efecto significativo del tratamiento de FPI en los comportamientos parentales receptivos, además de revelar un efecto condicional de FPI en los resultados de lenguaje expresivo de los niños a los 12 meses de seguimiento.
González-Suñer et al., 2015.	Evaluar los efectos de una intervención psicoeducativa grupal en padres de niños con diagnóstico de TEA sobre la sintomatología parental y el nivel de sobrecarga percibida.	Se estudió una muestra de 13 sujetos, padres con hijos diagnosticados de TEA vinculados a un centro de salud mental infanto-juvenil que inician un tratamiento psicoeducativo grupal de 10 sesiones.	El nivel de sobrecarga percibida no se ve reducido tras la intervención grupal psicoeducativa, existe disminución en las puntuaciones medias en la mayoría de los padres, y se relaciona de manera positiva con la sintomatología. Se sugiere ampliar el tamaño muestral.
Navarro-Martínez et al., 2013.	Diseño y aplicación de programa piloto para orientar a padres con hijos con trastorno del espectro autista, con la finalidad de que encuentren elementos teóricos y prácticos que permitan conocer el trastorno, así como manejar situaciones cotidianas que enfrenta con su hijo y promover en este el desarrollo de sus potencialidades	Se utilizó un método de análisis cualitativo. Considerando 30 entrevistas clave. Posteriormente se implementó el programa, una sesión por semana con duración de dos horas. Se contempló un total de 11 sesiones, con evaluación inicial y final.	Hubo un avance significativo en la definición de conceptos como TEA, debido a que los padres conocían indicadores, pero no definiciones, por tanto, se dominaron los contenidos de convivencia y el trabajo con hermanos. Mejoraron en habilidades de autocuidado conductas problema manejo de conductas problema e integración escolar.

Fuente: Elaboración propia adaptada de González-Suñer et al., 2015; Hemdi y Daley, 2017; Navarro-Martínez et al., 2013; Siller, et al., 2013; Tellegen, y Sanders, 2014; Zhou et al., 2018.

Mediante las intervenciones realizadas a padres, madres, familias, cuidadores de personas con TEA, también se busca promocionar su salud mental. Mediante esta búsqueda de pro a la salud no solo de los pacientes con trastornos mentales sino de sus familias, surgen métodos de intervención, el modelo psicoeducativo es el más conocido fundamentalmente por su sencillo formato de reproducción de la información, la psicoeducación entonces es un motor de cambio que promueve una participación activa en la salud tanto de los pacientes como de sus familias (Godoy et al., 2020), por otra parte el modelo de intervención conductual también se encuentra dentro de los modelos de aplicación más conocidos, ya que su metodología basada en evidencia, permite una mayor certeza en los resultados.

Así pues, en el capítulo 3 se expone de manera breve los tratamientos en el autismo y como la modificación del comportamiento ha sido de los más eficaces ante este trastorno que una vez que toca la vida de las personas influye en su día a día, en una constante de aprendizajes.

## Capítulo 3. Modificación del comportamiento y entrenamiento a padres

### 3.1 Formas de tratamiento en el autismo

Es bien sabido que el autismo no es curable, por lo tanto, se habla de tratamientos. Dichos tratamientos se dividen en 1. Farmacológicos y 2. Psicopedagógicos, el primero es dirigido mayormente a reducir la sintomatología, por otra parte el segundo tipo de tratamiento tiene un papel importante, es un tratamiento multimodal mayormente aceptado en la actualidad (aborda temas como: terapia de lenguaje, programas de socialización, estimulación sensorial múltiple, terapia recreativa, etcétera) se habla además de terapias educativas y de comportamiento, esta última principalmente aborda el incremento de habilidades sociales, lenguaje, habla, cuidado personal e incluso capacidades laborales (Oviedo et al., 2015).

Mulas et al., (2010) explican que, dentro de las intervenciones desarrolladas en el autismo, las intervenciones psicoeducativas han generado mayor impacto (éstas se dividen en a. conductuales y b. evolutivas). Las intervenciones basadas en la modificación del comportamiento tienen por objeto enseñar conductas y habilidades con el uso de estrategias estructuradas, mientras que las evolutivas se centran en el desarrollo de sus relaciones positivas y significativas con los otros, se enfocan en la comunicación, funciones motoras, facultad de actividades diarias, habilidades funcionales, etcétera.

Las intervenciones conductuales cumplen con los parámetros establecidos para ser calificadas como una buena intervención que Cuesta et al., (2016) proponen, incluyen a) principios metodológicos (basados en evidencia científica), b) es una intervención individualizada, c) potencian el desarrollo del sujeto, además de d) entender el funcionamiento psicológico de los TEA. El Instituto de Evaluación Psicológica y de la Salud (2014) afirma que las intervenciones de modificación del comportamiento pueden incrementar desde un 20% a 25% el nivel de independencia.

### 3.2 Introducción a la modificación del comportamiento

Todo lo que se piensa y se lleva a la acción es una conducta, hablando en otros términos tiene relación con procesos glandulares, musculares y eléctricos del organismo, dentro de las propiedades de la conducta se puede abarcar las dimensiones del comportamiento, la duración de la misma, la frecuencia e intensidad (Martin & Pear, 2008) existen lo que son los resultados de dichas conductas un ejemplo de esto es obtener una felicitación de tus padres por ayudar en el hogar, en tanto que la felicitación es el resultado, las conductas en sí mismas son las pequeñas partes que se llevaron a cabo para lograr ese fin, así entonces las conductas son por ejemplo, limpiar tu cuarto, barrer, trapear la casa o incluso hasta lavar los trastes. Por otro lado, es de importancia mencionar que hay conductas privadas (no observables) y manifiestas (observables), por privadas entendemos que son todas aquellas que no se pueden observar directamente, y las visibles son aquellas que sí se observan directamente.

Martin y Pear (2008) comentan que la modificación de la conducta se puede aplicar a conductas visibles y encubiertas. En el caso de los niños con autismo se deben identificar las conductas manifiestas que tienden a coincidir con acciones parecidas a los de un trastorno evolutivo más que uno del desarrollo ya que se muestran puntuaciones menores a la media en comportamientos relacionados al cuidado personal, por ejemplo, comer por sí solo, vestirse, lavarse, etcétera

Ribes en 1972, relata que hay una distinción entre modificación de la conducta y terapia conductual, las técnicas de modificación conductual por su parte fueron creadas a través de procesos experimentales, mientras que las terapias han sido acopladas a procesos clínicos utilizados con un marco de referencia puramente teórico. El condicionamiento clásico y operante son teorías que se usan para determinar conductas, así como intervenciones.

Para poder identificar conductas que se tenga por objetivo modificar, se deben observar estas mismas de manera objetiva, Albert (2007) propone que a través de tres pasos se puede identificar esta conducta (Estímulo + Conducta= Respuesta), así mismo describe técnicas para crear y/o aumentar conductas, mantenerlas y reducir o eliminar comportamientos.

Kazdin en 1996 explica que existen fundamentos para la modificación conductual, en la que destacan las teorías del condicionamiento clásico con Pavlov, el condicionamiento operante con Skinner, y la teoría del aprendizaje social o vicario con Bandura. A continuación, se explican brevemente cada una de estas teorías.

### 3.3 Fundamentos básicos para la modificación conductual

#### 3.3.1 Condicionamiento Clásico o Respondiente

Existen variadas definiciones de lo que se conoce como condicionamiento clásico, algunos lo resaltan como método y otras tantas como proceso, lo que se reconoce por igual es que fue Iván Pavlov el iniciador de esta teoría, se basa en el procesamiento de estímulos o señales internas y externas (Pérez-Acosta & Cruz, 2003; Sánchez-Balmaseda et al., 2010). Se le conoce también como condicionamiento respondiente a consecuencia de que evoca respuestas, los estímulos del ambiente o contexto causan respuestas reflejas que son “respondientes” o “incondicionadas” estas frecuentemente carecen del control del individuo (Kazdin, 2009), un estímulo que es neutro (es decir, no provoca reflejo particular) puede lograr una respuesta refleja.

En los conceptos pavlovianos el condicionamiento es un proceso a través del cual se obtiene una respuesta involuntaria al asociarse con un estímulo diferente al estímulo que previamente era neutral, significa que existe una de correlación (Millenson, 1974), éste se basa en un modelo de estímulo-respuesta representado a continuación los elementos de este proceso en la Tabla 4.

**Tabla 4.**

*Elementos del condicionamiento clásico.*

Concepto	Definición
Estímulo Incondicionado (EI)	Refiere al primer elemento y se define como un estímulo que es provocado de manera automática, es decir, refleja, esto sucede de manera biológica, provocando una reacción no aprendida, produciendo una respuesta.
Respuesta Incondicionada (RI)	Es el segundo elemento y hace mención a un tipo de respuesta o dicho de otra manera, es la reacción que evoca consecuentemente a él.

---

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
Estímulo Condicionado (EC)	Es un estímulo contrario, biológicamente no provoca respuestas reflejas, se le nombra neutro o inocuo de primer instante porque por sí solo no evoca una respuesta, se necesita del apareamiento de estímulos para que deje de ser neutro.
Respuesta Condicionada (RC)	Surge del apareamiento constante del EC y el EI. Se considera una respuesta provocada por el EC, esta forma de responder es aprendida.

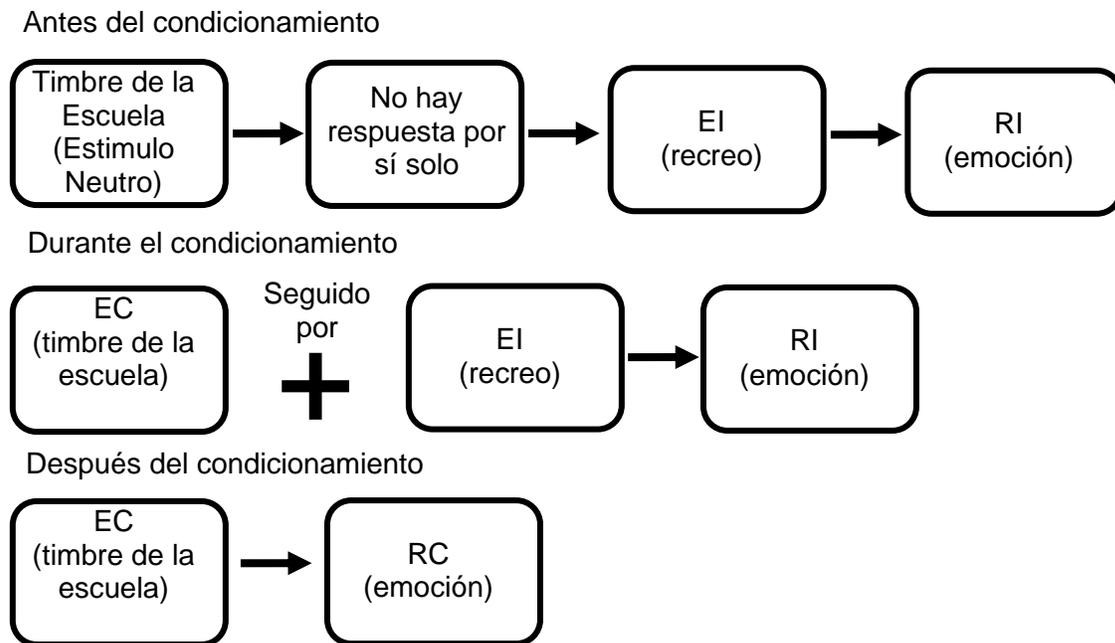
---

Fuente: Adaptada de Sánchez-Balmaseda et al., 2010.

Morris y Maisto en el año 2011, dicen que, pese a que el condicionamiento clásico tiene sus orígenes en experimentos con perros y otros animales, no debe reducirse ni limitarse a solo estas aplicaciones, ya que este paradigma permite explicar algunos procesos del aprendizaje, y como se sabe, los seres humanos tenemos también esta capacidad innata a aprender, y reaprender, por ello también es aplicable a la raza humana. Se muestra un ejemplo del proceso de condicionamiento clásico frecuente entre estudiantes y escuelas, obsérvese en la Figura 6.

**Figura 6.**

*Proceso de aprendizaje a través del paradigma del condicionamiento clásico.*



Fuente: Elaboración propia adaptada de Kazdin, 1996.

### **3.3.2 Condicionamiento Operante o Instrumental**

Burrhus F. Skinner fue uno de los autores más influyentes en el siglo XX, en conjunto con Pavlov, dieron guía a la Terapia Conductual (Fernández et al., 2012) Skinner en su tesis doctoral titulada "The behavior of organisms" hace las diferenciaciones entre el conductismo radical y el operante, definiéndolo en la actualidad como un proceso que surge posterior al condicionamiento clásico y está paralelamente aproximado a la psicología científica, postula que el tiempo de frecuencia en la que se está realizando una conducta, altera o transforma las consecuencia que esa conducta provoca (Reynolds, 1977). La investigación en la conducta operante o instrumental puede tener un acercamiento al determinismo del comportamiento tomando en cuenta además el análisis experimental de la conducta. Reynolds en 1968 comenta que el condicionamiento instrumental es una ciencia experimental de la conducta, se basa en la premisa de que los comportamientos tienen una frecuencia de ocurrencia, estos mismos se pueden modificar o alterar gracias a las consecuencias que éstas mismas producen, un sinónimo de esta teoría es un

determinismo de comportamiento y por otro lado un Análisis Experimental de la Conducta (AEC), paralelamente trabaja con conductas operantes y además reflejas.

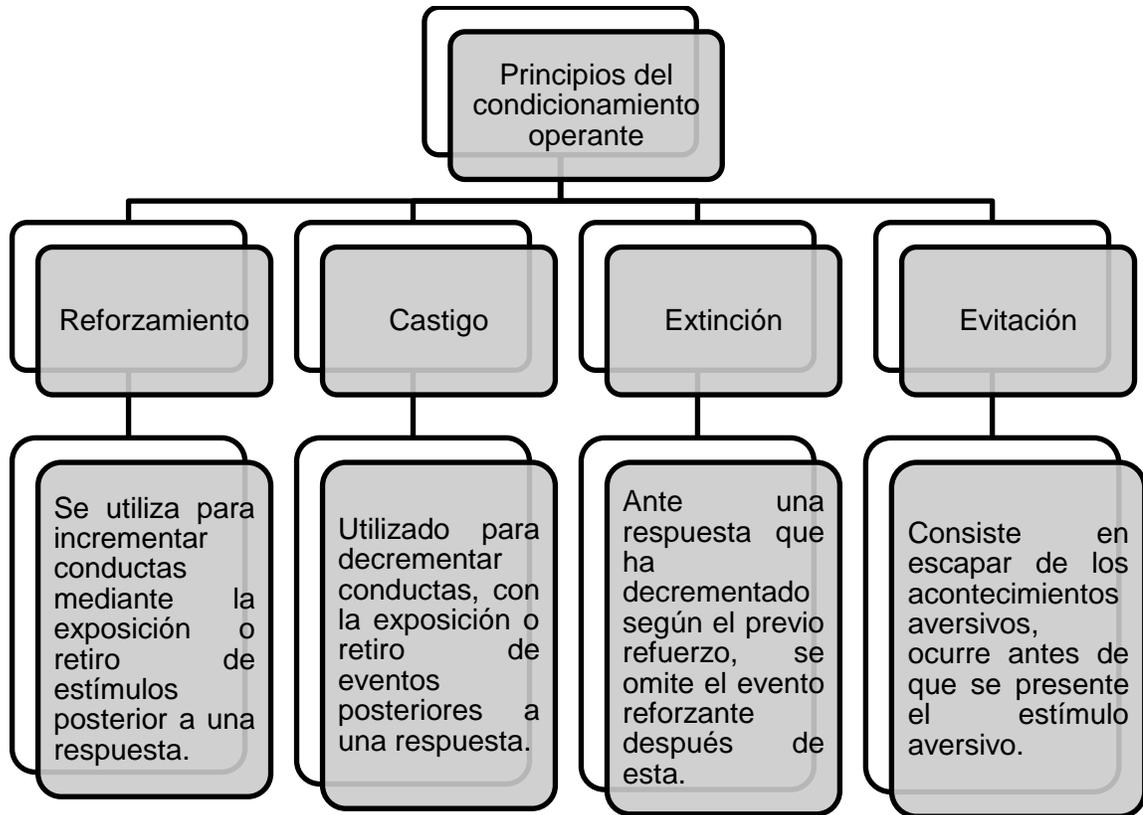
Se dice entonces que constantemente se realizan acciones que operan en el ambiente, donde a diferencia de la teoría de Pavlov, Skinner defiende que existe voluntad en las acciones que realizamos, sin embargo, se está a la espera de una recompensa o un castigo de dicha conducta ejercida (Morris & Maisto, 2011).

Es importante mencionar que para que se pudiera hablar de condicionamiento operante, primero se tienen que conocer las aportaciones de Edward Lee Thorndike (1874-1949) y la Ley del Efecto, ya que fue gracias a ello que Skinner tuvo la inspiración y las bases para la realización de la teoría del condicionamiento instrumental, Thorndike tuvo un papel imperante en el desarrollo del AEC (Holgado et al., 2012), hubo un momento en que se utilizaron como sinónimos el CO y la Ley del Efecto ya que ambas explicaciones teóricas están adscritas a la idea fundamental de que se actúa en función de la consecuencia (positiva o negativa) según sea el caso, lo que permite decir entonces que los comportamientos son operantes, gracias a las aportaciones de Thorndike el autor del CO retoma algunos elementos importantes: la *respuesta operante* es aquella que se ejecuta en espera de la consecuencia futura, posteriormente sigue la *consecuencia* que es contingente a la conducta y a las cuales también se les puede denominar reforzadores, ya que permiten el aumento incesante de los comportamientos, cuando esto ocurre de manera inversa, es decir que las consecuencias son la razón de que el sujeto deje de realizar alguna conducta y por ende, esta disminuya se les llama estímulos aversivos. La Ley del Efecto comprende el mismo significado que el principio del reforzamiento siempre y cuando se haga alusión a que si la conducta produce consecuencias específicas para el sujeto si son satisfactorias se habla de reforzamiento, en tal caso si son negativas se habla de castigo (Morris & Maisto, 2011).

Así al incluir al ambiente en la ecuación comportamental, se tiene que hablar de principios básicos (véase en figura 7) que dirijan a la conducta y al medio ambiente, mismos que explicaran de forma científica y descriptiva porque de su ocurrencia, incluyendo así procesos como técnicas enfocadas en la exploración experimental de la conducta.

**Figura 7.**

*Principios del condicionamiento operante.*



Fuente: Elaboración propia adaptado de Kazdin, 1996.

Bados y García-Grau (2011) dicen que existen técnicas orientadas a las consecuencias como son el reforzamiento positivo y reforzamiento negativo otras tantas encaminadas a los precedentes, llamadas también técnicas de instigación en donde se mencionan instrucciones, modelado, guía física e inducción situacional por último están las técnicas dirigidas a crear nuevas conductas como son moldeamiento, encadenamiento y desvanecimiento.

Una técnica de reforzamiento se basa en exponer una inferencia o consecuencia positiva como una recompensa o premio inmediato a la conducta realizada, acrecentando la probabilidad de que la conducta se repita (Albert, 2007).

## Reforzamiento Positivo

Bados y García (2011), explican que un reforzador positivo es puramente un estímulo agradable para él sujeto, abarca eventos, conductas u objetos, la exposición de estímulos incidentales a una conducta dan origen a un mantenimiento de la misma conducta, de manera que no existe tal mantenimiento si no existe la contingencia. Martin y Pear, 1998 hacen hincapié en que el reforzador positivo a lo que se puede denominar también con un signo de (+) actúa como la “recompensa” después de la emisión de alguna conducta, este premio hará que conociendo el reforzador de una persona precisa, bajo alguna situación delimitada se llegue a usar para fortalecer otro tipo de comportamientos, entre los reforzadores positivos reconocidos se encuentran; *primarios o incondicionados* están relacionados a todo aquello en lo que se necesita de la experiencia del aprendizaje mismo para ser reforzadores, entre ellos se encuentran el contacto sexual, comida, bebida, dormir, respirar, etcétera; los *secundarios o condicionados* por otro lado son aquellos en los que se apropian mediante una actividad reforzante derivada de la asociación con otros reforzadores incondicionados o condicionados o incluso con la asociación de la retirada de estímulos aversivos, ejemplos de esto pueden ser calificaciones, dinero o sentimientos de éxito; los reforzadores *generalizados* obtienen su nombre porque son adquiridos mediante el condicionamiento relacionado a reforzadores primarios y/o secundarios, algunos ejemplos pueden ser la aprobación, la atención, la sumisión, etcétera, todos ellos relacionados con varios reforzadores (Bados & García, 2011).

Además, existen los reforzadores *naturales y artificiales*, los primeros se originan en el contexto ordinario del sujeto, se utilizan en el mismo medio para reforzar la conducta predestinada, en cambio los artificiales su estímulo no proviene del ambiente tradicional del sujeto. Se habla de reforzadores *materiales* cuando son alimentos, bebidas, libros, vestimenta, o incluso los reforzadores generalizados como el dinero, que se pueden intercambiar con otro tipo de “recompensas”; los *reforzadores sociales* se integran en procesos como la atención, la adulación, elogios o aprobación, engloban muestras de estos micro comportamientos como lo pueden ser asentir con la cabeza, sonreír, acariciar, besar y otro tipo de expresión no verbal, así como de igual manera las expresiones verbales como “me gusta como las hecho esto “, “lo haces excelente”, “estoy orgullosa de ti en el momento en que”, etcétera; los *reforzadores de actividad* están relacionados al principio de Premack, como el tener el permiso de realizar actividades preferidas por el sujeto con alta posibilidad de elección libre, como reforzadoras de otras actividades menos preferidas, como cuando

se te permite comer dentro de un salón de clases, sólo por haber terminado una actividad matemática, por último se menciona la retroalimentación informativa positiva donde se le expresa a una persona puntos propositivos de su comportamiento (Bados & García, 2011). Los reforzadores *extrínsecos* e *intrínsecos* por otra parte son mantenidos en el primero comentado debido a los reforzadores externos y en el segundo basado en el primero, es la ausencia de reforzadores externos.

### Reforzamiento negativo

Así como el reforzamiento positivo, el negativo se puede utilizar para germinar o mantener comportamientos, dichas conductas se mantienen gracias al escape o evitación de un acontecimiento aversivo se puede utilizar de referencia el signo (-) debido a que sustrae, significa que son negativos porque se retira un estímulo no deseado, no porque se les otorgue otro aversivo, cuando sucede algún evento de oposición el comportamiento idóneo elimina dicho evento haciendo que la conducta vuelva a repetirse (Kazdin, 1996) la conducta de escape, finalmente termina evitando o posponiendo el evento aversivo.

Cuando se habla de castigos, se hace referencia a contingencias desagradables posteriores a una conducta, al existir estas contingencias, se reduce la probabilidad de su ocurrencia, cabe mencionar que la diferencia entre el castigo y los reforzadores, es que cualquier tipo de reforzador (+) o (-) se usa para el incremento o mantenimiento de comportamientos específicos, mientras que el castigo “agrega” un evento desagradable al ambiente del sujeto con el objetivo de debilitar dicha conducta (Morris & Maisto, 2011).

Cabe mencionar que la aplicación del Castigo se aplica la estimulación aversiva, lo que significa que el estímulo aversivo es aquel que, aplicado de forma contingente a la conducta, disminuye la ocurrencia de ésta (algunas actividades aversivas son: la practica positiva, la sobre corrección reitutiva, el ejercicio contingente, la guía física y la restricción física); de igual manera los procedimientos del castigo deben combinarse con técnicas de reforzamiento diferencial y únicamente aplicarse cuando se hayan aplicado enfoques funcionales que no requieran el uso de aversivos y éstos hayan demostrado ser ineficaces o solo parcialmente eficaces en la disminución de la conducta problema (Miltenberg, 2012).

## Programa de Reforzamiento

Para emitir una respuesta deseada, es necesario que se sigan y delimiten algunas reglas, por ello es importante definir un programa de reforzamiento, se trata de reforzar conductas seleccionadas y específicas (Kazdin, 1996; Pozo-García, 2020). Un programa de reforzamiento es aquel que funge como regla, precisa y delimita la respuesta instrumental que se refuerza (Domjan, 2018).

Un registro acumulativo es una gráfica en la que se despliegan datos de la aplicación del programa de reforzamiento, tienen que existir registros sobre el número de sesiones el número de respuestas y si hay cambios en las conductas derivados del tipo de reforzadores instrumentales, esto se vacía en dicha gráfica en donde el eje horizontal representa el transcurso del tiempo y el eje vertical el total o número acumulativo de respuestas que se han ido realizando dependiendo el programa, sin embargo son en un momento específico, la totalidad de respuestas debe ser incluida de manera que por cada nueva respuesta la gráfica incrementa dependiendo el lapso de respuesta entre cada registro (Domjan, 2018).

Existe el reforzamiento *continuo* y el *intermitente*, el primero nos describe que con relación a un programa de reforzamiento las respuestas deben reforzarse cada una de las veces que esta conducta es expuesta, cuando es intermitente el reforzador puede ser solo posterior a “algunas ocasiones” apropiadas, no todas las veces (Kazdin, 1996).

Los programas de reforzamiento simple se basan en el reforzamiento de la respuesta ésta incide en el número de repeticiones de la respuesta desde el último reforzador o del tiempo que ha transcurrido desde el último reforzador (Domjan, 2018).

Existen diversas maneras de programar un reforzador continuo, entre ellas destaca el:

- *Programa de razón:* Basado en la premisa de que la emisión del número de respuestas se deriva de la contingencia del reforzador, es decir, el número total de respuestas es establecido por el programa, basándose en la conducta que se refuerza. En este programa el número de las respuestas son fundamentales para medir o calcular el reforzamiento (Domjan, 2018; Kazdin, 1996).
- *Programa de intervalos:* Está relacionado al tiempo más que a otro factor, se dice que debe existir el reforzamiento contra reloj en el estímulo de un comportamiento

esperado. Lo importante en este programa es el tiempo transcurrido entre la conducta y el reforzador, tiene que ser contingente, si se quiere lograr la asociación entre conducta y estímulo condicionado. En ambos casos los reforzadores no se otorgan a menos que el participante responda (Kazdin, 1996; Domjan, 2018).

En el año 2012, Ángeles et al., explican las diferentes técnicas operantes que se pueden aplicar, véase en Tabla 5, 6 y 7.

**Tabla 5.**  
*Técnicas Operantes para el incremento y mantenimiento de conductas.*

<b>TÉCNICAS OPERANTES PARA EL INCREMENTO Y MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS</b>		
Reforzamiento Positivo	Reforzamiento Negativo	Programas de reforzamiento
<p>C  A -Incrementa la conducta por medio de la  R presentación de un estímulo agradable  A o gratificante.  C  T Se divide en:  E <i>Primarios o incondicionados:</i> Asociado  R a necesidades básicas.  Í <i>Secundarios o condicionados:</i> no están  S asociados a necesidades básicas  T primarias.  I  C <i>Tangibles:</i> Objetos materiales que  A pueden ser primario y secundarios.  S  <i>Sociales:</i> atención valoración y  aprobación de otro hacia nuestras  conductas.</p>	<p>-Incrementa la conducta a base  de retirar un estímulo aversivo.   -Es contingente a la conducta.</p>	<p>-Reglas que describen el incremento y mantenimiento de la  conducta  -Surgen en función de la aplicación de los reforzadores (R) una  vez emitida la conducta. Se divide en:   <b>Reforzamiento continuo:</b> Se presenta el R una vez realizada  la conducta objetivo, aumenta frecuencia de respuestas débiles  o inestables, pretende instaurar la nueva conducta.   <b>Reforzamiento Intermitente:</b> Se aplica el R contingente a la  conducta, pero no todas las ocasiones que se lleve a cabo, una  vez instaurado el hábito puede reforzarse ocasionalmente, este  se divide en dos (Programas de razón e Intervalo).</p>

Fuente: Elaboración propia adaptada de Ángeles et al., 2012.

**Tabla 6.**

*Técnicas Operantes para la Adquisición de nuevas conductas.*

<b>TÉCNICAS OPERANTES PARA LA ADQUISICIÓN DE NUEVAS CONDUCTAS</b>		
Moldeamiento	Encadenamiento	Instigación/Atenuación/Desvanecimiento
<p>C -Reforzamiento de los pequeños A pasos o aproximaciones que R conducen hacia una conducta meta. A -El reforzamiento inicial se lleva a C cabo con las respuestas o conductas T que son componentes de la E respuesta final, así como las que se R asemejan a alguno de sus Í componentes. S T -Se le llama también, reforzamiento I de las aproximaciones sucesivas, C porque va alcanzando gradualmente A la conducta meta final S -Se utiliza para instaurar conductas simples, o complejas Su objetivo es desarrollar la actividad final sin que las conductas de aproximación están predefinidas, a diferencia del encadenamiento.</p>	<p>-Se aplica desde la concepción de la idea sobre las conductas como compuestas por una secuencia de varias respuestas que siguen un orden y forman una cadena -Hay respuestas concretas que componen la cadena gradualmente que ya son conocidos por el sujeto  -Es la forma de conectar los componentes de la cadena, ya sean componentes o conductas simples o actividades complejas. Se divide en: <i>Presentación de la cadena total:</i> se representa la secuencia total que se requiere para llegar a la conducta meta y se entrena a la persona en cada paso desde el primero hasta el último, se entrena en secuencia.  Entrenamiento hacia adelante: Se enseña el paso inicial, hasta que se haga correcto, se enseña el dos, hasta llegar a la conducta meta. Encadenamiento hacia atrás: se definen todos los pasos que componen la cadena, y se realiza comenzando por la conducta meta, y se van añadiendo los eslabones que le van precediendo.</p>	<p>-Los instigadores ayudan a iniciar una respuesta y a que se lleve a cabo, sirven como estímulos antecedentes.  -Puede solicitarse para que lleven algo (para la realización de la conducta), dar instrucciones verbalmente, explicar cómo hacerlo, guiar físicamente la conducta o hacer que observe otra persona (modelo) como hacerlo.  -Al proceso sistemático de introducción de ayudas o instigadores, junto con su retirada gradual una vez consolidada se le conoce como técnica de <i>desvanecimiento o atenuación.</i></p>

Fuente: Elaboración propia adaptada de Ángeles et al., 2012.

**Tabla 7.**

*Técnicas Operantes para la reducción o eliminación de conductas.*

<b>TÉCNICAS OPERANTES PARA LA REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS</b>			
<b>Reforzador diferencial de otras conductas (RDO)</b>	<b>Extinción</b>	<b>Castigo</b>	<b>Sobrecorrección</b>
<p>-Elimina o reduce conductas evitando su reforzamiento y a cambio refuerza conductas alternativas</p> <p>C -Reforzamiento diferencial de A conductas incompatibles (RDI): R Refuerza la conducta que es A incompatible con la conducta a C eliminar.</p> <p>T</p> <p>E -Reforzamiento diferencial de R conductas alternativas (RDA): I Se utiliza cuando no se puede S aplicar el RDI, se recomienda T elegir conductas que si bien no I son incompatibles, son C conductas que compiten con la A conducta problema</p> <p>S</p> <p>-Reforzamiento de conductas funcionalmente equivalentes:</p>	<p>-Consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada</p> <p>-Se suele llevar a cabo en conductas que se mantienen por reforzamiento positivo, aunque también para la reducción de conductas por reforzamiento negativo</p> <p>-Se necesita claridad en identificar los reforzadores que mantienen la conducta para dejar de ejercerlos</p> <p>-Es un procedimiento gradual</p> <p>Suele existir una etapa denominada “estallido de la extinción” que significa que la ausencia del reforzamiento de una conducta suele conducir a un incremento significativo de su intensidad o frecuencia.</p>	<p>Castigo es la reducción de la frecuencia futura de una conducta cuando tras su emisión se presenta un estímulo aversivo o se retira un estímulo positivo de manera contingente a la conducta</p> <p>Únicamente se considera castigo si existe la reducción efectiva de la conducta.</p> <p>Se divide en:</p> <p>-Castigo Positivo: reducción de la frecuencia futura cuando tras su emisión se presenta, un estímulo aversivo, se subdivide en estímulos aversivos primarios o incondicionados; son de carácter aversivo universal, como dolor físico o ruidos fuertes, y estímulos aversivos secundarios o condicionados, que son adquiridos por la asociación con</p>	<p>-Es una penalización por llevar a cabo una conducta o acción inadecuada que tiene dos componentes:</p> <p>-Restitución: Corrige efectos negativos causados por la conducta inadecuada.</p> <p>-Práctica positiva: Implica llevar a cabo repetidamente, o de forma exagerada, una conducta adaptativa apropiada.</p> <p>Se distingue del castigo, ya que ésta cumple con una función educativa al incluir como parte de la técnica el entrenamiento en la práctica de conductas alternativas.</p>

**Tabla 7.**

*Técnicas Operantes para la reducción o eliminación de conductas (continuación).*

C A R	Reforzador diferencial de otras conductas (RDO)	Extinción	Castigo	Sobrecorrección
A C T E R I S T I C A S	-Refuerza conductas alternativas a la conducta problema que permiten alcanzar las mismas metas, pero de forma más adecuada o adaptativa.  Reforzamiento diferencial de tasas bajas de respuesta: cuando el objetivo es de un número pequeño de respuestas en un intervalo largo de tiempo.	Puede suceder una recuperación espontánea de la conducta extinguida, sin embargo, si se ausenta el reforzador, nuevamente puede decrecer	Otros estímulos aversivos, como los gestos, descalificaciones e insultos verbales.  Castigo Negativo: existen dos, uno basado en la retirada de estímulos positivos: 1. Tiempo-fuera de reforzamiento; negar el acceso temporal a los reforzadores inmediatamente después de que se realice la conducta inadecuada que se desea reducir o eliminar y 2.  Coste de respuesta; se refiere a la pérdida de un reforzador positivo que dispone el individuo.	

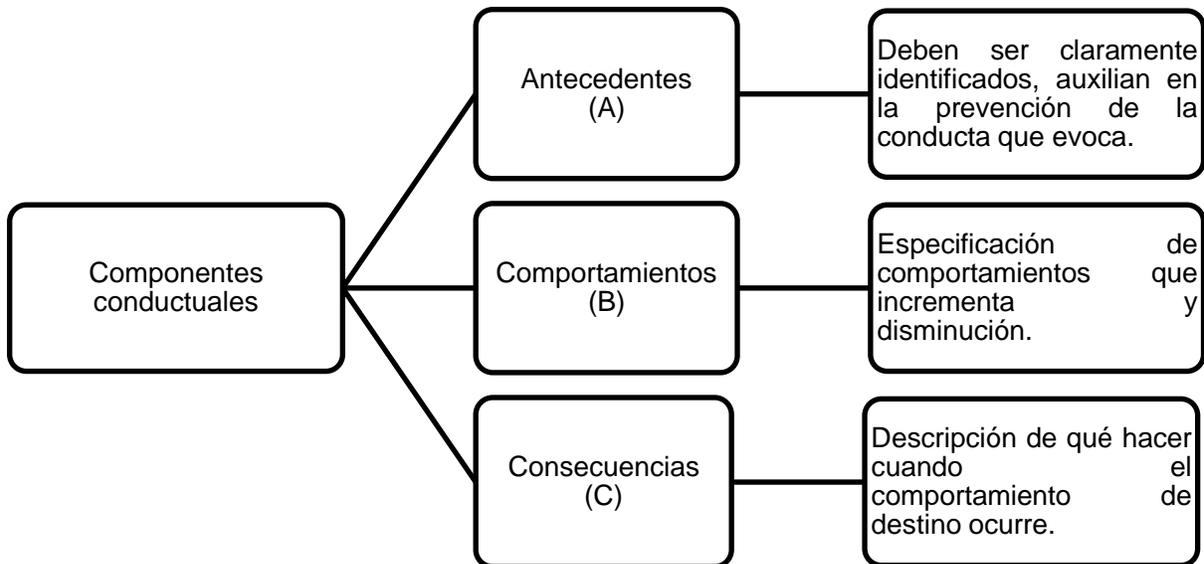
Fuente: Elaboración propia adaptada de Ángeles et al., 2012.

### 3.3.3. Evaluación funcional

Cuxart (2019) explica que cuando se trata de la valoración de trastornos funcionales como el autismo, lo primordial es contemplar 1. La evaluación funcional y 2. El análisis funcional, la primera etapa se encarga primordialmente de recoger la máxima información sobre conductas problema, mientras que en la segunda se abordan las posibles variables que hacen que la conducta problema se siga perpetuando. Así mismo menciona (véase figura 8) los principales componentes para un soporte conductual.

**Figura 8.**

*Componentes Conductuales para un soporte conductual.*



Fuente: Elaboración propia adaptado de Kazdin, 1996.

En la evaluación funcional se pueden encontrar métodos directos o descriptivos y métodos indirectos (Ángeles et al., 2012; Kazdin, 1996), dentro de los métodos de evaluación directa se encuentran:

1. Observación directa: Funciona como complemento de la entrevista conductual, permite la observación directa de la conducta problema, aporta información detallada de los comportamientos además de que puede ser efectuada por evaluadores entrenados, personas circundantes al paciente, o por el mismo paciente, se realiza en entornos naturales o estructurados, sin embargo, debe hacerse tomando en

consideración la situación o problema particular del paciente, ya que tiene mejor desempeño en un ambiente natural cuando se trata de comportamientos de frecuencia, o de fácil identificación, de otro modo, en espacios estructurados se pueden modular y controlar con mayor eficacia las contingencias evocadoras de conductas que envuelven al paciente.

2. Registro Continuo ABC es un registro que tiene por objetivo grabar la ocurrencia de una conducta blanco y/o meta, así como los eventos que se desencadenan alrededor de ella, por tanto, es un registro en un ambiente natural
3. Registro Narrativo ABC o Análisis secuencial A-B-C narrativos descriptivos es un método que permite recabar información únicamente cuando la conducta blanco se está presentando y está siendo observada la grabación es abierta-cerrada.
4. Gráfica de Dispersión o Distribuido o Análisis de Patrón es la realización del registro de información únicamente cuando la conducta blanco se está presentando un mayor número de veces, es decir, más a menudo comparado con otros momentos particulares, analiza las distribuciones de conducta de manera temporal, así como los eventos que se desencadenan en ese momento.

Los métodos de evaluación indirecta son:

1. Entrevista Conductual: Tiene por objetivo la especificación de conductas blanco/objetivo prosiguiendo con la identificación de los métodos de evaluación, se necesita el consentimiento del entrevistado y en esta conlleva una explicación inicial del porque se está realizando la entrevista, para la realización de una historia clínica, con ello se inicia el análisis funcional, subsecuente a ello se pretende incrementar la motivación del paciente visualizando sus recursos y fortalezas, finalizando en la evaluación de las intervenciones con motivo de analizar su efecto proponiendo un resumen y una retroalimentación (Ángeles et al., 2012; Figuero, 2000), es importante mencionar que entre sus principales funciones es visualizar de manera específica la afectación o generalización del problema de manera holística, obteniendo la mayor cantidad de información posible.
2. Los cuestionarios y encuestas son frecuentemente utilizados en ámbitos de investigación permitiendo obtener información de manera rápida y eficaz (Anguita et

al., 2003), se realizan con el objetivo de describir la conducta, los eventos en los que aparece y las posibles funciones que tiene (Kazdin, 1996).

3. Escalas de valoración/calificación como:

- a) Inventarios.
- b) Check List (Lista de cotejo, o comprobación).
- c) Tipos de encuestas: FAST, MAS, MARS, QABF, PQB se puede observar la descripción en la Tabla 8.

**Tabla 8.**

*Tipos de encuestas de evaluación indirecta.*

<b>Encuesta</b>	<b>Descripción</b>
FAST/Herramienta de Evaluación de Análisis Funcional	También llamada <i>Functional Analysis Screening Tool</i> es una escala que tiene por objetivo identificar problemas de conducta. Es utilizado como apoyo en la aplicación de un análisis funcional exhaustivo y se aplica a individuos que estén relacionados con el cliente (Iwata et al., 2020).
MAS/ Escala de Evaluación de la Motivación	<i>Motivation Analysis Scale</i> , es un cuestionario que tiene por objetivo identificar la fuente de la conducta auto lesiva de un individuo (Zarcone et al., 1991).
MARS/Escala de Análisis de Motivación Valoración	<i>Motivation Analysis Rating Scale</i> , es una escala de motivación que valora las funciones de la conducta problema en personas con alguna deficiencia o discapacidad del desarrollo. Contiene 16 ítems divididos en 4 subescalas que representan una función de conducta: atención, escape, sensorial y tangible. Cada ítem tiene 6 opciones de respuesta (nunca, casi nunca, pocas veces, la mitad del tiempo, generalmente, casi siempre y siempre (Ray-Subramanian, 2013).
QABF/Preguntas acerca de la función del comportamiento	<i>Questionnaire About Behavioral Function</i> es un instrumento psicológico que ayuda en el proceso de la evaluación funcional. Son preguntas sobre la función conductual. Consta de 25 ítems con 5 ítems divididos en factores de: atención, escape, no social, físico y tangible. Los ítems se puntúan en dos dimensiones ocurre/ no ocurre, y en gravedad rara vez/algo/con frecuencia. El tiempo estimado de realización es de aproximadamente 20 minutos (Matson et al., 2012).

Encuesta	Descripción
PQB/Cuestionario de comportamientos problemáticos	<i>Problem Questionnaire Behavior</i> es un cuestionario que evalúa las creencias disfuncionales de la personalidad, rasgos vinculados a trastornos patológicos de la personalidad como el antisocial, narcisista, histriónico, límite, dependiente, evitativo, obsesivo compulsivo, pasivo-agresivo, paranoide y esquizoide (Daguerre et al., 2015).

Fuente: Elaboración propia adaptado de Daguerre et al., 2015; Iwata et al., 2020; Matson et al., 2012; Ray-Subramanian, 2013; Zarccone et al., 1991.

### 3.3.4. Análisis Funcional

Kazdin en 1996 comenta que el Análisis Funcional de Conducta (AFC) proviene del conductismo radical, a consecuencia de que se centra en conductas objetivas y observables, más que en fenómenos de índole afectiva (sentimientos) o cogniciones (pensamientos), entre las características que menciona: enfoque en comportamientos abiertos, se dirige a conductas con simbolismo social o clínico, explora y tiene por objetivo intervenir en una conducta blanco que influye en la cotidianidad de un sujeto, se centra en los comportamientos de uno o pocos sujetos, la conducta que se tiene que evaluar se hace a través de la observación directa de la misma así como un conteo de frecuencia de respuestas, la evaluación conlleva lapsos en el tiempo que pueden ser horas, días o semanas, emplea instrumentos de utilidad como el ambiente y eventos observables como recurso en la intervención, evalúa y manifiesta eventos claramente. Llamado Análisis Conductual Aplicado en sus orígenes por Baer, Wolf y Risley como se citó en Ayala, 1991.

Se requieren de cuatro condiciones

1. Control (juego) o también conocido como Condición Juego, surge cuando los problemas de conducta emergen de una situación no estructurada porque el reforzador se encuentra disponible y no hay demandas a la persona.
2. Prueba (atención contingente) o también conocido como Condición de Desaprobación Social, consiste en brindar atención inmediata a la conducta, de manera que funge como reforzador, posteriormente se retira privándolo de la atención.

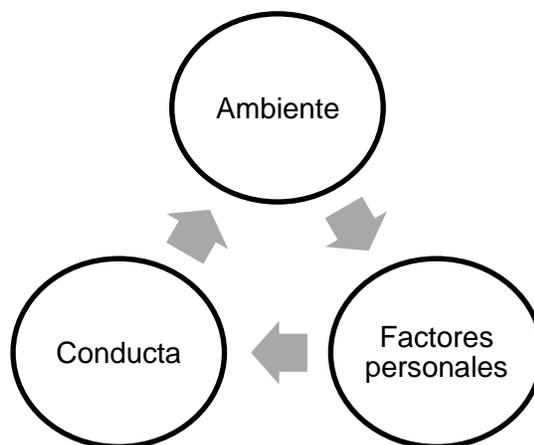
3. Prueba (Escape contingente) o también conocido Condición Demanda Académica, en este caso se le da “algo” a la persona que quiera, sin embargo, se le da repetidas veces, de manera que quede en estado de saciedad por una tarea aversiva.
4. Prueba (Solo, en solitario), consiste en un refuerzo automático, la persona es aislada de demandas o interacción social, si la conducta blanco ocurre sin ninguna consecuencia es dada, si ésta ocurre sin consecuencias sociales, el reforzamiento automático es reforzador mantenido.

### 3.3.5. Teoría del aprendizaje

También conocida por otros nombres como Teoría Cognitiva Social y Teoría del Aprendizaje Social, su principal autor es Albert Bandura, con sus raíces en el conductismo la teoría se desenvuelve en la base de que el ser humano aprende por observación de modelos, por ello también se le reconoce como aprendizaje vicario (Sierra, 2019; Zambrano 2019), existen tres factores básicos en este proceso, se visualizan a continuación en la figura 9.

#### Figura 9.

*Elementos de la Teoría Cognitiva Social.*



Fuente: Adaptada de Sierra, 2019.

La teoría del aprendizaje social originada en 1977 se diferencia del conductismo a medida que incluye 1. Los procesos de mediación y 2. La conducta como aprendizaje del medio que rodea al sujeto y éste aprende por observación. Por lo tanto, explica que el sujeto aprende imitando a personas o modelos con los cuales se percibe semejante, además incluye los procesos de medición que Bandura determinó; atención, retención, reproducción y motivación, ya que en esta teoría el sujeto es un “procesador activo” en su medio, que valora la conexión entre su comportamiento y sus consecuencias (Guerri, 2016).

### **3.4 Intervenciones realizadas a niños con Autismo.**

Zalaquett et al., (2015) mencionan que la intervención temprana tiene la función de potencializar el desarrollo en infantes que tienen diferentes capacidades o que están sumergidos en contextos en los que su desarrollo infantil puede verse vulnerable, por lo tanto, las intervenciones son el conglomerado de actividades que apoyan dicho desarrollo, disminuyendo que éste sea tan vulnerable a su contexto.

En la actualidad es posible ayudar y apoyar a las personas con TEA desde diversos medios, uno de ellos ha sido mediante la intervención conductual que como Schreibman, y Ingersoll (2005) dijeron, es una intervención que da resultados muy efectivos, además de mejorar la calidad de vida tanto de la persona que tiene autismo como de las personas que le rodean (véase tabla 9).

De acuerdo con la literatura, se ha expuesto que las intervenciones con mayor eficacia en niños con autismo son las relacionadas al análisis conductual aplicado (ABA), este engloba diversas formas de aplicación, permitiendo además realizar intervenciones en el ambiente natural del infante (López, 2015). Se puede observar en las intervenciones revisadas anteriormente que, aunque existen diferencias sustanciales en el método, modelos, tiempo, conductas blanco y entorno, todas tuvieron un efecto positivo en el comportamiento promoviendo la mejora de habilidades para la vida diaria de los niños.

**Tabla 9.**  
*Intervenciones conductuales en niños con autismo.*

Autores	Objetivos	Método	Conclusión
Gil et al., (2017)	Intervención realizada en el desarrollo de 4 repertorios conductuales básicos: comer por sí solos, controlar esfínteres y desplazarse de manera independiente por la escuela, así como participar en actividades escolares.	Se realizó la intervención con el apoyo de la profesora del grupo, la madre, la abuela y la psicóloga del centro escolar. Se hizo dicha intervención bajo el enfoque de modificación de conducta, y técnicas del Análisis Funcional Aplicado. Tuvo una duración de 8 meses.	El artículo solo menciona resultados de dos repertorios conductuales que son: Aprender a comer, y control de esfínteres. Mencionan haber cumplido con los principios básicos de atención a niños con autismo, que está relacionado a una atención individualizada promoviendo mejores habilidades para la vida adulta de los niños con TEA.
Eldevik et al., (2012)	Evaluar los resultados para 31 niños con autismo de entre 2-6 años que recibieron intervención conductual en entornos preescolares convencionales y un grupo de comparación de 12 niños que recibieron tratamiento de costumbre.	Todos los niños recibieron intervención a través de un centro "x" y que cumplieran con los criterios necesarios. Se aplicó una Intervención Conductual Intensiva Temprana (BEI) por diversos especialistas. Se comenzó con el establecimiento de tareas básicas, posteriormente se siguió con habilidades más complejas, culminando en trabajar conceptos abstractos. Todos los procedimientos basados en técnicas documentadas de condicionamiento operante.	Después de 2 años los niños que recibieron intervención conductual tuvieron puntajes de CI más altos y puntajes compuestos de comportamiento adaptativo. Mostrando resultados positivos en datos individuales
Ben-Itzhak y Zachor (2007)	Evaluar la relación entre variables previas a la intervención (cognición, socialización y comunicación)	Veinticinco niños con autismo (20-32 meses) se inscribieron en una intervención conductual intensiva. Se dividieron en grupos según su puntaje de CI y la gravedad de su	Hubo un progreso significativo en los seis dominios de comportamiento del desarrollo después de un año de intervención. Los niños con niveles cognitivos iniciales más

Autores	Objetivos	Método	Conclusión
Dawson et al., (2010).	<p>con el resultado en niños pequeños con autismo</p> <p>Llevar a cabo un ensayo aleatorizado y controlado para evaluar la eficacia del Modelo de Denver Early Start (ESDM), una intervención integral del comportamiento del desarrollo, para mejorar los resultados de niños pequeños diagnosticados con TEA.</p>	<p>interacción social y déficit de comunicación (según los puntajes de observación del ADOS). Se evaluaron seis dominios de comportamiento de desarrollo.</p> <p>Cuarenta y ocho niños diagnosticados con TEA entre 18 y 30 meses de edad fueron asignados aleatoriamente a 1 de 2 grupos: (1) Intervención ESDM, que se basa en principios analíticos conductuales y de desarrollo aplicados e entregados por terapeutas capacitados y padres para 2 años; o (2) referencia a proveedores de la comunidad para intervención comúnmente disponible en la comunidad.</p>	<p>altos y los niños con menos déficit medidos de interacción social temprana mostraron mejor adquisición de habilidades en tres áreas de desarrollo. Ambos grupos mostraron progreso en habilidades de lenguaje receptivo.</p> <p>En comparación con los niños que recibieron intervención comunitaria, los niños que recibieron ESDM mostraron mejoras significativas en el coeficiente intelectual, el comportamiento adaptativo y el diagnóstico de autismo. Dos años después hubo una mejora en los niños con ESDM, mantuvieron su tasa de crecimiento en el comportamiento adaptativo en comparación con una muestra normativa de niños de desarrollo típico. Los niños que recibieron el ESDM además tuvieron más probabilidades de experimentar un cambio en el diagnóstico de autismo a TGD, no especificado de otra manera que el grupo de comparación.</p>

Fuente: Elaboración propia adaptada de Ben-Itzhak y Zachor, 2007; Dawson et al., 2010; Eldevik et al., 2012; Gil et al., 2017.

## MÉTODO GENERAL

### Justificación

A nivel mundial, uno de cada 160 niños tiene Trastorno del Espectro Autista (TEA), en México tan solo el 1% es decir, 400, 000 niños tienen autismo, lo que lo hace un problema de salud pública, de acuerdo con cifras obtenidas del Gobierno del Estado de México y la Secretaría de Salud (2017) y Lampert (2018). El director de la Asociación Atrea Autismo en Hidalgo expresó que existen cerca de nueve mil casos vigentes (Molina, 2019). Es un trastorno del neurodesarrollo multicausal que afecta principalmente la interacción social, comunicación, comportamientos, intereses y actividades (Cadaveira & Waisburg, 2015). A consecuencia de ser un espectro del desarrollo existe déficit en la evaluación y diagnóstico oportuno, impidiendo a su vez una intervención temprana (García et al., 2018). El autismo es un síndrome que recae tanto en el paciente como en sus familias. Martínez-Martín y Bilbao-León (2008) explican que las familias de hijos con autismo presentan mayores niveles de estrés crónico que otras familias con hijos neuro diversos. Dentro de los objetivos que tiene la Psicología de la Salud se encuentra el identificar los procesos psicológicos que pueden generar un mayor estado de bienestar físico en los individuos. Por lo tanto, la aplicación de estrategias de intervención en pro a la salud del cuidador tiene una estrecha relación en el óptimo desarrollo de un niño con autismo, promoviendo la salud, previendo comorbilidad y mejorando la calidad de vida en ambos sujetos.

En un estudio generado por Seguí y colaboradores (2008) se puede observar que el 72.5% de cuidadores de niños con autismo sufren de una carga intensa, lo que les genera un malestar psicológico, además de considerarse en riesgo a sufrir enfermedades como depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Las investigaciones relacionadas a cuidadores se enfocan generalmente en la medición de los niveles de estrés o evaluación de las consecuencias de ser los principales a cargo del niño con autismo, no obstante, se necesitan de investigaciones centradas en las consecuencias en sí mismas de dicho estrés (Robledillo et al., 2012).

Por tanto, hacen falta intervenciones enfocadas en mejorar el bienestar psicológico del cuidador del niño con autismo, no solo en la medición de sus procesos psicológicos. El generar intervenciones individualizadas a las necesidades de los cuidadores y de los niños con este trastorno optimiza potencialmente una mejoría en la calidad de vida de ambos, así

como la prevención de futuros problemas como lo pueden ser el estrés crónico; el desmitificar al trastorno en sí mismo y enseñar con conocimientos sólidos de lo que realmente conlleva puede brindar mejores oportunidades de reaccionar ante él, porque si no se conoce, y solo no se posee la información a medias, es como caminar sobre un campo minado, no obstante con las estrategias conductuales y de psicoeducación adecuadas se le brinda al cuidador una gran variedad de herramientas que podrá utilizar en el presente y en el futuro, el enseñar a un cuidador y a un padre a ser más consciente sobre sus propias emociones promueve una mayor apertura a nuevas prácticas de crianza.

Es importante llevar a cabo estas intervenciones porque así ya no habría tantos cuidadores desgastados o en un estado de incompreensión que pudiera sentirse en primer momento como infinito. Aplicar intervenciones con esta mirada, permite tener a un cuidador mayormente informado y educado con distintas estrategias sólidas mejore el manejo de afrontamiento al trastorno, el autocuidado de sí mismo y las habilidades de crianza con su hijo. Enfocar el trabajo con los que padecen el trastorno, es importante por sí mismo, sin embargo, también lo es el cuidador; al mejorar la visión del padre sobre la situación lo convierte a su vez en un facilitador del desarrollo del niño, en un potencializador más que una limitante para ambos.

### Objetivo general

- Desarrollar una propuesta de intervención conductual online para la cuidadora de un infante con autismo.

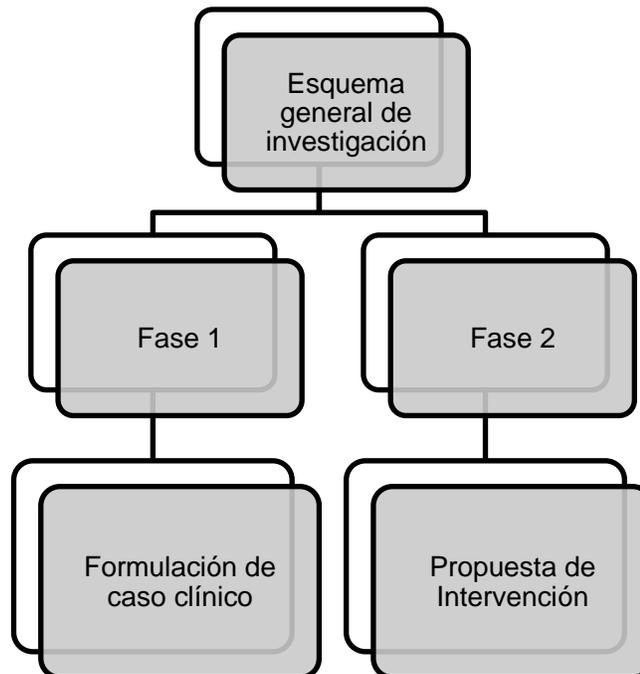
### Objetivos específicos

- Desarrollar la Formulación de un caso clínico para identificar las metas instrumentales del tratamiento de una cuidadora de un infante con autismo.
- Desarrollar una propuesta de intervención apoyada en criterios teórico-metodológicos basados en la formulación de caso y evidencia.

Para lograr esto la presente investigación se encuentra dividida en dos fases como se puede observar en la Figura 10.

### Figura 10.

*Esquema de Investigación general.*



## **MÉTODO FASE 1**

### **Pregunta de Investigación**

- ¿Cuáles son las variables distantes, antecedentes, organísmicas, de respuesta y consecuencias en la formulación de caso de un infante con autismo y su cuidadora?

### **Objetivo General**

- Utilizar la formulación de caso clínico basado en el enfoque de resolución de problemas para identificar a través del análisis funcional las variables que mantienen la conducta de un infante con autismo y su cuidadora.

### **Objetivos Específicos**

- Desarrollar la formulación de caso clínico con un infante con autismo

### **Tipo de Estudio**

- Descriptivo.

### **Tipo de Diseño**

- No experimental, transversal.

### **Participantes**

- Masculino de 5 años, originario del Estado de Hidalgo.
- Fémica de 27 años, originaria del Estado de Hidalgo.

### **Tipo de muestreo**

- No probabilístico, por conveniencia.

**Tabla 10.**

*Criterios de inclusión, exclusión y eliminación de los participantes.*

<b>Participante</b>	<b>Criterios de Inclusión</b>	<b>Criterios de exclusión</b>	<b>Criterios de eliminación</b>
Infante	-Ser un infante -Tener autismo -Contar con un consentimiento informado de los padres o tutor	Presentar algún trastorno que no sea autismo.	Tener algún padecimiento médico que no permita la evaluación.
Cuidadora	-Ser una cuidadora primaria de un infante con autismo. -Tener conocimientos básicos en el uso de TIC's	No ser cuidador de un infante con autismo.	No contestar a las entrevistas/instrumentos correspondientes a la investigación.

Fuente: Elaboración propia

### **Instrumentos**

1. Escala de Calificación de Gilliam sobre Autismo, GARS-2S, el autor es James Gilliam, tiene como objetivo identificar la probabilidad de Autismo con un rango de edad de los tres a los veintidós años, se basa en de la definición de la Sociedad de Autismo de América (1994) y los criterios diagnósticos del DSM-IV, además proporciona una evaluación multidimensional del TEA abarcando áreas de: interacción social, comunicación conductas estereotipadas, es una prueba susceptible a cambios en el tiempo y puede ser utilizada tanto como para evaluar progreso como para identificar problemáticas en las áreas que no muestre mejoría, es individual, heteroaplicada, y utiliza técnica de observación. Es una prueba que consta de 42 reactivos divididos en tres subescalas que describen conductas específicas, observables y medibles, cada escala contiene 14 reactivos, aunado a lo anterior proporciona una entrevista para padres de acuerdo con el desarrollo de sus hijos durante los primeros tres años de vida. Se aplica aproximadamente de 5 a 10 minutos, proporciona puntuaciones estándar y percentiles. Se evalúa con la frecuencia de las conductas del

individuo evaluado, cada cuando presenta el comportamiento según los siguientes lineamientos: (0 puntos) o nunca observada, (1 punto) rara vez observada, (2 puntos) algunas veces observada y (3 puntos) frecuentemente observada. La puntuación bruta se obtiene sumando los valores que resultan de los reactivos circulados, se convierten en puntuaciones estándar y percentiles utilizando una tabla de conversión. Posteriormente se obtiene un Índice de Autismo convirtiendo los datos estándar y percentiles con otra tabla de conversión (Gilliam, 1995).

2. Entrevista Clínica Infantil, realizada de manera específica para esta investigación, tiene por objetivo la recolección de datos para historial clínico, además de reconocimiento y análisis de comportamientos vinculados al autismo, está compuesta de diversas áreas de evaluación: *Datos familiares* (7 preguntas cerradas), *antecedentes familiares de enfermedades* (13 preguntas cerradas y 3 abiertas), datos sociodemográficos (49 preguntas cerradas y 2 abiertas), *historia pre-perinatal* (14 preguntas abiertas), *alimentación* (4 preguntas cerradas y 10 abiertas) , *desarrollo motor* (1 pregunta cerrada y 12 abiertas), *lenguaje* (5 preguntas abiertas), *antecedentes generales de la salud del niño* (17 preguntas cerradas y 1 abierta), *medicamentos actuales o pasados* (10 preguntas cerradas y 1 pregunta abierta), *educación esfinteriana-hábitos higiénicos* (6 ítems abiertos), *sueño* (5 ítems abiertos, y 2 cerrados), *área sexual* (7 preguntas abiertas), *escolaridad* (18 preguntas abiertas) , juegos (5 preguntas abiertas), *sociabilidad* (4 preguntas abiertas), *relaciones afectivas* (9 preguntas abiertas y 1 cerrada), *métodos de corrección de comportamientos y frecuencia de conductas* (5 preguntas abiertas y 15 cerradas), *relaciones familiares-premisas educativas* (12 preguntas abiertas), descripción de un día normal del niño y descripción de un día normal de fin de semana.
3. Entrevista al docente, realizada de manera específica para esta investigación, está compuesta de 18 preguntas abiertas que tienen por objetivo identificar comportamientos del participante durante su estancia en la escuela, por otra parte, incluye 8 preguntas con respuestas dicotómicas (no lo necesito en absoluto y es una necesidad importante y urgente) dirigidas a identificar las necesidades particulares del docente con el participante. Además se adaptaron

algunos ítems de apoyo para el diagnóstico de Autismo con la versión del DSM-V (Morrison & Flegel, 2018), este apartado consta de 24 ítems de identificación de frecuencia de comportamientos (0=nunca o rara vez, 1=en ocasiones, 2=a menudo, y 3=con mucha frecuencia).

## **Procedimiento**

Se realizó el primer contacto con la cuidadora, se explicaron los beneficios de una evaluación y propuesta de tratamiento personalizada, una vez aprobado el consentimiento informado, se dio inicio a la evaluación inicial, primeramente, con una entrevista profunda a la madre acerca del infante y su relación con él, posteriormente se realizó una segunda entrevista con la docente a cargo del infante, para corroborar información y ampliar la información del caso, de manera conjunta se aplicó una escala de observación en el infante en su entorno escolar (GARS-2S) y posteriormente se realizó la formulación de caso.

## **Formulación de resultados propuesto**

El análisis utilizado en esta fase corresponde al modelo de resolución de problemas, mismo que comprende una descripción de diversos factores que abarcan el origen y el mantenimiento de un problema, además de implementar un conjunto de objetivos de tratamiento. Se representa de manera pictográfica e integra variables distantes, antecedentes, organísmicas, de respuesta y consecuencias. Incluye un MCP (Mapa Clínico de Patogénesis) lo cual abarca la historia del problema a la fecha en que se realiza, un MCF (Mapa Clínico de Fortalezas) integrando las fortalezas del paciente considerando las mismas variables que el MCP. Y por último un MAP (Mapa de Alcance de metas) que implementa la propuesta de tratamiento (Nezu et al., 2004).

## **Implicaciones éticas**

Según lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, título segundo, capítulo I, artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores el objetivo de la investigación y la importancia de

su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

## RESULTADOS FASE 1

### FORMULACIÓN DE CASO CLÍNICO

A continuación, se presentan los resultados del caso único, incluye la identificación del paciente, motivo de consulta e historia del problema. Incluye además los resultados de los instrumentos de evaluación aplicados; Entrevista clínica-infantil, Escala calificación de Autismo de Gilliam GARS-2S, y Entrevista al docente.

#### **Identificación del paciente**

Masculino de 5 años llamado EDG, estudiante de tercer grado de educación preescolar, asiste a una escuela pública en Pachuca de Soto, Hidalgo, asiste en el turno matutino, originario del Estado de Hidalgo, Pachuca, donde actualmente radica. Nivel sociocultural medio.

#### **Motivo de consulta**

Al preguntarle por alguna preocupación específica la madre que en lo subsecuente se llamará BG respondió que le preocupaba que el infante no hable actualmente, y que no interactúe con sus iguales. Recientemente comenzó con evaluaciones para diagnosticar el desarrollo de su hijo.

#### **Historia del problema**

EDG es hijo único. Su madre lo tuvo a la edad de 21 años. Su madre cursa la licenciatura en nutrición, encontrándose en su tercer cuatrimestre, recientemente contrajo nupcias por segunda ocasión, por lo que es actualmente ama de casa, sin embargo, anterior a ello ella trabajaba en un Oxxo como cajera, por lo que pasaba poco tiempo con su hijo y por lo cual también lo cuidaban sus abuelos. Su padre biológico "PDM" se dedica a la albañilería, cuenta con educación secundaria y tiene una hija con otra pareja además de EDG, él dejó de visitar al paciente cuando tenía aproximadamente dos años. El esposo actual de BG se llama "JCR" su último grado de estudios culminado es el Doctorado, ha tenido dos matrimonios, y tiene dos hijos uno varón de 27 años llamado C. y una fémina llamada Y. de 32 años.

Durante el proceso de gestación se mencionó un intento de aborto al primer mes, la madre sentía un dolor porque el feto estaba muy abajo, posteriormente al momento del nacimiento el paciente tenía enrollado el cordón umbilical en el cuello y su corazón no latía de manera normal, por tanto, nació por cesárea. Pesó 3 kg con 800 g y tenía la altura de 47 centímetros. Posteriormente no hubo complicaciones, no tuvo problemas al respirar, ni se le administró oxígeno, no hubo ictericia ni transfusiones de sangre.

Hubo lactancia materna hasta los 3 años, no quería dejarlo y no bebía de la mamila, las reacciones de la madre frente al amamantamiento eran de desagrado, porque al principio ella comenta que sangraba. No usó chupetón, ni se succionaba el pulgar, no hubo resentimiento de destete, sin embargo, en la actualidad tiene la costumbre de agarrarle los senos a su madre y a su abuela materna. No hubo preferencias ni dificultades alimenticias, ni castigos por no comer durante su desarrollo.

A los 8 meses se comenzó a sentar sin apoyo, no llegó a gatear, y al 1 año con 3 meses se puso de pie por sí solo, camino hasta los 2 años. La persona responsable por estos aprendizajes fue su madre, tiene estereotipias de mecerse hasta sudar, en cuanto a su motricidad fina puede armar rompecabezas, le gusta recortar. En cuanto a su motricidad gruesa, corre y brinca, sin embargo, se menciona que se tambalea un poco al caminar y se tropieza, por tanto, EDG se percibe con piernas débiles. No llegó a pronunciar ninguna palabra, solo balbuceaba a los 7-8 meses, repite sonidos, a veces ladra como perro o aúlla, se menciona que más pequeño, mostraba intención de querer pronunciar alguna palabra sin embargo solo miraba a los ojos y no hablaba. Actualmente no habla y solo repite sonidos.

Se hizo mención que el paciente ha tenido los siguientes padecimientos: llora con frecuencia, hay presencia de irritabilidad, se muestra ansioso o preocupado frecuentemente, muestra problemas de audición y visión, ha mostrado cambios de apetito, hiperactividad e impulsividad, es melindroso con los alimentos, ronca o tiene dificultades para respirar dormido, moja la cama al menos dos veces al mes, muestra retraso en el lenguaje, no tiene amigos, tiene dificultad para terminar tareas o proyectos, no le gusta colorear, pintar ni escribir, muestra conductas agresivas en casa (berrinches), hay ausentismo escolar, uso excesivo de celular y televisión, se mece parado, hasta sudar de manera frecuente, se sabe que ha sido víctima de negligencia o maltrato físico escolar, y

actualmente hubo una reciente muerte de un miembro de su familia (bisabuelo materno) y existe retraimiento social. EDG es tratado con un medicamento homeopático, a la edad de 5 años 11 meses, consume una tapa al día y una en la noche, con motivo de reducción de berrinches.

Su escuela actual es pública, estudia el tercer grado de preescolar, su maestra principal se llama "An", no manejan rango de calificaciones, le dejan tarea diferente que, a la mayoría de sus compañeros, para que pueda realizarlas, en cuanto a sus problemas de disciplina hace berrinches, a veces se quiere salir de su aula y no hace los trabajos. No ha repetido grados, si tiene necesidades de educación especial, solo ha asistido a 1 escuela, no asistió a la guardería, y el ambiente escolar menciona su madre que es de no ponerle atención porque son muchos niños, en general le ponen juegos didácticos en su aula, la tutora espera que se le den más cosas o herramientas, y que él aprenda a su ritmo. Tiene visitas con una psicopedagoga, sin embargo, cuando se mantiene ausente por dos o tres meses antes de verlo. No tiene clases particulares de ningún tipo.

El grado en que le emociona conocer o relacionarse con otras personas es bajo, a veces se carcajea de la nada, no muestra sonrisa social, no tiene amigos. Generalmente cuando se tiene que corregir alguna conducta la madre le levanta la voz, y tiende a darle el celular o prender la televisión para distraer su atención, no hay mayores repercusiones.

### **Formulación de Caso Clínico**

A través de la entrevista se recolectó información necesaria para desarrollar el Familiograma del participante y conocer los principales antecedentes del problema (véase figura 11).

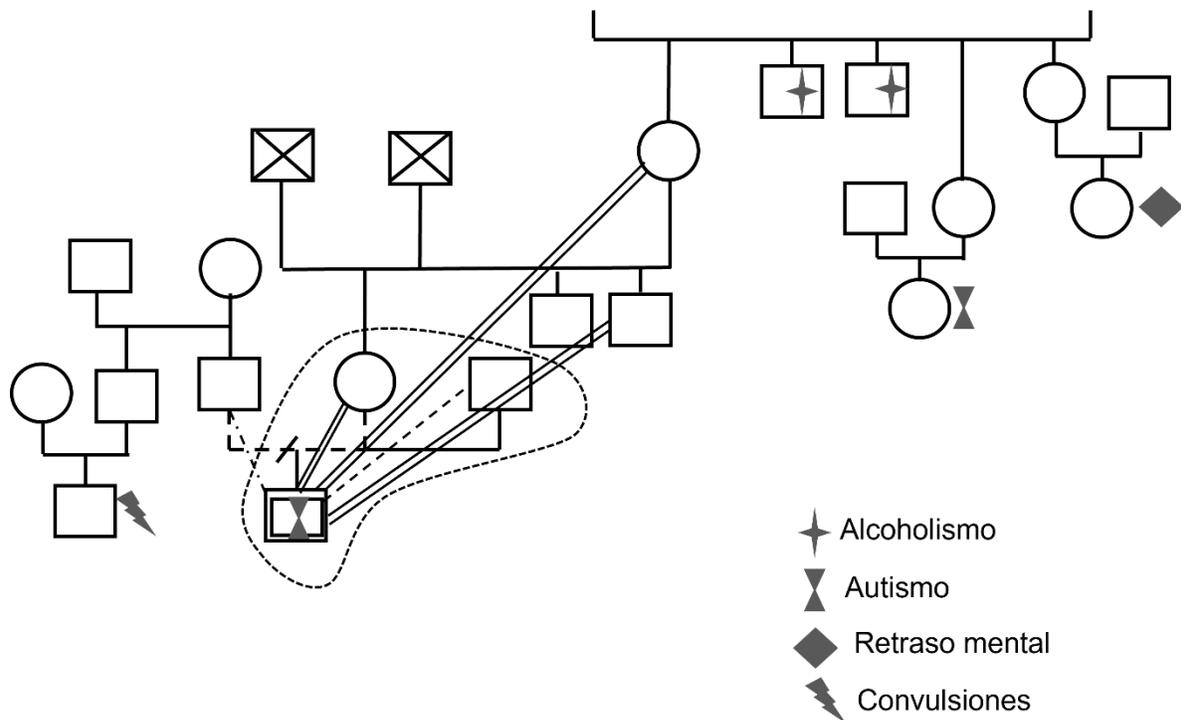
### **Familiograma**

Familia compuesta principalmente por BG madre, con edad de 27 años, padrastro, y EDG quienes viven actualmente juntos. Se puede observar que la interacción reciente entre JCR (esposo actual de BG) es distante ya que apenas se van conociendo. El paciente es cercano con su madre, su abuela materna MGGC además de su tío JC de 17 años. Los abuelos maternos del paciente tienen antecedentes de consumo de alcohol. Además, una de las

primas abuelas del paciente tiene autismo. En cuanto a trastornos del aprendizaje o dificultades intelectuales la tía-prima del EDG tiene diagnosticado un retraso mental, y se hizo mención de que la prima de la Sra. MG (abuela materna) tiene la “edad de una niña”, sospechando que hubo presencia de un golpe fuerte durante su proceso de gestación. Uno de los primos de EDG, sufría convulsiones, así como su tía abuela. Uno de sus tíos abuelos sufre de tics en los ojos, a su bisabuelo le temblaban las manos (cabe resaltar que el sr. tenía la enfermedad de Alzheimer).

**Figura 11.**

*Familiograma.*



Fuente: Elaboración propia.

Con el modelo de resolución de problemas cómo se aplicó en la formulación de caso, se elaboró el MCP. Con base en una evaluación del funcionamiento pasado y actual de E.D.G., como indica el MCP (véase figura 12), se observan varios factores de desarrollo (es decir variables distantes) que parecen relacionarse de forma etiológica de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association así como diversos autores (APA, 2013; Birch & Frederickson, 2018; Cadaveira y Waisburg,

2015) con su diagnóstico de TEA. Se trata de a) antecedentes familiares de alcoholismo, autismo, retraso mental y convulsiones; b) hubo presencia de riesgo de aborto natural durante el primer mes del embarazo; c) durante la gestación su corazón no latía de manera normal, según los médicos que atendieron a la madre; d) él bebe estaba posicionado muy debajo del vientre de la madre; e) de igual manera durante el embarazo tenía dos vueltas del cordón umbilical enredado en el cuello; f) abandono del padre biológico a los dos años de edad; g) separación de padres biológicos; h) fiebre intensa y calentura alta a los dos años de edad; y i) hubo lactancia hasta los tres años de edad.

Tales experiencias de desarrollo tempranas operaron para generar las siguientes vulnerabilidades orgánicas: a) irritabilidad; b) explosiones de mal humor; c) se muestra nervioso/ansioso; d) hiperactividad; e) impulsividad; f) berrinches; g) retraso de lenguaje; h) dolores de estómago recurrentes, i) déficit de coordinación motora; y j) tiene dificultades para respirar dormido.

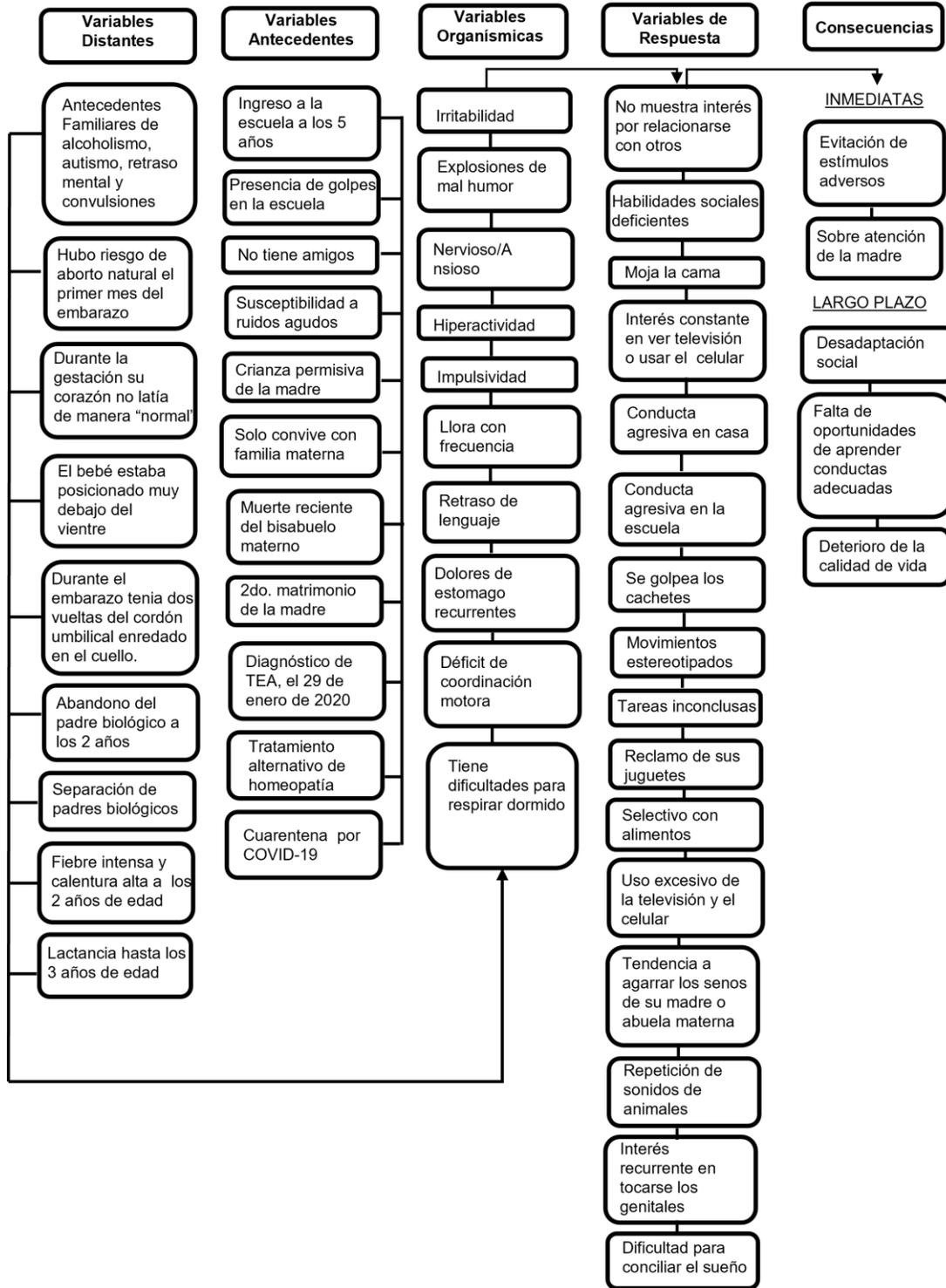
Cuando se presentaban mayormente estas variables, existieron ciertas situaciones que operaban como estímulos detonantes (variables antecedentes), como el ingreso a la escuela a la edad de 5 años, la presencia de golpes en el menor durante su estancia dicha escuela, ausencia de amistades, así como susceptibilidad a ruidos agudos, una crianza permisiva de la madre, su convivencia centrada en su familia materna, muerte reciente del abuelo materno, un segundo matrimonio de la madre, así como diagnóstico de autismo y un tratamiento alternativo de homeopatía. Cabe mencionar que a través de la pandemia ocasionada por el COVID-19, se presentó un estado de cuarentena a nivel nacional e internacional, en el cual el usuario también dejó de asistir a clases presenciales. Al final EDG manifestaba diversos comportamientos (variables de respuesta) como no mostrar interés por relacionarse con otras personas, aunque fuesen sus pares, mostró habilidades sociales deficientes así como jugar solo, mojar la cama, interés constante en ver televisión o usar el celular, mostrar conducta agresiva en casa y en la escuela, autoagresión, movimientos estereotipados, dejar tareas inconclusas, reclamar por sus juguetes, mostrarse selectivo a la hora de alimentarse, uso excesivo de aparatos electrónicos como la televisión y el celular, tendencia a agarrar los dedos de su madre o abuela materna, repetición de sonidos de animales o interés recurrente en tocarse los genitales y dificultad para conciliar el sueño.

Conforme avanza la evaluación, se reveló que desde el punto de vista funcional, los comportamientos mostrados por el cliente pueden verse acusados debido a que son sucesos reforzantes que terminan en la evitación de estímulos adversos y la sobre atención por parte de la figura materna (consecuencias inmediatas), por lo tanto el sujeto mantiene la evitación constante de los sucesos que le provocan confusión o disgusto como puede ser la convivencia con sus pares, o realizar actividades de su desagrado, de manera que se refuerza de manera negativa evitando dichos estímulos, que por otra parte opera en el mantenimiento de dichos comportamientos disfuncionales. Esto limita al sujeto en un estado de confort que en el transcurso del tiempo puede terminar en desadaptación social, falta de oportunidades de aprender conductas funcionales adecuadas y un deterioro en su calidad de vida (consecuencias a largo plazo). Por otra parte, tales consecuencias actúan para reforzar y mantener la relación causal que ya existía entre las diversas variables orgánicas y de respuesta lo que incrementa la probabilidad de que, sin intervención, el problema conductual de EDG persista en el futuro.

En la Figura 13, se presenta el Mapa Clínico de Patogénesis de la madre BG, en el cual también se presentan antecedentes familiares (variables distantes) de alcoholismo, retraso mental y convulsiones, el riesgo de aborto natural y problemas durante la gestación, además del abandono de su primer esposo. Esta serie de situaciones operaron como estímulos detonantes (variables antecedentes) la crianza permisiva y no disciplinaria de BG que se basa en instrucciones no precisas y sin establecimiento de límites, BG la convivencia centrada en su familia, fallecimiento de su padrastro, el diagnóstico de TEA de su hijo, su segundo matrimonio. Aunado a lo anterior se encuentra la cuarentena por COVID-19 el cual generó una convivencia de mayor tiempo con su hijo. Al final BG manifestó varios comportamientos (variables respuesta) como no tener pasatiempos propios, ni salir con amistades, no realizar actividades de autocuidado, no saber cómo poner límites ni cómo comunicarse con su hijo. Conforme avanzó la evaluación se reveló que de acuerdo al punto de vista funcional, los comportamientos de BG terminaran en mantener la inseguridad y sobre atención acerca de la crianza que tiene con su hijo y seguirá fallando en el establecimiento de límites y en cuanto a las consecuencias a largo plazo podría padecer estrés crónico y deterioro en su calidad de vida como menciona Estes (2013), y en otro estudio Martínez-Martín y Bilbao-León (2008), siendo estas los principales padecimientos de un cuidador.

**Figura 12.**

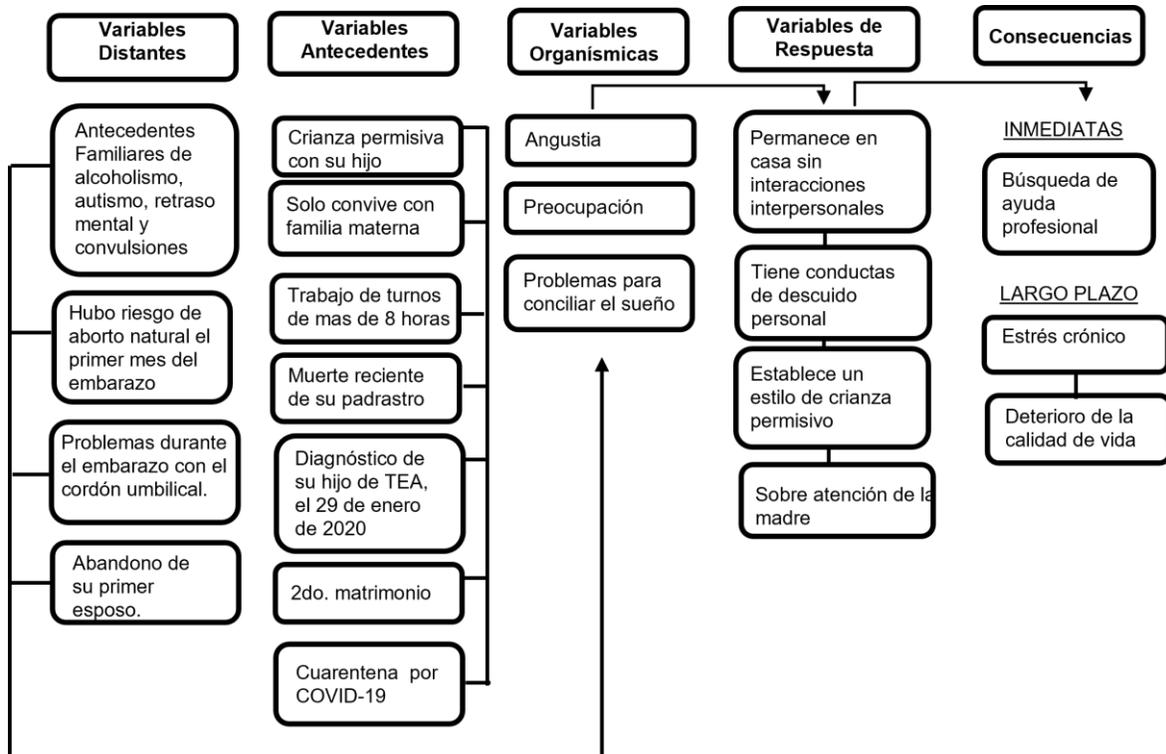
*Mapa Clínico de Patogénesis del caso único EDG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.*



Fuente: Elaboración propia

**Figura 13.**

*Mapa Clínico de Patogénesis caso único BG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.*

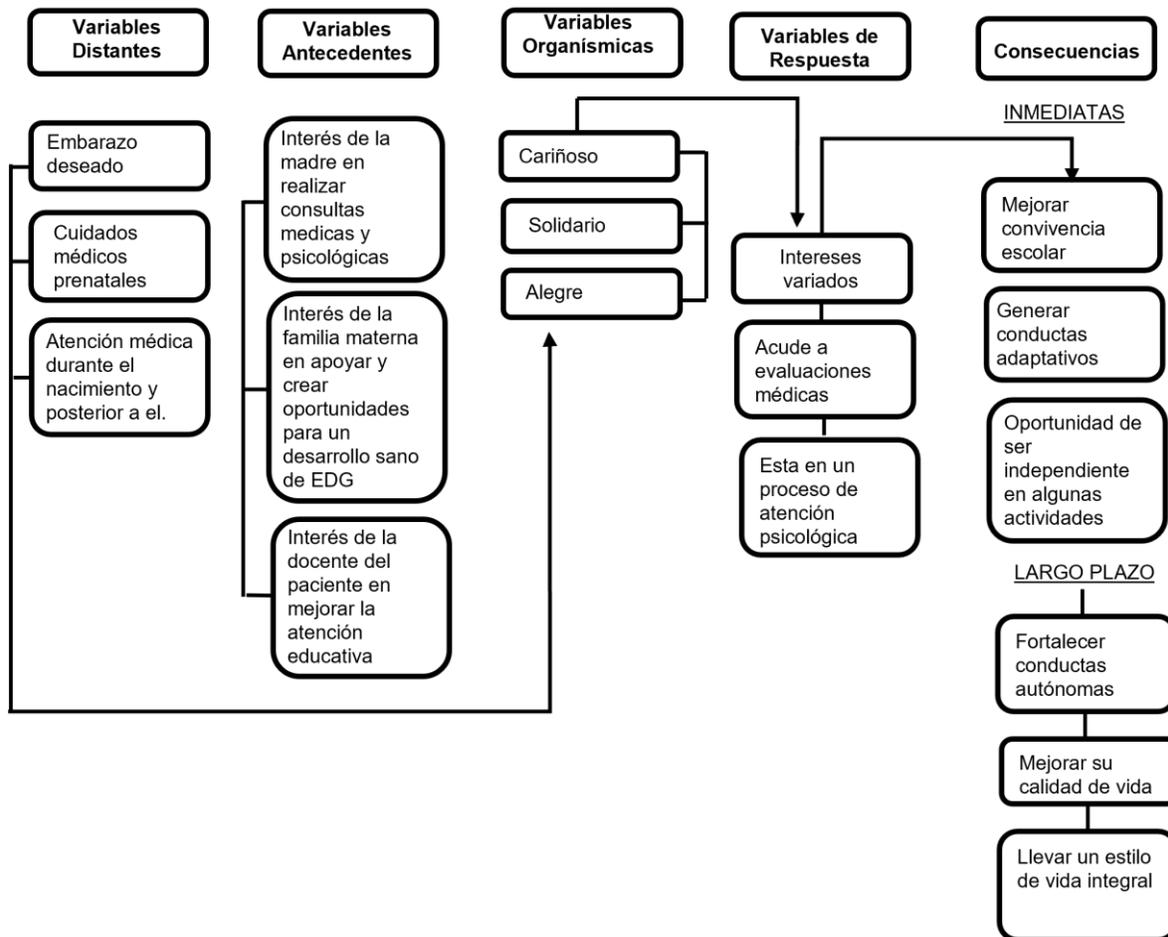


Fuente: Elaboración propia.

El Mapa Clínico de Fortalezas de EDG y BG se desarrolló a partir de variables similares al mapa de patogénesis (distantes, antecedentes, organísmicas, resultados y consecuencias a corto y largo plazo) sin embargo centrándose en los características, situaciones, eventos, etcétera, positivos que constituyen recursos que pueden mantenerse e incrementarse para mejorar el desarrollo y la calidad de vida del paciente y así estos tengan un papel fundamental para un desarrollo saludable (véase figura 14 y 15).

**Figura 14.**

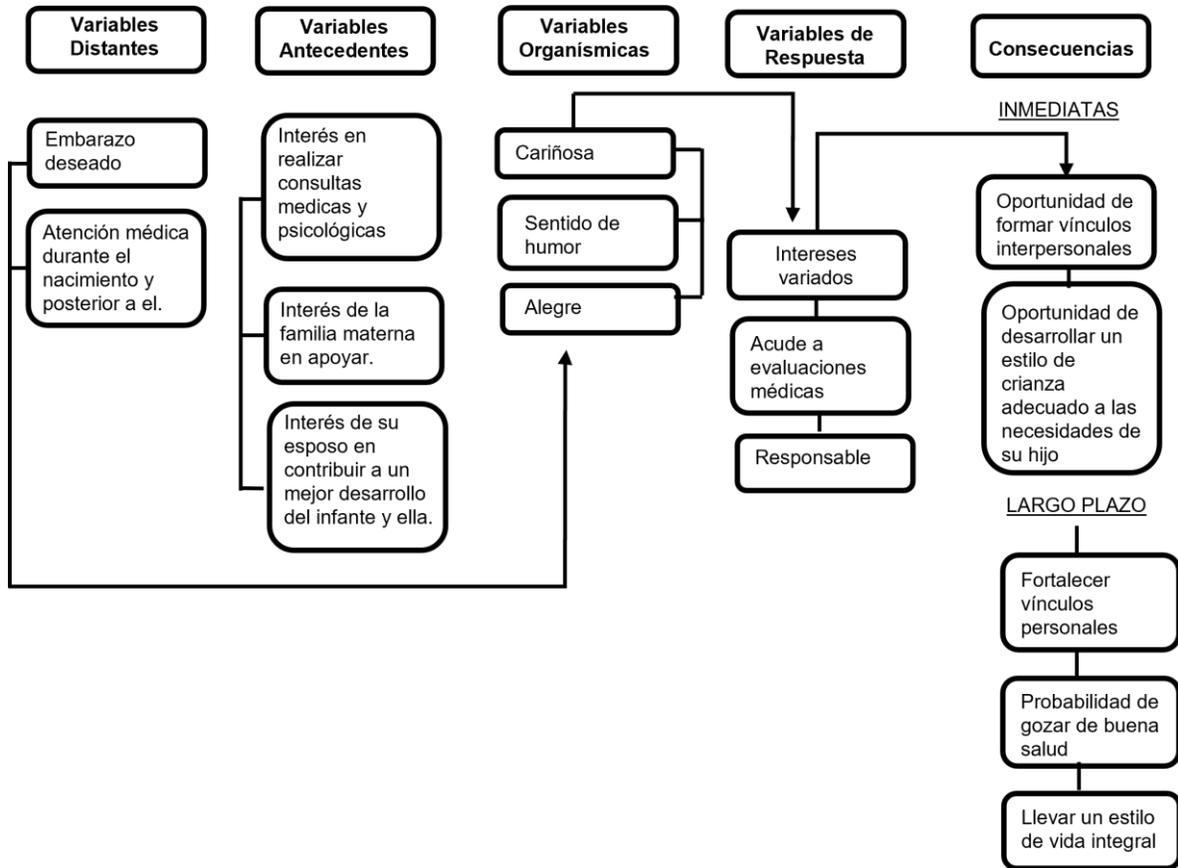
*Mapa Clínico de Fortalezas de caso único EDG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.*



Fuente: Elaboración propia

**Figura 15.**

*Mapa Clínico de Fortalezas de caso único BG (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación de caso.*



Fuente: Elaboración propia

### Resultados de Instrumento

Escala de Calificación de Gilliam sobre Autismo, GARS-2S.

EDG tiene 6 años, con 13 días de edad al momento de la evaluación, es un varón en tercer grado de preescolar, asiste a una escuela pública, y ha sido evaluado por la investigadora Andrea Vanessa Hernández Ruiz. Se evaluaron tres subescalas: 1. Conductas estereotipadas, 2. Comunicación y 3. Interacción social. A continuación, en la Tabla 11 se presenta el resumen de la puntuación:

**Tabla 11.**

*Puntuación obtenida en Escala de GARS-2S.*

<b>Subescala</b>	<b>Puntuación bruta</b>	<b>Puntuación estándar</b>	<b>Percentil</b>
Conductas estereotipadas	10	6	9
Comunicación	10	6	9
Interacción social	13	6	9
Suma de las puntuaciones		18	
Índice de autismo		<b>74</b>	4

Fuente: Elaboración propia adaptada de Gilliam, 1995.

La evaluación indicó que EDG presenta probabilidad de Autismo, obteniendo un puntaje de 74 de Índice de Autismo, lo cual da como resultado **PROBABLE**.

## MÉTODO FASE 2

### Pregunta de Investigación

- ¿Qué tanto las características de una propuesta de Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo cumple con los criterios teórico-metodológicos para su implementación de acuerdo con la validación por Jueces Expertos?

### Objetivo General

- Desarrollar y validar por jueces expertos una Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo que cumpla con los criterios teórico-metodológicos para su implementación.

### Objetivos específicos

1. Validar por jueces expertos la Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo.

### Tipo de Estudio

- Descriptivo

### Tipo de Diseño

- No experimental, transversal

### Variables

En la Tabla 12. Se observa la operación conceptual y operacional de las variables.

**Tabla 12.**

*Operacionalización de las variables.*

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>
Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo.	Conjunto de técnicas especializadas basadas en el desarrollo de nuevos comportamientos (Mulas, et al., 2010)	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Modelamiento, Entrenamiento en reforzadores, Emparejamiento de estímulos, Instigación, Encadenamiento, Entrenamiento en relajación).
Validez de expertos	Juicio o criterio informado que aportan personas cualificadas acerca de que un instrumento realmente mide la variable de interés (Sampieri et al., 2016)	Puntuación obtenida en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Conductual para padres o cuidadores de un infante con autismo.

Fuente: Elaboración propia adaptada de Mulas et al., 2010 y Sampieri et al., 2016.

### **Hipótesis de trabajo**

- H: El diseño de la Intervención Conductual Online para padres o cuidadores de un infante con autismo cumple con los criterios teórico-metodológicos y éticos necesarios para ser una intervención basada en evidencias.

### **Participantes**

- La muestra estuvo conformada por 10 expertos en la práctica clínica en el campo de la Psicología.

### **Tipo de muestreo**

- No probabilístico, por conveniencia.

### **Criterios de inclusión**

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos.

- Contar con práctica clínica en psicología.

### **Criterios de exclusión**

- Contar con menos de 1 año de práctica clínica en psicología.

### **Criterios de eliminación**

- No terminar de contestar el Cuestionario de Jueces Expertos.

### **Instrumentos**

*Cuestionario de Jueces Expertos ex profeso* para la validación de la Intervención Conductual OnLine para padres o cuidadores en el incremento de conductas adaptativas de un infante con autismo.

### **Procedimiento**

Se diseñó la carta descriptiva de la propuesta de intervención junto con los materiales a emplear. Se realizó un cuestionario para jueces expertos mediante Google Forms y se envió el enlace y una presentación donde se presenta la intervención para ser evaluada por jueces expertos. Se tomaron las evaluaciones de los jueces para determinar la validez de la intervención.

### **Análisis de datos propuesto**

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario de Jueces Expertos utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 22.

### **Implicaciones éticas**

Según lo establecido en la Ley General de Salud en materia de investigación, título segundo, capítulo I, artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores el objetivo de la investigación y la importancia de

su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

## RESULTADOS FASE 2

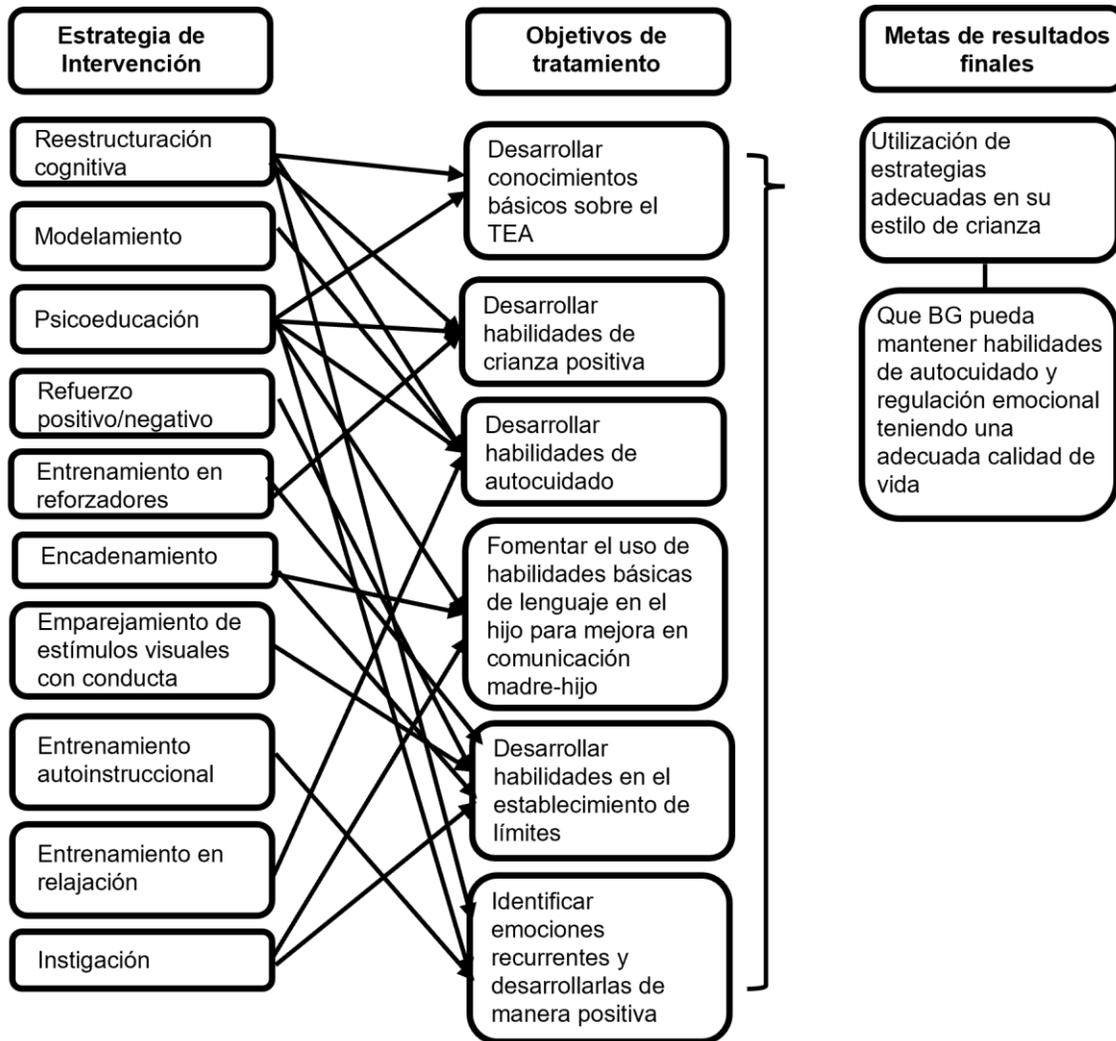
El mapa de Alcance de metas (véase figura 16) se desarrolló con el fin de tener claros los objetivos de tratamiento.

El Mapa de Alcance de Metas trata de que de manera pictográfica se visualice en donde está ubicado el paciente, y a lo que se quiere lograr, trata de identificar las metas instrumentales y las metas de resultados finales (Nezu, et al., 2006). Se desarrolló con la finalidad de obtener una visión clara de los objetivos de tratamiento que fueron: a. Desarrollar conocimientos básicos sobre el TEA, b. Desarrollar habilidades de crianza positiva, c. Desarrollar habilidades de autocuidado, d. Fomentar el uso de habilidades básicas de lenguaje en el hijo para mejorar la comunicación madre-hijo, e. Desarrollar habilidades en el establecimiento de límites y f. Identificar emociones recurrentes y canalizarlas de manera positiva.

Después de una revisión en la literatura se identificó que las técnicas conductuales que permiten cumplir con los objetivos señalados son tiempo fuera, instigación y modelamiento (Kazdin, 1996).

**Figura 16.**

*Mapa de Alcance de Metas: representación de las estrategias potenciales de intervención y su alcance en variables específicas.*

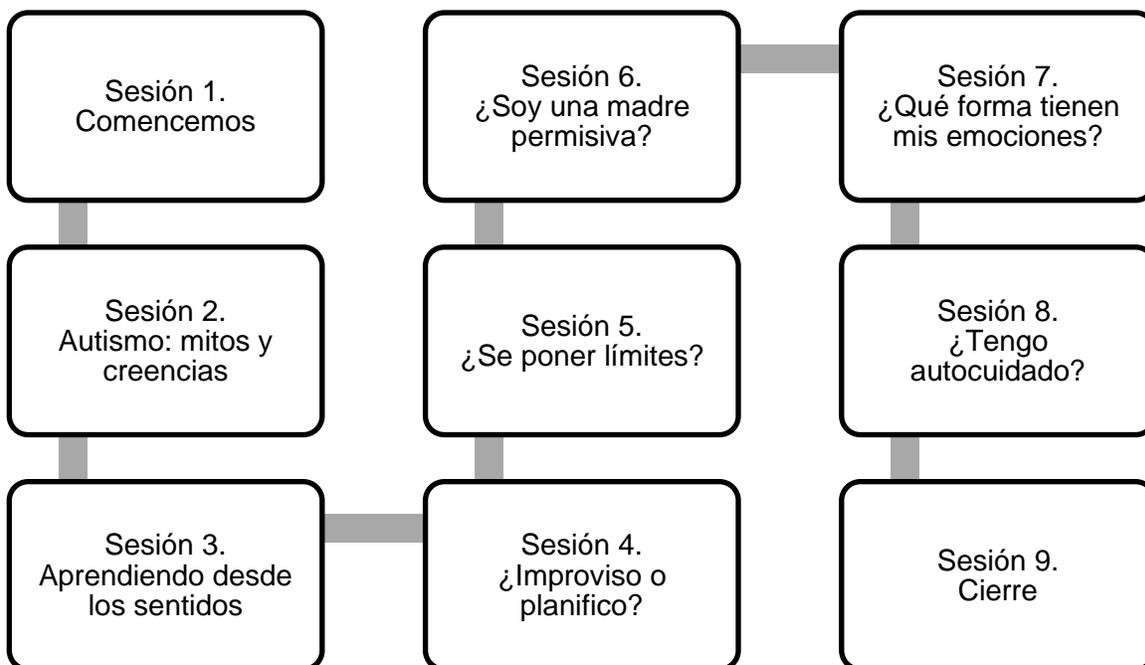


Fuente: Elaboración propia

La revisión teórica tuvo como resultado una intervención Conductual Online para desarrollar habilidades de crianza positiva y potencializar habilidades de autocuidado y regulación emocional en padres o cuidadores de niños con autismo con duración de nueve sesiones de 90 minutos cada una (véase figura 17).

**Figura 17.**

*Estructura de la Intervención Conductual Online para desarrollar habilidades de crianza positiva y potencializar habilidades de autocuidado y regulación emocional en padres o cuidadores de niños con autismo.*



Fuente: Elaboración propia.

Cada una de las sesiones tendrá un objetivo específico a cumplir como se puede observar en la Tabla 13.

**Tabla 13.**

*Objetivos generales de las sesiones de intervención.*

<b>Sesión</b>	<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Objetivo General</b>
Sesión 1:	Comencemos	Establecimiento de Rapport y Presentación del programa y Evaluación inicial.
Sesión 2:	Autismo: mitos y creencias	Tema: Trastorno del espectro autista, mitos y creencias Objetivo: Identificar ideas y conceptos previos del padre/madre respecto al TEA e implementación de la psicoeducación respecto al trastorno referido.

<b>Sesión</b>	<b>Nombre de la sesión</b>	<b>Objetivo General</b>
Sesión 3.	Aprendiendo desde los sentidos	Tema: Entrenamiento en habilidades sociales madre/padre-hijo Objetivo: Enseñar al participante a fomentar el uso de habilidades sociales básicas y desarrollo de lenguaje
Sesión 4.	¿Improviso o planifico?	Tema: Desarrollo de hábitos de planificación y organización del tiempo Objetivo: Favorecer la creación de hábitos de planificación para la consolidación de conductas de adecuación al entorno
Sesión 5:	¿Sé poner límites?	Tema: Disciplina Objetivo: Desarrollo de estrategias de intervención orientadas al establecimiento de límites
Sesión 6:	¿Soy una madre permisiva?	Tema: Habilidades de crianza Objetivo: Desarrollo de estrategias de intervención basadas en el desarrollo de un adecuado estilo de crianza personalizado
Sesión 7:	¿Qué forma tienen mis emociones?	Tema: Identificar emociones Objetivo: Identificar las emociones de la madre recurrentes y canalizarlas de forma positiva (Identificar conducta meta)
Sesión 8:	¿Tengo autocuidado?	Tema: Desarrollo de estrategias de autocuidado Objetivo: Identificar y reconocer los comportamientos y estrategias de autocuidados al alcance del cuidador
Sesión 9:	Cierre	Integración de todo lo aprendido. Cierre del proceso de intervención y evaluación final.

Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describen las sesiones de la intervención y los materiales de cada una.

## **Sesión 1: Comencemos**

Objetivo: Establecimiento de rapport, presentación y explicación breve del programa de intervención. Evaluación inicial.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Presentación PowerPoint
- Cuestionario de conocimientos generales
- Autorregistros
- Hoja blanca
- Bolígrafo

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se da la bienvenida a la participante. Se explica por medio de una presentación en qué consistirá la Intervención Conductual Online (ICO) se comentarán el objetivo general y los objetivos individuales por sesión, además de explicar los tópicos y duración de cada una. Se aplicará una actividad “rompe-hielo” que tiene por objetivo conocer las expectativas que tiene la participante respecto a la intervención, se realizarán preguntas conducentes en cada tópico de la intervención (¿Qué opina del tópico? ¿Qué recursos espera recibir del tópico? ¿Qué espera de este programa? etcétera), anotará las respuestas en una hoja en blanco para posteriormente comentarlas. Posteriormente se le solicitará responder los autorregistros pertinentes a cada próxima sesión, así como el Cuestionario de Conocimientos Generales (evaluación inicial).

Se le explicará una tarea relacionada a la sesión número tres, de manera que tenga tiempo para realizarla, consistirá en explicar cómo realizar una agenda visual, además de enviarle material de ejemplo. Finalmente se agradecerá la asistencia a la participante y se le invita a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 2.** Autismo: mitos y creencias

Objetivo: Identificar ideas y conceptos previos del padre/madre respecto al Trastorno del Espectro Autista, e implementación de la psicoeducación respecto al trastorno referido.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Cuento
- Infografía
- Hoja blanca
- Bolígrafo
- Tríptico
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida. Posteriormente se seguirá con la actividad “Puro cuento”, consiste en leerle a la mamá un cuento que contiene fallas o errores de información respecto al autismo, la participante deberá identificar los errores de información levantando la mano y justificando su respuesta, se retroalimenta con la participante. Se proseguirá con la actividad “Conduciendo al autismo” que consiste en brindarle información mediante un tríptico que habla acerca de la etiología del autismo, así como las características principales del desarrollo de los infantes con TEA, y los aportes que puede realizar el cuidador de la persona autista. Se le pedirá que realice una lista después de hacer una breve reflexión sobre los conocimientos adquiridos, se enfocara en escribir actividades que puedan generar un cambio a partir de la nueva información obtenida, se retroalimentaran sus respuestas. Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invita a que acuda a la siguiente sesión.

### **Sesión 3.** Aprendiendo desde los sentidos

Objetivo: Enseñar al cuidador a fomentar el uso de habilidades sociales básicas y desarrollo de lenguaje social con su hijo.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Panel visual
- Video “Haciendo serpientes con burbujas”
- Botella de plástico de 600 ml
- Jabón
- Agua
- Dado de ‘La voz’
- Micrófono de juguete (opcional)
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al inicio de la sesión se evaluará el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se le enseñará a la participante un método de cómo potenciar el saludo social con su hijo, se hará práctica durante la sesión y con ayuda de un panel visual. Posteriormente se realizará en conjunto con la participante y su hijo un sopla burbujas casero, con el cual se realizarán burbujas ‘serpiente’ es decir burbujas de manera continua. De manera previa a la sesión se le compartirá un formato de dado que el cuidador deberá imprimir para la sesión. Posteriormente ya con el dado se practicarán (en conjunto con su hijo) los tipos de voz que marque el dado (voz enfadada, voz susurrada, voz contenta, voz temblorosa, voz grave de ogro). Se abrirá un espacio para enseñarle a hacer un tablero con fichas y premios, se le enviará material de ejemplo, así como las instrucciones de armado para la próxima sesión.

Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

#### **Sesión 4.** ¿Improviso o planifico?

Objetivo: Favorecer la creación de hábitos de planificación para la consolidación de conductas de adecuación al entorno

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Diagrama ¿Cómo organizo mi tiempo?
- Formato “Gestión del tiempo”
- Agenda visual
- Autorregistros
- Agenda visual
- Pictogramas

Descripción de la sesión:

Al inicio de la sesión se evaluará el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se le enviará a la participante el diagrama ‘¿Cómo organizo mi tiempo?’ en formato editable, de manera que lo pueda llenar mediante la computadora, en este diagrama se identificará la manera de organizar el tiempo (actual) y cómo sería la distribución ideal en balance con sus necesidades y actividades básicas. Posteriormente se le presentará el Formato ‘Gestión del tiempo’ en el que se le enseñará a organizar sus actividades por orden de prioridad, según cada día de la semana. De manera consecutiva se revisará la Agenda Visual que se le pidió en la primera sesión. Se practicará con ella la asociación de estímulos visuales e instrucciones, de manera que pueda hacer uso de esa agenda con su hijo, según las actividades o necesidades que tenga. Se revisará durante la sesión de manera práctica. Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 5.** ¿Se poner límites?

**Objetivo:** Desarrollo de estrategias de intervención orientadas al establecimiento de límites.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Formato de reforzadores
- Bolígrafo
- Poster
- Tablero
- Fichas/Premios
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico a la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se psicoeducará a la participante acerca de los tipos de reforzadores que existen y cómo funcionan, así mismo se le pedirá que identifique los reforzadores que comúnmente utiliza en el hogar con el 'Formato de reforzadores'. Para el establecimiento de límites, se le enseñará al cuidador el uso correcto de un tablero con la técnica de economía de fichas, se practicará durante la sesión.

Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 6.** ¿Soy una madre permisiva?

Objetivo: Desarrollo de estrategias de intervención basadas en la aplicación de un estilo de crianza personalizado.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Video “estilos de crianza”
- Folleto de estilos de crianza
- Cuestionario “estilos de crianza”
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se psicoeducará a la paciente acerca de los estilos de crianza, así como las características y beneficios del padre/madre e hijo que corresponde a cada estilo (la información se le presentará por medio de un video y un folleto). Se le brindará un cuestionario al participante que tiene por objetivo identificar el estilo de crianza mayormente utilizado, se le dará a conocer y se retroalimentará en sesión. El/la participante elegirá una conducta meta en sesión a trabajar con su hijo, de manera que escoja los elementos necesarios para abordarla (según los estilos de crianza previamente vistos).

Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 7.** ¿Qué forma tienen mis emociones?

Objetivo: Identificar las emociones de la madre recurrentes y canalizarlas de forma positiva.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Hoja blanca
- Bolígrafo
- Guía emocional
- Video 1 explicativo de 'Respiración diafragmática
- Video 2 de práctica de 'Respiración diafragmática
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se le invitará al cuidador a escribir un autorregistro emocional (se le explicará el contenido de las columnas en sesión) en el que identificará una situación, la emoción que le provoca y la valoración que le otorga además de los síntomas de reacción que le produce, se retroalimentará durante la sesión acerca de la importancia de reconocer las emociones y eventos desencadenantes. Para la canalización positiva de emociones, se le enviará una guía emocional que sirva para identificar las emociones básicas y características, a su vez se practicarán técnicas de respiración diafragmática (se trabajará con dos videos, uno explicativo y uno de práctica), y también con la técnica de afirmaciones positivas ante emociones o pensamientos negativos.

Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 8.** ¿Tengo autocuidado?

Objetivo: Identificar y reconocer los comportamientos y estrategias de autocuidado al alcance del cuidador.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Infografía
- Video “autocuidado”
- Tapete para suelo (opcional)
- Calendario semanal
- Autorregistros

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se psicoeducará a la paciente acerca de la importancia del autocuidado, así como los beneficios que se obtienen de ponerlos en práctica (con un video y una infografía). Durante la sesión se practicarán ejercicios de estiramiento (y relajantes), se le pedirá que ponga un tapete o algo en el suelo que le permita realizar dichos ejercicios. Posterior a los estiramientos, elegirá una conducta de autocuidado diario, para que lo tenga de manera escrita se le enviará en editable un calendario semanal que le permitirá dividir por día y actividad según los tipos de autocuidado que existen.

Al término de la sesión se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros, y se proporcionará un espacio para dudas y aclaraciones. Finalmente se agradecerá por la asistencia, y se le invitará a que acuda a la siguiente sesión.

## **Sesión 9. Cierre**

Objetivo: Integración de todo lo aprendido, cierre del proceso de intervención y evaluación final.

Materiales:

- Lap top
- Internet
- Hojas blancas
- Bolígrafos
- Colores
- Cuestionario de conocimientos generales

Descripción de la sesión:

Al iniciar la sesión se evaluará de manera general el estado anímico de la participante, se resumirá el contenido de la sesión anterior y se dará la bienvenida.

Se verificará que respondió de manera diaria los autorregistros. Posteriormente para la integración de todo lo aprendido el/la participante tendrá que elaborar un cuento en primera persona, que narre las experiencias, limitantes, saberes del cuidador de un infante con autismo (según lo aprendido en cada sesión), se leerá al final en conjunto. Se le enviará un cuestionario de conocimientos generales (evaluación final) para que lo responda al momento de la sesión. Después se realizará una actividad 'La despedida' que consistirá en que se utilice cada letra como un anagrama para poner significados relacionados a la despedida y el cierre de la intervención. Finalmente, se le agradecerá por su asistencia.

## **Análisis descriptivo de la validación por jueces expertos**

En la validación de la intervención Conductual Online para cuidadores de un infante con autismo participaron 10 jueces, de los cuales en su mayoría son mujeres conformando un 70% de la población y un 30% son varones. De igual manera el 60% pertenecen al Estado de Hidalgo y el 40% al Estado de México. Se puede observar en la Tabla 14 que la mayoría de los participantes cuentan con Maestría.

**Tabla 14.**

*Grado académico de los participantes.*

Grado académico	Porcentaje
Licenciatura	20%
Especialidad	10%
Maestría	40%
Doctorado	30%

Como se puede observar en la Tabla 15, los jueces contaban con experiencia en el uso de estrategias conductuales, además de su experiencia en el área de Psicología de la Salud (véase en tabla 15) y su experiencia en temas relacionados a trastornos del Neurodesarrollo y/o cuidadores primarios (véase en Tabla 17).

**Tabla 15.**

*Experiencia en el uso de estrategias conductuales.*

Experiencia en la práctica clínica	Porcentaje
De 1 a 4 años	10%
De 5 a 9 años	50%
Más de 10 años	40%

**Tabla 16.**

*Experiencia en el uso de Psicología de la Salud.*

Experiencia en la práctica clínica	Porcentaje
De 1 a 4 años	40%
De 5 a 9 años	30%
Más de 10 años	30%

**Tabla 17.**

*Experiencia en temas relacionados a Trastornos del Neurodesarrollo y/o con Padres o cuidadores.*

Experiencia en la práctica clínica	Porcentaje
Menor de un año	10%
De 1 a 4 años	20%
De 5 a 9 años	50%
Más de 10 años	20%

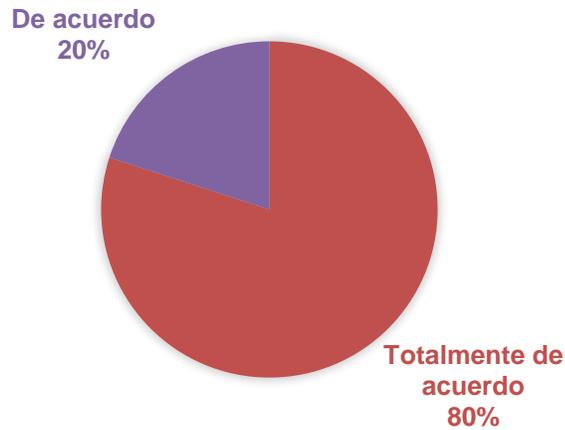
Los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención Conductual Online para padres o cuidadores de infantes con autismo se mencionan en cuatro áreas: estructura general, objetivo, actividades y material.

### **Estructura general**

En cuanto si el objetivo general de la intervención era claro el 20% de los jueces indicó estar De acuerdo y el 80% Totalmente de acuerdo (véase figura 18).

**Figura 18.**

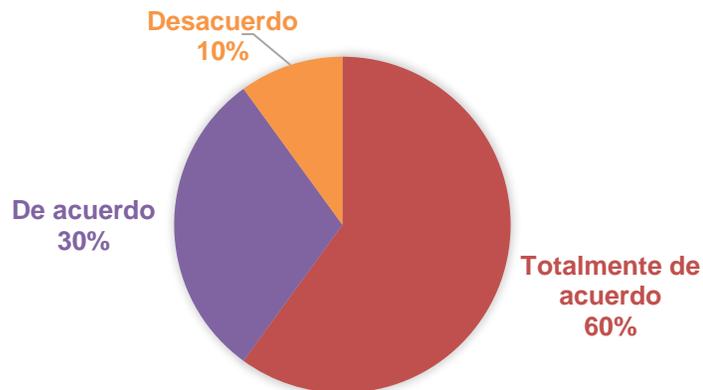
*El objetivo general de la intervención es claro.*



Con respecto a si el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo con el modelo conductual psicoeducativo el 10% indicó estar en Desacuerdo, el 30% De acuerdo y el 60% Totalmente de acuerdo (véase figura 19).

**Figura 19.**

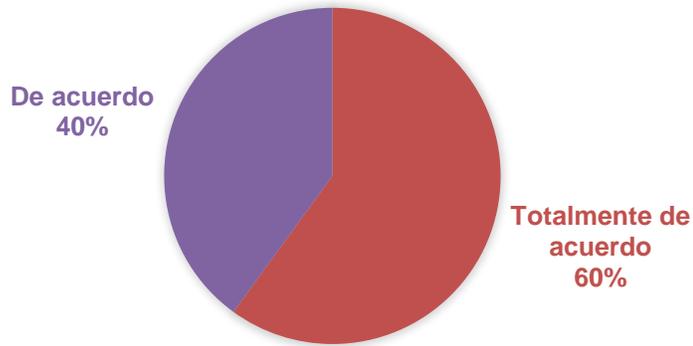
*El objetivo general de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo con el modelo conductual/psicoeducativo.*



En relación a si la secuencia de las sesiones fue la adecuada la mayoría estuvo totalmente de acuerdo se muestra en la Figura 20.

**Figura 20.**

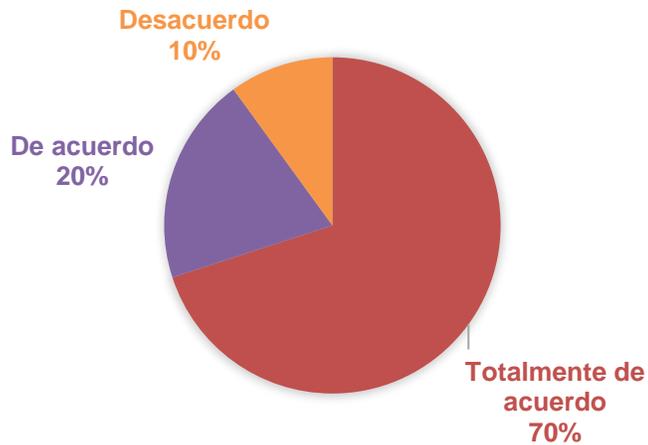
*La secuencia de las sesiones es adecuada.*



Con respecto a si la duración de la intervención es apropiada para el cumplimiento de objetivos la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (véase figura 21).

**Figura 21.**

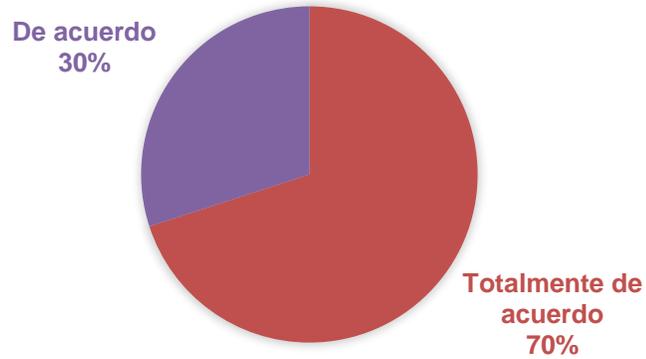
*La duración de la intervención es apropiada para el cumplimiento de objetivos.*



Con respecto a si las técnicas conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (véase figura 22).

**Figura 22.**

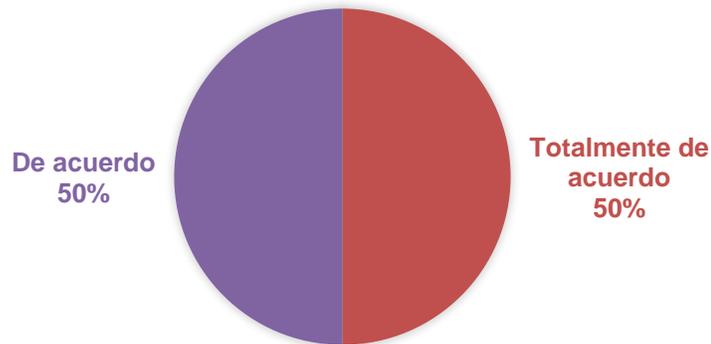
*Las técnicas conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.*



Con respecto a si las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades el 50% indicó estar De acuerdo y el otro 50% Totalmente de acuerdo (véase figura 23).

**Figura 23.**

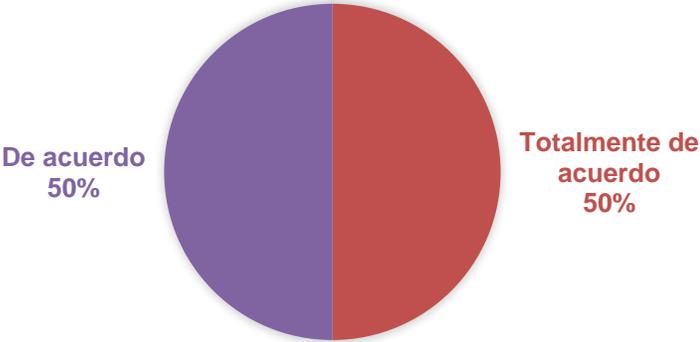
*Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades.*



Con respecto a si las técnicas y actividades son apropiadas para los participantes el 50% indicó estar De acuerdo y el otro 50% Totalmente de acuerdo (véase figura 24).

**Figura 24.**

*Las técnicas y actividades son apropiadas para los participantes.*

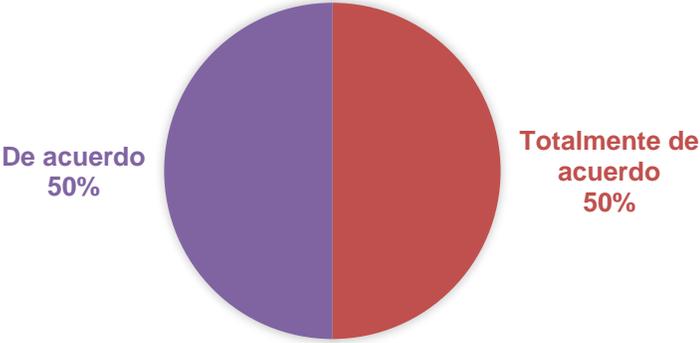


**Objetivos**

Cuando se cuestionó a los jueces si consideran que los objetivos de cada sesión contribuían a alcanzar el objetivo general de la intervención el 50% indicó estar De acuerdo y el otro 50% Totalmente de acuerdo (véase figura 25).

**Figura 25.**

*Los objetivos de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.*

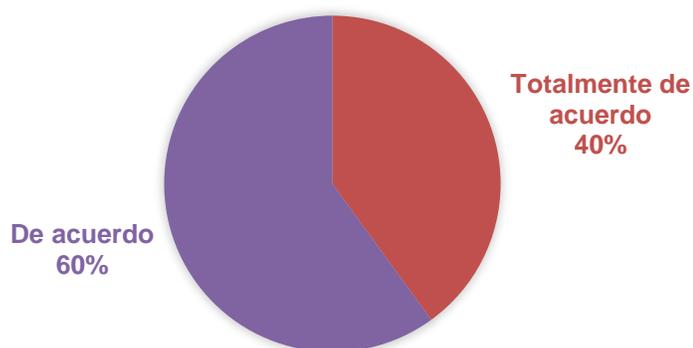


## Actividades

Cuando se cuestionó a los jueces si consideran que las actividades de cada sesión eran adecuadas para alcanzar el objetivo general de la intervención la mayoría estuvo de acuerdo (véase figura 26)

**Figura 26.**

*Las actividades de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.*

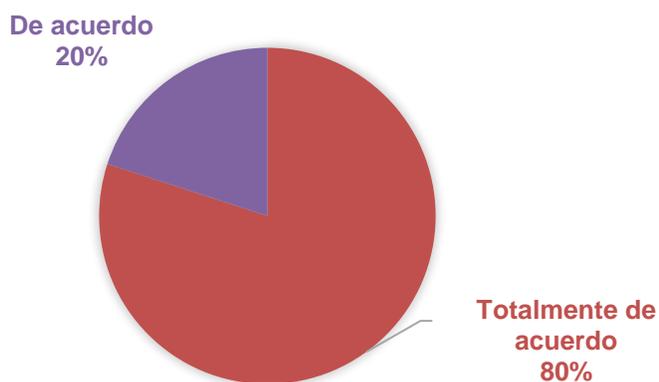


## Materiales

Cuando se cuestionó a los jueces si consideran que los materiales de cada sesión son los adecuados para alcanzar el objetivo general de la intervención la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (véase figura 27).

**Figura 27.**

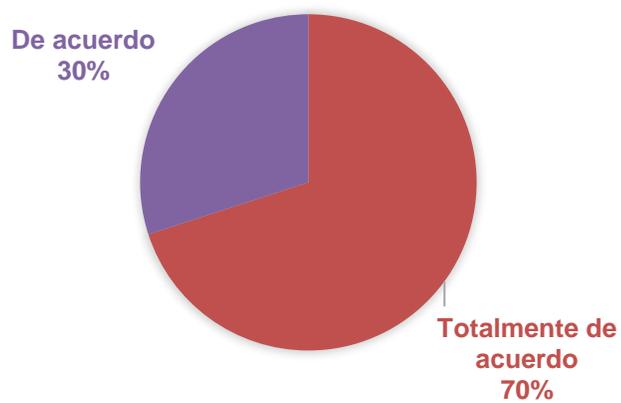
*Los materiales de cada sesión contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención.*



Finalmente se cuestionó a los jueces si de acuerdo con su experiencia consideran que con esta intervención los participantes se verán beneficiados, la mayoría están totalmente de acuerdo (véase figura 28).

**Figura 28.**

*Distribución de las opiniones de los jueces.*



## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El Trastorno del Espectro Autista o TEA es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por afecciones en diferentes áreas, se puede diagnosticar desde la primera infancia, sin embargo, se ha encontrado en la literatura que frecuentemente se diagnostica de manera tardía. Las personas con TEA tienen diferentes capacidades y necesidades que varían según la etapa de desarrollo y nivel de afectación del trastorno, en muchos casos las personas pueden vivir de manera independiente si se tratan de manera adecuada y temprana, en otros casos no es tan sencillo, sin embargo se ha previsto que las intervenciones psicosociales basadas en evidencia son una ayuda importante para mejorar las aptitudes sociales y comunicativas, lo cual influye de manera subsecuente en la persona con autismo y sus cuidadores (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2021).

El autismo afecta el neurodesarrollo de la persona con el diagnóstico y de manera equivalente en muchos casos también la salud mental de sus familias, especialmente las personas responsables de su crianza, por tanto en sus inicios se dio relevancia a las intervenciones aplicadas directamente en el diagnosticado, sin embargo en la actualidad han interesado en investigar y ejecutar intervenciones relacionadas a la mejorar el bienestar biopsicosocial de los padres (Da Paz & Wallander, 2017; Fernández-Suarez & Espinosa-Soto, 2019).

Los padres de niños con autismo corren el riesgo de presentar mayores niveles de estrés crónico en comparación de los padres de niños de desarrollo típico o incluso de otras discapacidades del desarrollo, esto llevó a sugerir de acuerdo con su investigación “Estrés y angustia psicológica relacionados con la crianza en las madres de niños pequeños con trastornos del espectro autista” que la intervención temprana en los niños autistas se encuentra relacionada a la capacidad de los propios padres para manejar o reducir los problemas de conducta, lo que conlleva concluir que un mejoramiento en el funcionamiento del niño disminuye el estrés relacionado al cuidador (Estes, 2013; Martínez-Martín & Bilbao-León, 2008).

La realización de intervenciones en padres de niños con TEA debe apuntar a la mejora en su salud mental y las variables que la componen (Fernández-Suarez & Espinosa-Soto, 2019). Es por lo que las intervenciones que incluyen técnicas conductuales basadas en el

Apoyo Conductual construyendo espacios y materiales de prevención y sustitución de comportamientos desadaptativos por conductas comunicativas y adaptativas en los hijos resultan muy eficaces también para los padres (Cuesta et al., 2016; González, 2018).

Lozano-Segura y colaboradores (2017) explican que el proporcionar herramientas de ayuda a las familias ayuda a disminuir la desorientación que pueden experimentar debido al espectro del diagnóstico, la sensación de desesperanza, paralización, el desconocimiento son situaciones manejables con el apoyo adecuado, las familias atraviesan por diversas etapas al enfrentarse a un diagnóstico ya conocido, sin embargo se debe considerar que cada diagnóstico de autismo es único en sí mismo, variando según la personalidad, severidad y nivel de afectación. De Paz y Wallander (2017) también están de acuerdo con la premisa de que proporcionar herramientas reduce la sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés y angustia emocional que frecuentan los padres o cuidadores, además de promover el bienestar psicológico mediante conceptos como aceptación, autocuidado, auto comprensión entre otros. Es por lo que cada vez son más necesarias las intervenciones enfocadas en los padres, o cuidadores de niños con autismo, benefician tanto al diagnosticado como a los que lo rodean.

Por tanto, se sugiere que las intervenciones para los padres y familias estén mayormente enfocadas en las primeras etapas de desarrollo de los niños, ya que según un estudio realizado por Estes et al., 2013 son las épocas que los padres tienen mayor angustia, lo cual está ligado además al desentendimiento del trastorno en sí mismo.

De igual manera se estima que en las intervenciones que contemplan técnicas y elementos dirigidos a la mejora del niño así como la salud mental de los padres promueve el desarrollo integral y simultaneo de los tratantes (Fernández-Suarez & Espinosa-Soto, 2019) lo que coincide con la propuesta de intervención expuesta en este proyecto; una intervención con elementos de apoyo a la crianza de un hijo autista sumada a elementos de apoyo emocional y psicológico para los padres o cuidadores responsables.

Un punto importante es el papel de la psicoeducación utilizada en intervenciones a padres y cuidadores ayuda a mejorar la salud mental de los mismos (González-Suñer et al., 2015). Este modelo psicoeducativo enfocado en informar sobre el origen, la evolución y tratamiento de las enfermedades mentales, incluyendo ahora también el TEA, actúa como facilitador

para dar solución a los eventos estresantes y contingentes que se presentan en la vida diaria y que en diversas ocasiones son de difícil contención y resolución para los cuidadores, ayudando así a entender su rol y también funciones, así mismo, ayuda a saber cómo pueden apoyar a su familiar y a ellos mismos, aplicando este modelo se han visto resultados eficientes y significativos (Cuevas-Cancino & Moreno-Pérez 2017).

En las intervenciones a padres o cuidadores hay ciertos elementos que se estiman son básicas a abordar para una mejora en su día a día. Los estilos de crianza son uno de estos elementos mencionados, ya que dependiendo del que se conozca y aplique, generará influencia en el desarrollo psicológico del niño durante su crecimiento hasta su adolescencia (Rodríguez & Moctezuma, 2011).

Es importante mencionar además, que como característica del autismo, se ve afectada la flexibilidad mental, lo cual significa que la persona tiene mayor dificultad para anticiparse mentalmente a las diversas situaciones por las que se atraviesan día a día, desde salir de vacaciones de manera inesperada, una excursión, una ida al cine, cualquier evento que rompa la rutina cotidiana les puede afectar sustancialmente, por tanto se recomienda que para el tratamiento existan 'guías' de comportamiento donde se les explique qué hacer y cómo, son estrategias que disminuyen las rabietas, enojos, la oposición o rechazo ante eventos inesperados, y facilitan el cuidado a sus cuidadores (Vázquez, 2015).

El entrenamiento a padres que viene de la necesidad de tratar con problemas de comportamiento infantil y mejorar el estilo de crianza es un tratamiento que auxilia a los padres que se encuentran en riesgo de relacionarse negativamente con sus hijos ayudándolos a fortalecerse; está dirigido a enseñar habilidades para el manejo de desórdenes de conducta, negativismo desafiante, la enuresis, la encopresis e incluso el trastorno por déficit de atención, aplicándolo se afrontan con un mayor índice de éxito los problemas de comportamiento en ambientes naturales. Dentro de las ventajas de su aplicación se encuentran que fortalece la labor de crianza de la madre y del padre, permite afrontar los retos que se presentan con sus hijos, utiliza técnicas con un respaldo empírico, es menos costoso ya que implica un tratamiento en un entorno natural y es aplicado por parte de las personas a cargo de los niños (Barlow et al., 2016; Rey, 2006).

Actualmente la pandemia por COVID-19 ha provocado que los profesionales de la salud entre ellos los psicólogos se adapten a las necesidades de la población en general, haciendo un mayor uso de las tecnologías de la información y comunicación, se le conoce también como Telepsicología y está enfocada en la provisión de servicios psicológicos utilizando tecnologías de las telecomunicaciones (Asociación Americana de Psicología [APA], 2013). Es por ello por lo que las intervenciones Online han sucedido con mayor frecuencia desde el año 2020. La presente propuesta sugiere adaptarse a las necesidades actuales de la población y la salud psicológica de los padres o cuidadores de niños con autismo, así como la adaptación de los profesionales de la salud a nuevas formas de tratamientos.

## LIMITACIONES

Al desarrollar una propuesta de intervención de estudio de caso, nos encontramos también con las limitantes variables de poder generalizarla a la aplicación en grupos. Otra de las limitaciones es que, al ser una intervención Online, adaptándonos a las necesidades actuales también se requiere un mayor uso y conocimiento de las tecnologías de la información que no todos los padres o cuidadores conocen, por tanto, estaría limitada a población que sepa manejar un uso básico de las tecnologías, además de la fuerza física para realizar técnicas de relajación como lo pueden ser algunas técnicas de estiramiento, o algún problema de salud que limite la adquisición de estos aprendizajes.

## RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones sugieren incrementar el tiempo de cada sesión para abordar las temáticas de manera más profunda, además de aumentar el tiempo al final de cada sesión para hablar con los padres o cuidadores sobre preocupaciones o dudas. De igual manera se recomienda la utilización de técnicas de acuerdo con el modelo de resolución de problemas y la andragogía. Se sugiere al finalizar cada sesión incluir más actividades de reforzamiento de aprendizaje como la práctica simulada y el seguimiento de instrucciones. Uno de los jueces también mencionó que, en la enseñanza de adquisición de habilidades sociales, podría iniciarse habilidades básicas y posteriormente avanzadas. Se sugiere además una aplicación grupal a padres de niños con autismo.

## REFERENCIAS

- Albarracín-Rodríguez, A., Rey-Hernández, L. y Jaimes-Caicedo, M. (2014). Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastornos del espectro autista. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 111-126.
- Albert, M. (2007). *Técnicas de modificación de conducta*. México. <http://www.praderwilliar.com.ar/archivos/libro/DOCS/pdf/ANEX-V.pdf>
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J. A., y Cortés-Hernández, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental*, 31(1), 37-44.
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Médica Panamericana.
- American Psychological Association (2013, 31 de julio). *Guidelines for the practice of telepsychology*. <http://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology>
- Andrés, M. I. F., Cerezuela, G. P., y Pérez, P. B. (2014). Estrés y afrontamiento en familias de hijos con trastorno del espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 425-433.
- Angarita, A. X., Meneses, L. B., y Camperos, Y. (2020). Caracterización de las Pautas de Crianza que Utilizan los Padres de Niños con Trastorno Espectro Autista. *Conocimiento, investigación y educación cie*, 1(7), 73-83.
- Ángeles, M. A., Díaz, I., y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwe.
- Anguita, J. C., Labrador, J. R., Campos, J. D., Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J., y Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención primaria*, 31(8), 527-538.
- Arias, R., Álvarez, J., Gasca, I., y Hernández, M. (2012). *Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Espectro Autista*. IMSS, México. (5).
- Artigas-Pallarès, J., y Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Ayala, H. (1991). El resurgimiento del análisis funcional en el entrenamiento conductual: procedimientos vs. Resultados. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 17(1y2), 119-140.
- Bados, A., y García-Grau, E. (2011). *Técnicas operantes. Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos*: Universidad de Barcelona.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>

Balbuena-Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 61-81.

Barco, P., Álvarez, R., Angulo, Ma. del C., y Prieto-Díaz, I., (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos generales del desarrollo*. [Versión PDF]. <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/3174/00120122000053.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 8. 10.1002/14651858.CD003680.pub3

Baron-Cohen, S. (2008). *Autismo y síndrome de Asperger*. Prensa de la Universidad de Oxford.

Ben-Itzhak, E., y Zachor, D. A. (2007). The effects of intellectual functioning and autism severity on outcome of early behavioral intervention for children with autism. *Research in developmental disabilities*, 28(3), 287-303. DOI 10.1016/j.ridd.2006.03.002

Birch, S. y Frederickson, N. (2018) Educando niños con autismo. En (Ed). *Psicología educativa*. Manual Moderno.

Bonilla, M., y Chaskel, R. (2016). *Trastorno del espectro autista*. *CCAP*, 15(1), 19-29.

Cabrera, D. (2007). Generalidades sobre autismo. *Revista colombiana de psiquiatría*, 36, 208-220.

Cadaveira, M., y Waisburg, C. (2015). *Autismo: guía para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós

Calvo, X. V., Blázquez-Garcés, J. V., y Mínguez, R. T. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con trastorno de espectro autista (tea) con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.

Cárdenas-Lara, H. (2014). *Estrés percibido en cuidadores primarios de personas que presentan autismo* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).

Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2024.pdf>

- Chávez, R. (2019, 07 agosto). *El Autismo como problema de salud pública*. Cognitivo. <https://www.cognitivo.cl/autismo-como-problema-de-salud-publica/>
- Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (2019, 02 de abril). Gobierno de México. México. *Día Mundial de la Concienciación sobre el Autismo. 2019*. <https://bit.ly/35pG2rH>
- Cuesta, J. L., Sánchez, S., Orozco, M. L., Valenti, A., y Cottini, L. (2016). *Trastorno del espectro del autismo: intervención educativa y formación a lo largo de la vida*.
- Cuevas-Cancino, J.J., y Moreno-Pérez, N.E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218.
- Cuxart, F. (2019). *TEA y trastornos funcionales de la conducta*. Barcelona. Autisme la garriga.
- Da Paz, N. S., y Wallander, J. L. (2017). Interventions that target improvements in mental health for parents of children with autism spectrum disorders: A narrative review. *Clinical psychology review*, 51, 1-14.
- Daguerre, L., Cordero, S., y Costa-Ball, D. (2015). Propiedades psicométricas del PBQ-SF en su versión en español, en la población uruguaya. *Ciencias Psicológicas*, 9(SPE), 163-175.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... y Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23. DOI 10.1542/peds.2009-0958
- Domjan, M. (2018). Fundamentos del condicionamiento y el aprendizaje. *Whashington: American Association Psychological*
- Durrant, J. (2016). *Disciplina positiva en la crianza cotidiana (3ra Edición)*. Tailandia: Save te Children Suecia.
- El independiente (2016). *Registran 300 casos anuales de autismo en Hidalgo: SSH*. <https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/archivo/2016/04/322773>
- Eldevik, S., Hastings, R. P., Jahr, E., y Hughes, J. C. (2012). Outcomes of behavioral intervention for children with autism in mainstream pre-school settings. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(2), 210-220. DOI 10.1007/s10803-011-1234-9.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., y Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 35(2), 133-138.

- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Fernández-Suárez, M. P., y Espinoza-Soto, A. E. (2019). Salud mental e intervenciones para padres de niños con trastorno del espectro autista: una revisión narrativa y la relevancia de esta temática en Chile. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(2), 643-682.
- García, P.A., Miranda, L.L., Bertolin, D., Serraiocco, P. M., (2018). La detección precoce del autismo
- Garrabe, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud mental*, 35(3), 257-261.
- Garza, J. (s.f.) Manual para padres de niños autistas.
- Gil, D., Hernández, N., y López, C. (2017). Intervención psicopedagógica para niños que asisten a un CAM y presentan trastorno del espectro autista.
- Gilliam, J. E. (1995). *Gilliam Autism Rating Scale*. (Martha Montemayor, Trad.). (Vol. 2). México: Pro-ed (Obra original publicada en 1995).
- Gobierno del Estado de México, Secretaria de Salud. (2017). *Autismo. Visión. Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades*. <https://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2024.pdf>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.
- González, A. L. (2018). Intervenciones focalizadas basadas en la evidencia dirigidas al alumnado con trastorno del espectro autista. *Siglo Cero*, 49(2), 73-87.
- González-Mercado, M., Rivera-Martínez, L. B., y Domínguez-González, M. G. (2016). Autismo y evaluación. *Ra Ximhai*, 12(6), 525-533.
- González-Suñer, L., Moreno-Maayos, A., Rodríguez-Gómez, C. y Moruno-Arena, F. (2015). La intervención psicoeducativa grupal para padres de hijos con trastorno del espectro autista (TEA), ¿puede disminuir la percepción de sobrecarga parental? *Colegio Oficial de Psicología de Cataluña*.
- Guerri, M. (2016, 18 abril). Psicoactiva. *La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura*. <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-aprendizaje-social-bandura/>
- Guzmán, R., Nava-Bustos, G., y Sandoval-Martinez, J. (2013). Programa de entrenamiento cognitivo conductual para padres de niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Educación y Desarrollo*, 25.
- Hemdi, A., y Daley, D. (2017). The Effectiveness of a Psychoeducation Intervention delivered via WhatsApp for mothers of children with Autism Spectrum Disorder

(ASD) in the Kingdom of Saudi Arabia: A randomized controlled trial. *Child: care, health and development*, 43(6), 933-941.

Herlyn, S. (2013). *Trastornos del espectro autista*. <https://bit.ly/34BewVf>

Holgado, M. F. A., Serra, F. F., y Rodríguez, S. B. (2012). La Ley del Efecto y el origen de la conducta. *Apuntes de psicología*, 30(1-3), 275-288.

Iborra, A. T., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Calvo, X. V., Blázquez-Garcés, J. V., y Mínguez, R. T. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con trastorno de espectro autista (tea) con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.

Instituto de Evaluación Tecnológica y de la Salud (2014). *Terapias de análisis de comportamiento aplicado ABA, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista y trastorno de hiperactividad y déficit de atención*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Estudio-Efectividad-Terapias-analisis-comportamiento-aplicado.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). *Anuario Estadístico y Geográfico en Hidalgo 2017*. [https://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF\\_Docs/HGO\\_ANUARIO\\_PDF.pdf](https://www.datatur.sectur.gob.mx/ITxEF_Docs/HGO_ANUARIO_PDF.pdf)

Iwata, B. A., De Leon, I. G., y Roscoe, E. M. (2020). *Instrumento de Cribado para Análisis Funcional (Functional Analysis Screening Tool, FAST), versión en español* (J. Virues-Ortega, trad.). ABA España. <https://doi.org/10.26741/2020.fast>

Jorge, E., y González, M. C. (2017). Estilos de crianza parental: una revisión teórica. *Informes Psicológicos*, 17(2), 39-66.

Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno

Kazdin, A. E. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Editorial El Manual Moderno.

Kübler-Ross, E., y Kessler, D. (2016). Sobre el duelo y el dolor. Luciérnaga.

Lampert, M. (2018) *Trastorno del Espectro Autista. Epidemiología, aspectos psicosociales, y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido*. Biblioteca de Congreso Nacional, Chile.

López, E. G. (2015). Enfoques de intervención para niños con trastornos del espectro autista: Últimos avances. *Instituto Psicopedagógico EOS Perú Revista Digital*, 77.

Manzo, D. (2019) Un segundo espectro del autismo: de la conducta a la neurona. *Revista electrónica Neurobiología*. 10(23).

- Marín, F. A., Esteban, Y. A., y Iturralde, S. M. (2016). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: revisión de datos. *Siglo Cero*, 47(4), 7-26.
- Martin, G., y Pear, J. (1998). *Modificación de conducta*. Prentice Hall.
- Martin, G., y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla*. Editorial: Prentice Hall. Madrid.
- Martínez-Martín, M., y Bilbao-León, M. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230.
- Matos, A., Prieto, M. B., y Baetti, S. L. (2019). *Ansiedad, TOC y conductas problemáticas en autismo*. Paidós Argentina.
- Matson, J. L., Tureck, K., y Rieske, R. (2012). The Questions About Behavioral Function (QABF): Current status as a method of functional assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 630-634.
- Millá, M. G., y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de neurología*, 48(Supl 2), S47-52.
- Millenson, J.R. (1974) *Principios de análisis conductual*. México: Trillas
- Miltenberg, K. (2012) *Modificación de la conducta, principios y procedimientos*. Piramide. 5.
- Molina, I. (2019, 02 abril). Cerca de 9 mil personas con Autismo en Hidalgo. Quadrantín Hidalgo. <https://hidalgo.quadratin.com.mx/Salud-2/cerca-de-9-mil-personas-con-autismo-en-hidalgo/>
- Morales, N. (2013). *La experiencia del cuidador, un acercamiento al autismo basado en los relatos familiares*. Grupo de investigación en psicología clínica y procesos de salud. España: Universidad de Manizalez
- Morris, C.G. y Maisto, A. A. (2011). *Introducción a la psicología 13ª edición*. México: Pearson
- Morrison, J. y Flegel, K. (2018). *La entrevista en niños y adolescentes, habilidades y estrategias para el diagnóstico eficaz del DSM-5*. México: El Manual Moderno
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista Neurológica*, 50(3), 77-84.
- Navarro-Martínez, E., Valadez-Sierra, M. D., Soltero-Rodríguez, N., Zambrano-Guzmán, R., Nava-Bustos, G., y Sandoval-Martínez, J. (2013). Programa de entrenamiento cognitivo conductual para padres de niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Educación y Desarrollo*, 25.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Editorial El Manual Moderno.
- Oono, I.P., Honey, E.J., y McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(6), 2380-2479. DOI: 10.1002/14651858.CD009774
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Trastornos del Espectro Autista: Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Trastornos del Espectro Autista*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Oviedo, N., Manuel-Apolinar, L., de la Chesnaye, E., y Guerra-Araiza, C. (2015). Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 72(1), 5-14.
- Papazian, O., Alfonso, I., y Luzondo, R. J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 42(3), 45-50.
- Pérez-Acosta, A. y Cruz, J. (2003). Conceptos de condicionamiento clásico en los campos básicos y aplicados. *Interdisciplinaria*. 20(2), 205-227.
- Pizarro, H. C. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 1(2), 0.
- Pozo-García, A. (2020, 14 de enero). *Psicología del Aprendizaje, programas y teorías del reforzamiento*. [presentación de diapositivas]. [http://drago.intecca.uned.es/download/d3d3LmludGVjY2EudW5lZC5lcw%3D%3D\\_288339\\_1522840820\\_5-aprendizaje-ajpozo-2018.pdf](http://drago.intecca.uned.es/download/d3d3LmludGVjY2EudW5lZC5lcw%3D%3D_288339_1522840820_5-aprendizaje-ajpozo-2018.pdf)
- Ray-Subramnian, C. (2013). *Escala de evaluación de la motivación*. En Volkmar FR (eds) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*. Springer, Nueva York, N.Y. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3\\_1680](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1698-3_1680)
- Rey, C. A. (2006). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista infancia, adolescencia y familia*, 1(1), 61-84.
- Reynolds, G. (1968). *Compendio de condicionamiento operante*. Universidad de California.
- Reynolds, G. S. (1977). *Compendio de condicionamiento operante*. Ciencia de la conducta.
- Reynoso, C., Rangel, M. J., y Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.

- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de psicología*, 4(1), 7-21.
- Robledillo, N. R., Torres, P. A., Bono, E. G., y Albiol, L. M. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con Trastorno del Espectro Autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1571.
- Rodríguez, D. J., y Moctezuma, I. H. (2011). Intervención clínica a díadas madre-hijo para mejorar la conducta social y el aprovechamiento escolar en nivel básico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 68-89.
- Rogel-Ortiz, F. J. (2005). Autismo. *Gaceta médica de México*, 141(2), 143-148.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Posada de la Paz, M., y Hijano-Bandera, F. (2009). Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. *Pediatría Atención Primaria*, 11, 381-397.
- Sampedro, M. E. (2006). Escalas de evaluación en autismo. *Acta Neurol Colomb*, 22(2), 106-111.
- Sampedro, M. E. (2012). Detección temprana de autismo ¿es posible y necesaria? *CES Psicología*, 5(1), 112-117.
- Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2016). *Metodología de la Investigación*. 6° edición. México: McGrawHill
- Sánchez-Balmaseda, P., Ortega-Lahera, N., y Gonzalo, L. (2010). *Bases conceptuales del condicionamiento clásico: técnicas, variables y procedimientos*. <https://canal.uned.es/uploads/materials/resources/pdf/4/3/1258033467834.pdf>
- Schreibman, L. y Ingersoll, B. (2005). *Intervenciones conductuales para promover el aprendizaje en personas con autismo*. En FR Volkmar, R. Paul, A. Klin y D. Cohen (Eds.), *Manual de autismo y trastornos generalizados del desarrollo: evaluación, intervenciones y políticas* (p. 882-896). John Wiley y Sons Inc.
- Seguí, J. D., Ortiz-Tallo, M., y De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología* 24(1), 100-105.
- Seubert, A. (2016). *Trastorno del Espectro Autista*. En A.A. (Ed) *Neuropsicología de los trastornos del neurodesarrollo*. 71-72. Colombia: Manual Moderno
- Sierra-Escobell, C. (2019, 27 de noviembre). *Teoría Social del Aprendizaje de Albert Bandura*. [ presentación de diapositivas] <https://bit.ly/2DoOys2>
- Siller, M., Hutman, T., y Sigman, M. (2013). A parent-mediated intervention to increase responsive parental behaviors and child communication in children with ASD: A

randomized clinical trial. *Journal of autism and developmental disorders*, 43(3), 540-555. DOI <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1584-y>

- Tellegen, C. L., y Sanders, M. R. (2014). A randomized controlled trial evaluating a brief parenting program with children with autism spectrum disorders. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1193. DOI 10.1037/a0037246
- Tenorio, M. S. L. (2017). Trastorno del espectro autista su comorbilidad y estrategias de atención. *Revista de Educación Inclusiva*, 9(2).
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.
- Vázquez-Villagrán, L. L., Moo-Rivas, C. D., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J. S., y Méndez-Domínguez, N. I. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(5), 31-45.
- Volkmar, F. R., Reichow, B., y McPartland, J. (2012). *Classification of autism and related conditions: progress, challenges, and opportunities*. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(3), 229.
- Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., y Moyano, A. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2), 126-131.
- Zambrano-Cruz, R., y Ceballos-Cardona, N. P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 51(3), 26-39.
- Zambrano, K. (2019, 01 de noviembre). *Teorías de la personalidad*. [presentación de diapositivas]. Ecotec. [https://www.ecotec.edu.ec/material/material\\_2019F\\_PSI321\\_02\\_132998.pdf](https://www.ecotec.edu.ec/material/material_2019F_PSI321_02_132998.pdf)
- Zarcone, J. R., Rodgers, T. A., Iwata, B. A., Rourke, D. A., y Dorsey, M. F. (1991). Reliability analysis of the Motivation Assessment Scale: A failure to replicate. *Research in Developmental Disabilities*, 12(4), 349-360.
- Zhou, B., Xu, Q., Li, H., Zhang, Y., Wang, Y., Rogers, S. J., y Xu, X. (2018). Effects of parent-implemented Early Start Denver Model intervention on Chinese toddlers with autism spectrum disorder: A non-randomized controlled trial. *Autism Research*, 11(4), 654-666. DOI 10.1002/aur.1917

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado dirigido al tutor

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico de “Salud Emocional” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando un protocolo de investigación relacionado con una Intervención Conductual en un infante con Autismo con la finalidad de promover conductas adaptativas. En ese sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas en su hijo, para lo cual se emplearán técnicas de recolección de datos psicológicos como la observación, con el objetivo de realizar un Análisis Funcional de la Conducta para promover estrategias conductuales que ayuden a un mejor desarrollo de su hijo. Por tal motivo, solicitamos su consentimiento para aplicar técnicas de intervención, considerando que estos se apegan en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se **mantendrá la confidencialidad de los participantes**.

El proceso de análisis funcional de conductas y las sesiones se realizarán en los horarios y días previamente establecidos con la familia y la institución educativa para no afectar las actividades.

Una vez realizada la evaluación inicial, se hará la devolución a él padre, madre o tutor, así como la propuesta de intervención y el cronograma de actividades.

Los responsables de esta actividad son la Dra. Andrómeda I Valencia Ortiz profesora investigadora del ICSa, y la Psic. Andrea Vanessa Hernández Ruiz, alumna de los últimos semestres de la licenciatura en Psicología. Sin más por el momento nos despedimos de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación-intervención que realiza el Cuerpo Académico de Salud Emocional de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual está invitado a participar mi hijo

\_\_\_\_\_.

**ACEPTO** que participe en este proyecto:

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre, madre o tutor.

## Anexo 2. Consentimiento informado dirigido al docente

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico de “Salud Emocional” de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando un protocolo de investigación relacionado con una Intervención Conductual en un infante con Autismo con la finalidad de promover conductas adaptativas. En ese sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas en E.D.G., para lo cual se emplearán técnicas de recolección de datos psicológicos como la observación y la entrevista con el objetivo de realizar un Análisis Funcional de la Conducta para promover estrategias conductuales que ayuden a su mejor desarrollo. Por tal motivo, solicitamos su consentimiento para la realización de la entrevista, considerando que este proceso se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se **mantendrá la confidencialidad de los participantes**.

El proceso de análisis funcional de conductas y las sesiones se realizarán en los horarios y días previamente establecidos con la familia y la institución educativa para no afectar las actividades.

Una vez realizada la evaluación inicial, se hará la devolución a él padre, madre o tutor, así como la propuesta de intervención y el cronograma de actividades.

Los responsables de esta actividad son la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz profesora investigadora del ICSa, y la Psic. Andrea Vanessa Hernández Ruiz, alumna de los últimos semestres de la licenciatura en Psicología. Sin más por el momento nos despedimos de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación-intervención que realiza el Cuerpo Académico de Salud Emocional de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual estoy invitada a colaborar como docente de EDG.

**ACEPTO** la participación en este proyecto:

---

Nombre y firma del docente:

**Anexo 3. Formato de entrevista clínica infantil**  
**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre del niño	
Edad actual /fecha de nacimiento	
¿Es un niño adoptado? Si así es, ¿Cuáles son los detalles?	
¿Qué grado escolar está cursando?	
¿Cómo se llama la Institución educativa a donde asiste?	
¿Quién vive en casa con él niño?	
¿Quién es el tutor legal?	
Domicilio actual	

¿Qué problema o preocupación tiene respecto con su hijo en este momento?

**DATOS FAMILIARES**

Por favor incluya información sobre cualquier hermanastro o medio hermano:

	Madre	Padre	Madrastra	Padrastra	Otro
Nombre					
Ultimo grado escolar terminado					
Número de matrimonios					
Ocupación actual					

Hijos (nombres, edades)					
Nombres de los abuelos					
Ubicación de los abuelos					

### ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDADES

¿Algún familiar consanguíneo del niño (madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, primos) ha tenido síntomas o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes trastornos?

	Familiares	Breve descripción
Uso de alcohol, drogas o sustancias		
Ansiedad, fobias, obsesiones		
Autismo/Asperger		
Problemas de conductas/trastorno de la conducta/ conducta delictiva		
Conflictos con familia u otros		
Depresión		
Trastornos del Aprendizaje o dificultades intelectuales		
Manía/trastorno bipolar		
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad		

Psicosis/esquizofrenia		
Convulsiones/epilepsia/traumatismo cerebral		
Suicidio o intento de suicidio/hospitalización psiquiátrica		
Tics/Gilles la Tourette		

Detalles de los problemas arriba señalados:

¿La familia padece alguna situación interesante actual como enfermedad, muerte, despliegue militar, problemas económicos, múltiples mudanzas, pérdida de trabajo? Si así es, por favor, descríbalas:

---

¿Hay alguna otra circunstancia que influya en el estilo parental con su hijo? Por favor, descríbalas:

---

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a) Procedencia:

Rural

Urbana

b) Tipo de residencia actual:

Casa

Departamento

Propia

Alquilada

Prestada

c) Número de personas que habitan en su casa (incluyendo al paciente)

Tres o menos

4 a 6

7 a 9

10 o más

d) Número de personas que duermen en la misma habitación que su hijo \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido problemas o ha recibido alguno de los siguientes diagnósticos? (Si así es, anote debajo los detalles).

<input type="checkbox"/> Se siente triste o sin esperanza; llora con frecuencia	<input type="checkbox"/> Se siente ansioso/nervioso/preocupado
<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Tiene ataques de pánico
<input type="checkbox"/> Piensa a menudo en la muerte o en pérdidas	<input type="checkbox"/> Problemas de visión/audición
<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Ve/oye/cosas que no son reales
<input type="checkbox"/> Cambios en el apetito	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Melindroso con los alimentos	<input type="checkbox"/> Impulsividad
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso o preocupación por la imagen corporal	<input type="checkbox"/> Es desorganizado/olvidadizo
<input type="checkbox"/> Atracone a purés o dieta restrictiva	<input type="checkbox"/> Dificultad para terminar tareas/proyectos
<input type="checkbox"/> Dificultad para quedarse o permanece dormido	<input type="checkbox"/> Explosiones de mal humor

<input type="checkbox"/> Pesadillas/terrores nocturnos/sonambulismo	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva en casa
<input type="checkbox"/> Ronquidos o dificultades para respirar dormido	<input type="checkbox"/> Conducta agresiva en la escuela
<input type="checkbox"/> Somnolencia excesiva durante el día	<input type="checkbox"/> Ausentismo escolar
<input type="checkbox"/> Moja la cama	<input type="checkbox"/> Dificultades legales/con la policía
<input type="checkbox"/> Accidentes con el uso del baño en el día	<input type="checkbox"/> Uso excesivo de la computadora/celular/videojuegos
<input type="checkbox"/> Tics/Gilles de la Tourette Movimientos involuntarios	<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol y drogas
<input type="checkbox"/> Trastorno del lenguaje/agua	<input type="checkbox"/> Ha sido testigo de violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Trastornos del aprendizaje (lectura/matemáticas/escritura)	<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres
<input type="checkbox"/> Se arranca el cabello/las pestañas se rasca la piel	<input type="checkbox"/> Mudanza familiar
<input type="checkbox"/> Tiene pocos amigos	<input type="checkbox"/> Perdida de una mascota
<input type="checkbox"/> Sufre abuso escolar (físico, verbal, virtual)	<input type="checkbox"/> Perdida de amistades o relaciones románticas
<input type="checkbox"/> Víctima de negligencia, maltrato físico o abuso sexual)	<input type="checkbox"/> Abandono parental
<input type="checkbox"/> Apego excesivamente rígido de rutinas	<input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia/amigo

<input type="checkbox"/> Problemas en las transiciones entre actividades	<input type="checkbox"/> Retraimiento social
--------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------

Detalles (edad, breve descripción) de los problemas señalados:

---

### HISTORIA PRE - PERINATAL

¿Qué edad tenía la madre en el momento de su embarazo?	
¿Qué edad tenía el padre al momento de su embarazo?	
¿Fue un embarazo planeado?	
¿El embarazo llegó a término?	
¿Fue no deseado, con o sin intento de aborto?	
¿Consumo materno de sustancias (incluyendo alcohol/tabaco) o exposición a sustancias tóxicas durante el embarazo?	
¿Dificultades perinatales?	
¿Cesárea?	
Peso al nacer (kilos, gramos). Estatura al nacer.	
¿Cuál fue el tipo de parto?	
¿El bebé tuvo problemas para respirar?	
¿Se le administró oxígeno?	
¿Hubo ictericia?	

¿Hubo transfusión de sangre?	
------------------------------	--

## ALIMENTACIÓN

¿Hubo lactancia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cómo fue su lactancia?		
¿Cómo fueron las reacciones de la madre frente al amamantamiento?		
¿Hizo uso del chupete?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cómo fue su uso del chupón?		
¿Se succionaba el pulgar?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Época y características del chupete		
¿Cómo fue su alimentación posterior al destete?		
¿Quién se responsabilizó de la alimentación?		
¿Hubo preferencias o dificultades alimenticias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Cómo fueron las actitudes de los padres, abuelos, tíos, del niño frente a su alimentación?		

¿Hubo castigos por no comer?	
Características de la primera dentición	
¿Cómo es su estado actual?	

**DESARROLLO MOTOR**

¿Hubo movimientos durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A qué edad (meses, años) aprendió por primera vez, el niño:	
¿Se sentó sin apoyo?	
¿Gateo?	
¿Se puso de pie por sí solo?	
¿Caminó?	
¿Persona que se responsabilizó de estos aprendizajes?	
¿Tiene estereotipias? ¿Cuáles?	
¿Tiene sincinesias? Descríbalas	

¿Cómo es su motricidad fina?	
¿Cómo es su motricidad gruesa?	
¿Cómo es su coordinación global?	
Actitudes del entorno familiar frente al desarrollo motor del niño	
¿Cuál es su estado actual?	

## LENGUAJE

Edad (meses, años, por primera vez, el niño:	
¿Pronuncio sus primeras palabras?	
¿Pronuncio oraciones completas?	
¿Hay balbuceo, imitación o repetición de sonidos?	
¿Qué dificultades mostró?	
¿Cuál es su estado actual?	

**ANTECEDENTES GENERALES DE LA SALUD DEL NIÑO:**

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Infecciones estreptocócicas
<input type="checkbox"/> Traumatismos	<input type="checkbox"/> Cirugías
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza recurrentes
<input type="checkbox"/> Infecciones de oído	<input type="checkbox"/> Dolores de estómago frecuentes
<input type="checkbox"/> Infecciones de vías urinarias	<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Problemas con esfínteres	<input type="checkbox"/> Otras enfermedades o lesiones
<input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis	

Detalles (edad en años, tratamiento, resultados) de los problemas arriba señalados:

---

**MEDICAMENTOS ACTUALES O PASADOS**

Nombre del medicamento	Edad en que se usó	Dosis	Razón de su uso y eficacia

Historial de vacunación; escriba en que ciudad se le administró cada una:

<input type="checkbox"/> DTap (difteria, tétanos, tos ferina)	<input type="checkbox"/> Vacuna triple viral (sarampión, paperas, rubeola)
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> VPH (virus del papiloma humano)
<input type="checkbox"/> Meningococo (meningitis)	<input type="checkbox"/> Otra (s)

**EDUCACIÓN ESFINTERIANA – HABITOS HIGIENICOS**

<p><b>A qué edad (meses, años), por primera vez, el niño: ¿Aprendió a ir al baño?</b></p>	
<p>¿Hay o hubo retención o juegos con la orina y heces?</p>	
<p>¿Cuál es la frecuencia de la defecación una vez aprendida la retención?</p>	
<p>Características generales sobre la educación de esfínteres</p>	
<p>Aspectos generales sobre la higiene del niño</p>	
<p>Momentos en que comienza a lavarse y vestirse solo</p>	
<p>¿Cuál es su estado actual?</p>	

**SUEÑO**

<p>¿Necesita algún elemento de compañía: ¿cómo luz, juguetes, etcétera.</p>	
<p>¿Cuáles son sus horarios del sueño?</p>	
<p>¿Existe llanto nocturno y reacción de los padres?</p>	
<p>¿Hay pesadillas y sueños? Descríbalos</p>	

¿Indica insomnio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Indica hipersomnia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Características actuales		

**ÁREA PSICOLÓGICA**

¿A qué edad se dio cuenta su hijo que es un niño?	
¿Se identifica bien su hijo con los niños de su propio sexo?	
¿Se ha proporcionado información sobre sexualidad? ¿Qué tipo de información?	
¿Su hijo muestra interés por tocarse los genitales?	
¿Con que frecuencia y en qué situación?	
¿Cómo lo manifiesta?	

¿Cuál es la reacción de usted cuando lo hace?	
-----------------------------------------------	--

## ESCOLARIDAD

Escuela actual	
Grado	
Maestro principal	
Calificación actual (rango)	
¿Problemas con materias específicas?	
¿Problemas de disciplina?	
¿Ha repetido un grado?	
¿Necesidad de educación especial?	
Número de escuelas a las que ha asistido	
¿Asistió a alguna guardería?	
Edad y reacciones ante el inicio	

Características del colegio y maestros	
¿Mostro dificultades para el aprendizaje? ¿Cuáles?	
Actitud frente a exámenes y estudios en general	
¿Cuál es su nivel de exigencia y responsabilidad?	
Actitud de los padres y familiares ante el rendimiento escolar	
¿Tiene actividades extraescolares? Describalas	
¿Tiene clases particulares?	

### JUEGOS

¿Tiene juegos preferidos?	
¿Prefiere jugar solo o en compañía?	
¿Prefiere juegos activos o pasivos?	

Intensidad del juego, rol, horas.	
¿Tiene atención por deportes en la escuela, casa u otros lugares?	

**SOCIABILIDAD**

¿Tiene amigos preferidos? Describe su relación	
¿Cómo es su comportamiento frente a los adultos?	
¿Cómo es su relación con sus compañeros de clase?	
¿Cómo es su relación con los maestros?	

**RELACIONES AFECTIVAS**

Grado de emocionalidad	
¿Muestra sonrisa social?	

¿Cuántos amigos tiene?	
¿Qué opina usted de sus amistades?	
¿Qué actividades realiza con sus amigos?	
¿Con quién se relaciona mejor su hijo?	<input type="checkbox"/> Niños de su edad <input type="checkbox"/> Niños mayores a él <input type="checkbox"/> Niños menores a él <input type="checkbox"/> Adultos
¿Con cuál de los padres se identifica más su hijo?	
¿Con cuál de los padres convive más?	
¿Qué actividades realiza la madre con su hijo?	
¿Qué actividades realiza el padre con su hijo?	

¿Cómo acostumbran a corregir la conducta de su hijo?

	CONDUCTA	FRECUENCIA	REACCION DE SU HIJO
Regaños			
Castigos			
Golpes			
Sobornos			
Amenazas			
Explicaciones			
Otros			

¿Ante cual responde mejor su hijo?

¿Cómo se otorgan los permisos en casa?

¿Tiene hábitos o conductas indeseables su hijo?

Conducta	SI	NO	Atención Recibida
Succión del pulgar			
Dificultad para dormir			
Comerse las uñas			

Morderse o chuparse el dedo			
Movimientos de cabeza			
Enuresis			
Otros			

¿Cómo considera que es la conducta de su hij@?

- Sociable       Retirado       Agresivo  
 Nervioso       Lento e hiperactivo       Fácil  
 Alegre       Tranquilo       Distráido

¿Por qué?

### RELACIONES FAMILIARES – TEMAS EDUCATIVAS

¿Hay familiares con los que preste mayor atención? ¿Quiénes?	
¿Hay familiares con los que mantiene indiferencia o problemas?	
¿Cómo es su reacción frente a la pérdida de sus seres queridos?	

¿Cómo es su reacción ante las mudanzas?	
¿Cómo es su reacción ante festejos y regalos?	
¿Cuál es el tiempo dedicado por los padres a la convivencia familiar?: Mencione características de la convivencia.	
Descripción de un día de vacaciones	
¿Se le han aplicado premios y castigos?	
¿Cómo es la relación entre los padres?	
¿Cuál es la autoevaluación de los padres respecto a su propio carácter?	
¿Cuáles son las actitudes básicas ante la religión, orden social y político?	
Mencione algún suceso importante ocurrido a lo largo de la vida del niño (separaciones matrimoniales, cambios de residencia, enfermedades, defunciones, viajes prolongados, problemas económicos, etcétera)	

**DESCRIPCIÓN DE UN DIA NORMAL DEL NIÑO:**

---



---

---

---

---

DESCRIBAME UN DÍA NORMAL DE FIN DE SEMANA:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

NO APTO  
PARA SU  
REPRODUCCIÓN

**Anexo 4. Formato entrevista a docente**

Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Llenado por: \_\_\_\_\_

\*Código profesional: \_\_\_\_\_

**¿Qué tipo de relación tiene la persona que rellena el cuestionario con la persona con autismo?**

Profesor tutor

Profesor

Orientador/a

Otro

Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**Nota:** Sus respuestas solo serán usadas en el estudio y serán difundidas como parte de un análisis global del caso, respetando su anonimato y el de su alumno. Le agradecemos su colaboración y asistencia.

**\*¿Desea información sobre el estudio?**

**En caso de afirmación, señalar dirección a la que desea que se envíe:**

<b>Necesidades de docente</b>		
	No lo necesito en absoluto	Es una necesidad importante y urgente
¿Necesita información general acerca de la discapacidad de su alumno?		
¿Necesita información acerca de cómo enseñar a su alumno a relacionarse con los demás?		
¿Necesita información acerca de cómo trabajar los aspectos de lenguaje de su alumno?		
¿Necesita información sobre cómo interactuar con su alumno y cómo hablarle?		

¿Necesita información de cómo reducir los problemas de conducta de su alumno?		
¿Necesita ayuda sobre cómo explicar el estado de su alumno a los demás niños y niñas?		
¿Necesita ayuda para saber qué responder cuando el tutor le pregunta sobre la evolución de su alumno?		
¿Necesita materiales o recursos para trabajar con su alumno?		

Por favor seleccione la respuesta que mejor describa la conducta de este estudiante en los siete meses pasados (o desde el inicio del año escolar).

¿Con qué frecuencia exhibe el niño esta conducta?	Nunca o Rara vez	Algunas veces	A menudo	Con mucha frecuencia
Mirada perdida durante la clase	0	1	2	3
No presta la debida atención en actividades escolares	0	1	2	3
Presencia del habla	0	1	2	3
Muestra conductas repetitivas	0	1	2	3
Repite palabras, sonidos	0	1	2	3
Se opone a las reglas del aula	0	1	2	3
Le resulta difícil mantener la atención en tareas o actividades de juego	0	1	2	3
Parece no escuchar cuando se le habla directamente	0	1	2	3
Seguimiento de instrucciones	0	1	2	3
Le resulta difícil organizar tareas y actividades	0	1	2	3
Evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental o	0	1	2	3

sostenido (p. ej., trabajo en clase, o tareas escolares)

Pierde cosas que son necesarias para tareas o actividades (p. ej., materias escolares, lápices, libros)	0	1	2	3
Es fácilmente distraído por estímulos extraños		1	2	3
Se muestra descuidado en las actividades cotidianas	0	1	2	3
Presenta berrinches	0	1	2	3
<b>¿Con qué frecuencia el niño tiene este comportamiento?</b>	<b>Nunca o Rara vez</b>	<b>En algunas ocasiones</b>	<b>A menudo</b>	<b>Con mucha frecuencia</b>
Se cubre las manos o los pies durante la clase	0	1	2	3
Se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado	0	1	2	3
Es incapaz de jugar o ocuparse tranquilamente en actividades recreativas	0	1	2	3
Está "en movimiento continuo"	0	1	2	3
No responde cuando se le da una instrucción o se le habla por su nombre	0	1	2	3
Le resulta difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una fila)	0	1	2	3
Interrumpe o se inmiscuye con otros	0	1	2	3
Realiza las actividades de clase solo	0	1	2	3
Interactúa con sus compañeros	0	1	2	3

¿De qué manera repercute en su clase el tener un alumno con TEA?

---

¿De qué manera repercute en sus alumnos, el tener a uno con TEA?

---

¿Cómo se comunica en el periodo de clase?

¿Tiene amigos? Mencínelos

¿Cómo es la relación con sus compañeros?

¿Tiene lugares preferidos dentro del aula o el preescolar?

¿Tiene conductas inapropiadas? Mencione cuáles son

¿Qué hace cuando realiza una conducta inapropiada?

¿Qué sucede antes de que realice la conducta inapropiada?

¿Cómo se adaptan las actividades que se realizan en clase al alumno?

¿Qué actividades realiza él solo durante las clases?

¿En qué actividades requiere de apoyo?

¿Recibe premios o castigos de acuerdo a su comportamiento en el aula? Descríbalos detalladamente.

¿Hay algún lugar del aula o centro educativo por el que haya notado alguna preferencia?

¿Tiene alguna rutina dentro o fuera del aula? Descríbala

¿Cómo es su comportamiento con los adultos del centro educativo?

¿Cómo es su comportamiento con alumnos de otras aulas?

¿Existe algún problema en particular o preocupación que tenga con el alumno?



## Anexo 6. Folleto informativo sobre programas de modificación conductual.

### Introducción

El autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por déficits en el área de lenguaje, comunicación e interacción social se caracteriza por conductas estereotipadas o repetitivas.

La modificación conductual se ha denotado como el conjunto de técnicas más eficaces en el trabajo con personas autistas, ayuda a los niños a incrementar conductas, aprender nuevas habilidades, mantener conductas, generalizar o transferir conductas a otras situaciones, incluyendo además la disminución de conductas desadaptativas e incrementando las adaptativas (Mulas, Ros-Cervera, Abad, & Tellez, 2010).

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo  
Instituto de Ciencias de la Salud  
Área Académica de Psicología

### PROGRAMA DE MODIFICACIÓN CONDUCTUAL

Responsable del proyecto  
Andrea Vanessa Hernández Ruiz

Datos de Contacto:  
avanessahruiz@gmail.com

Supervisora del proyecto  
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz  
Investigadora de tiempo completo, ICSSa.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Mirá, M. B., Etchebarren, M. C., Abad, L., & Tellez-Meneses, M. (2010).

### ¿En que consiste el proyecto?

Es un programa de modificación conductual que se basa en entrenar al infante en comportamientos adaptativos.

Las conductas se determinaran en la etapa de observación y análisis, procediendo con un plan de trabajo especializado y enfocado en las necesidades de el infante y su familia.

Es además una intervención breve que interviene en una conducta principal y la duración va acorde al tipo de conducta meta.

### Proceso

1. Conlleva un periodo de breve evaluación y observación para realizar un Análisis Funcional de la Conducta.
2. Desarrollo de plan de trabajo especializado
3. Intervención
4. Evaluación final para conocer efectividad del tratamiento

### Beneficios

- Enseñar conductas adaptativas al infante
- Enseñar como seguir desarrollando conductas adaptativas a la familia
- Proporcionar herramientas y técnicas que ayuden a mejorar conductas del infante
- Mejorar la adaptación y entendimiento del infante en su entorno
- No se espera que haya complicaciones

143 | Página