

**PERCEPCIÓN DE CUIDADORES Y PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA, FRENTE
AL USO Y EFECTIVIDAD DE TERAPIAS BASADAS EN EL MÉTODO ABA
(APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS) PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON
AUTISMO.**



**CINDY MICHEL LEON TOVAR
STEPHANNY ALEJANDRA LINARES RODRIGUEZ**

**COPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERCANA
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTA D.C
DICIEMBRE 2017**

**PERCEPCIÓN DE CUIDADORES Y PROFESIONALES EN PSICOLOGÍA, FRENTE
AL USO Y EFECTIVIDAD DE TERAPIAS BASADAS EN EL MÉTODO ABA
(APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS) PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON
AUTISMO.**



**CINDY MICHEL LEON TOVAR
STEPHANNY ALEJANDRA LINARES RODRIGUEZ**

PS. ALEJANDRO BEJARANO GOMEZ

**COPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERCANA
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTA D.C
DICIEMBRE 2017**

*En primer lugar, quiero dedicar mi trabajo de grado a Miguel Ángel Bocanegra por ser
mi inspiración*

*A mi Madre por brindarme siempre lo mejor y a mi papa quien desde el cielo ha estado
cuidándome*

*A mi compañera Stephanny quien a pesar de las dificultades siempre fue un apoyo
incondicional.*

A Fabián Rojas, por siempre hacerme sonreír en momentos de dificultades.

*Y en últimas al docente Alejandro Bejarano por ser una guía y ayuda en este proceso
académico, gracias.*

Michel León Tovar

Dedico mi trabajo de grado, a mis padres pues gracias a ellos me he convertido en la mujer que soy hoy. Al apoyo incondicional de mi pareja y su familia quienes estuvieron presentes cuando quería rendirme, a mis amigos más cercanos quienes siempre tuvieron una palabra de aliento para recordarme que faltaban pocos días, a Michell León quien más que una colega, se convirtió en una gran amiga; al docente Alejandro Bejarano por su paciencia y dedicación; pero en especial a quien me ha ensañado a confiar y jamás rendirme DIOS.

Stephanny Alejandra Linares Rodríguez.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	10
Capítulo 1. Descripción general del proyecto	12
1.1 Problema de investigación	12
1.2 Objetivos	14
1.3 Justificación	15
Capítulo 2. Marco de Referencia	18
Capítulo 3. Marco Metodológico	76
3.1 Tipo de estudio	76
3.2 Población	76
3.3 Procedimiento	78
3.4 Técnicas para la recolección de la información	78
Capítulo 4. Análisis de resultados	82
Discusión	117
Conclusiones	127
Referencias	129
Anexos	136

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ítems variable efectividad	81
Tabla 2. Ítems variable uso	82
Tabla 3. Correlaciones efectividad	104
Tabla 4. Correlaciones uso	105
Tabla 5. Estadísticas de fiabilidad efectividad	111
Tabla 6. Estadísticas de fiabilidad efectividad	112

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	78
Figura 2	78
Figura 3	83
Figura 4	83
Figura 5	84
Figura 6	84
Figura 7	85
Figura 8	85
Figura 9	86
Figura 10	86
Figura 11	87
Figura 12	87
Figura 13	88
Figura 14	88
Figura 15	89
Figura 16	90
Figura 17	90
Figura 18	91
Figura 19	91
Figura 20	92
Figura 21	92
Figura 22	93
Figura 23	94
Figura 24	94
Figura 25	95
Figura 26	95
Figura 27	96
Figura 28	96

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

Figura 29	97
Figura 30	97
Figura 31	98
Figura 32	99
Figura 33	100
Figura 34	100
Figura 35	101
Figura 36	101
Figura 37	102
Figura 38	102
Figura 39	103
Figura 40	103
Figura 41	104

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1.	136
Anexo 2.	145
Anexo 3.	151

Introducción

La presente investigación tiene como principal propósito de estudio la percepción de cuidadores y profesionales en psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el método ABA (applied behavior analysis) para el tratamiento de personas con autismo.

Las percepciones sociales hacen referencia a la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones y la percepción que el individuo tiene en su medio físico y social (Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas, 2012). Respecto a los factores comportamentales, es fundamental tener en cuenta que frente a diversos factores de la vida diaria, las personas construyen percepciones sociales que se originan en su vivencia con el mundo real (Gutiérrez, Alberoni, 1998).

La característica principal del análisis aplicado de la conducta (ABA) es **enseñar habilidades importantes para los niños con TEA** en las siguientes áreas: *la atención, el lenguaje receptivo y expresivo, asociación, habilidades motoras finas y globales, juegos y recreación, habilidades sociales, la autonomía, la integración en la comunidad, la escuela y el conocimiento escolar.*

La investigación de esta problemática social se realizó con el interés de conocer las ideas e imaginarios frente a esta terapia luego de la creación del Protocolo Clínico para el Diagnóstico, Tratamiento y Ruta de Atención Integral de Niños y Niñas con Trastornos del Espectro Autista en el año 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

Por otra parte, establecer la relación directa que existe entre la individualización de los casos y los avances de la terapia frente a las variables de uso y efectividad, la investigación se realizó con una muestra de profesionales de psicología expertos en ABA y padres de niños con autismo que llevaran más de seis meses en terapia con análisis aplicado de conducta

De esta forma, la presente es de enfoque mixto, con un diseño de ejecución concurrente, es decir, ambos métodos (cuantitativos y cualitativos) se aplican de manera simultánea (Se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo); ni el análisis de los datos cuantitativos, ni cualitativos se construyen sobre la base del otro análisis, con

lo que se pretendió integrar las inferencias y conclusiones de los datos y resultados cualitativos y cuantitativos realizados de manera independiente.

Para determinar la relación directa en dichas variables se construyó un instrumento y una entrevista semi estructurada, los cuales permitieron determinar las percepciones del grupo poblacional, en donde se encontró que existe un impacto del método ABA en la población con TEA; Las estrategias utilizadas por los profesionales especializados generan cambios significativos en las áreas que comprometen cada caso en particular, generan mejoras en habilidades a esta población permitiendo desenvolverse en diferentes contextos y realiza la inclusión del núcleo familiar mejorando la calidad de vida de los mismos.

CAPITULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema De Investigación

La ley estatutaria de salud (Ley 1751 del 16 de febrero de 2015) estableció en su artículo 5° que le corresponde al Estado “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”, así como también: “Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas”. (MINSALUD, 2015).

Con el lanzamiento del nuevo protocolo clínico para el diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con trastorno del espectro autista (TEA), el Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) buscan garantizar un tratamiento efectivo e integral para esta enfermedad y fijar las condiciones para el otorgamiento de terapias y tratamientos efectivos, que posean evidencia científica, que sean seguros, eficientes y sostenibles financieramente para el sistema de salud.

Adicionalmente, el protocolo tiene como fin orientar la sospecha y confirmación diagnóstica de personas con trastorno del espectro autista, así como la realización de intervenciones basada en la estrategia de Análisis del Comportamiento Aplicado, (ABA). Este protocolo clínico orienta la sospecha y confirmación diagnóstica de personas con TEA y ofrece diferentes opciones terapéuticas, que cuentan con evidencia científica sobre su incidencia en la mejoría de la salud de los pacientes.

Esta investigación busca indagar en las percepciones de cuidadores de personas con autismo y profesionales en psicología que emplean este método terapéutico, frente al uso y efectividad que estos tienen en el desarrollo de los procesos de intervención dirigidos a la población con TEA.

A partir de lo anterior, la pregunta que orientará esta investigación es:

¿Cuáles son las percepciones de profesionales de psicología capacitados en el uso de terapias de tercera generación y de cuidadores de personas con autismo que se encuentren actualmente bajo tratamientos basados en el método ABA, frente al uso y efectividad en los procesos de intervención dirigidos a las personas con TEA?

1.2 Objetivos

General

Comparar las percepciones entre profesionales en psicología y cuidadores de personas con autismo, frente al uso del método ABA en los procesos terapéuticos e interventivos dirigidos a la población con TEA.

Específicos

- Describir las percepciones de profesionales en psicología capacitados en el uso de terapias de tercera generación, frente al uso y efectividad del método ABA en los procesos terapéuticos e interventivos aplicados a la población con TEA.
- Explorar las impresiones, ideas y percepciones de los cuidadores de personas con TEA acerca del uso del método ABA en los procesos terapéuticos e interventivos aplicados a la población con TEA.
- Indagar sobre las impresiones, ideas y percepciones de los cuidadores de personas con TEA acerca de la efectividad del método ABA en los procesos terapéuticos e interventivos aplicados a la población con TEA.

1.3 Justificación

El análisis conductual se basa en los principios y conocimientos procedidos de la psicología experimental y la psicología del aprendizaje, que surge como alternativa respecto al diagnóstico tradicional basado en el modelo psicoanalítico y al enfoque psiquiátrico de la psicopatología, este se fundamenta en el método experimental, diseñado para cambiar la conducta del individuo que específicamente posee trastornos concretos de la conducta y entiende que la situación en que se produce la conducta es fundamental para predecir el comportamiento e implementar técnicas para modificarlo (Rodas Valencia, 2009).

Este se ha desarrollado en tres áreas independientes: Análisis conductual aplicado (ABA), análisis experimental de la conducta (EBA), análisis conceptual de la conducta (CBA) de las cuales surgen tres áreas de aplicación: Análisis Conceptual de la Conducta (ACC) orientado al desarrollo conceptual y teórico; Análisis Experimental de la Conducta (AEC) que busca el desarrollo experimental y el Análisis Conductual Aplicado (ACA/ABA) que aborda problemas de interés social o clínico con los principios y leyes del comportamiento encontrados en el laboratorio (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

La metodología ABA, inició como una técnica de enseñanza utilizada para trabajar con población autista y estuvo fundamentada en el modelo conductista que luego se convirtió en lo que hoy se conoce como Análisis Aplicado de la Conducta ABA, con el tiempo esta técnica fue evolucionando y se incorporaron otras estrategias de la psicología cognitiva y el procesamiento de información (IETS, 2014).

De esta forma se puede definir autismo como un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que comparten expresiones clínicas y características en cuanto a las dificultades en la interacción social recíproca, el desarrollo del lenguaje, la comunicación verbal y no verbal, conductas repetitivas y estereotipadas, intereses restringidos y restrictivos (Correia 2013).

Como lo menciona Ortiz (2005) el autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida, siendo persistente a lo largo de esta, incluyendo alteraciones de conducta, comunicación verbal y no verbal, interacción social y emocional anómala.

En el 2017 la Organización Mundial para la Salud realizó una nota descriptiva, en la que se calcula que uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista (TEA) representando una cifra media, pues la prevalencia observada varía entre los distintos estudios que en los últimos 50 años parece aumentar considerablemente (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Durante el año 2015 en Colombia se publicó el Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista, donde se menciona que 1 de cada 88 niños en Estados Unidos está dentro del espectro autista, que se podrían encontrar 5 millones de personas con este trastorno y que son más comunes en niños (1 en 54) que en niñas (1 en 252), a pesar de las cifras, en Colombia no existen datos oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno, se estima que aproximadamente un 16% de la población menor de 15 años en Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL & INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLOGICA EN SALUD., 2015).

Mencionado lo anterior se decide utilizar un enfoque mixto, con un diseño de ejecución concurrente, es decir, el enfoque cuantitativo y cualitativo se aplica de manera simultánea; ni el análisis de los datos cuantitativos, ni cualitativos se construyen sobre la base del otro análisis, con lo que se pretende integrar las inferencias y conclusiones de los datos y resultados cualitativos y cuantitativos realizados de manera independiente; lo cual permitirá elaborar un análisis de las percepciones de cuidadores y profesionales en psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el método aba (applied behavior analysis) para el tratamiento de personas con autismo.

Entendiendo las percepciones como el proceso para formar una impresión global de las otras personas o de algo en particular. Al interactuar con otros, se trata de

combinar diversos trozos de información en una impresión general consistente (Baron y Byrne, 1994).

La importancia de esta investigación para la sociedad o comunidad colombiana se ve reflejada en la medida en que se inicia incluyendo dentro de los grupos poblacionales a los cuidadores, intentando obtener impresiones y conclusiones de esta muestra frente al uso y la efectividad de ABA; obteniendo información con la cual se pueda desarrollar un análisis comparativo y obtener una visión sobre la situación actual que viven las personas con autismo en relación a los procesos de intervención y acompañamiento a los que puede acceder.

CAPITULO 2. MARCO DE REFERENCIA

Para esta investigación el concepto “percepción” será entendido como un constructo que se inserta en la tradición de la psicología social, y que se diferencia de la interpretación propia de enfoques biológicos como un proceso fisiológico relacionado con el procesamiento sensorial; tradicionalmente, el concepto “Percepción Social” se ha utilizado para indicar la influencia de los factores sociales y culturales en la apreciación individual y grupal de un sujeto (Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas, 2012).

La percepción social involucra esfuerzos para formar una impresión global de las otras personas o de algo en particular. Al interactuar con otros, y especialmente cuando es la primera vez, se trata de combinar diversos trozos de información en una impresión general consistente. El sentido común sugiere que impresiones son muy importantes, y al igual como sucede en muchos otros casos, la evidencia empírica tiende a concordar con esta creencia de sentido común (Baron y Byrne, 1994).

Actualmente algunos psicólogos sociales hacen referencia a la formación de impresiones, el reconocimiento de las emociones y la percepción que el individuo tiene en su medio físico y social (Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, Santoro y Villegas, 2012).

Respecto a los factores comportamentales, es fundamental tener en cuenta que frente a diversos factores de la vida diaria, las personas construyen percepciones sociales que se originan en su vivencia directa o indirecta con el mundo (Gutiérrez, Alberoni, 1998).

Por tal razón, resulta necesario relacionar dichos pensamientos y conocimientos con los imaginarios y percepciones, que profesionales de psicología expertos en ABA y los cuidadores de personas con autismo tienen respecto al uso y efectividad de la misma terapia.

De esta forma cabe resaltar, como los trastornos del espectro autista son un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que comparten expresiones clínicas y características en cuanto a las dificultades en la interacción social recíproca, el desarrollo

del lenguaje, la comunicación verbal y no verbal, se mantienen conductas repetitivas y estereotipadas, intereses restringidos y restrictivos (Correia 2013).

Como lo menciona Ortiz (2005) el autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida, siendo persistente a lo largo de esta, incluyendo alteraciones de conducta, comunicación verbal y no verbal, interacción social y emocional anómala.

Según el centro para el control y prevención de enfermedades de EEUU “La tasa mundial de Trastorno del Espectro Autista (TEA o autismo) es de 1 de cada 110, hasta el momento Colombia no cuenta con cifras oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno, se estima que aproximadamente un 16% de la población menor de 15 años en Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista” (Ministerio de Salud y Protección Social., 2013).

El diagnóstico del trastorno del espectro autista “TEA”, ha ganado mayor visibilidad en los últimos años, por lo que el ministerio de salud en Colombia decide incluir en el estudio de salud mental el autismo en el año 2013 ya que la detección temprana, el diagnóstico oportuno y los apoyos a las personas diagnosticadas, son acciones necesarias para su inclusión social y su pleno desarrollo (Ministerio de Salud y Protección Social., 2013).

A partir de lo anterior, se busca indagar en las percepciones que tienen profesionales en psicología y cuidadores de personas con trastorno del espectro autista “TEA” frente al uso y efectividad de los tratamientos basados en el método ABA (Applied Behavior Analysis), obteniendo información con la cual se pueda desarrollar un análisis comparativo y obtener una visión sobre la situación actual que viven las personas con autismo en relación a los procesos de intervención y acompañamiento a los que puede acceder.

Por tal razón, a continuación se abordaran tres grandes temáticas (Análisis aplicado de la conducta, trastorno del espectro autista y el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista), las cuales permitirán indagar acerca de la complejidad e implicaciones de los grupos poblacionales con los cuales se desarrollara esta investigación.

Análisis Aplicado De La Conducta

El análisis de la conducta como disciplina científica proviene de la psicología comportamental que surgió en los años 30 y que se inició con la investigación básica de la conducta en animales, de donde se extrajeron elementos teóricos que se propusieron en los años 50 y 60 para el abordaje de áreas de interés social y posteriormente para el de alteraciones de la conducta y comportamiento en humanos (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015). Este se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias negativas, buscando mecanismos de extinción (Mulas, 2010, p. 80).

En el análisis aplicado de la conducta uno de los primeros estudios en reportar la aplicación en humanos desde principios de la conducta operante fue realizado por Fuller en 1949, realizado en sujeto de 18 años con profundas discapacidades del desarrollo descrito en el lenguaje de la época como un "idiota vegetativo", Se observaba como el sujeto se acostaba en su espalda y era incapaz de darse la vuelta Fuller llenó una jeringa con una solución tibia de azúcar y leche e inyectaba una pequeña cantidad del fluido en la boca del sujeto cada vez que movía su brazo derecho (ese brazo fue elegido porque lo movió con poca frecuencia); en cuatro sesiones el sujeto estaba moviendo su brazo en una posición vertical a un ritmo de tres tiempos por minuto.

Los médicos asistentes decían que él sujeto no aprendió nada en los 18 años de su vida, pero en cuatro sesiones experimentales, usando el condicionamiento operante, se hizo una adición a su comportamiento que podría denominarse apreciable. Aquellos quienes participaron u observaron el experimento son de la opinión de que, si el tiempo lo permitía, otras respuestas podrían ser condicionadas y se podrían observar discriminaciones aprendidas. (Batán, 1949, p. 590).

Durante la década de 1950 y hasta principios de la década de 1960, los investigadores utilizaron los métodos del análisis experimental del comportamiento para determinar si los cambios demostrados en el laboratorio con animales podrían replicarse

con humanos, la investigación temprana con sujetos humanos se llevó a cabo en el área clínica o de laboratorio siendo el principal objetivo de los investigadores, determinar si se descubrían los principios básicos del comportamiento en el laboratorio al ser operados los experimentos realizados con animales en humanos (Cooper, 2014).

Por ejemplo, Bijou (1955, 1957, 1958) investigó varios principios de comportamiento con sujetos y personas que se desarrollan normalmente y con retraso mental; Baer (1960, 1961, 1962) examinó los efectos del castigo, escape y evasión de contingencias en niños preescolares; Ferster y DeMyer llevaron a cabo un estudio de los principios de comportamiento usando niños con autismo; y Lindsley (1956, 1960) evaluó los efectos del condicionamiento operante en el comportamiento de adultos con esquizofrenia. Estos primeros investigadores establecieron como los principios del análisis experimental de la conducta son aplicables al comportamiento humano y establecen un escenario para el desarrollo del análisis de comportamiento aplicado (Cooper, 2014).

El análisis conductual se basa en los principios y conocimientos procedidos de la psicología experimental y la psicología del aprendizaje, que surge como alternativa respecto al diagnóstico tradicional basado en el modelo psicoanalítico y al enfoque psiquiátrico de la psicopatología, este se fundamenta en el método experimental, diseñado para cambiar la conducta del individuo que específicamente posee trastornos concretos de la conducta y entiende que la situación en que se produce la conducta es fundamental para predecir el comportamiento e implementar técnicas para modificarlo (Rodas Valencia, 2009).

Este se ha desarrollado en tres áreas independientes: Análisis conductual aplicado (ABA), análisis experimental de la conducta (EBA), análisis conceptual de la conducta (CBA) de las cuales surgen tres áreas de aplicación: Análisis Conceptual de la Conducta (ACC) orientado al desarrollo conceptual y teórico; Análisis Experimental de la Conducta (AEC) que busca el desarrollo experimental y el Análisis Conductual Aplicado (ACA/ABA) que aborda problemas de interés social o clínico con los principios y leyes del

comportamiento encontrados en el laboratorio compuesto por 7 dimensiones (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ Aplicado: El análisis del comportamiento aplicado (ABA) señala signos que pueden afectar las mejoras en los comportamientos y las vidas de las personas. Para cumplir con este criterio, el investigador o el profesional debe seleccionar comportamientos para cambiar que sean socialmente significativos para los participantes en diferentes áreas (social, lingüística, académica, de la vida diaria, autocuidado, vocacional, y / o comportamientos de recreación y ocio) que mejoraran la experiencia de vida cotidiana de los participantes y que no afecten la de sus seres queridos (padres, maestros, pares, empleadores) de tal manera que se comporten más adaptativamente (Cooper, 2014).

- ✓ Comportamental: Al principio puede parecer inadecuado incluir un criterio tan obvio, por supuesto, el análisis de comportamiento aplicado debe ser comportamental. Sin embargo, Baer y colegas (1968) elaboraron tres puntos importantes relativos al criterio de comportamiento (Cooper, 2014).

En primer lugar, no solo cualquier comportamiento servirá; el comportamiento elegido para el estudio debe ser el que necesita mejora; Por ejemplo, en un estudio que evalúa los efectos de un programa para enseñar a niños de la escuela a llevarse bien con los demás, un analista del comportamiento aplicado observaría y mediría directamente clases de interacciones claramente definidas entre y los niños, en lugar de usar medidas indirectas como las respuestas de los niños en un sociograma o respuestas a un cuestionario sobre cómo creen que se llevan bien con unos y otros (Cooper, 2014).

En segundo lugar, el comportamiento debe ser medible; la precisión y la medición confiable del comportamiento es tan importante en la investigación aplicada como lo es en la investigación básica. Los investigadores deben enfrentar el desafío de medir socialmente comportamientos significativos en sus entornos naturales y deben hacerlo sin recurrir a la medición no conductual (Cooper, 2014).

En tercer lugar, cuando se observan cambios en el comportamiento durante una investigación, es necesario preguntarse de quién es el comportamiento que ha cambiado, si el de la persona investigada o del observador o investigador. El

profesional deberá intentar controlar el comportamiento de todas las personas involucradas en un estudio (Cooper, 2014).

- ✓ Analítico: El análisis de comportamiento aplicado es analítico cuando el experimentador ha demostrado una relación funcional entre los eventos manipulados y un cambio confiable en alguna dimensión medible del comportamiento objetivo, en otras palabras, el experimentador debe poder controlar la ocurrencia y no ocurrencia del comportamiento; sin embargo, la sociedad no permite la repetición en la manipulación de comportamientos importantes para satisfacer los requisitos del método experimental, por lo tanto, se debe demostrar control en la mayor medida posible dadas las restricciones del entorno y comportamiento.
- ✓ Tecnológico: Un estudio en análisis de comportamiento aplicado es tecnológico cuando todos sus procedimientos operativos están identificados y descritos con suficiente detalle y claridad. No importa cuán poderosos sean sus efectos en cualquier estudio, un método de cambio de comportamiento será de poco valor si los practicantes no pueden replicarlo. El desarrollo de una tecnología replicable de cambio de comportamiento ha sido una característica definitoria y objetivo continuo de ABA desde su inicio, las tácticas de comportamiento son replicables y enseñable a otros. Las intervenciones que no pueden ser replicadas con suficiente fidelidad para lograr resultados comparables no se consideran parte de la tecnología. (Cooper, 2014).
- ✓ Conceptual: Una característica definitoria del análisis aplicado de la conducta hace referencia a los tipos de intervenciones utilizadas para mejorar el comportamiento. Aunque hay un número infinito de tácticas y procedimientos específicos que pueden usarse para alterar el comportamiento, casi todos son derivados y / o combinaciones de principios básicos del comportamiento, lo que significa que los procedimientos para cambiar la conducta y cualquier interpretación de cómo o por qué esos procedimientos fueron eficaces deben describirse en términos de los principios que se derivaron. Baer y colegas (1968) proporcionaron una fuerte razón de ser para el uso de sistemas conceptuales en el comportamiento aplicado análisis. Primero, relacionar los procedimientos

específicos con los básicos podría permitir al consumidor de la investigación derivar otros procedimientos similares del mismo principio; Segundo, los sistemas conceptuales son necesarios si una tecnología se convierte en una disciplina integrada en lugar de una "colección" de trucos (Cooper, 2014).

- ✓ Efectivo: si la aplicación de técnicas del comportamiento no produce efectos lo suficientemente grandes para un valor práctico, su aplicación habrá fallado. Una aplicación efectiva de la disciplina debe mejorar el comportamiento "En aplicación, la importancia teórica de una variable generalmente no está en cuestión, su importancia práctica, radica en el poder modificar el comportamiento lo suficiente como para ser socialmente aceptable" (Baer et al., 1968, p. 96).

Considerando que algunas investigaciones producen resultados de importancia teórica o significación estadística, un estudio de análisis aplicado de la conducta debe producir cambios o modificaciones en el comportamiento que puedan ser observados en niveles clínicos o sociales (Cooper, 2014). La necesidad de producir cambios en el comportamiento que sean significativos para el participante ha empujado a los investigadores a buscar nuevas técnicas que produzcan grandes efectos en el comportamiento que sean socialmente adaptativas (Baer, 1977).

La efectividad de ABA también es vista por el tipo de resultado, en la medida en que los cambios en el comportamiento producen cambios notables en otras áreas o funciones del individuo, si tales cambios en las vidas de los sujetos no ocurren, ABA no puede alcanzar un nivel de efectividad ni alcanzar una forma crítica de validez social (Cooper, 2014).

- ✓ Generalidad: Un cambio de comportamiento tiene generalidad si dura con el tiempo y además puede replicarse en entornos distintos a aquel en el que la intervención se realizó inicialmente. La generalidad también existe cuando cambian otros comportamientos que no eran el foco de la intervención. Aunque no todas las instancias de la generalidad son adaptativas (Cooper, 2014).

Estos se traducen en los pasos a seguir correspondiendo al diagnóstico de la afectación, el diseño de una estrategia, el análisis de la afectación en términos cuantificables, la instrumentalización, la concordancia con los principios de la psicología

comportamental y la medición del efecto logrado. Para que ABA sea considerado un marco terapéutico, deberá cumplir las 7 dimensiones mencionadas (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Esta disciplina tiene tres grandes áreas generales (Bruce, 2009):

- ✓ El análisis aplicado del comportamiento.
- ✓ Una metodología de investigación conocida como análisis experimental del comportamiento.
- ✓ Y la filosofía de la ciencia conocida como conductismo

Dentro de las definiciones del análisis aplicado del comportamiento se atribuyen características como (Bruce, 2009, pág. 46):

- ✓ La intervención y los resultados deben ser de naturaleza conductual y derivarse de los principios de las teorías que sustentan el análisis conductual, incluyendo resultados objetivos de lo que se hace.
- ✓ El enfoque debe ser analítico y la intervención debe estar relacionada con cambios específicos del comportamiento.
- ✓ El enfoque debe ser eficaz pues los resultados en el comportamiento mejoran clínicamente.
- ✓ El enfoque debe ser generalizable pues los cambios que se producen deben ser a largo plazo y no temporales.

Dicho lo anterior se hace evidente la importancia de los cambios en la conducta y sus características, elevando su campo a una ciencia de la humanidad, del comportamiento y su control (Bruce, 2009).

El análisis experimental de la conducta representa el segundo dominio del análisis conductual, este utiliza un enfoque de investigación empírica conocido generalmente como diseño de investigación de un solo caso, que se centra en uno o pocos casos de números de personas antes y después de su exposición a algún tratamiento, a pesar de que este enfoque no se originó en la rama conductista lo elevo a un enfoque primario de

la investigación científica ya que permite una toma de decisiones objetiva que facilita hacer inferencias causales en el nivel de cada individuo (Bruce, 2009).

El tercer dominio representa la filosofía del conductismo que está sujeto a diferentes interpretaciones metodológicas, filosóficas y radicales; el conductismo metodológico sostiene que el tema de la psicología consiste en un comportamiento que puede ser detectado a través de la observación o instrumentación apropiada, este acepta la existencia de estados internos como pensamientos y sensaciones, pero aclara que no pueden ser estudiados científicamente. El conductismo filosófico se entiende como el análisis o reducción de estados mentales con el fin de comportarse que acepta el realismo, positivismo, pragmatismo, empirismo y rechaza el mentalismo, la metafísica, dualismo y razonamiento conductual (Bruce, 2009, pág. 48).

El conductismo radical por el contrario ve el comportamiento como todo lo que una persona hace, así como todo lo que ocurre dentro del individuo como pensamientos, sueños o alucinaciones, el hecho de que un evento sea privado y no visible para los demás, no quiere vicia la realidad de los acontecimientos internos, por ejemplo el dolor de muelas es real y legítimo; esta posición se asocia al psicólogo BF Skinner, este acepta la realidad de los eventos privados y los intentos en encontrar modo para explicarlos, predecirlos y controlarlos (Bruce, 2009).

El análisis conductual intenta eliminar construcciones hipotéticas a partir de explicaciones del comportamiento teniendo como objetivo ser un producto natural de la ciencia de la conducta como ya se había mencionado, esta disciplina interacciona la filosofía.

La metodología ABA, inició como una técnica de enseñanza utilizada para trabajar con población autista y estuvo fundamentada en el modelo conductista que luego se convirtió en lo que hoy se conoce como Análisis Aplicado de la Conducta ABA, con el tiempo esta técnica fue evolucionando y se incorporaron otras estrategias de la psicología cognitiva y el procesamiento de información (IETS, 2014).

De esta forma, la metodología ABA desarrollada por Ivar Lovaas fue enfocada al estímulo del ambiente y el comportamiento del niño, para fortalecer o educar en diferentes áreas como: académicas, sociales, ayuda personal y reducción de comportamiento no deseado (Correia 2013).

Esto se logró con trabajos específicos en sus habilidades de comunicación, a través de trabajos en lenguaje expresivo y receptiva, inteligencia y en su comportamiento adaptativo. El enfoque en este programa integral altamente estructurado se basa en la capacitación a través de tareas discriminadas, utilizadas para reducir comportamientos estereotipados con la estimulación de comportamientos socialmente aceptados (IETS, 2014).

Evolución histórica del análisis experimental y aplicado del comportamiento

Primera generación.

Con los aportes de J.B Watson “padre del conductismo” y a B.F Skinner, creador del conductismo radical denominado también “conductismo radical skinneriano” y los resultados aplicados de la tradición conductal donde su exponente fue el Análisis Aplicado del Comportamiento, conforme la denominada “Primera Ola” de las terapias conductuales (Mañas Mañas, 2007).

El principal interés de esta primera ola de terapias fue el de romper y superar las limitaciones e inconvenientes de las tradicionales posiciones clínicas del momento, principalmente las del modelo psicoanalítico. Identificando variables como las contingencias de reforzamiento o el control discriminativo ciertos estímulos sobre la conducta, enfocándose en el comportamiento problema o clínico de forma directa, basándose en los principios del conocimiento y del aprendizaje. A este proceder clínico basado en el manejo directo de contingencias, con objetivos como la conducta observable, se denominó cambios de “primer orden” (Mañas Mañas, 2007).

Sin embargo, el modelo del aprendizaje asociacionista o paradigma estímulo-respuesta (conductismo watsoniano) y el análisis experimental de la conducta (conductismo radical skinneriano), no fueron eficaces en el tratamiento de determinados problemas psicológicos que presentaban los adultos. (Mañas Mañas, 2007)

Segunda Generación

En la década de los 60 surge la denominada Segunda Ola de Terapias de Conducta o Terapias de Segunda Generación debido al hecho de que ninguna de las aproximaciones de la primera ola ofreció un análisis empírico adecuado del lenguaje y la cognición humana, lo que caracterizó esta segunda ola fue el considerar el pensamiento o la cognición como causa principal de la conducta y por ende la explicación de los fenómenos y trastornos psicológicos (Mañas Mañas, 2007).

Esta nueva ola de terapias fue considerada bajo el umbral de las Terapias Cognitivo-Conductuales, manteniendo técnicas centradas en el cambio de contingencias, siendo los eventos cognitivos las variables de interés y considerados ahora como la causa directa del comportamiento y objetivo principal de intervención, se centraron en la modificación, eliminación, reducción o alteración de los eventos privados, entendidos como las cogniciones, el conjunto de emociones, recuerdos, creencias o las propias sensaciones corporales (Mañas Mañas, 2007).

La premisa que se estableció durante este periodo se resume en: si la causa de la conducta es el pensamiento, se ha de cambiar el pensamiento para cambiar la conducta, este planteamiento se adaptó correctamente en incluso configuro y determino, lo establecido socialmente como correcto o lo que se debe hacer dadas circunstancias. De lo anterior puede considerarse que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser rápidamente eliminado a través de los medios disponibles, usando estrategias o técnicas de control entre ellas la eliminación, supresión, evitación entre otras de los eventos privados (Mañas Mañas, 2007).

Dentro de las terapias de segunda generación se encuentran un amplio número de terapias, actualmente las más estandarizadas y utilizadas, son la Terapia Cognitiva de Beck y la Terapia Racional emotiva de Ellis, descritas a continuación:

- ✓ La Terapia Cognitiva de Beck para la depresión, indica que las personas sufren por la interpretación que realizan de los sucesos y no por estos en sí mismos y considera que a través de la reestructuración cognitiva, un individuo es capaz de modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva de los hechos y de las situaciones que vive, permitiendo que el individuo se vea y sí mismo y al mundo de forma más realista y adaptativa (Garcia-Allen, s.f)
- ✓ La Terapia Racional Emotiva de Ellis, se encuentra el supuesto de que el pensamiento y la emoción no son dos procesos diferentes, sino que están sobrepuestos de manera significativa y que a menudo la emotividad desordenada puede mejorar cambiando la forma en que se piensa (Navas, 1981), Ellis afirmaba que las personas no se alteraban por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos y que los problemas conductuales se fundamentaban en tres fuentes: el pensamiento, la emoción y la conducta, puesto que las personas en gran parte eran responsables de sus sentimientos perturbados y por ende disponían de todos los recursos para modificar sus pensamientos y traer a su vida estados duraderos y estables (Labrador, 2010).

Aunque estas terapias han resultado efectivas en el tratamiento de múltiples problemas psicológicos, aún quedan problemas sin resolver, que giran en torno a la efectividad del conjunto de técnicas usadas en la segunda generación ya que su efectividad se ha relacionado más con los componentes conductuales que con los cognitivos propiamente dichos.

Tercera Generación

El desconocimiento sobre él porque resultan efectivas o por el contrario fracasan las terapias cognitivas conductuales es una de las razones para que Hayes en 2004 subraye la necesidad de un nueva ola de terapias de conducta: La denominada Tercera Ola de

Terapias de conducta o las Terapias de Tercera Generación, definida por el autor como sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, enfatizando el uso de estrategias basadas en la experiencia y al contexto, esta nueva ola tienen a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas definidos, diferenciándose de las anteriores generaciones en (Mañas Mañas, 2007):

- ✓ Abandonan el compromiso de utilizar exclusivamente cambios de primer-orden.
- ✓ Adoptan asunciones de corte más contextualista (Mañas Mañas, 2007, p. 32).
- ✓ Utilizan estrategias de cambio más experimentales por la persona en lugar de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas (Mañas Mañas, 2007, p. 32).
- ✓ Amplían y modifican de forma considerable el objetivo a tratar o cambiar en (Mañas Mañas, 2007, p. 32)

Esta generación se centra en la alteración de la función psicológica del evento en particular a través de la alteración de los contextos verbales en los cuales los eventos cognitivos resultan problemáticos, donde se pretende hacer ver a la persona que los intentos de control que mantiene sobre sus eventos privados, no es la solución de su problema si no que dichos intentos de control forman parte del problema mismo.

Análisis Aplicado del Comportamiento (ABA) y Autismo

El objetivo principal de la terapia del análisis aplicado del comportamiento (ABA) es enseñar nuevas habilidades, promover la generalización de las mismas y reducir comportamientos disruptivos mediante un refuerzo sistemático. La terapia fundamentada en el análisis conductual aplicado (ABA) es la ciencia del conocimiento y de la mejoría del comportamiento (IETS, 2014).

Así pues, hace uso de técnicas y principios conductuales para lograr un cambio significativo en el comportamiento. Cuando un comportamiento va seguido por algún tipo de reforzador, es más probable que se repita, por esto el principio más importante de la terapia del comportamiento es el refuerzo positivo (IETS, 2014).

Es por esta razón, que ABA ayuda a las personas con autismo a desarrollar y aprender habilidades básicas como el lenguaje, la comunicación, sostener el contacto visual, imitar o jugar, así como habilidades complejas como conversación, anticipación, empatía y la comprensión de la perspectiva de los otros; esto depende del nivel de complejidad en el que se encuentre el individuo con autismo.

La intervención ABA eficaz no debe ser vista como un patrón o conjunto de programas; por el contrario, el terapeuta debe personalizar la investigación a las habilidades de cada niño respetando sus necesidades, intereses, preferencias y situación familiar. Sin embargo, las intervenciones en ABA poseen factores en común tales como la planificación, intervención y evaluación continua (IETS, 2014).

Los terapeutas tienen que ser cualificados y entrenados en observar y cambiar el comportamiento, mejorando la calidad de vida haciéndolo más independiente. La intervención debe ser diseñada después de una evaluación detallada de las habilidades, preferencias de cada niño, los objetivos familiares, diagnóstico médico y psicológico en el nivel de su patología.

Esta terapia debe desarrollar una gama de habilidades amplia, teniendo como objetivo final la independencia del sujeto y un desarrollo armonioso tanto a corto como a largo plazo; es por esta razón que se realizan las intervenciones en el ambiente real en el cual se desarrolla comúnmente el individuo (IETS, 2014).

El analista se reúne regularmente con la familia para planificar los programas del futuro, revisar el progreso, obtener el feedback y hacer los ajustes necesarios. En ABA el concepto es bastante simple, se descomponen tareas complejas que se deben aprender en pequeñas piezas, y se enseñan una a una.

El sistema de intervención en ABA tiene objetivos claramente formulados, organizados en tareas simples para que la evolución del niño pueda ser permanentemente evaluada, adicional a ello, ABA es una intervención no solo para el

individuo con TEA sino para toda su red de apoyo como padres, cuidadores, familiares, docentes o cualquier tipo de persona que tenga un contacto o deba tener una relación directa con el mismo (IETS, 2014).

ABA genera cambios significativos en muchas áreas de funcionamiento, sin embargo, los cambios no suelen ocurrir rápidamente, por el contrario, la mayoría de las personas con autismo necesitan terapia intensiva, de 25 a 40 horas semanales, que va construyendo paso a paso el progreso de la terapia. Por otro lado, el progreso varía considerablemente de persona a persona dependiendo de la edad, la intensidad de la terapia, niveles de funcionamiento, objetivos, familiares, entre otros factores.

Una serie de estudios recientes confirman que las técnicas ABA se usan en muchos programas de integración y son eficaces para el desarrollo de habilidades importantes en la vida de los adolescentes y adultos con autismo, obteniendo con éxito una transición a la vida independiente y probablemente hacia vida laboral y profesional.

Conviene subrayar como ABA busca la extinción de los comportamientos desadaptativos, enseñar comportamientos adecuados, facilitar la integración en la educación normal, entrenar a los padres para poder interactuar de forma eficaz con el niño, maximizar la independencia en todos los ámbitos de desarrollo (IETS, 2014).

El análisis de comportamiento aplicado es el proceso de aplicar sistemáticamente intervenciones basadas en los principios de la teoría del aprendizaje para mejorar significativamente los comportamientos socialmente adaptativos y demostrar que las intervenciones empleadas son responsables de la mejora del comportamiento (Baer, Wolf y Risley, 1968; Sulzer-Azaroff y Mayer, 1991). Por consiguiente, esta terapia se enfoca en 8 áreas fundamentales en el desarrollo de cualquier individuo, estas son:

- ✓ Habilidades adaptativas
- ✓ Lenguaje
- ✓ Funciones ejecutivas
- ✓ Habilidades motoras

- ✓ Habilidades sociales
- ✓ Habilidades Cognitivas
- ✓ Habilidades académicas
- ✓ Habilidades en el juego

Con base en estas 8 áreas los métodos ABA se utilizan para apoyar a las personas con autismo para:

- ✓ Aumentar comportamientos (por ejemplo, los procedimientos de refuerzo aumentan el comportamiento en la tarea o las interacciones sociales);
- ✓ Enseñar nuevas habilidades (por ejemplo, instrucción sistemática y procedimientos de refuerzo enseñan habilidades de la vida funcional, habilidades de comunicación o habilidades sociales);
- ✓ Mantener comportamientos (por ejemplo, enseñar autocontrol y procedimientos de auto-monitoreo para mantener y generalizar habilidades sociales relacionadas con el trabajo);
- ✓ Para generalizar o transferir el comportamiento de una situación o respuesta a otra (por ejemplo, de completar asignaciones en la sala de recursos a realizar también en el aula principal).
- ✓ Restringir o estrechar las condiciones bajo las cuales ocurren comportamientos de interferencia (por ejemplo, modificando el ambiente de aprendizaje); y
- ✓ Para reducir los comportamientos que interfieren (por ejemplo, lesión de uno mismo o estereotipia).

Generalidades Sobre Tea

Descripción Clínica del Trastorno.

Los trastornos del espectro autista son un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que comparten expresiones clínicas y características en cuanto a las dificultades en la interacción social recíproca, el desarrollo del lenguaje, la comunicación

verbal y no verbal, conductas repetitivas y estereotipadas, intereses restringidos y restrictivos (Correia 2013).

Como lo menciona Ortiz (2005) el autismo no es una enfermedad sino un síndrome clínico, presente desde los primeros meses de vida, siendo persistente a lo largo de esta, incluyendo alteraciones de conducta, comunicación verbal y no verbal, interacción social y emocional anómala.

El niño autista por lo general muestra una dificultad notable en la adquisición del lenguaje usa las palabras inadecuadamente y sin un adecuado propósito comunicativo; el autismo representa una disfunción de uno o varios sistemas cerebrales, aún no identificados, y en la mayoría de los casos obedece a encefalopatía estática, esto no significa que sus manifestaciones clínicas no cambien con la maduración o con las intervenciones terapéuticas (Jordán Cristóbal, 2015).

Así pues, el pronóstico del trastorno varía desde nulo lenguaje y carencia en las capacidades para la vida diaria, hasta el logro de grados universitarios y funcionamiento totalmente independiente del cuidador. En efecto, mientras más temprano sea el diagnóstico y más organizadas sean las estrategias de tratamiento, mejor será el pronóstico final (Correia, 2013).

En la actualidad el autismo se describe como un síndrome complejo, con múltiples causas y manifestaciones, que agrupa una amplia colección de síntomas raros de observar. Por ello, su definición debe hacer frente, de manera específica, al estudio de su sintomatología para poder recoger toda su variabilidad espectral (Álvarez, 2007). Pese a los avances en la investigación del trastorno, hoy en día, todavía no existe una definición técnicamente aceptable y universalmente compartida del autismo, que se debe, en parte, a la dificultad de describir y comprender las profundas y diversas alteraciones que presentan las personas que lo sufren (Albores, Hernández, Díaz & Cortés, 2008).

No obstante, y pese a las limitaciones anteriormente señaladas, el autismo puede definirse, en términos generales, como:

Trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con un inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad (López, Rivas y Taboada, 2009, p. 557).

Estos trastornos, como su nombre indica, se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que los definen son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto (Álvarez, 2007).

Al igual que sucede con la definición, encontramos también cierta confusión en cuanto a los criterios diagnósticos del autismo infantil, que en buena medida se debe a su complejidad, a la multiplicidad de variables, a la no especificidad de los síntomas considerados e incluso a los desacuerdos entre los diversos paradigmas de investigación (Albores et al., 2008).

Por ello, las descripciones actuales del autismo hacen referencia a un grupo heterogéneo de síntomas, sin que sean a su vez específicos del mismo. Las manifestaciones del autismo son muy amplias, difusas e inconstantes. Los criterios diagnósticos, tal como se recogen en el DSM-5 (APA, 2013) y la CIE-10 (OMS, 1992), requieren de la valoración de dos dimensiones que deben estar presentes a la edad de 4-5 años, si bien, deben comenzar a manifestarse antes de los dos años y, a menudo, se observa un desarrollo inapropiado incluso con anterioridad a esta edad, como es el caso de un lenguaje anormalmente retardado, un comportamiento que no responde a las expectativas sociales, o un uso repetitivo y estereotipado de acciones, juegos y manipulación de objetos.

Estos dos criterios a los que se hace referencia son:

- a) alteraciones en la interacción social, alteraciones en el lenguaje y la comunicación
- b) patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. Están marcadas por una notable afectación de la práctica de comportamientos no verbales múltiples en orden a regular la interacción y comunicación sociales principalmente (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003):

Los principales síntomas del autismo son alteraciones en el comportamiento social, en la comunicación verbal y no verbal y en el margen de intereses y actividades del niño. Contrario al concepto que se tenía previamente sobre la falta de afectividad por parte de los autistas, los niños autistas pueden tener una adecuada relación afectiva con sus padres o cuidadores (Bonilla y Chaskel, S.f).

Cuando se examinan las manifestaciones del trastorno autista en los primeros años de vida podemos definir tres rasgos principalmente (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003):

1. El primer rasgo es la alteración de la interacción social, con dificultades de tipo:
 - ✓ Escasa integración de la mirada
 - ✓ Escasez de expresiones faciales
 - ✓ Apenas comparte focos desde interés, tiene dificultades para desarrollar habilidades de referencia conjunta.
 - ✓ No se da una reciprocidad emocional o social
 - ✓ Dificultad en las relaciones con coetáneos
 - ✓ Alteración de la empatía.

Los niños y niñas con autismo, por lo tanto, se diferencian de los demás en el tipo, calidad y reciprocidad de la interacción, no en si interactúan o no, ya que lo hacen de otra manera

2. Un segundo rasgo es la alteración de la comunicación:

- ✓ Puede no responder cuando se le llama
- ✓ Hay un retraso en el desarrollo
- ✓ No utiliza gestos o mímica
- ✓ El lenguaje no es comunicativo, puede hablar con fluidez, pero tiene dificultades para comunicarse o hacerse entender.
- ✓ Presenta un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje
- ✓ Comprensión literal del lenguaje
- ✓ Uso de neologismos.

Por último, otro rasgo que caracteriza a los niños con autismo es la inflexibilidad o como Kanner lo denominó (insistencia en la invariancia) que incluye tres tipos de comportamientos, que son los intereses restrictivos, los rituales y la resistencia al cambio (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003).

Para estos niños los intereses restrictivos sirven como sustituto del juego, ya que carecen de la capacidad para desarrollar formas de juego creativas. En la edad infantil tienden a interesarse por estímulos visuales, tanto, que les cuesta desplazar la atención de ellos. Estos comportamientos además se caracterizan por ser repetitivos, solitarios e intensos (Velásquez, Lozano, 1996).

Para sentirse seguro de los rituales no deben modificarse, así mantienen la calma al percibir un ritmo constante. Por lo tanto, las actitudes que podremos observar en ellos son:

Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad, Téllez de Meneses, 2010):

- ✓ Juego no adaptado a su nivel
- ✓ Resistencia a los cambios y nuevas experiencias
- ✓ Movimientos estereotipados frecuentes
- ✓ Presta atención a objetos o se fascina con partes de objetos.

Todos los niños autistas muestran alteraciones del lenguaje, que pueden abarcar desde una ausencia total del mismo, pasando por déficits en la comprensión y el uso comunicativo del lenguaje verbal y la mímica, hasta una disprosodia leve; la alteración

severa del lenguaje con mutismo e inatención puede incluso llegar a hacer pensar en sordera. Cuando el lenguaje está presente es muy común encontrar ecolalia, palilalia, neologismos, lenguaje idiosincrásico (giros verbales sin significado para otras personas), lenguaje telegráfico y errores gruesos en el uso de tiempo y persona (el niño autista se refiere a sí mismo diciendo: "tienes hambre", "quieres dormir", "Fulanito quiere", etc) (Pérez y Williams, 2005).

Las alteraciones del lenguaje son tan importantes que constituyen el eje del diagnóstico temprano. Recientemente un grupo de expertos en el área estableció los siguientes criterios como indicación absoluta para evaluación inmediata:

- a) Ausencia de balbuceo, señalamiento (pointing) u otros gestos a los 12 meses.
- b) Ninguna palabra a los 16 meses.
- c) Ninguna frase espontánea de dos palabras (no ecolálico) a los 24 meses.
- d) Cualquier pérdida de cualquier lenguaje a cualquier edad.

De acuerdo con este comité de expertos, cualquiera de estos hallazgos debe motivar una investigación exhaustiva, considerando el autismo entre los posibles diagnósticos. La comunicación no verbal es igualmente defectuosa (Pozo, Sánchez, Zaballo, 2006).

El niño autista no se comunica adecuadamente con gestos o mímica, algunos expresan sus deseos llevando a la persona hacia el objeto deseado (utilizan al otro como una herramienta). El autista experimenta dificultades importantes para comprender también el lenguaje gestual o mímico, es decir no comprende adecuadamente las expresiones faciales o corporales de enojo, de felicidad o de aceptación (Pozo, Sánchez, Zaballo, 2006).

Estos niños entienden poco o nada del lenguaje, fallan en el diálogo y permanecen no verbales. Los niños autistas se caracterizan por deficiencia de la comprensión y del uso comunicativo del diálogo y los gestos. Un compromiso en la habilidad de decodificar rápidamente un estímulo acústico resulta en el más devastador desorden del lenguaje del autismo: agnosia verbal auditiva y sordera de palabras (Luque, Rodríguez, Tabernero Urbieto, y Cuadrado, 2017).

Por otro lado, los niños autistas con desórdenes mixtos receptivos-expresivos tienen mejor comprensión que expresión, su articulación verbal es deficiente, son agramaticales y sus discursos son dispersos. Otros niños autistas hablan tarde, progresan a oraciones fluidas, claras y bien formadas, pero su discurso se puede volver repetitivo, literal, ecológico y sobre aprendidos (López, Álvarez, 2007).

Los niños con autismo no saben jugar, manipulan los juguetes sin tener conciencia de lo que estos representan, no se comprometen en pretender jugar, actividad que desarrolla un niño de dos años normalmente (López, Rivas y Taboada, 2009).

La atención y las actividades diarias de los niños autistas también presentan características particulares, son incapaces de concentrarse en actividades compartidas. El estado de atención también se ve perturbado por las estereotipias intrusas, como el aleteo de manos, que impiden una buena concentración del menor. Cuando realizan alguna actividad y ésta es interrumpida, desarrollan rabietas y estados de agresividad; además, pueden tener escasa necesidad de dormir o frecuentes despertares nocturnos (Milla y Mulas, 2009).

El 75% de los individuos autistas presentan retardo mental. Su gravedad, así como su nivel cognitivo están directamente asociados a la gravedad de sus síntomas autistas. Muchos individuos autistas muestran un patrón particular en las pruebas de inteligencia, donde el coeficiente intelectual de su desempeño manipulativo es superior al verbal. Por otra parte, se puede encontrar una pequeña minoría con habilidades sorprendentes de música, matemáticas o visoespaciales, a pesar de sus deficiencias en otros dominios. (Gadia, Carlos, Tuchman, Roberto, Rotta, Newra, 2004).

El número de casos diagnosticados con TEA y desordenes relacionados, se ha incrementado en la última década, en el año 2014 se reportó que por cada 68 nacimientos existe la posibilidad en que 1 de ellos posea TEA y es 4 veces más común en hombres que en mujeres, sin embargo, las mujeres con autismo suelen tener dificultades intelectuales más severas (National Autism Center, 2015).

En el 2017 la Organización Mundial para la Salud realizó una nota descriptiva, en la que se calcula que uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista (TEA) representando una cifra media, pues la prevalencia observada varía entre los distintos estudios que en los últimos 50 años parece aumentar considerablemente (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Durante el año 2015 en Colombia se publicó el Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con Trastornos del Espectro Autista, donde se menciona que 1 de cada 88 niños en Estados Unidos está dentro del espectro autista, que se podrían encontrar 5 millones de personas con este trastorno y que son más comunes en niños (1 en 54) que en niñas (1 en 252), a pesar de las cifras, en Colombia no existen datos oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno, se estima que aproximadamente un 16% de la población menor de 15 años en Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL & INSTITUTO DE EVALUACION TECNOLOGICA EN SALUD., 2015).

El alto riesgo de recurrencia de TEA en hermanos y aun mayor prevalencia en gemelos idénticos ha proporcionado fuerte evidencia en la importancia de los factores genéticos, los altos rangos de TEA son notables en hermanos de niños afectados por el trastorno, incluso se evidencia en miembros de familia que tienen a su cargo personas con el trastorno desórdenes en el estado de ánimo y ansiedad (National Autism Center, 2015).

También se atribuye que la exposición prenatal a determinados medicamentos (valproato), el nivel de testosterona, la exposición al alcohol e infecciones (rubeola y citomegalovirus) se asocian a un mayor riesgo TEA, también los niños con nacimientos prematuros pueden tener un mayor riesgo del trastorno (Kolevzon, Gross, & Reichenberg, 2007).

La edad paterna y materna avanzada, la hipoxia neonatal y el bajo peso al nacimiento son condiciones que podrían estar relacionadas a un mayor riesgo de TEA (Kolevzon, Gross, & Reichenberg, 2007).

Implicaciones de tener un familiar con TEA

Toda enfermedad o trastorno grave y crónico, provoca un impacto importante en las personas más cercanas al sujeto afectado. Por este motivo, las familias de personas que presentan un trastorno del espectro autista (trastorno del neurodesarrollo crónico y con frecuencia severo) suelen sufrir consecuencias, derivadas de la convivencia con su hijo/a (Baña Castro, Manoel, 2015).

El impacto en las familias se caracteriza, sobre todo, por la presencia de estrés y permanente que, en el caso del trastorno del espectro autista (TEA), suele ser superior al de las familias con hijos que presentan una discapacidad intelectual sin autismo, lo que se explica por los siguientes factores (Baña Castro, Manoel, 2015):

En primer lugar, por la incertidumbre del diagnóstico, ya que en muchos casos la identificación precisa del problema puede tardar varios años, mucho después de que se hayan detectado los primeros síntomas. En segundo lugar, por las propias características del síndrome, que provocan una inquietud y dudas importantes en los padres: dificultades de comunicación severas; sensación de rechazo de las personas; ámbitos poco afectados (en muchas ocasiones), como la motricidad o el aspecto físico; problemas sobreañadidos de conducta. En tercer lugar, por las incertidumbres relativas a las causas del trastorno, los programas de intervención idóneos y la evolución futura (pronóstico) (Baña Castro, Manoel, 2015).

La gravedad del impacto varía en cada caso, y en función de tres variables:

- ✓ Recursos familiares (psicológicos, socioeconómicos y apoyo social)
- ✓ Ajuste de la pareja (salud mental y calidad de las relaciones conyugales)
- ✓ Características individuales del trastorno autista del hijo/a.

El hecho de tener un hijo/a con autismo, se debe entender como el inicio de una crisis, y por lo tanto pasa por cuatro fases conocidas como: shock, negación, depresión y realidad (reacción); es evidente que los padres y las madres necesitan apoyo y asesoramiento profesional regular, para hacer frente al reto que supone la convivencia con TEA. Sin la ayuda profesional, que debe incluir el acceso a servicios de calidad y la atención a los hermanos/as, la convivencia de una persona con TEA, puede ser muy complicada y las consecuencias para los familiares, bastante significativas (Baña Castro, Manoel, 2015).

Sin embargo, muchas veces cuando nos referimos a estos trastornos que inciden en el desarrollo, confundimos a éstos con las personas que los poseen o viven con ellos. Es decir, todas las personas con TEA son diferentes, no están caracterizadas por los rasgos de estos trastornos, sino que se caracterizan por el entorno en el que viven, las experiencias que tienen en sus vidas y, sobre todo, por los apoyos que tengan para superar las dificultades de estas experiencias y los modelos educativos a los que estén sujetos (Tomkiewicz, 1979).

De esta dificultad, por generar un marco teórico común, Frith (1991) señala el concepto de “Espectro Autista” para recoger alteraciones, dificultades y trastornos con la sintomatología del trastorno autista. El DSM5 recoge estas consideraciones en su Manual de Diagnóstico e incorpora el de TEA como general para referirse a una serie de trastornos con una sintomatología común como la dificultad de comunicación o su comportamiento poco adaptativo en general. Nos referirnos a un grupo de personas que viven y forman parte del sistema social, comunitario, familiar, escolar.

Si nos referimos a las familias y el entorno familiar se estará señalando las funciones que el grupo familiar tiene para con las personas que conviven en él: cuidar y velar por su supervivencia, educarlas y formarlas para vivir en la comunidad social de referencia o en otras más o menos allegadas; el papel educador familiar no tuvo importancia hasta hace poco en las personas con Trastorno del Espectro del Autismo, sobre todo, debido al modelo clínico-médico que prepondera incluso en estos momentos;

el modelo sistémico/social aporta gran importancia a la familia y a su papel educativo-estimulador, también normalizador-incluyente; es el grupo de referencia que permite los primeros aprendizajes sociales y permite incluirse, poco a poco, en un clima adecuado y lúdico en la sociedad en que se inserta; este papel familiar es imprescindible donde los valores y actitudes y normas sociales no tienen un claro exponente y tienden a ser difusas o confundirse (Riviere, 2000).

El cambio social da lugar a un cambio familiar por lo que la familia juega un papel de referencia al ser el grupo primario más representativo y de referencia social. En el caso de la Trastorno del Espectro del Autismo pasa a ser imprescindible su aportación educativa puesto que facilita los apoyos y oportunidades para el desarrollo de las personas más allá de sus alteraciones y dificultades (Riviere, 2000).

La familia pasa a ser el principal y más permanente apoyo para el individuo, de su actuación van a depender muchas de las expectativas, posibilidades y bienestar de la persona. Desde hace algún tiempo se destaca el trabajo con las familias con la intención de reconocer la importancia del papel educativo y socializador de los padres, madres, hermanas, abuelos. Conocer el contexto familiar es de suma importancia para analizar el desarrollo de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo y estimular su aprendizaje potencial. El nacimiento de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo en la unidad familiar cambia las expectativas e influye en el grupo familiar, afectando al desarrollo de la persona con el desorden y la relación entre las redes de apoyo que se puedan poner en marcha y la pretendida calidad de vida (Perrin, Nirje, 1985).

La concepción de las necesidades educativas en una visión global sistémica o interactiva concibe a las familias de personas con Trastorno del Espectro del Autismo, como familias típicas en circunstancias excepcionales. Las necesidades no sólo están determinadas por la discapacidad del hijo/a y otras variables familiares sino también en gran medida, por la respuesta o falta de respuesta en un medio social determinado (Paniagua, 1999).

Dentro de este ámbito valorar como es la evolución de las familias que tienen una persona con Trastorno del Espectro del Autismo pasa a ser relevante. Algunos autores llegan a equiparar las reacciones emocionales que se pueden encontrar en las familias hasta la aceptación de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo, cómo similares a las de un duelo por la muerte de un ser querido. Supuestamente hacen mención a la persona que esperaban y no apareció y la que encontraron y no esperaban con respecto a las posibles expectativas sociales, comunitarias e individuales con respecto a un nuevo miembro del grupo. Estos autores hacen referencia a un modelo de adaptación desde que las familias tienen constancia del Trastorno del Espectro del Autismo hasta que llegan a la aceptación.

A este respecto, Molina (1999). Señala las siguientes fases:

- ✓ Fase de Shock. Se caracteriza por la conmoción o bloqueo
- ✓ Fase de no. Los padres ignoran el problema o actúan en el día a día como si nada hubiese ocurrido.
- ✓ Fase de reacción. Los padres intentan comprender la discapacidad y se basan en las interpretaciones que ellos mismos hacen de la misma.
- ✓ Fase de adaptación y orientación. Es una fase más realista y práctica, centrada en lo que se debe hacer en torno a las necesidades del hijo y en la mejor ayuda que se le puede ofrecer.

En relación con este tema, (Millá y Mulas, 2009) señalan que el nacimiento de un hijo con Trastorno del Espectro del Autismo provoca siempre, en mayor o menor medida, una crisis que se caracteriza por: a) un fuerte impacto psicológico y emocional; b) un proceso de adaptación y redefinición del funcionamiento familiar; c) cambios en la relación de pareja; y d) la necesidad de ayuda y de asesoramiento. La interacción de los padres con el hijo depende del tipo y grado de retraso, de la rapidez en la toma de conciencia, de la naturaleza de los desafíos que le plantea la atención al hijo/a y de la historia, recursos y características de la familia en su conjunto (Aierbe, 2005).

Ahora bien, no se puede suponer que todas las familias atraviesen una secuencia similar de etapas; en realidad, las familias reaccionan de maneras muy diversas ante la aparición de una persona con Trastorno del Espectro del Autismo (García Sánchez, 2005). Para conocer mejor las actitudes y comportamientos familiares resulta útil basarse en el concepto de ciclo vital familiar. Freixa (1993) entiende por ciclo vital la progresión de estadios del desarrollo más o menos estables, separados por etapas de transición, períodos relativamente breves de desorganización, marcados por ceremonias, rituales y acontecimientos que señalan la entrada a un nuevo estadio del desarrollo.

Asimismo, Gallimore, Weisner, Kaufman, y Bernheimer (1989). Señalan el proceso de acomodación de la familia al desarrollo del niño/a cómo similar al resto de las familias; si bien los padres y madres tienen que ser más selectivos a la hora de plantear las actividades para el cuidado de sus hijos/as con Trastorno del Espectro del Autismo y además las rutinas son más complejas. En general, los estudios advierten de la necesidad de considerar los efectos de las ideas, intenciones o metas de los padres y educadores, como uno de los elementos determinantes de las pautas de interacción a desarrollar. Estos autores afirman que la acomodación que realiza la familia ante las dificultades del niño/a presenta un programa mixto de continuidad y de cambio, con momentos de transición que pueden generar mayor estrés. Los factores que intervienen en la variedad de respuestas adaptativas de las familias son: Las características del niño/a, las creencias de la familia sobre el desorden de la persona están muy relacionadas con el estrés parental, el ajuste familiar, la angustia psicológica, la calidad de las relaciones familiares y los sistemas de apoyo y recursos externos.

Por otra parte, Frith (1991) señala que la presencia de niños/as nacidos con riesgo biológico o condiciones manifiestas de Trastorno del Espectro del Autismo, genera situaciones potencialmente estresantes adicionales con las que la familia se tendrá que enfrentar. Señala cuatro aspectos (Freixa, 1993):

- a) Obtener información relativa al desarrollar y salud de su hijo/a.

- b) Hacer frente a la angustia que se genera a partir del riesgo biológico o de Trastorno del Espectro del Autismo.
- c) Realizar mayor demanda de servicios y recursos que de otra manera no sería precisos, lo cual puede alterar y estresar las rutinas de la familia.
- d) Afrontar la disminución de la confianza de la familia en sus posibilidades educativas y también de su autoestima.

Para disminuir el estrés familiar, la intervención iría dirigida a (Freixa, 1993):

- ✓ Aumentar la sensibilidad de las familias cara las posibilidades y competencias de sus hijos/as.
- ✓ Estimular la participación del hijo con desorden en rutinas diarias de la familia.
- ✓ Promover en la familia el desarrollo de actitudes y valores sensibles a la diferencia.
- ✓ No anteponer el saber experto del profesional al saber educativo de las propias familias.
- ✓ Incidir en factores protectores de los impactos negativos de la crianza de estos niños: mejores relaciones familiares, crear estilos de afrontamiento al estrés adecuados, ampliar redes de apoyo a los padres.

Las familias que tienen miembros con Trastorno del Espectro del Autismo deben desempeñar mayor número de tareas y papeles que otras familias que no tienen estas características. En la investigación sobre este tipo de familias, muchas veces destaca el papel de la tensión que padece la familia con miembros con Trastorno del Espectro del Autismo. Pero la adaptación o la falta de ajuste familiar no depende exclusivamente de la presencia o ausencia de la tensión sí no que es la interacción entre el suceso estresante, los recursos de la familia y la estimulación de la seriedad del suceso, lo que determina el grado en que la familia será vulnerable a la tensión y la crisis (Freixa,1993).

La mayor parte de las familias en las que viven niños o adultos con Trastorno del Espectro del Autismo no presentan problemas graves de adaptación a la tensión. Por tanto, podría hablarse de la existencia de una serie de aspectos de la persona y el Trastorno del Espectro del Autismo (tipo y gravedad del Trastorno del Espectro del Autismo, extensión, duración...) de la situación y contexto en el que se da (interacción

padres-hijos/as, apoyo social, recursos familiares...) que pueden influir para agravar o aliviar la potencial tensión en la que la familia se puede encontrar inmersa (Freixa,1993).

Que no sean frecuentes las situaciones de tensiones no implica que las familias con hijos/as con Trastorno del Espectro del Autismo no tengan necesidades de apoyo. Por el contrario, el hijo/a con Trastorno del Espectro del Autismo implica muchas más necesidades y demandas de apoyo personal y social que el hijo/a sin Trastorno del Espectro del Autismo, pues debe superar muchas más situaciones difíciles. Además, a mayor Trastorno del Espectro del Autismo, en extensión, gravedad o duración, las necesidades de apoyo se multiplican. A cuyo objeto tiene sentido preocuparse por hablar sobre la calidad de vida de las familias junto con la calidad de vida de los hijos/as con Trastorno del Espectro del Autismo, desde edades tempranas (Fortea, Escandell, Castro, Martos, 2015).

El hecho de convivir con un integrante con autismo en la familia configura la forma de interrelacionarse entre los miembros de la misma; las actividades antes desarrolladas deben tenerse en cuenta de tal manera que involucren la condición con autismo de quien ha convivido y estará en el núcleo familiar por el resto de los días (Fortea, Escandell, Castro, Martos, 2015).

Conocer un diagnóstico de autismo en un miembro de la familia, conlleva a estados de desesperanza por parte de los integrantes de dicho núcleo, pues al entrar en el campo de lo que hasta el momento te tornaba desconocido y/o alejado de las posibilidades familiares, como lo es estar en la labor de convivir con un familiar con autismo, crea gran incertidumbre y en algunos casos interrogantes que en un principio obstaculizan la toma de decisiones frente a la realidad que ahora los acompaña. Dichos interrogantes comienzan a resolverse en la medida en que el darse cuenta y el conocimiento sobre el TEA se va adquiriendo, con el acompañamiento de los profesionales en el tema y aún más al conocer los testimonios de aquellos que vivieron situaciones similares (Fortea, Escandell, Castro, Martos, 2015).

Decidir quién será el miembro de la familia, cuyas condiciones físicas y mentales lo postulan como el más apto para estar al cuidado del niño con autismo, requiere de la participación y opinión de todo el núcleo familiar; pues temas como la economía familiar, las labores domésticas, el cuidado de los demás hijos y la distribución del tiempo de descanso del ahora cuidador, deben tenerse en cuenta a la hora de tomar la decisión de quien cuidará del niño con autismo y así mismo mejorará su calidad de vida (Forteza, Escandell, Castro, Martos, 2015).

Desempeñar el rol de cuidador del niño con autismo se torna una labor que demanda tiempo y dedicación, involucrando al cuidador en un mundo desconocido del cual se aprende además de lo ya implícito en la bibliografía existente, todo aquello que a diario se vive, observa y comparte al lado de quien ha sido diagnosticado con TEA. Por lo tanto, el esfuerzo y tiempo empleado en la labor de cuidador, siendo desarrollada en la forma correcta y contando con el acompañamiento de expertos y/o personas que hayan vivido una experiencia similar, suele llegar a convertirse en una experiencia positiva (Echeita, 2008).

Al momento de decidir quién será el cuidador, se deberá tener en cuenta que esta persona sea preferiblemente un cuidador formal, pues siendo así sus conocimientos frente al cuidado de quien así lo requiere, facilitaran el desarrollo de las actividades diarias y cotidianas, al igual que la adquisición de los vínculos entre ambas partes; de esta forma, también se actúa en pro de la salud tanto mental como física del cuidador, pues sus conocimientos frente al cuidado lo habilitan para afrontar en una forma más adecuada las situaciones de estrés que en el proceso se le puedan presentar (Echeita, 2008).

Puesto que la economía de la familia en numerosas ocasiones no resulta la suficiente como para solventar los gastos que representa tener un cuidador formal en el acompañamiento del niño, se podría estudiar la posibilidad de profesionalizar a aquellos cuidadores informales, para que estos presten la atención necesaria y adecuada a quien lo requiere, y en ese mismo sentido estén capacitados para afrontar aquellas situaciones

que puedan representar un riesgo para su salud tanto física como mental y emocional. El cuidador estará expuesto a múltiples estresores entre estos el señalamiento y aislamiento social y las exigencias de la familia del niño con autismo son los más representativos, pues siendo la familia el ente directamente implicado en el proceso de convivencia con el autismo, estos querrán dar su punto de vista y opinión sobre cómo se debe dar el tratamiento y que procedimientos no están de acuerdo se desarrollen con su hijo (Bronfenbrenner, 1979).

La experiencia como cuidador de un niño con autismo, modifica en dicho cuidador su estilo de vida en ámbitos tanto sociales como familiares y personales, por lo tanto, es una labor que para ser desarrollada de forma adecuada requiere de conocimientos frente al tema y disponibilidad total de tiempo, pero sobre todo de altos niveles de resiliencia que le ayuden en el afrontamiento de aquellas situaciones que, en el desarrollo de su labor, atenten en contra de su emocionalidad (Baixauli, Roselló, Colomer, 2015).

Aportes desde la Psiquiatría y la Psicología al Estudio del Autismo.

Pioneros en el estudio del autismo.

La introducción al ámbito científico del termino autismo se debe al psiquiatra Eugen Bleuler en su obra *Dementia praecox or the group of schizophrenias*, incluyendo el termino dentro de los síntomas de los trastornos esquizofrénicos (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

El autor define el síntoma autista como una conducta de separación de la realidad; para Bleuler este tipo de pacientes no reaccionaban ante las influencias externas, siendo percibido el mundo externo con hostilidad ya que “los distrae de sus fantasías” sin embargo, creía que esta separación del exterior se llevaba a cabo para evitar un aumento en sus emociones (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998). Además del síntoma o conducta autista los autores describían el “pensamiento autista” que se caracterizaba por estar dirigido por las necesidades afectivas de la persona y por la

utilización de símbolos y analogías, que permitía al individuo percibir su mundo fantástico como real y el mundo real como una ilusión.

Sin embargo, han pasado 74 años desde el punto más importante en el que Kanner hizo referencia por primera vez al término autismo en su artículo “alteraciones autísticas de contacto afectivo” dando paso entonces al inicio del estudio científico del trastorno. En los años 40, exactamente en 1943, Leo Kanner acuñó el término “autismo infantil” a partir de la observación del comportamiento de 11 niños que presentaban unas características comportamentales determinadas estableciendo algunas características como: imposibilidad de establecer conexiones ordinarias con las personas y las situaciones, conductas estereotipadas en todos los aspectos de la vida, escasa integración de la mirada etc... (Kanner, 1976). Este autor afirmó que el sujeto con el trastorno tiene una alta inteligencia, que su funcionamiento era una consecuencia secundaria de su incapacidad autista para establecer relaciones y que estaba directamente relacionado al trato parental.

Un año después en 1944 Hans Asperger en su artículo Die Autistischen Psychopathen, describió el síndrome de psicopatía autística, que aparece hacia los cuatro o cinco años de vida reflejando observaciones como (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998, p. 374):

- ✓ Gestos y expresiones faciales pobre
- ✓ Movimientos estereotipados sin ningún significado.
- ✓ Áreas de interés aisladas.
- ✓ No establece contacto ocular.

Debido a que el trabajo del autor fue publicado en alemán, permaneció desconocido hasta 1991, año en el que fue traducido al inglés por la psiquiatra Lorna Wing, quien reemplaza el término psicopatía autística por el síndrome de Asperger (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

Incluso antes de Kanner y Asperger, en 1942 Laretta Bender hacía referencia a un síndrome parecido al descrito por Kanner que agrupaba en el apartado de las

esquizofrenias infantiles y se presentaba antes de los 11 años de edad¹ (Martin Jorge, 2013).

Hacia los años 1947 y 1995 la autora establece diferencias importantes entre dos tipos de trastornos: los trastornos pseudodefectuosos (síndrome de Rett)² con inicio anterior a los 3 años denominado autismo regresivo y el tipo pseudopsicopático³ con un comienzo en la adolescencia (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

Luego de las publicaciones descritas por Kanner inicia entonces un proceso de estudio científico en el que varios autores interesados en el trastorno realizan diferentes aclaraciones basadas en estudios previos con el fin de acercarse un poco más a la definición precisa del trastorno que permitiera esclarecer el diagnóstico e incluso tratamiento.

Nueve años después Rutter y Lockyer en 1967 proponen nuevos criterios para el diagnóstico, señalan que la mayor parte de estos niños presentan problemas muy serios en la comunicación y pocos son capaces de desarrollar el uso de la palabra, una resistencia inflexible a los cambios, hiperactividad y rituales particulares, comportamientos auto agresivos, problemas frecuentes en la alimentación y sueño, la aparición de la sintomatología sorda en los primeros años de vida sin lesión cerebrales (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

¹ Este síndrome conllevaba una patología en todos los niveles de conducta y en todas las funciones vinculadas al sistema nervioso central, involucrando los sistemas vegetativos, motor, perceptivo, intelectual, emocional y social (Martin Jorge, 2013, p. 30).

² El síndrome de Rett es un trastorno neurodegenerativo, caracterizado por una evolución normal inicial seguida por una pérdida del uso voluntario de las manos, movimientos característicos de las manos, dificultades para caminar y retraso mental incluyendo presencia de síntomas autistas en las primeras etapas (Blanco, Manresa, & Mesch, 2006)

³ Personas previamente educadas y amables pasan a convertirse en desagradables, groseras y desinhibidas, no siguen normas sociales, descuidan la higiene etc... (Oliviera & Pelegrín, 2011)

Hacia el año 1971 el autismo fue diferenciado de la esquizofrenia por Kolvin, para lo cual mencionaba que la sintomatología autística de Kanner aparecía antes de los dos años y que por el contrario la psicosis de la niñez se desarrollaba un año más tarde (Kolvin, 1971).

En el año 1988 se publica la definición operacional del diagnóstico de Bryson que presenta tres puntos fundamentales: deterioro social, deterioro del lenguaje y conductas repetitivas (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

Con el avance en estudios teóricos del autismo, no es de sorprenderse que a lo largo de la historia su concepto haya variado, cuando el autismo se consideraba psicosis infantil, se centraba la atención en los problemas conductuales, por lo tanto los clínicos y los investigadores comenzaron apreciar la importancia de los déficits cognitivos, de los problemas del lenguaje y del desarrollo social, así que su definición y criterio diagnóstico se incluye en el DSM y CIE Y desde sus inicios hasta su última publicación (Cuxart I Fina & Jane I Ballabriga, 1998).

El Estudio del Autismo en las Clasificaciones Diagnosticas (DSM – CIE).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) se encuentra en su quinta versión y junto con la Clasificación Internacional de Enfermedades, actualmente en su décima versión (CIE-10), conforman dos de los manuales más usados en psiquiatría para la clasificación y diagnóstico de enfermedades mentales; A continuación, se realizará una breve contextualización acerca de la evolución y modificación del TEA en los manuales diagnósticos nombrados.

Hasta el DSM-IV los TEA estaban incluidos dentro del grupo de los trastornos generalizados del desarrollo, incluyendo el síndrome de asperger, el trastorno autista, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado y trastorno de Rett.

Actualmente en el DSM-5 los trastornos del espectro autista son una única categoría, separada de los trastornos generalizados del desarrollo, por la variedad de síntomas que posee y la dificultad de su diagnóstico.

Con el DSM-5 (2013), todos los subtipos del autismo quedaron en una sola categoría, otro de los cambios es que la edad de inicio de los síntomas no se especifica, solo se establece que los síntomas inician durante las primeras fases del período del desarrollo, se integran al diagnóstico especificadores generales y de gravedad, y se disminuyen los criterios diagnósticos de tres a dos.

Con el paso del tiempo se han producido cambios en las ideas sobre la naturaleza de los trastornos autistas, sugiriendo en un principio que todos los problemas de la conducta, autista, residían en el modo en que los padres habían educado a sus hijos, como también causas sobrenaturales (niño encantado, posesión demoniaca) (Wing, 1998). Una vez se reconoció que la conducta autista era resultado de problemas de desarrollo, el interés se centró entonces en que las habilidades no se estaban desarrollando adecuadamente explicado desde diferentes teorías sus posibles causas.

El Estudio del Autismo en Psicología.

El autismo en la tradición Psicoanalítica.

La experiencia traumática de Burno Bettelheim en los campos de concentración de Dachau y Buchenwald, fue un punto de partida para desarrollar la teoría sustentada en las primeras edades que se denominó “madre nevera”, estableciendo un paralelismo entre los síntomas del autismo y la vivencia del autor en el campo de concentración, donde la relación con los carceleros le había llevado a un aislamiento y negación del mundo exterior.

Su principal empeño era comprender el autodesarrollo relacionado a la capacidad que tiene un individuo para pensar o decidir por sí mismo, o su ausencia en los niños

autistas, supone entonces que el niño autista percibe un ataque tan brutal del exterior que su reacción es la de aislarse en una burbuja sin querer saber nada de ese mundo percibido como amenaza (Artigas & Paula, 2013).

Bruno Bettelheim sostuvo que las causas del autismo residían en las malas relaciones entre padre-hijos, especialmente el nulo apego de la madre por el hijo y la ausencia del padre por dejación de funciones (Pérez, s.f). El autor sostenía que los primeros días de la vida del bebe, son críticos para el desarrollo, tomando como ejemplo la lactancia, destacaba la importancia de aspectos como la forma de sostenerlo durante la ingestión de leche (Pallares & Paula, 2012).

Para Bettelheim, según el grado de angustia psíquica experimentado se ubicara la fuente del malestar psíquico del niño autista; si la fuente es externa (fuera) el niño mantendrá algún contacto con la realidad, evitando así su ensimismamiento total en el que hay una abstracción del mundo exterior y concentración en los propios pensamientos, pero si la fuente es interna (dentro) el niño optara por la retirada total del mundo externo, abandonando su capacidad de influir sobre el medio suprimiendo el deseo de establecer algún tipo de interacción social con otros individuos (Balbuena Rivera, 2009).

El autismo en la tradición Cognitiva.

Teoría de la mente

Se describe como la capacidad de inferir en los estados mentales de otras personas, como sus pensamientos, deseos, intenciones o creencias, esta teoría está altamente alterada en personas con autismo, pues no desarrollan la capacidad de pensar acerca del pensamiento de los demás o uno mismo lo que conlleva a dificultades sociales, imaginativas y comunicativas (Correia, 2013).

La teoría de la mente busca en el déficit de la modularidad cognitiva la causa de síndrome conductual del autismo, explicando diversas ejecuciones, desarrollos y

variabilidades en los sujetos autistas, por lo que se considera que la capacidad de atribuir estados mentales a sí mismos y a los demás como forma de explicar y predecir el comportamiento no se desarrolla en los sujetos autistas (López Gómez, Rivas Torres, & Taboada Ares, 2009). Este deterioro se explica por el hecho de que el sujeto autista no es capaz de ponerse en el lugar del otro, es incapaz de ver las cosas desde un punto de vista distinto al propio (Pérez, s.f).

Sin embargo, la teoría de la mente no logra explicar todas las conductas e intereses estereotipados, las alteraciones sensoriales o las buenas habilidades visoespaciales, por lo que no es considerada el defecto cognitivo para la comprensión del trastorno autista (Correia, 2013).

La teoría de la función ejecutiva.

Propone que las deficiencias que presentan los sujetos autistas se deben a alteraciones en el lóbulo frontal, concretamente en el sistema modulador de la activación cortical, la causa puede ser debida a una alteración de la función ejecutiva, definida como la capacidad para mantener el set adecuado de solución de problemas de cara a la consecución de una meta futura (López Gómez, Rivas Torres, & Taboada Ares, 2009).

Esta teoría es un constructo en el cual se integran estrategias para la solución de problemas incluyendo acciones como planificación, la inhibición, el control de impulsos, la organización, retener y manipular información y la flexibilidad de comportamiento, algunas de las características del autismo se acercan al déficit de la función ejecutiva pues presentan dificultades para desplazar la atención de un estímulo a otro, ausencia de empatía, conducta estereotipada, intereses restringidos comunes luego de una lesión en los lóbulos frontales, sin embargo esta teoría no explica los síntomas obsesivos del autismo (Correia, 2013) .

Teoría de la intersubjetividad

Cree que los niños nacen con una predisposición para relacionarse con la expresión emocional y para responder a sentimientos, expresiones, gestos o acciones que otros

realicen y que esas capacidades son las que permiten percibir las emociones, actitudes de los demás, sentimientos, pensamientos o creencias, entonces propone que los niños no desarrollan una teoría de la mente, sino un conocimiento de los demás mediante su experiencia subjetiva (Correia, 2013, p. 32). Esta teoría plantea que en el autismo hay dificultades en el procesamiento de los estímulos afectivos, lo que conlleva a dificultades para reconocer a personas como tal (sus sentimientos, deseos, intenciones) y dificultades en la capacidad de abstraer información (Correia, 2013)

Teoría de la coherencia central.

Hace referencia a la capacidad de las personas de extraer y recordar lo esencial de una conversación o historia, u obtener una imagen en conjunto más que partes individuales, una persona con autismo tiende a procesar la información fijada en los detalles, perdiendo el significado generalmente, lo que podría explicar porque los niños con autismo se concentran en los detalles o juegan con partes de juguetes, esta es una de las teorías más aceptadas universalmente para la comprensión de comportamientos repetitivos y estereotipados (Correia, 2013).

Teoría del cerebro masculino.

Otra explicación que se plantea es la teoría del “cerebro masculino extremo” en el cual la capacidad de sentir empatía caracteriza al cerebro femenino y la de la sistematización al cerebro masculino, la teoría afirma que puesto que los sujetos afectados de TEA tienen reducida en mayor o menor grado su capacidad de empatizar y aumentada su capacidad de sistematizar, presentan un cerebro masculino extremo (Pérez, s.f).

El autismo en la tradición Conductual.

Los programas y técnicas de modificación de conducta se han mostrado como estrategias científicas eficaces en intervención, estos modelos destacan la importancia de la organización del ambiente en el aprendizaje del sujeto y que dicho aprendizaje tiene lugar cuando se observa la existencia de cambios permanentes en el comportamiento del individuo que son provocados por la interacción del mismo con su entorno físico y social (Granado Alcón, 2002).

Estos programas establecen dentro de sus criterios que el sujeto posea una cierta autonomía personal básica, orientada al control de esfínteres, hábitos de auto alimentación, vestido, conductas de higiene personal y aseo entre otras (Granado Alcón, 2002), por lo que se pretende:

- ✓ Instaurar conductas nuevas y mantener y/o incrementar la frecuencia de aparición de aquellas otras que ya se encuentran en el repertorio conductual de sujeto (Granado Alcón, 2002, p. 249).
- ✓ Desarrollar conductas adaptativas que favorezcan tanto los procesos de aprendizaje como de interacción social, y eliminar o disminuir la frecuencia de aquellas otras que dificultan dichos procesos (Granado Alcón, 2002, p. 249)

Programa Lovaas.

Dentro de los programas de intervención el Dr. Lovaas, desarrollo el Young Autism Project, proponiendo un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado, con el método se pueden mejorar habilidades como la atención, obediencia, la imitación o la discriminación, sin embargo, ha sido criticado debido a los problemas de generalización de las conductas aprendidas para un uso en un ambiente natural espontaneo (Mulas, 2010).

Modelos de Intervención en TEA

Para educar a un niño debemos tener en cuenta el principio de individualización, se sabe que cada niño es único y diferente. En el tratamiento del autismo la atención individualizada es un principio básico necesario para la mejora del individuo, cada niño con autismo tiene diferente edad, distinta severidad del trastorno, entornos diferentes en los que se desarrollan, gustos diversos, preferencias distintas, etc. (IETS, 2014).

Todos los tratamientos que se apliquen deben partir de unos objetivos claros ajustados al niño, y así tras un periodo de tiempo, poder decidir la conveniencia o no del tratamiento utilizado, así pues, ningún tratamiento tiene la intención de curar el autismo, sino suavizar sus síntomas e intentar facilitar el desarrollo en la vida adulta (IETS, 2014).

Por lo tanto, los objetivos de cualquier intervención son: mejorar la calidad de vida, propiciar la integración social, desarrollar habilidades útiles, y prevenir un deterioro cognitivo. A continuación, se expondrán algunos de los métodos globales de intervención más utilizados para el tratamiento del trastorno del autismo (IETS, 2014).

Método TEACCH

Sus siglas corresponden a Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children, lo cual significa tratamiento y educación de la comunicación autista y relacionada Niños Discapacitados, este método busca conocer los procesos de aprendizaje de los niños con autismo, con el objetivo de conseguir la máxima autonomía o independencia; su enfoque de intervención se llama enseñanza estructurada y centra su atención en el procesamiento de la información visual, este es uno de los métodos más utilizados en el aula de clase (Correia 2013).

Sistemas Alternativos

Estos son sistemas no verbales también conocidos como aumentativos de la comunicación, son utilizados para sustituir o apoyar el lenguaje oral ausente o deficitario pues, entre un 50% y un 70% de personas con TEA, no utiliza el lenguaje oral. Es aquí donde aparecen los pictogramas para universalizar el lenguaje o forma de comunicación no verbal interpretado por medio de las imágenes (Correia 2013).

Método DENVER

Este modelo se caracteriza por ser constructivista y transaccional, se lleva a cabo valoración previa para programar unos objetivos a corto plazo y organizarlos en niveles de comunicación, socialización, imitación, juego cognición, motricidad fina y gruesa, autonomía y conducta (Correia 2013).

Protocolo Clínico Para El Diagnóstico, Tratamiento Y Ruta De Atención Integral De Niños Y Niñas Con Trastornos Del Espectro Autista.

Marco normativo

Se describen algunas de las leyes, acuerdos y decretos que reglamentan temas relacionados con la atención integral a la primera infancia, discapacidad y salud mental, teniendo en cuenta el protocolo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ De cero a siempre.
- ✓ Convenio sobre los derechos del niño.
- ✓ Plan decenal de salud pública 2012-2021
- ✓ Ley 1098 de 2006
- ✓ CONPES 109 de 2007
- ✓ Ley 1145 de 2007
- ✓ Ley 1346 de 2009
- ✓ Ley 1295 de 2009
- ✓ Decreto 4875 de 2011
- ✓ Ley 1438 de 2011
- ✓ Ley estatutaria 1618 de 2013
- ✓ Ley 1616 de 2013
- ✓ Circular externa 0017 de 2014

Marco Conceptual.

Los trastornos del espectro autista son un grupo de alteraciones o déficits del desarrollo de características crónicas y que afectan de manera distinta a cada individuo presentando disfunción neurológica crónica con una serie de síntomas basados en la triada de Wing que incluye (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ La comunicación.
- ✓ Flexibilidad.
- ✓ Imaginación e interacción social.

Hasta el momento sus causas se desconocen, pero se sugiere una estructura multicausal que incluye una condición genética sumada a un factor ambiental siendo la expresión final de varias etiologías (exposiciones infecciosas o tóxicas al SNC, asfixia perinatal, el parto vía cesárea, trastornos metabólicos). En el caso de los TEA investigadores aportan que no es un trastorno originado en un único gen y que se requieren varios de ellos (aproximadamente 15), incluso puede ser que exista un factor ambiental o inmunológico (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Factores de Riesgo.

La hipótesis más aceptada es que los trastornos esenciales se originan durante el embarazo antes del sexto mes y se manifiestan cuando interfieren con el curso normal del desarrollo, los TEA poseen una heterogeneidad etiológica que no siempre es la misma en todas las familias y personas afectadas, influyendo factores ambientales sobre todo en los primeros meses de embarazo dando lugar al trastorno nuclear con distinta amplitud y gravedad dependiendo factores genéticos y ambientales (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Diagnostico

Los TEA se caracterizan por la alteración de 3 dominios del comportamiento o dimensiones, presentes antes de los 36 meses de edad (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 30):

- ✓ La interacción social (alteración en la capacidad de socializarse)
- ✓ El lenguaje, la comunicación (capacidad de comunicación verbal y no verbal)
- ✓ Juego imaginativo, gama de intereses y actividades (patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.)

El DSM-IV diferencio las cinco condiciones donde se deben contemplar el diagnostico de autismo y corresponde a las siguientes categorías (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, pág. 30):

- ✓ Trastorno autista (TA).
- ✓ Trastorno del desarrollo no especificado.
- ✓ Síndrome/ trastorno de Asperger.
- ✓ Síndrome de Rett.
- ✓ Trastorno des integrativo de la niñez.

Los casos de TA son los más frecuentes y mejor definidos el resto suelen ser confundidos con el retardo mental, trastornos de lenguaje, trastornos obsesivos compulsivos y esquizofrenia. La actual versión del DSM-V consolidó conceptualmente al autismo, sustituyendo la denominación actual de trastornos generalizados del desarrollo por la de trastornos del espectro autista (TEA), excluyendo el síndrome de Rett pues tiene suficientes bases genéticas para definirlo como una enfermedad. En el caso del trastorno de asperger, el trastorno des integrativo infantil y el trastorno autista no existen hasta ahora datos genéticos, neurobiológicos o cognitivos que permitan distinguirlos cualitativamente como entidades diferenciadas o excluyentes por tal motivo desaparecen las 5 categorías del DSM-V (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

El DSM-V especifica tres niveles de compromiso sustentados en la alteración social y comunicativa, en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos estableciendo las siguientes categorías (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ Nivel 3: requiere soporte muy importante (déficit severo)
- ✓ Nivel 2: requiere soporte esencia (marcado déficit)

- ✓ Nivel 1: requiere soporte (sin recibir apoyo)

Además, se remplace la necesidad de que los niveles de compromiso se presentaran antes de los 36 meses en relación a retrasos o alteraciones en alguna de las 3 áreas, debido a que los síntomas estén presentes desde la primera infancia aunque no sean percibidos hasta que demandas sociales excedan la limitación de las capacidades (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Diagnóstico temprano en comunidad

En una encuesta del Reino Unido se identificó el retraso existente en el tiempo de diagnóstico del autismo, identificando que solo un 60 % de los padres identificaron síntomas sugestivos para la edad de 18 meses y que para ese momento solo en un 10% de los casos el personal de salud fue quien hizo la alerta y un 7% de los casos lo realizó la institución escolar (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Estos resultados se explican desde factores como:

- ✓ Falta para reconocer los síntomas.
- ✓ Negativa para admitir un problema.
- ✓ Ausencia de una remisión oportuna.
- ✓ Tiempos de espera prolongada para las remisiones.
- ✓ Insuficiente capacitación del personal.
- ✓ Evaluaciones aisladas por parte de los profesionales.

El estudio realizado respalda la propuesta de aumentar el nivel de sospecha en diferentes escenarios (familia, comunidad, personal de la educación, atención en salud), recomendando la diseminación de signos que funcionen como alerta en diferentes escenarios que estén en contacto habitual con la atención de salud en niños y adultos autistas (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Existen diferentes herramientas que se utilizan para el diagnóstico de TEA, una de ellas es el Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT R) que busca detectar niños entre 16 y 30 meses, los resultados de esta herramienta estiman una sensibilidad

del 100% y una especificidad del 98% para discriminar entre niños con TEA y niños sin TEA siendo considerado por la Academia Americana de Pediatría un instrumento útil en la identificación y confirmación de la sospecha clínica de TEA (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Síntomas.

La edad de aparición de TEA es antes de los tres años, convirtiéndose en una condición crónica a pesar de que los síntomas pueden mejorar a través del tiempo con las intervenciones, se han descrito signos de alarma que pueden identificarse en niños que puedan tener TEA de manera temprana como (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p.35):

- ✓ No reacciona cuando le llaman por su nombre (12 meses de edad)
- ✓ No señala objetos para mostrar su interés (14 meses de edad)
- ✓ No juega con situaciones imaginarias (18 meses de edad)
- ✓ Evita el contacto visual y prefiere estar solo
- ✓ Tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas o para expresar sus propios sentimientos
- ✓ Retrasos en el desarrollo del habla y el lenguaje
- ✓ Repite palabras o frases una y otra vez (ecolalia)
- ✓ Contesta cosas que no tienen que ver con las preguntas
- ✓ Le irritan los cambios mínimos
- ✓ Tiene intereses obsesivos

Además de los mencionados también presentan problemas de comunicación de forma variada, algunas personas hablan bien, otras hablan muy poco (30%) y en algunos casos no hablan nada (40%); donde se evidencian problemas relacionados a la comunicación como: invertir pronombres, no señala ni reacciona cuando se le señala algo, no usa gestos o utiliza muy pocos, habla en tono monótono, no entiende los chistes, sarcasmos o bromas (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Tratamiento.

No existen tratamientos farmacológicos que demuestren efectividad para el tratamiento curativo o control de los síntomas nucleares, soportados en evidencia científica.

La terapia para las personas con diagnóstico de TEA debe estar orientada a la identificación e intervención de la conducta, la comunicación y la comunicación, a través de intervenciones comportamentales, intervenciones educativas e intervenciones psicosociales pag 36 que buscan enseñarle al niño destrezas específicas que le permitan aumentar su autonomía basados en métodos conductuales y de comunicación encontrando el análisis conductual aplicado (ABA) (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Las intervenciones conductuales y psicológicas pueden dividirse en tres grupos principalmente (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 37):

- ✓ Intervenciones dirigidas a hacer frente a dificultades de comportamiento específicos como trastornos del sueño o aumentar conductas positivas para iniciar el contacto social.
- ✓ Programas conductuales dirigidos a mejorar el funcionamiento general.
- ✓ Intervenciones que se puedan categorizar en los dos grupos previos.

El ABA se encuentra dentro de las terapias conductuales y de comunicación, pero la falta de un consenso claro sobre la superioridad de alguna metodología ha llevado a los niños con TEA a recibir múltiples intervenciones con programas realizados en el hogar o en las escuelas. Con la implementación de ABA en intervenciones tempranas del 20% al 25% de la población con TEA pueden alcanzar niveles de independencia en relación a empleos y la vida independiente (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Deben tener características como (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ Todo programa de intervención debe ser individualizado.

- ✓ Debe iniciar con una evaluación previa y completa de las destrezas y dificultades de cada individuo afectado y sobre esto diseñar los objetivos y estrategias de intervención.
- ✓ Deben permitir la generalización de los aprendizajes mediante el diseño de actividades en entornos naturales.
- ✓ La familia debe considerarse como un agente activo e indispensable en el proceso de intervención.
- ✓ El modelo de intervención debe respetar la necesidad de orden, estructura, anticipación y predictibilidad que muestran las personas con TEA.
- ✓ Deben fomentar adquisición de aprendizajes funcionales y debe promover la adquisición de destrezas y conocimiento que le permitan al individuo con TEA adquirir mayor control de su entorno y autonomía.
- ✓ Debe usar los intereses de las personas con TEA en el diseño de tareas y actividades.
- ✓ El programa de intervención debe proponer y contener objetivos concretos que sean susceptibles de medición.

Pronostico.

No existe actualmente una cura para los TEA, pero se considera que el diagnóstico temprano y el inicio de intervenciones mejoran el desempeño e independencia de los niños, en su vida diaria.

Carga de la enfermedad.

Hace 20 años se diagnosticaba con autismo a un niño de cada 10.000 hoy en día en Europa afecta al 0,6% de la población es decir que se pueden encontrar 5 millones de personas con este trastorno y que 1 de cada 88 niños en Estados Unidos está dentro del espectro autista, que se podrían encontrar 5 millones de personas con este trastorno y que son más comunes en niños (1 en 54) que en niñas (1 en 252), a pesar de las cifras, en Colombia no existen datos oficiales que establezcan la prevalencia en el país de este trastorno, se estima que aproximadamente un 16% de la población menor de 15 años en

Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos los trastornos del espectro autista (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Análisis Conductual Aplicado.

El ABA incentiva las conductas positivas y desalienta las negativas para mejorar distintas destrezas utilizando un proceso sistemático para llegar a la conducta operativa. En donde cada conducta indicada se divide en pasos manejables y cada paso se refuerza usando técnicas de modificación conductual, esta metodología se utiliza para enseñar nuevas destrezas, crear conductas positivas, reforzar las conductas positivas ya existentes y controlar y disminuir las conductas que interfieren con el aprendizaje de la vida diaria (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Existen dos tipos de metodologías ABA, por ejemplo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 40):

- ✓ Entrenamiento de Ensayo Discreto (Discrete Trial Training –DTT): es un método que utiliza una serie de repeticiones para enseñar paso a paso una conducta o una respuesta deseada. Las sesiones se dividen en partes sencillas, y se utiliza el reforzamiento positivo para premiar las respuestas y conductas correctas, las respuestas incorrectas son ignoradas.
- ✓ Intervención conductual intensiva temprana (Early Intensive Behavioral Intervention EIBI): es para pacientes menores de 5 años incluye a padres y educadores, e intenta mejorar la cognición, comunicación, percepción, imitación y habilidades motoras; se centra en un aprendizaje estructurado para orientar al niño.
- ✓ Entrenamiento de respuestas centrales (Pivotal Response Training –PRT): este método busca aumentar la motivación del niño al hacer que vigile su propia conducta e iniciar la comunicación con otras personas, los cambios positivos en estas conductas se evalúan como positivas si tienen efectos generales sobre otras conductas.
- ✓ Análisis de conducta verbal (Verbal Behavior Intervention –VBI): es un análisis conductual centrado en mejorar las destrezas verbales.

Estas metodologías son las más frecuentemente usadas ya que tienen elementos comunes que definen el éxito del programa como la intervención precoz en el niño y numero horas de acuerdo con el compromiso y déficit que se encuentre la persona con autismo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Metodología ABA

Esta metodología inicio como una técnica de enseñanza utilizada para trabajar con población autista y estuvo fundamentada en el modelo conductista que luego se convirtió en lo que hoy se conoce como ABA, desarrollada por Ivar Lovaas, fue enfocada al estímulo del ambiente y comportamiento del niño para educar en áreas académicas, sociales, ayuda personal y reducción de comportamiento no deseado (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

El enfoque del programa se basa en la capacitación a través de tareas discriminadas que se usan para reducir comportamiento estereotipados con la estimulación de comportamiento socialmente aceptados, esta intervención puede iniciar en niños de 3 años de edad y dura de 2 a 6 años que se mide en la consecución de metas individuales y no en el tiempo de estancia en el programa de un individuo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

La metodología tradicional describe que se realiza un trabajo de siete días a la semana con sesiones de 5 a 7 horas totalizando un promedio de 40 horas semanales, ajustadas de acuerdo a la necesidad y evolución de la persona TEA. Cada tarea tendrá tres componentes o ayudas principales: verbal, gestual y físico lo cuales buscan hacer más probables los comportamientos deseados para que puedan ser reforzados (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Según el instituto Lovaas, en los procedimientos de ABA el equipo de intervención y los padres comienzan tratamiento de interacción con un niño con el fin de establecer

una buena relación y desarrollar relaciones constructivas y positivas como (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 42):

- ✓ Interacciones positivas: se desarrollaron por primera vez a través del uso de las actividades favoritas y la respuesta a cualquier intento de comunicarse.
- ✓ Motivación: se fomenta a través de la utilización de los materiales familiares y refuerzos específicos para los niños.
- ✓ Éxito: se promueve a través del refuerzo positivo de aproximaciones sucesivas.
- ✓ Participación: de los padres es crítica. Los padres tienen el poder a través de la capacitación y la colaboración para crear un entorno en el que se proporciona tratamiento de la mayor parte de las horas de vigilia de un niño, en el hogar, en la escuela y en el vecindario.
- ✓ Aprender a hablar y entender el lenguaje vocal se considera una parte fundamental del desarrollo social. Imitación también es crucial, ya que permite a un niño a aprender observando a otros niños a aprender. Y, por último, las interacciones sociales y el juego cooperativo son parte integral del tratamiento.

Resumen de la evidencia.

Se tuvieron en cuenta tres referencias para evaluar la efectividad y seguridad de ABA en personas con TEA, descritas a continuación (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Reichow B (2012) la intervención evaluada fue el tratamiento con terapia EIBI, basada en el proyecto modelo de autismo en jóvenes de Lovaas/UCLA, el rango de duración de terapia fue de 14 a 36 meses y una intensidad horaria mayor a 24 hora/semana. La población total incluida fue de 203 niños con diagnóstico de autismo, síndrome de asperger o discapacidad generalizada del desarrollo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Spreckly, M (2008) incluyó 6 estudios que fueron ensayos clínicos aleatorizados y diseños cuasi-experimentales, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de ABI para niños prescolares con TEA en sus habilidades cognitivas, conductas adaptativas y desarrollo del lenguaje, la duración total de la intervención tuvo un rango entre 30 y 39 horas por semanas administrada por padres entrenados o dirigidos en el colegio o en el jardín y para el grupo de control la intervención tuvo un rango entre 5 y 30 horas semanales y fue administrada por estudiantes de terapia, profesores o ayudantes (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Virues-Ortega, J (2010) incluyó 22 estudios que fueron ensayos clínicos controlados y aleatorizados con el objetivo de medir la efectividad de la intervención con terapias ABA para niños con autismo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Se concluye de las tres revisiones que no es posible extraer evidencia estructurada de la intervención en términos de contenidos, actividades específicas y que para obtener esta información es necesario una reunión de expertos en la intervención.

Efectividad.

Procedimientos basados en ABA comprada con tratamiento habitual.

Desenlace Cognitivo

- ✓ Las intervenciones basadas en ABA demuestran diferencias significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de habilidades cognitivas en relación con la evidencia de Virues-Ortega 2010 (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).
- ✓ Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de las habilidades cognitivas en relación en la evidencia de Spreckley donde se combinaron elementos de TEACCH y de ABI (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Lenguaje expresivo

- ✓ Las intervenciones basadas en ABA demuestran diferencias significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de lenguaje expresivo en relación con la evidencia de Virues-Ortega 2010 (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).
- ✓ Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de lenguaje expresivo en relación en la evidencia de Spreckley donde se combinaron elementos de TEACCH y de ABI (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Lenguaje receptivo.

- ✓ Las intervenciones basadas en ABA demuestran diferencias significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de lenguaje receptivo en relación con la evidencia de Virues-Ortega 2010 (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).
- ✓ Las intervenciones basadas en ABA no demostraron diferencias estadísticamente significativas comparadas con la terapia habitual para mejorar los desenlaces de lenguaje receptivo en relación en la evidencia de Spreckley donde se combinaron elementos de TEACCH y de ABI (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Seguridad.

No se evidencia sobre la seguridad relacionado con los eventos adversos de la aplicación de terapias ABA comparado con la terapia habitual y de igual forma para la terapia EIBI.

Sin embargo, se puede decir que las intervenciones basadas en ABA son efectivas en el desenlace de habilidades comunicativas y lenguaje receptivo. De acuerdo con la evidencia anterior se considera que el análisis conductual aplicado se define como:

ABA es una de las tres áreas que hace parte del análisis de la conducta, considerado como el diseño, uso, evaluación de modificaciones ambientales, con base en los principios de la conducta humana para producir cambios significativos en el comportamiento, ABA no es una técnica, es un enfoque terapéutico (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 69).

Las siguientes terapias o intervenciones no hacen parte de ABA (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ Intervenciones con agentes quelantes
- ✓ Terapia con cámaras hiperbáricas
- ✓ Terapia libre de gluten
- ✓ Terapia celular
- ✓ Inyecciones de secretina
- ✓ Suplementos vitamínicos
- ✓ Estimulación magnética transcraneal
- ✓ Terapia de integración sensorial
- ✓ Trabajo con animales (perros, delfines, caballos, etc.)
- ✓ Musicoterapia
- ✓ Aromaterapia

Las intervenciones basadas en ABA deberán cumplir con las 7 dimensiones (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015, p. 70):

1. Aplicado: se utilizan los principios del aprendizaje para resolver problemas sociales, en este caso, la adquisición de habilidades y comportamientos adaptativos, así como la reducción de conductas problemáticas de las personas con TEA.
2. Comportamental: se plantean metas conductuales observables, medibles y cuantificables.
3. Analítico: se obtienen datos en cada momento, que muestran que la intervención es responsable del cambio en la conducta; se establece la función de la conducta con relación a variables ambientales (antecedentes y consecuencias).

4. Tecnológico: los procedimientos conductuales que se utilicen deben ser explícitos y claros (metas, pasos, procedimientos).
5. Conceptual: en los análisis y diseños de intervención se consideran los conceptos derivados del Análisis Conductual para explicar los procesos de aprendizaje y de cambio conductual.
6. Efectivo: se hace seguimiento a los resultados alcanzados en los procesos, según las metas de intervención que se plantean.
7. Generalización: se asegura que las habilidades o comportamientos se generalicen a diferentes contextos, primordialmente los entornos naturales donde se requiere la habilidad o conducta que se interviene.

Se evaluó la práctica clínica “sombra terapéutica” que se ha visto fortalecida en los últimos años, no hay evidencia que demuestre su efectividad en las personas con TEA además que no es una impresión reconocida oficialmente por los enfoques de autismo y que tampoco se menciona ni se recomienda en los estudios (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

En Estados Unidos se incluyen apoyos adicionales denominados auxiliares personales, personas con formación especializada y certificada entre lo que se cuentan (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

- ✓ Apoyo en ambiente escolar.
- ✓ Auxiliares de apoyo temporal (TSA) que luego sería adulto de ayuda adicional (AAA)
- ✓ Asistentes de cuidado sanitario (HCA)
- ✓ Enfermeras con certificación para acompañamiento en el bus escolar
- ✓ Asistente de conducta (behavioral Assistant)

Es importante aclarar que la discapacidad de las personas con TEA es el resultado de la relación entre las dificultades del individuo y los apoyos que recibe del entorno, las llamadas sombras terapéuticas pueden llegar a ser obstáculos en el favorecimiento del desarrollo de la persona (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015)

Estructura para la sospecha de alteración del desarrollo.

Ámbito Comunitario

Padres, cuidadores, profesores, psicólogos o terapeutas de instituciones educativas, auxiliar de salud pública, enfermería o cualquier persona de la comunidad.

Ámbito Asistencial:

Médico general, enfermería, psicología, pediatría, consultas de crecimiento o desarrollo, cualquier consulta a la que asista el niño.

Estructura para la confirmación de la sospecha de alteración del desarrollo.

Ámbito asistencial:

Confirmación realizada por el médico pediatra, valoración de la lista de signos de alarma.

Estructura para la confirmación diagnóstica de TEA

Ámbito Asistencial:

Neuro pediatra o Psiquiatría Infantil, Psicólogo y terapeuta de lenguaje.

Estructura para la atención integral de la persona con diagnostico confirmado de TEA

Sustentada en el análisis conductual aplicado (ABA) que estará conformado por:

- ✓ Neuro pediatra
- ✓ Psiquiatría Infantil
- ✓ Psicólogo clínico
- ✓ Pediatra
- ✓ Profesional de la salud con formación en ABA
- ✓ Terapeuta ocupacional

- ✓ Terapeuta de lenguaje
- ✓ Trabajo social.

El líder del equipo será un profesional de la salud con formación en ABA o psicólogo clínico que demuestre experiencia y entrenamiento supervisado, con una totalidad de 40 o 60 horas y entrenamiento supervisado mínimo de 1000 horas (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

Criterios para la evaluación de la calidad de la atención integral de la persona con diagnostico conformado de TEA

El tratamiento de la persona con TEA deberá ser integral y de fácil acceso en un mismo momento, para evaluar las intervenciones enmarcadas en ABA se sugiere tener en cuenta los siguientes criterios (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015):

Personal Asistencial:

Evaluar los perfiles involucrados en el tratamiento integral, evaluar las competencias de los profesionales involucrados en el tratamiento.

Evaluación y seguimiento del tratamiento integral:

Se debe tener un registro para cada uno de los pacientes de:

- ✓ Perfil de fortalezas, habilidades, deficiencias y necesidades del niño o joven.
- ✓ Perfil psicosocial familiar y del entorno
- ✓ Compromiso de participación activa de la familia o cuidadores.
- ✓ Identificación del nivel de compromiso de la persona con diagnóstico de TEA (DSM-V)
- ✓ Plan de intervención: este debe involucrar todas aquellas actividades planeadas por parte del equipo interdisciplinario, que darán respuesta al plan de metas que se diseñe. Este deberá incluir: profesionales involucrados, frecuencia, horas de intervención y plan de seguimiento.
- ✓ Plan de metas

- ✓ Hoja de seguimiento, evolución y progreso

De igual manera se deberá documentar que se cumpla con las 7 dimensiones de ABA.

CAPITULO 3. MARCO METODOLOGICO

3.1 Enfoque de la investigación y tipo de investigación

Según lo explicado por Sampieri, Fernández y Baptista (2010) esta investigación es de enfoque mixto, con un diseño de ejecución concurrente, es decir, ambos métodos (cuantitativos y cualitativos) se aplican de manera simultánea (Se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo); ni el análisis de los datos cuantitativos, ni cualitativos se construyen sobre la base del otro análisis, con lo que se pretendió integrar las inferencias y conclusiones de los datos y resultados cualitativos y cuantitativos realizados de manera independiente.

3.2 Descripción de la población

Esta investigación incluyó la participación de profesionales de psicología con entrenamiento y experiencia en el uso y aplicabilidad de terapias basadas en el método ABA y cuidadores de personas con TEA que se encontraran bajo tratamientos basados en el análisis conductual.

3.3 Selección de la muestra

Sampieri, Fernández y Baptista (2010) define la muestra como un subgrupo de la población objetivo, de la cual se obtiene cierta información que posteriormente es susceptible de ser generalizada a la totalidad de población con características similares. A través de Horizontes Aba Terapia Integral Ltda., se accedió al grupo poblacional el cual participo de forma voluntaria; este se conformó por cinco (5) profesionales en psicología que emplean el análisis conductual aplicado en sus procesos de intervención y cinco (5) cuidadores de personas con autismo que reciban tratamiento en la institución.

Los criterios de inclusión y exclusión para los participantes fueron:

Criterios de inclusión para la selección de los cuidadores:

- Padres o cuidadores de personas con autismo.
- Completar más de 1 año en el acompañamiento de la persona con autismo.

- Pasar más de 5 horas al día realizando acompañamiento.

Criterios de exclusión para la selección de los cuidadores:

- Padres o cuidadores que no completen 1 año en el acompañamiento de la persona con autismo
- Padres o cuidadores que no pasen más de 5 horas al día con la persona con autismo

Criterios de inclusión para la selección de los profesionales en psicología:

- Profesionales en psicología con formación y experiencia profesional en el uso de análisis aplicado de la conducta en el contexto terapéutico mínimo de 6 meses.
- Terapia con el usuario mínimo de seis meses.

Criterios de exclusión para la selección de los cuidadores:

- Profesionales en psicología con formación, pero sin experiencia profesional en el análisis aplicado de la conducta en el contexto terapéutico.
- Profesionales en psicología que tengan familiares con Autismo.
- Profesionales en psicología con formación y experiencia profesional en el análisis aplicado de la conducta que lleven menos de seis meses en el proceso de intervención con el usuario.

3.4 Procedimientos

Esta investigación se realizó en algunas fases específicas en las cuales se delimita el trabajo a realizar teniendo en cuenta el mes y la semana a trabajar, delimitado de la siguiente forma (Anexo 5):

Fase	Actividad	Febrero			Marzo				Abril				Mayo				Junio		
		Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3
Preliminar	Presentacion propuesta trabajo de grado	x																	
	Correcciones propuesta trabajo de grado	x	x																
	Presentacion y empalme asesor trabajo de grado		x																
	Diseño plan de trabajo		x	x															
Diseño trabajo de grado	Descripción de antecedentes				x														
	Formulación problema de investigación y objetivos					x													
	Busqueda informacion y sustento teorico					x	x	x											
	Elaboracion marco teorico							x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Delimitacion metodologica											x	x	x					
	Asesorias Externas													x					
	Delimitacion de la poblacion														x	x			
	Obtencion grupos poblacionales															x			
	Diseño instrumentos																x	x	x
	Validacion instrumentos por jueces																		x
Ejecucion trabajo de grado	Validacion instrumentos entidad a trabajar																		
	Correccion instrumentos de acuerdo a las solicitudes																		
	Asesoría entidad a trabajar																		
	Recoleccion de datos																		

Fig. 1 Cronograma Febrero – Junio

Fase	Actividad	Agosto		Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre
		Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1	Sem. 2	Sem. 3	Sem. 4	Sem. 1
Ejecucion trabajo de grado	Obtencion grupos poblacionales															
	Diseño instrumentos															
	Validacion instrumentos por jueces															
	Validacion instrumentos entidad a trabajar				x	x	x									
	Correccion instrumentos de acuerdo a las solicitudes							x	x	x						
	Asesoría entidad a trabajar										x	x				
	Recoleccion de datos											x	x	x		
Final	Trasncrpcion de datos												x	x		
	Analisis de los resultados													x		
	Conclusiones y discusiones													x	x	
	Redaccion del informe													x	x	x
	Presentacion y entrega															x

Fig. 2 Cronograma Agosto – Diciembre

3.5 Técnicas Para la Recolección de la Información

Se construyó el instrumento teniendo en cuenta las variables de efectividad y uso, cada una de estas variables se compone de algunas categorías específicas definidas de la siguiente forma:

Efectividad: definida como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, de acuerdo a las dimensiones en las cuales trabaja aba.

- ✓ **Habilidades Adaptativas:** hacen referencia a las capacidades, conductas y destrezas de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, en sus grupos de referencia, acordes a su edad cronológica. Como el sujeto afronta las experiencias de la vida cotidiana y como cumplen las normas de autonomía personal (Torres Gutiérrez, 2006).
- ✓ **Habilidades Sociales:** se refiere al conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, posibilitando la resolución de problemas inmediatos y disminución de problemas futuros (Peñafiel & Serrano, 2010).
- ✓ **Habilidades Motoras:** se refiere a la capacidad adquirida por aprendizaje para resolver un problema motor específico, con el fin de dar una respuesta eficiente y económica alcanzado un objetivo preciso, que depende del conjunto de recursos de los cuales dispone el individuo para transformar el repertorio de respuestas (Batalla, 2010)
- ✓ **Funciones Ejecutivas:** se refiere a los procesos mentales mediante los cuales las personas resuelven deliberadamente procesos internos que son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, afectivo, comunicativo y procesos externos que son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, el propósito de las funciones ejecutivas es solucionar los problemas mencionados de una manera eficaz y aceptable para la persona y sociedad (Rodríguez , 2016)
- ✓ **Capacidades Lingüísticas:** es el intercambio de comunicación que constituye un fenómeno biológico relacional que no solo alude a su estructura, sino también, a la función que cumple, además, es funcional las necesidades y a los contextos del entorno comunicativo pues se usa para hacer, significar y decir (Guarnero & Vega, 2014)
- ✓ **Habilidades Cognitivas:** son los procesos de la mente necesarios para realizar una tarea específica, responsables de la adquisición y recuperación de la

información, estas habilidades hacen competentes al individuo y le permiten actuar de manera simbólica con su medio ambiente discriminando entre objetos, actos o estímulos, identificar o clasificar objetos o resolver problemas (Ramos, Herrera , & Ramirez, 2010)

- ✓ **Habilidades en el Juego:** actividad pura donde no hay ningún tipo de interés, el juego fomenta habilidades interpersonales y ayuda al niño a encontrar un lugar en el mundo social (Garvey, 1977)
- ✓ **Habilidades Académicas:** son las capacidades necesarias para el trabajo en el entorno educativo, en donde se incluye la lectura, escritura, matemáticas y estrategias para el estudio que le permiten a la persona adaptarse y desarrollarse en el ambiente académico (Guarnero & Vega, 2014).

Uso: definida en fusión de la utilización de la terapia para un fin o meta específica.

- ✓ **Accesibilidad:** El grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención que refleja la existencia de obstáculos, impedimentos y dificultades en la misma (Frenk, 1985)
- ✓ **Costos:** Representa el gasto económico en la prestación de un servicio, en este caso la terapia ABA (RAE, 2017)
- ✓ **Practicidad:** Que tan útil, fácil, practica, provechosa y servible es la terapia en todos los contextos (RAE, 2017).
- ✓ **Entendimiento:** Su lenguaje y el procedimiento a seguir es claro y coherente (RAE, 2017)
- ✓ **Costes psicológicos:** Es desgastante físicamente, mentalmente para el terapeuta o cuidador (RAE, 2017).

Dicho instrumento fue sometido a validación por tres jueces expertos (Anexo 1) para realizar los ajustes correspondientes, luego de ello, en colaboración de Horizontes ABA se realizan los cambios finales, en conclusión, el instrumento final se compone de 20 ítems para la variable de efectividad y 17 ítems para la variable de uso (Anexo 2) dependiendo de las categorías de cada variable distribuidos de la siguiente forma:

Tabla 1.

Ítems variable efectividad.

Efectividad	
Categoría	Ítems
Habilidades adaptativas	1, 5
Habilidades sociales	2,4,6
Habilidades motoras	7,9
Funciones ejecutivas	8, 10
Capacidades lingüísticas	3, 11, 12
Habilidades cognitivas	13,18,20
Habilidades en el juego	14,15,19
Habilidades académicas	16,17

Tabla 2.

Ítems variable uso.

Uso	
Categoría	Ítems
Accesibilidad	1,9,14
Costos	2,5,13
Practicidad	3,8,10,16
Entendimiento	6,7,11,15
Costes psicológicos	4,12,17

Adicional a ello, se construye una entrevista semi- estructurada para realizar el análisis de datos cualitativos, esta se compone de una serie de preguntas correspondientes a la contextualización de la población (padres y profesionales), preguntas sobre uso y efectividad teniendo en cuenta las definiciones denotadas anteriormente (Anexo 3).

CAPITULO 4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados

El instrumento y la entrevista semi-estructurada para recaudar los datos fueron elaboradas de acuerdo a la revisión teórica y metodológica sustentada anteriormente, se tuvieron en cuenta las categorías de ABA para el estudio de efectividad y algunos ítems importantes sobre Uso.

Estos fueron dirigidos a cinco padres con un hijo con autismo que cumplieran los criterios de inclusión y cinco profesionales terapeutas de niños con autismo que se encuentren actualmente realizando intervención con ABA.

Así pues, luego de aplicar el instrumento se obtuvo el valor absoluto de las respuestas según el grupo poblacional, se promedió con el total de las mismas para obtener valores relativos en porcentajes, en cuanto a efectividad se pudo determinar:

El 80 % de los profesionales consideran que se evidencia regulación y autocontrol en el comportamiento de su paciente, del mismo modo, el 100% de los padres discurren que existe una regulación en el comportamiento de sus hijos luego de llevar un tiempo prudente en la terapia (Figura 3), en cuanto al contacto visual el 80% de los padres y profesionales en psicología refieren que se evidencia dicho contacto al interactuar con otras personas luego de iniciar una terapia con Análisis aplicado de la conducta (Figura 4).

Por otro lado, el 100% de los padres considera que las formas alternativas de comunicación que utilizan sus hijos son funcionales para responder a la interacción con otros (Figura 5) en contextos cotidianos el comportamiento del niño muestra cambios positivos así lo refieren el 80% de los profesionales encuestados (Figura 6), del mismo modo, el 60% de los padres y terapeutas consideran que el nivel de apoyo que requiere el niño para llevar a cabo rutinas de cuidado y aseo personal disminuyen con el tiempo gracias a la efectividad de la terapia (Figura 7).

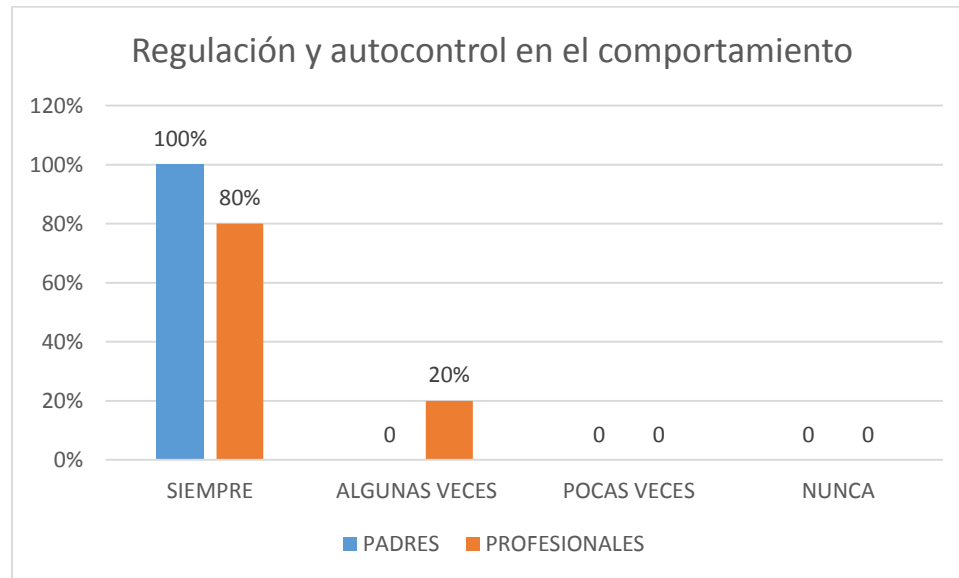


Figura 3. Regulación y autocontrol en el comportamiento

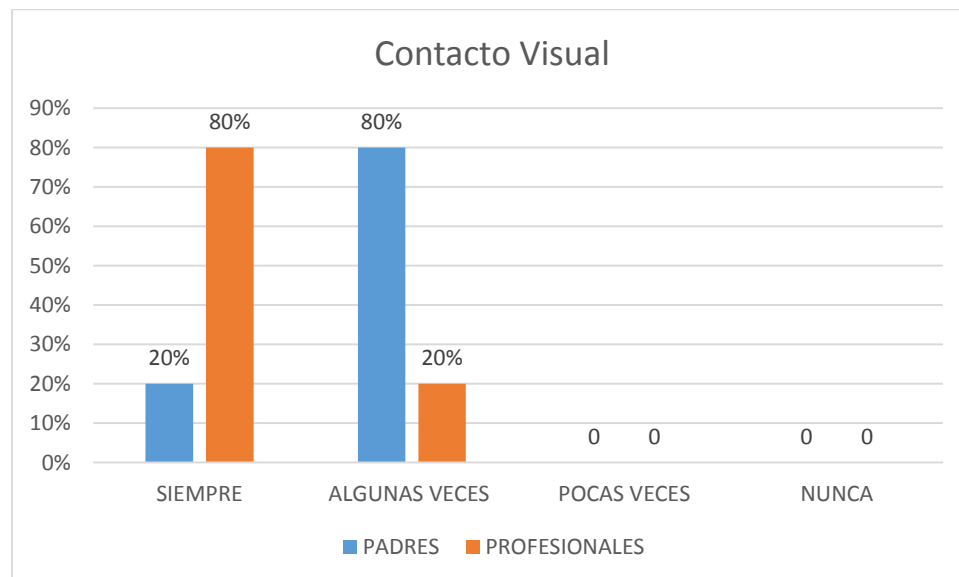


Figura 4. Interacción por medio del contacto visual

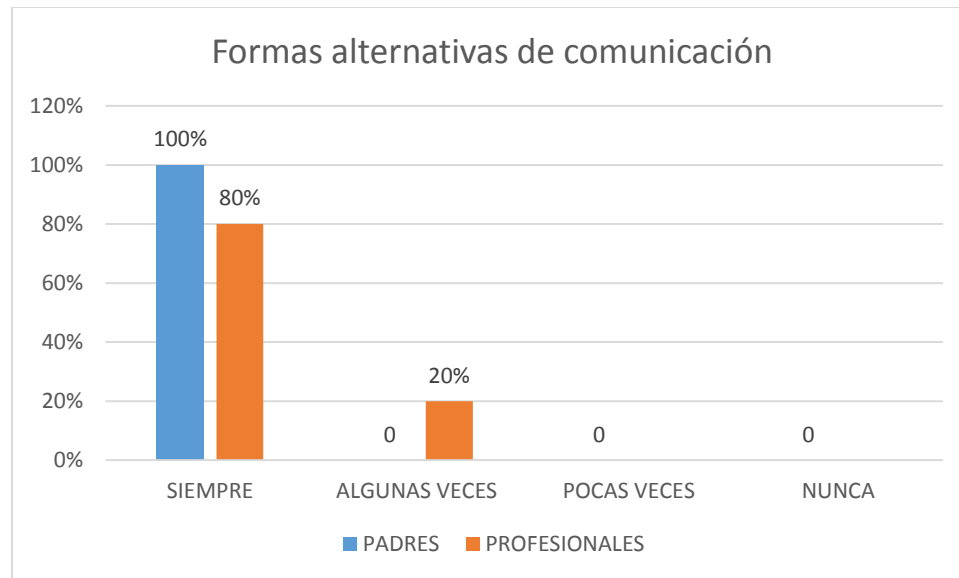


Figura 5. Formas alternativas de comunicación

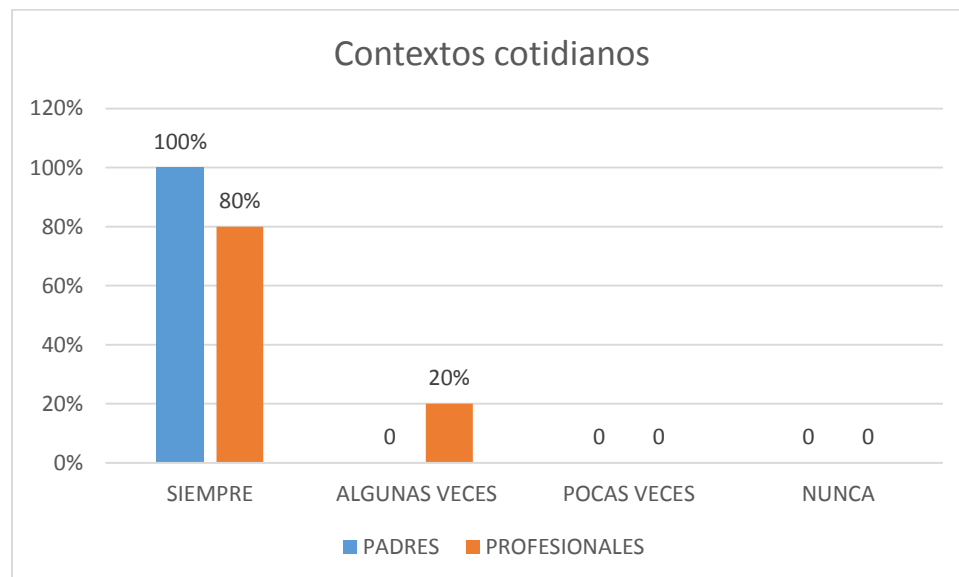


Figura 6. Contextos cotidianos y cambios comportamentales

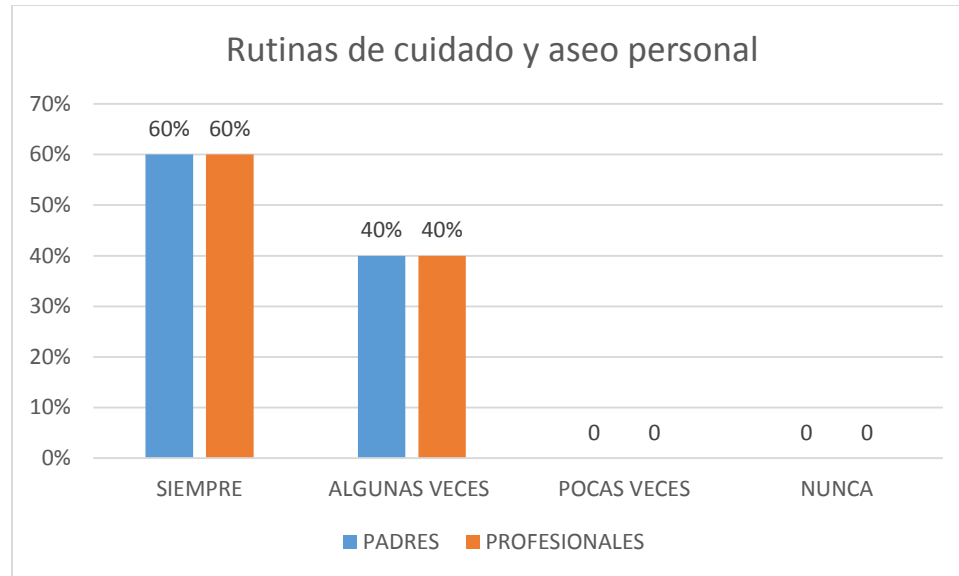


Figura 7. Rutinas de cuidado y aseo personal

Por otro lado, el 60% de los profesionales refieren que siempre su paciente encuentra formas alternativas para decir no en situaciones específicas, por el contrario, el 20% de los padres refieren que esto solo ocurre pocas veces (Figura 8). Según los padres los niños siempre son capaces de saltar, correr, girar y desplazarse sin depender del cuidador, así pues, el 60% de los profesionales consideran que esto solo ocurre algunas veces (Figura 9).

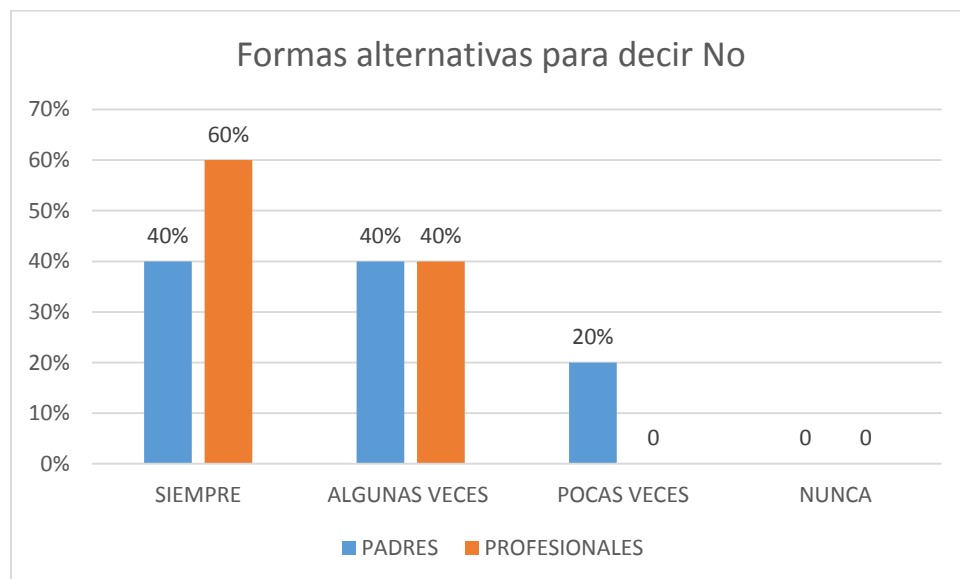


Figura 8. Formas alternativas para decir No

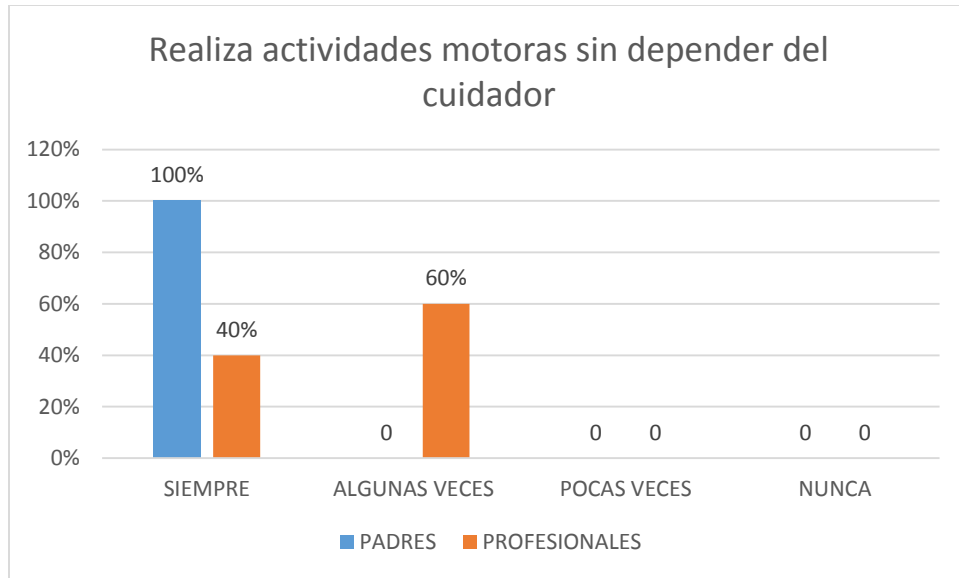


Figura 9. Actividades motoras sin depender del cuidador

El 80% de los padres y profesionales en psicología evidenciaron mejora en el control y regulación emocional del niño con autismo (Figura 10) de la misma forma, el 80% de los padres y el 60% de los profesionales observaron mejoría en el manejo de habilidades motoras de su hijo o paciente (Figura 11); La capacidad atencional en actividades específicas mejora de acuerdo con su nivel de compromiso refirieron el 100% de los profesionales (Figura 12).

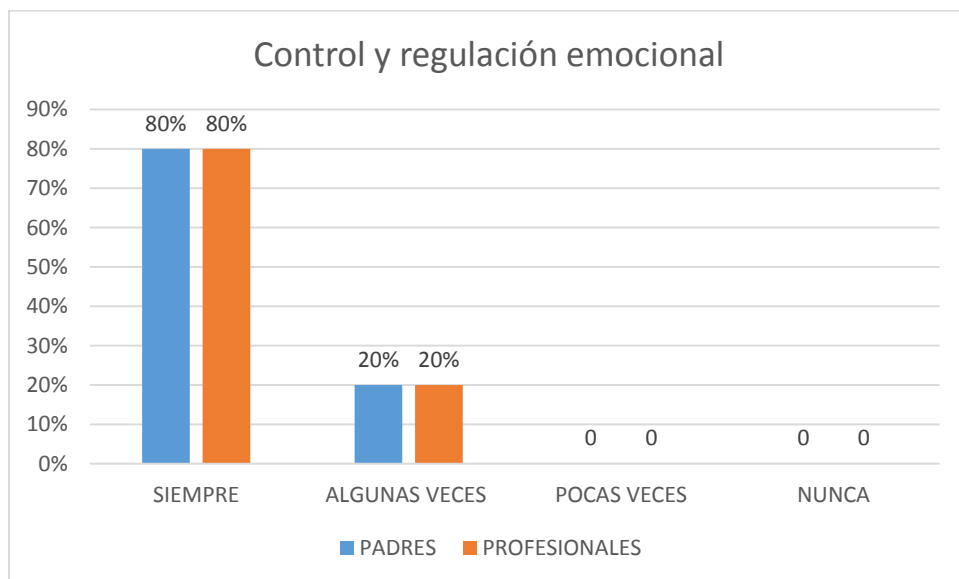


Figura 10. Control y regulación emocional

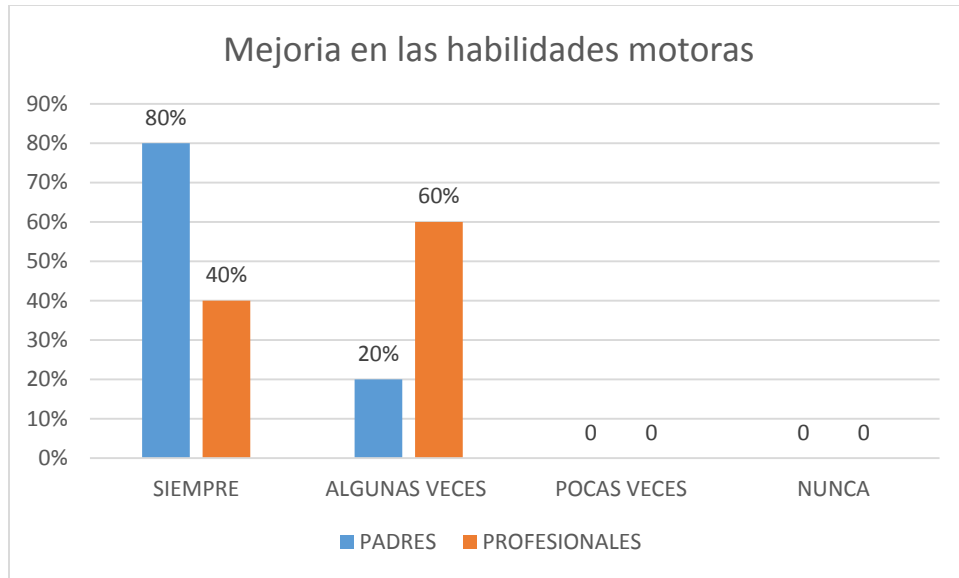


Figura 11. Mejoría en las habilidades motoras

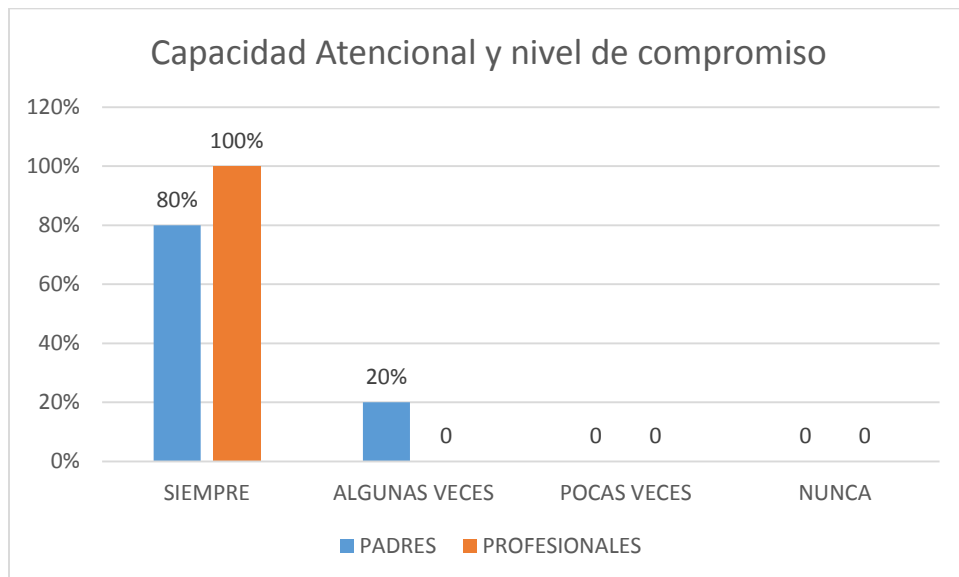


Figura 12. Capacidad atencional y nivel de comportamiento

El 100% de los padres y profesionales consideraron que se han desarrollado conductas que le permiten al niño responder al llamado de su nombre (Figura 13), también, el 40% de los padres y profesionales refieren que se han empleado formas de comunicación acordes a su nivel de funcionamiento (Figura 14); por otro lado, el 60% de los profesionales consideran que solo algunas veces el niño resuelve forma autónoma problemas que interrumpen sus rutinas (Figura 15).

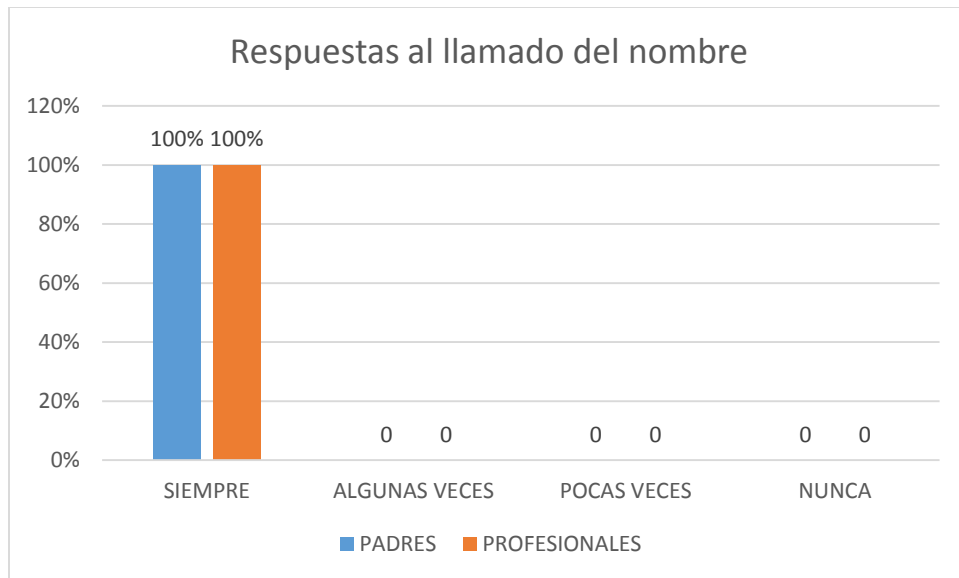


Figura 13. Respuesta al llamado del nombre

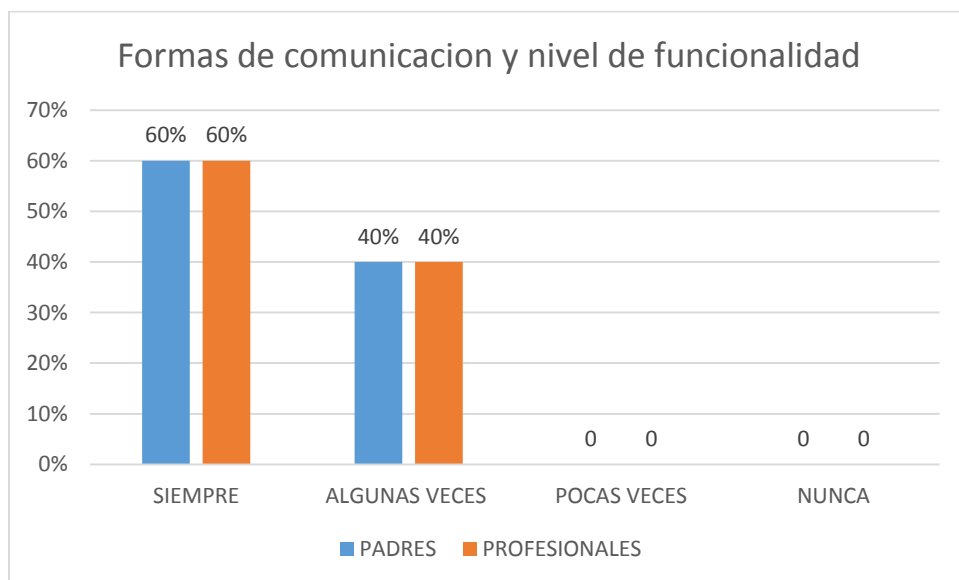


Figura 14. Formas de comunicación y nivel de funcionalidad

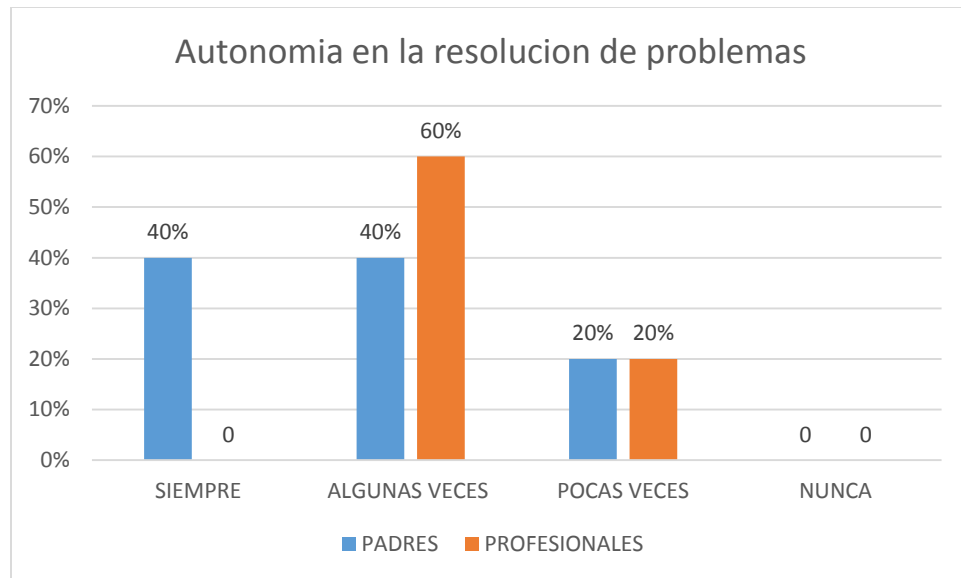


Figura 15. Autonomía en la resolución de problemas.

El 60% de los padres refiere que sus hijos nunca logran respetar turnos comunicativos en las conversaciones con otras personas, siendo esto confrontado con el 60% de los profesionales quienes consideran que los niños si lo realizan algunas veces (Figura 16); el 80% de los padres y profesionales han observado que algunas veces el niño logra exhibir comportamientos de cooperación cuando juega con otras personas (Figura 17).

El 40% de los padres observaron que su hijo nunca diferencia los colores, por otra parte el 60% de los profesionales consideran que siempre lo hacen de acuerdo al nivel de compromiso con la terapia (Figura 18); del mismo modo, el 60% de los padres refiere que su hijo nunca responde preguntas relacionadas con un texto escuchado (Figura 19).

El 100% de los padres consideran que sus hijos siempre se estresan cuando se intenta aprender alguna actividad nueva (Figura 20); del mismo modo el 60% de estos padres consideraron que sus hijos solo algunas veces son capaces de seguir las reglas de un juego con facilidad (Figura 21).

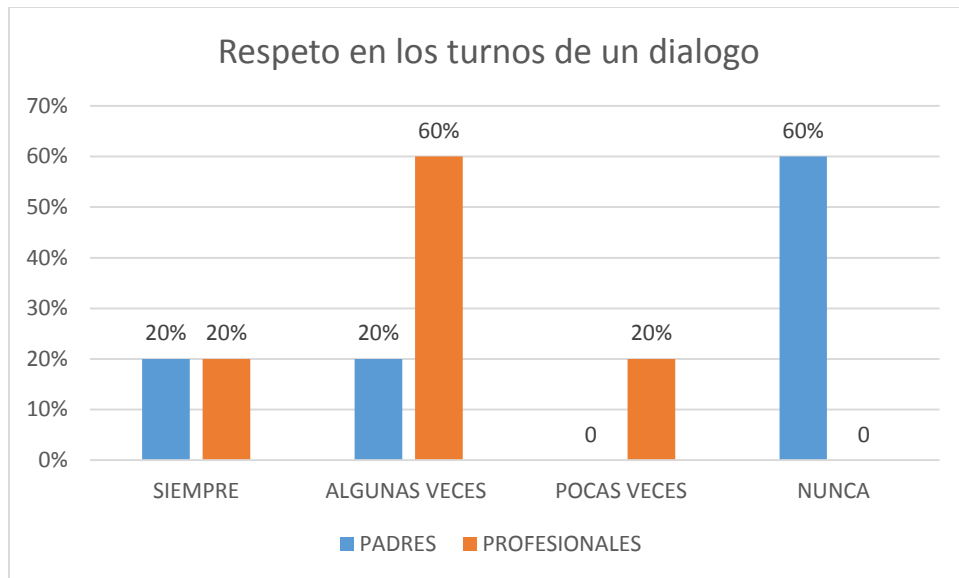


Figura 16. Respeto en los turnos de un dialogo

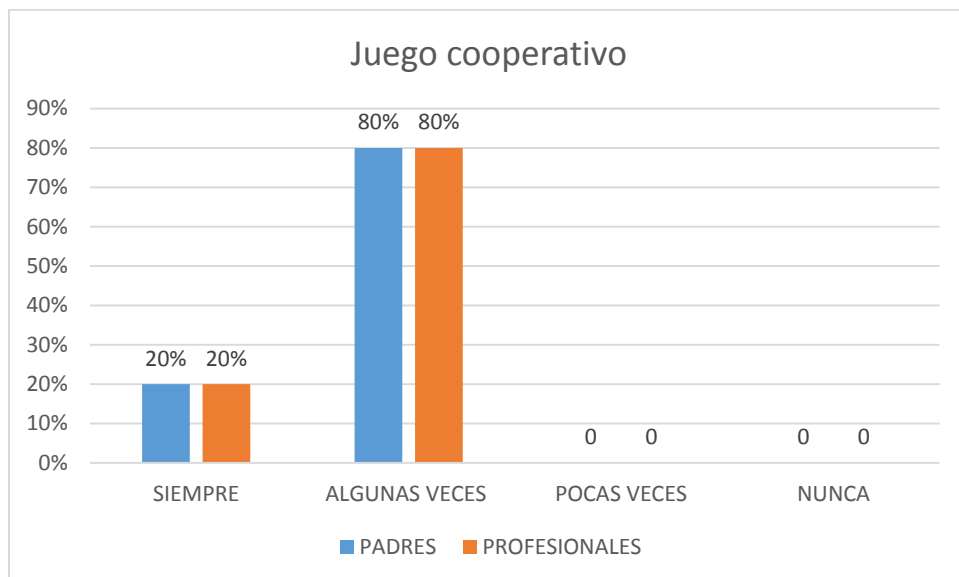


Figura 17. Juego cooperativo

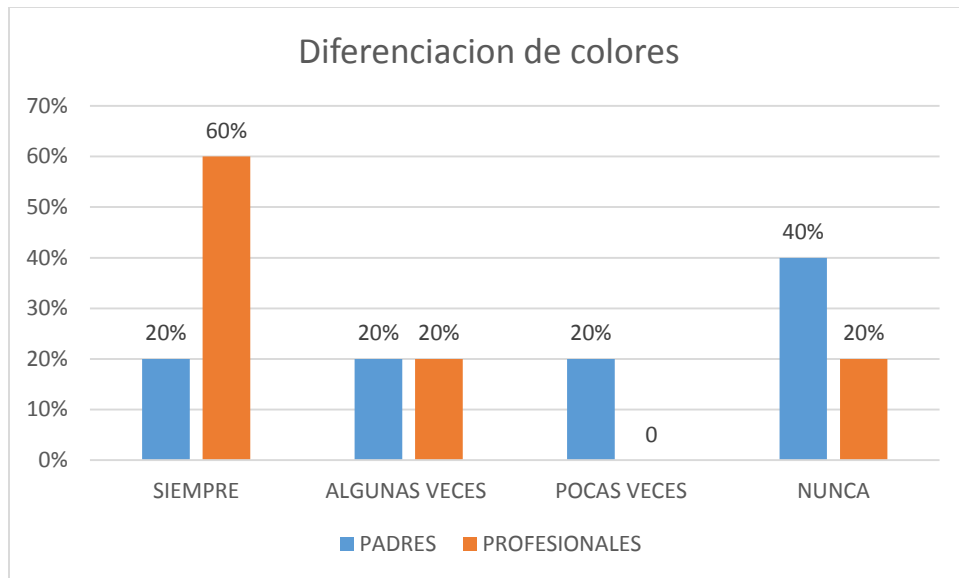


Figura 18. Diferenciación de colores

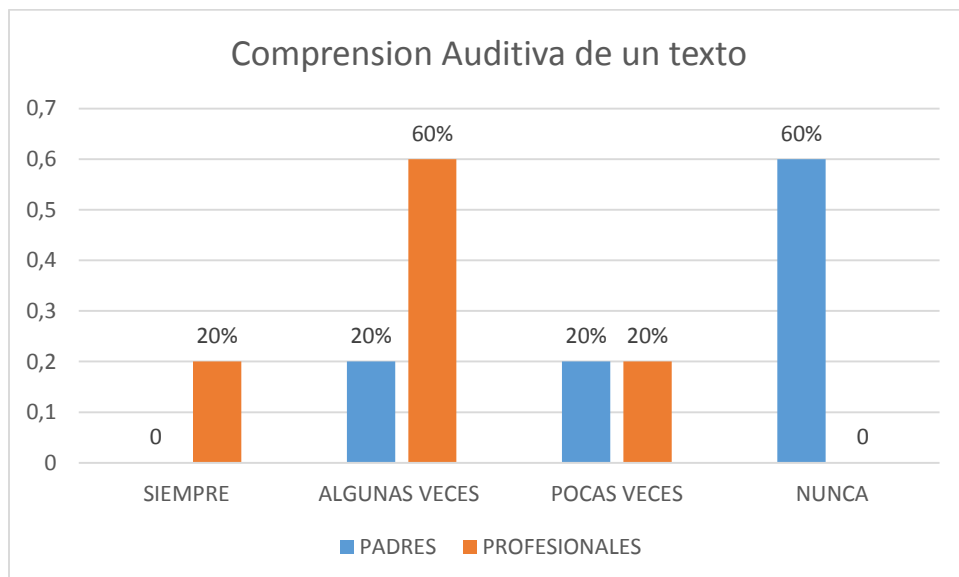


Figura 19. Comprensión auditiva de un texto

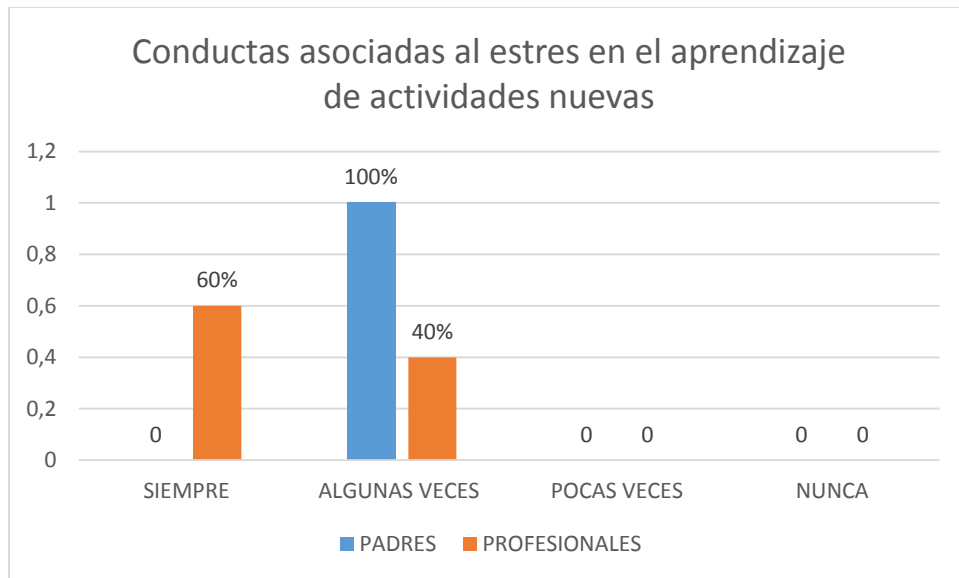


Figura 20. Estrés en el aprendizaje de actividades nuevas

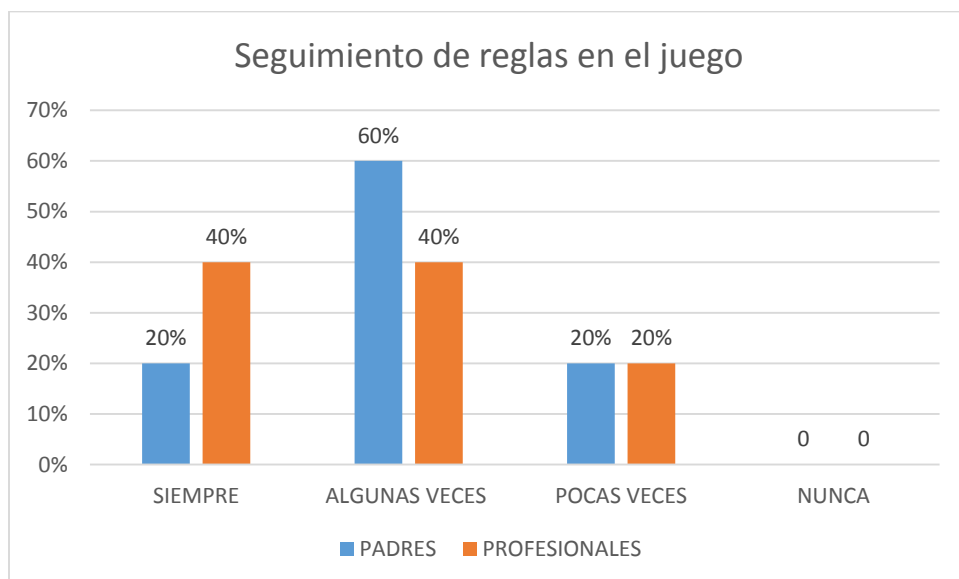


Figura 21. Seguimiento de reglas en el juego

El 60% de los terapeutas consideran que solo algunas veces el niño es capaz de expresar sentimientos y emociones a través de formas de comunicación particulares, sin embargo, el 60% de los padres refieren que esto ocurre siempre (Figura 22).

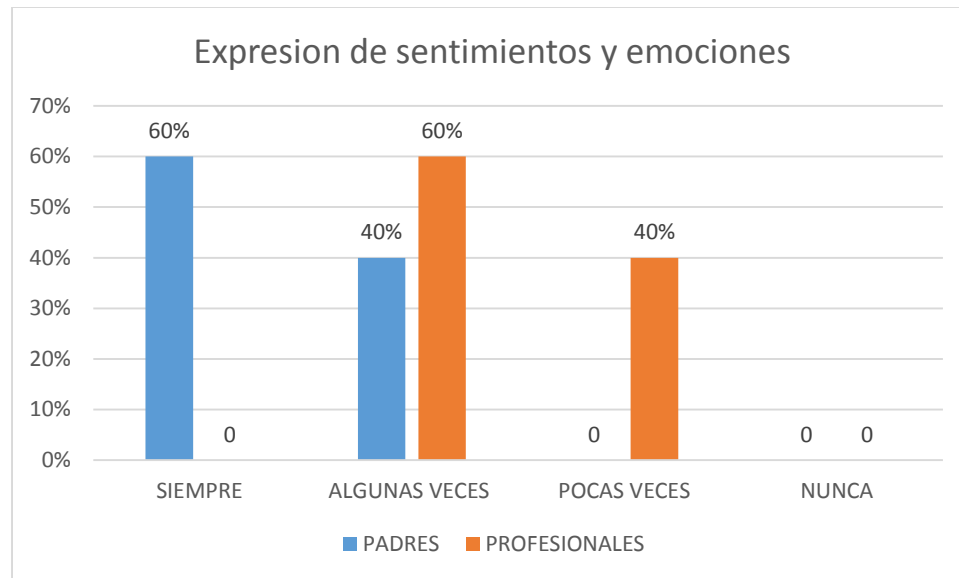


Figura 22. Expresión de sentimientos y emociones

Respecto a la variable de uso, se pudo determinar cómo el 80% de los padres se encuentra en desacuerdo en que acceder a los servicios especializados de salud como ABA sea fácil (Figura 23), de igual forma, el 60% de los padres y terapeutas consideran que el acceso a la terapia se dificulta gracias al alto costo económico de la misma (Figura 24), el 60% de los padres se muestra de acuerdo en cuanto a la facilidad en el entendimiento de la terapia, mientras que los terapeutas opinan que el entendimiento solo ocurre algunas veces (Figura 25).

El 60% de los padres se encuentra de acuerdo frente a la hipótesis de como el abandono de la terapia puede generar sentimientos de frustración (Figura 26), mientras que el 60% de los profesionales o terapeutas consideran que se presentan muchos obstáculos económicos que no permiten dar una continuidad adecuada al tratamiento (Figura 27); del mismo modo este grupo poblacional considera que ABA es fácil de aplicar en situaciones de la vida cotidiana dependiendo del caso y ambiente en el cual se desenvuelve el niño (Figura 28).

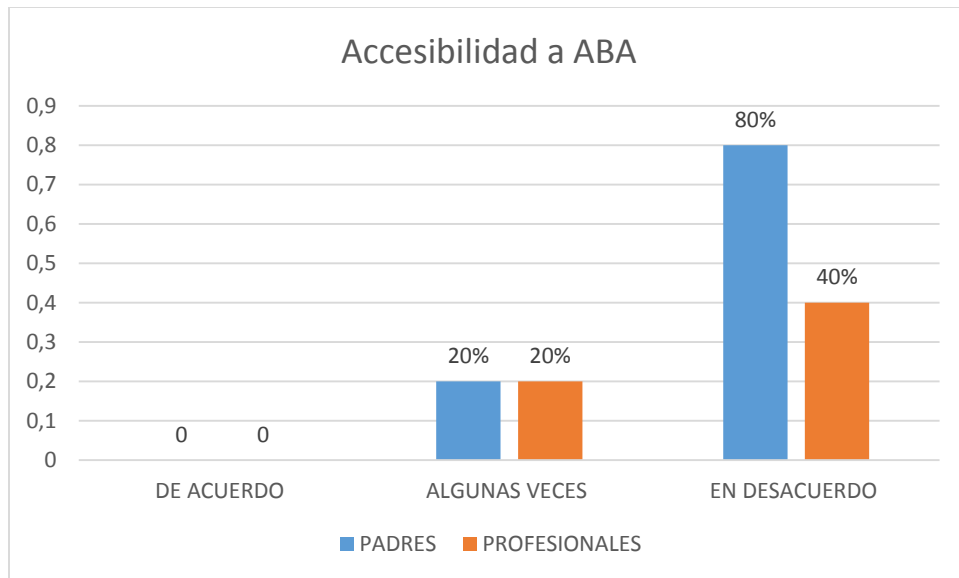


Figura 23. Accesibilidad a ABA

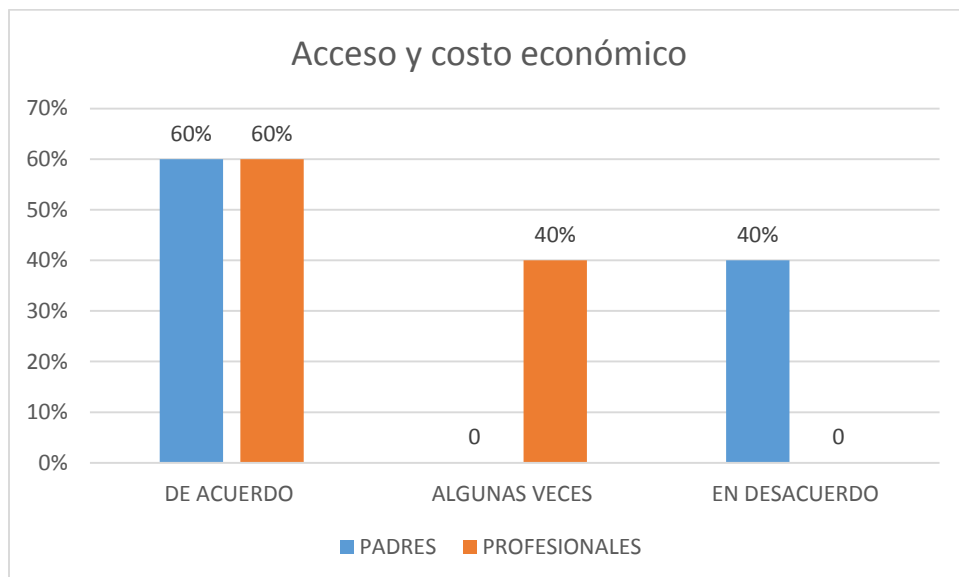


Figura 24. Acceso por costo económico

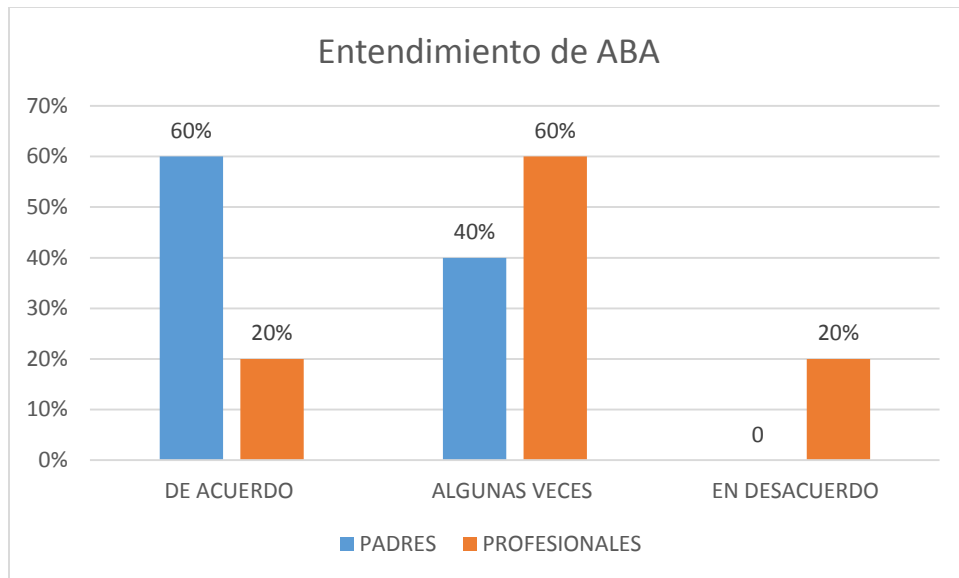


Figura 25. Entendimiento de ABA

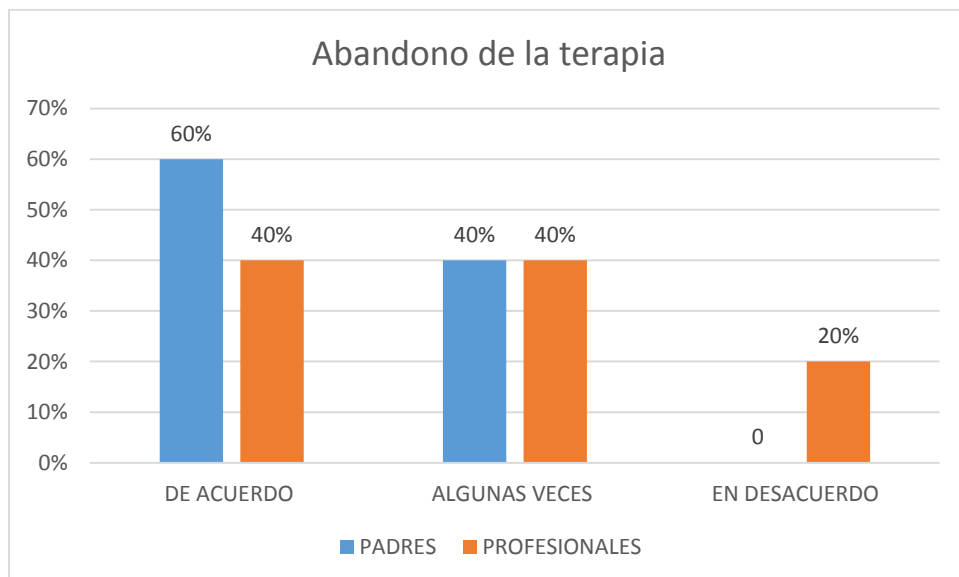


Figura 26. Abandono de la terapia y sentimientos de frustración

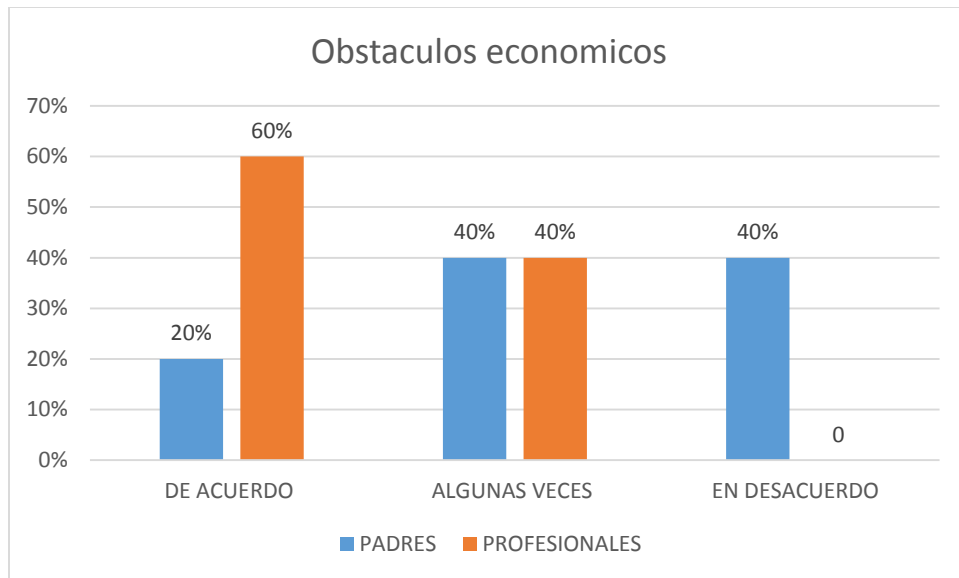


Figura 27. Obstaculos económicos

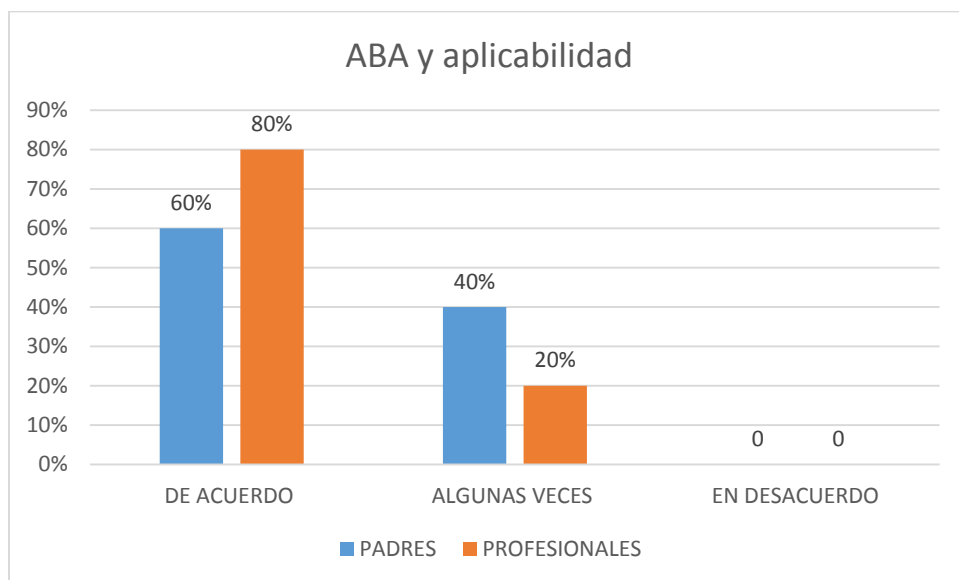


Figura 28. ABA y aplicabilidad

El 100% de los padres refieren encontrarse de acuerdo con el hecho de comprender las instrucciones para seguir los procedimientos en los cuales se trabaja durante la terapia (Figura 29), del mismo modo se observan como los avances son acordes a lo esperado (Figura 30); El 100% de los padres confirman como una vez confirmado el diagnostico de autismo acceder al tratamiento terapéutico con ABA no fue para nada fácil (Figura 31).

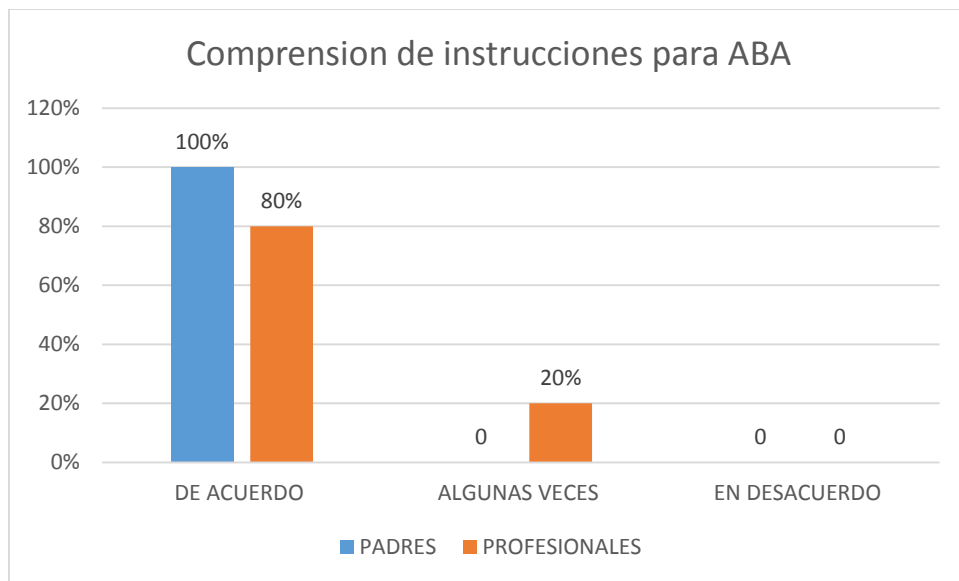


Figura 29. Comprensión de instrucciones para ABA

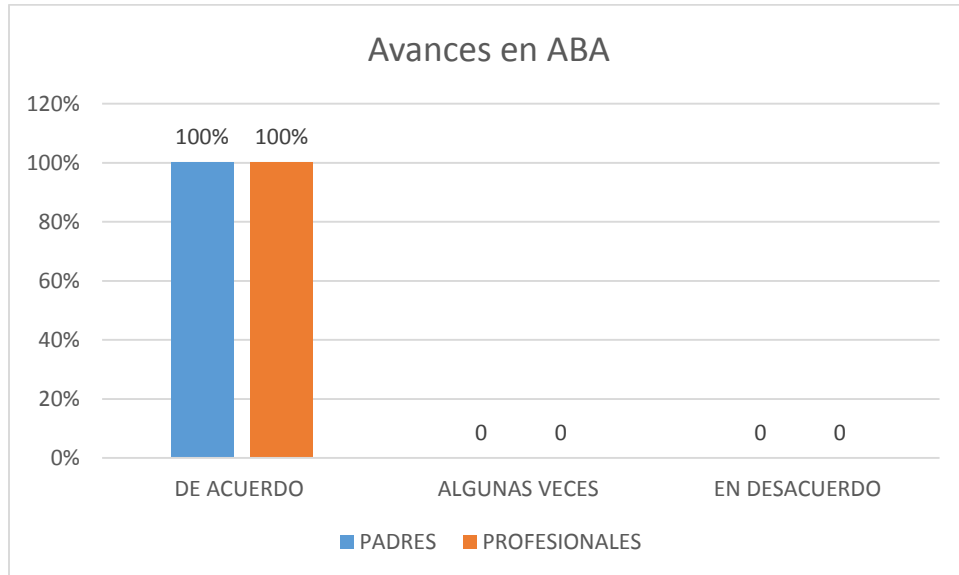


Figura 30. Avances de la terapia

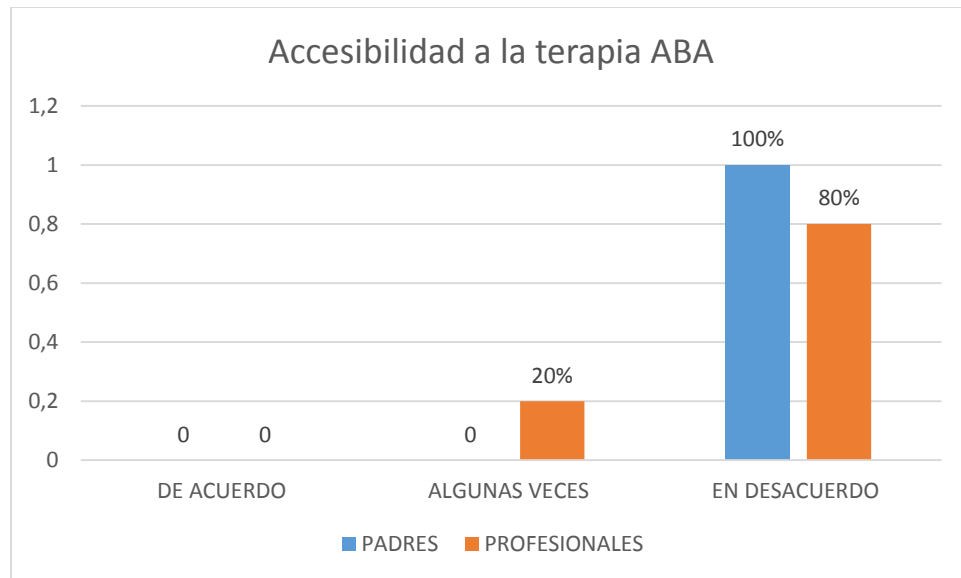


Figura 31. Accesibilidad luego del diagnostico

El 80% de los padres y terapeutas consideran que algunas veces es fácil de aplicar las tareas o procedimientos sin el acompañamiento del terapeuta (Figura 32); as pues, el 60% de los cuidadores reportan como las instrucciones dadas a la persona con autismo son comprendidas con facilidad (Figura 33).

Por otra parte, el 80% de los padres denotan que el proceso terapéutico con ABA no es un generador de estrés, por el contrario mejor la calidad de vida del núcleo familiar lo cual disminuye los factores o agentes estresores (Figura 34); el 60% de los padres y profesionales se encuentran de acuerdo en cómo la accesibilidad a la terapia ABA distingue las particularidades económicas de las distintas clases sociales (Figura 35).

De este modo, el 100% de los terapeutas reportan que la disponibilidad de instituciones que ofertan ABA es mínima (Figura 36); por otro lado el 80% de los padres y cuidadores hablan acerca del entendimiento de las instrucciones o información brindada para aplicar la terapia en diferentes contextos y como esto facilita la afectividad de la misma (Figura 37).

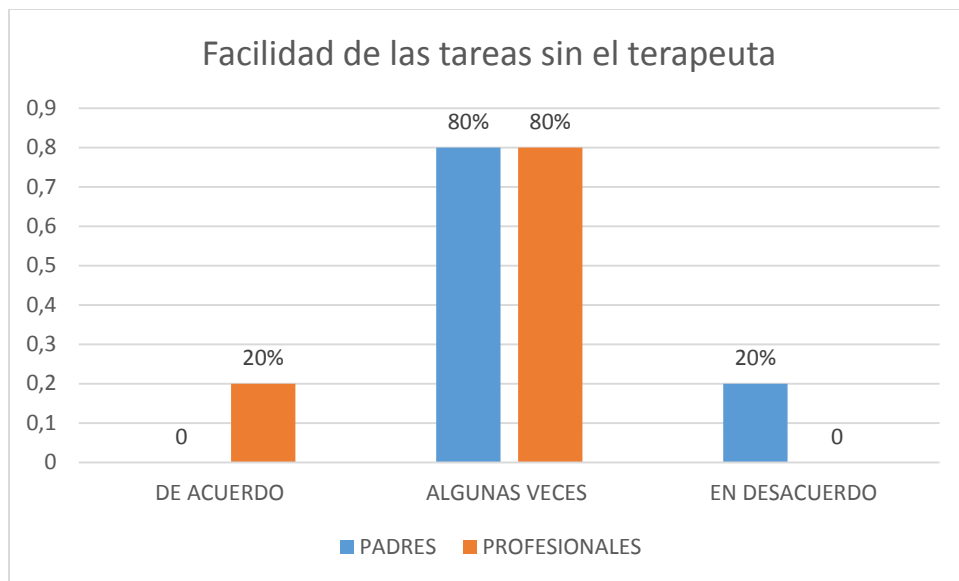


Figura 32. Facilidad de las tareas sin el terapeuta

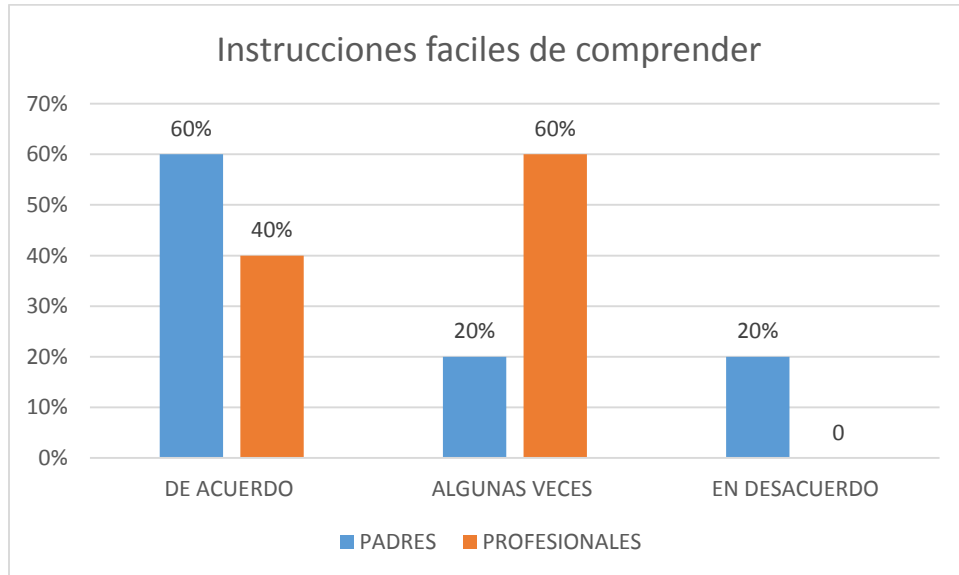


Figura 33. Instrucciones fáciles de comprender

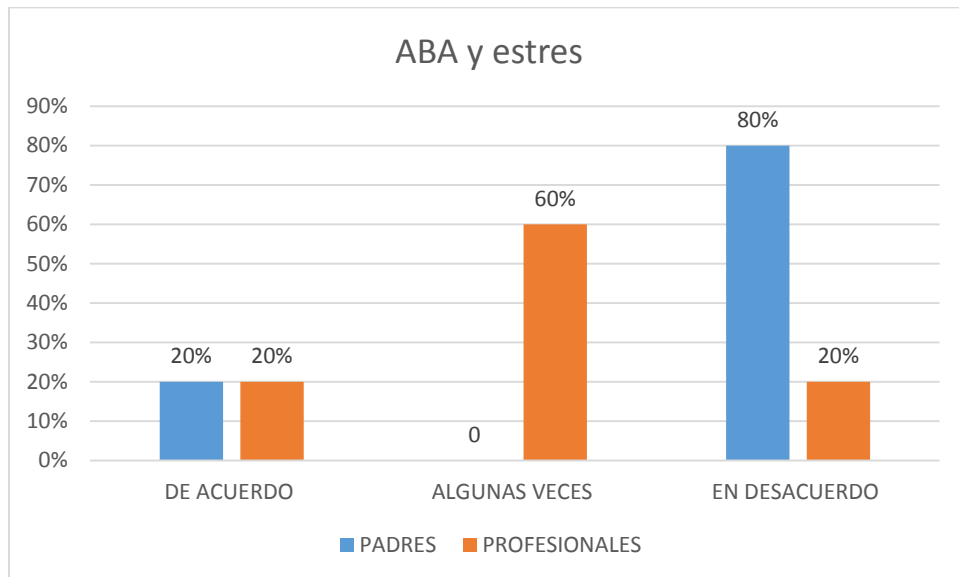


Figura 34. ABA y estrés

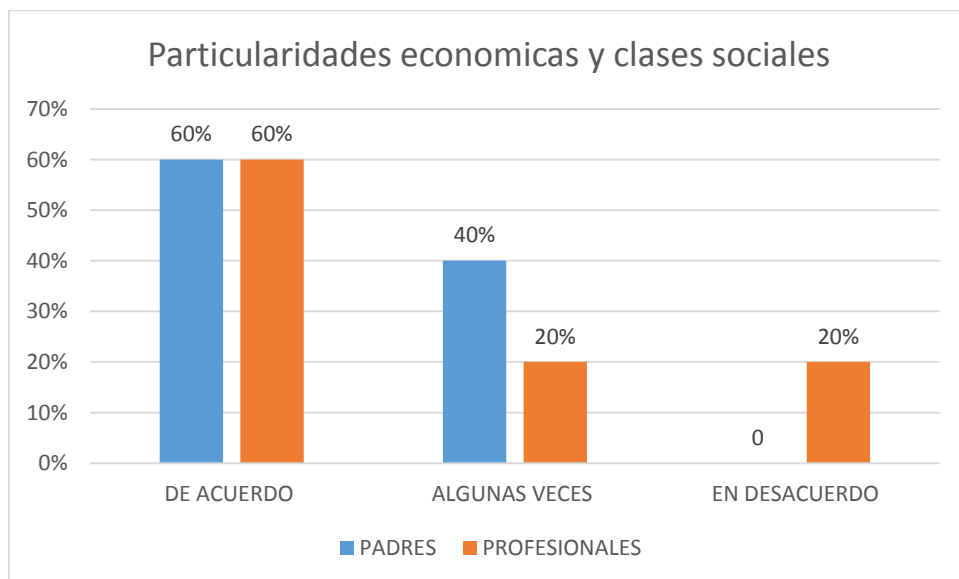


Figura 35. Particularidades económicas y clases sociales

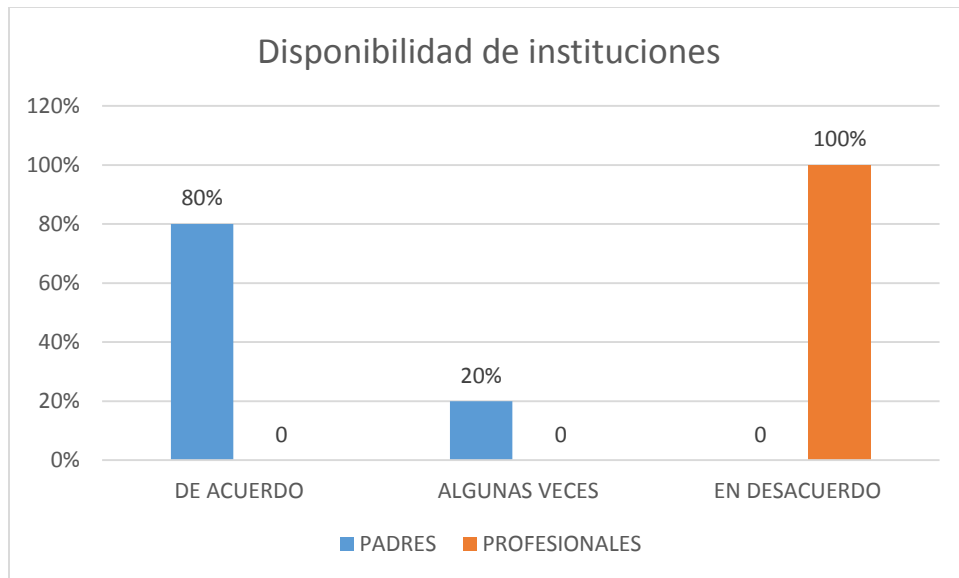


Figura 36. Disponibilidad de las instituciones

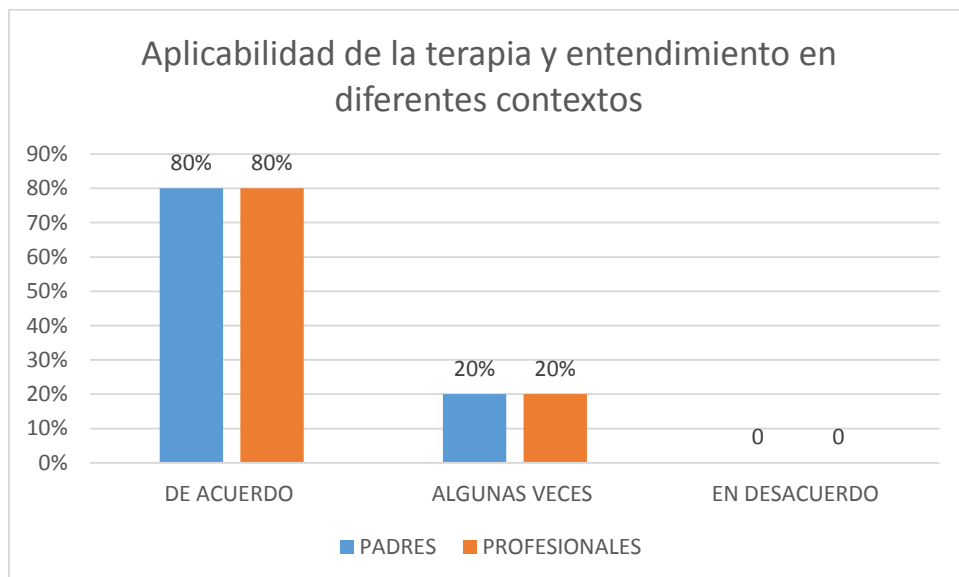


Figura 37. Aplicabilidad de la terapia y entendimiento en diferentes contextos

Así pues, el 100% de los profesionales y cuidadores mencionan como durante los avances de la terapia se han aprendido estrategias o técnicas sobre ABA (Figura 38); del mismo modo el 60% de los grupos poblacionales refieren que durante las horas trabajadas en la terapia el desgaste psicológico es alto (Figura 39).

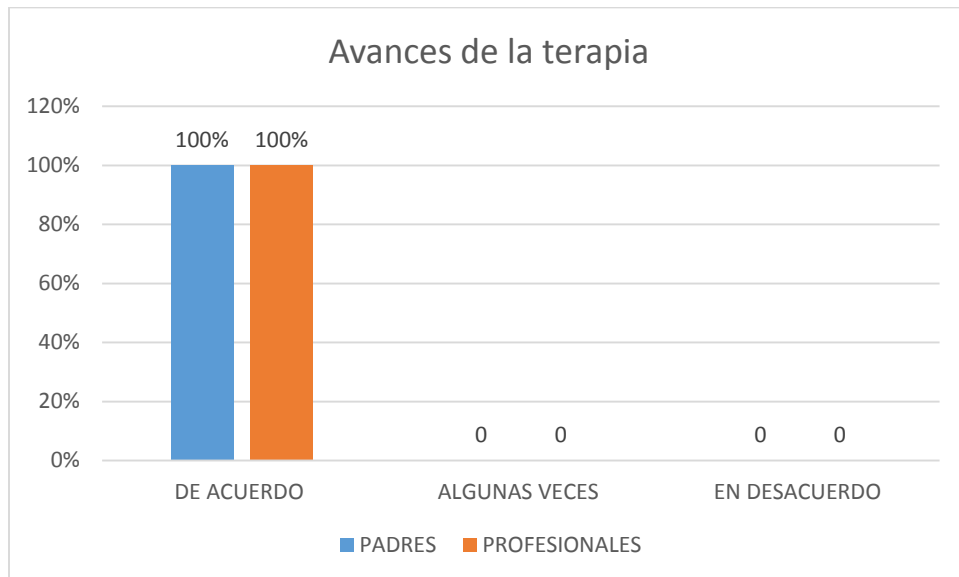


Figura 38. Avances de la terapia y aprendizaje

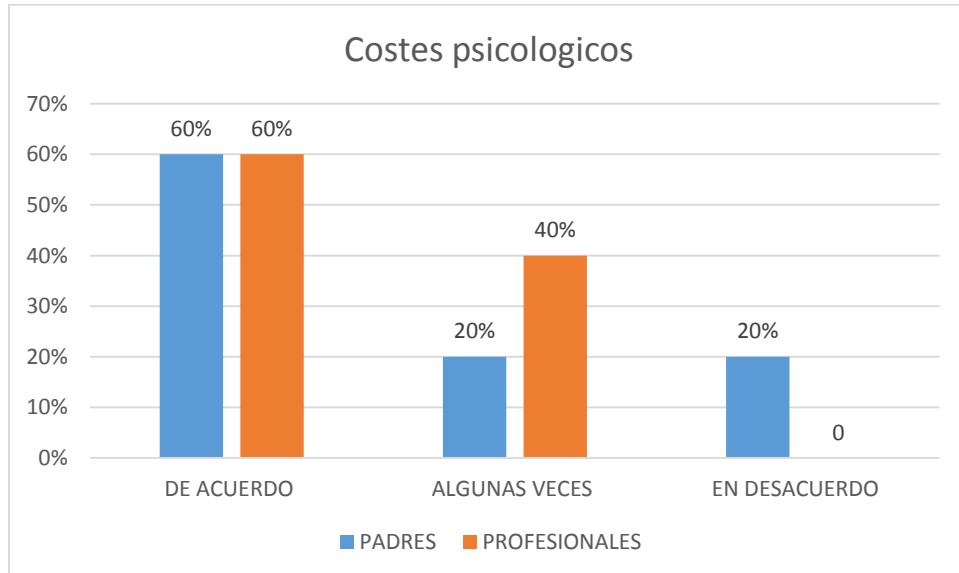


Figura 39. Costes psicológicos

Posterior a este análisis se someten los datos a SPSS en el cual se determinan prueba de normalidad, correlaciones y fiabilidad hallando los siguientes datos:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra																					
		V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20
N		10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Parámetros normales ^a	Media	3,90	3,50	3,40	3,90	3,60	3,40	3,70	3,80	3,60	3,90	4,00	3,60	2,90	2,50	3,20	2,70	2,30	3,30	3,10	3,20
	Desviación estándar ^b	,316	,527	,699	,316	,516	,699	,483	,422	,516	,316	,000 ^d	,516	,568	1,179	,422	1,337	1,059	,483	,738	,632
Máximas diferencias	Absoluta	,524	,329	,305	,524	,381	,305	,433	,482	,381	,524		,381	,370	,264	,482	,234	,246	,433	,254	,324
	Positivo	,376	,329	,216	,376	,277	,216	,267	,318	,277	,376		,277	,330	,198	,482	,198	,190	,433	,254	,324
	Negativo	-,524	-,329	-,305	-,524	-,381	-,305	-,433	-,482	-,381	-,524		-,381	-,370	-,264	-,318	-,234	-,246	-,267	-,246	-,276
Estadístico de prueba		,524	,329	,305	,524	,381	,305	,433	,482	,381	,524		,381	,370	,264	,482	,234	,246	,433	,254	,324
Sig. asintótica		,000 ^c	,003 ^c	,009 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,009 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,000 ^c		,000 ^c	,000 ^c	,046 ^c	,000 ^c	,127 ^c	,089 ^c	,000 ^c	,067 ^c	,004 ^c
a. La distribución de prueba es normal.																					
b. Se calcula a partir de datos.																					
c. Corrección de significación de Lilliefors.																					
d. La distribución no tiene varianza para esta variable. La prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra no se puede realizar.																					

Figura 40. Prueba de normalidad para efectividad

Prueba de normalidad efectividad

Se plantearon dos hipótesis para las escalas de efectividad y uso con el fin de medir el grado de concordancia existente entre la distribución de los datos y la distribución teórica específica con la prueba de Kolmogorov-Smirnov así:

Ho: la distribución de los datos es normal

H1: la distribución de los datos es no normal

Apoyados en los resultados obtenidos en el estadístico de la prueba en la figura 40 se utiliza el criterio de nivel de significancia observado (0.05) evidenciando que los datos obtenidos superan este valor por lo que se identifica que la distribución de los datos es normal en la escala de efectividad rechazando la hipótesis alternativa.

Sin embargo no se puede mostrar el nivel de significancia en ítem 11 porque no existe varianza en los datos, se debe contrastar con los resultados de las entrevistas semi-estructuradas realizadas.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra																	
	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15	V16	V17
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Parámetros	Media	1,30	2,40	2,30	2,40	2,30	2,70	2,90	3,00	1,10	2,00	2,40	1,70	2,50	1,20	2,70	3,00
normales ^{a,b}	Desv.	0,675	0,843	0,675	0,699	0,823	0,483	0,316	,000 ^d	0,316	0,471	0,699	0,823	0,707	0,632	0,675	,000 ^d
	Desviación																
Máximas	Absoluto	0,472	0,362	0,272	0,305	0,302	0,433	0,524		0,524	0,400	0,305	0,302	0,360	0,524	0,472	0,272
diferencias	Positivo	0,472	0,238	0,272	0,216	0,198	0,267	0,376		0,524	0,400	0,216	0,302	0,240	0,524	0,328	0,272
extremas	Negativo	-0,328	-0,362	-0,250	-0,305	-0,302	-0,433	-0,524		-0,376	-0,400	-0,305	-0,198	-0,360	-0,376	-0,472	-0,250
Estadístico de prueba		0,472	0,362	0,272	0,305	0,302	0,433	0,524		0,524	0,400	0,305	0,302	0,360	0,524	0,472	0,272
Sig. asintótica(bilateral)		,000 ^c	,001 ^c	,035 ^c	,009 ^c	,010 ^c	,000 ^c	,000 ^c		,000 ^c	,000 ^c	,009 ^c	,010 ^c	,001 ^c	,000 ^c	,000 ^c	,035 ^c
a. La distribución de prueba es normal.																	
b. Se calcula a partir de datos.																	
c. Corrección de significación de Lilliefors.																	
d. La distribución no tiene varianza para esta variable. La prueba de Kolmogorov-Smirnov de una muestra no se puede realizar.																	

Figura 41. Prueba de normalidad para Uso

Apoyados en los resultados obtenidos en el estadístico de la prueba en la figura 41 se utiliza el criterio de nivel de significancia observado (0.05) evidenciando que la mayoría de datos obtenidos no superan este valor por lo que se identifica que la distribución de los datos es no normal en la escala de uso rechazando la hipótesis nula. Sin embargo no se puede mostrar el nivel de significancia en ítem 8 y 16 porque no existe varianza en los datos, se debe contrastar con los resultados de las entrevistas semi-estructuradas realizadas.

Correlaciones (Tabla 3)

Tabla 3.

Correlaciones efectividad

CATEGORIA	ITEMS	CORRELACION
HABILIDADES ADAPTATIVAS	1 * 5	0,408
	2 * 4	-0,333
HABILIDADES SOCIALES	2 * 6	0,616
	4 * 6	-0,321
HABILIDADES MOTORAS	7 * 9	0,356
FUNCIONES EJECUTIVAS	8 * 10	-0,167
	3 * 11	0
CAPACIDADES LINGUISTICAS	3 * 12	0,275
	11 * 12	0
	13 * 18	-0,282
HABILIDADES COGNITIVAS	13 * 20	0,664
	18 * 20	-0,565
	14 * 15	-0,228
HABILIDADES EN EL JUEGO	14 * 19	-0,14
	15 * 19	0,661
HABILIDADES ACADEMICAS	16 * 17	0,533

El grado de magnitud entre las variables se mide en relación a los siguientes valores:

- ✓ Entre 0,70 – 1,0 el grado de magnitud es fuerte.
- ✓ Entre 0,40 – 0,69 el grado de magnitud es media.
- ✓ Entre 0,10 – 0,39 el grado de magnitud es leve
- ✓ Entre 0,01 – 0,09 el grado de magnitud es nula.

Se plantearon dos hipótesis para la escala de efectividad con el fin de medir el grado de correlación de Spearman y determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel ordinal y que esta relación no sea debida al azar es decir que la relación sea significativa entre las percepciones de cuidadores y profesionales.

Ho: No existen diferencias significativas en relación a la escala de efectividad entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente a la terapia ABA en personas con autismo

H1: Existen diferencias significativas en relación a la escala de efectividad entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente a la terapia ABA en personas con autismo (se rechaza la hipótesis nula pues se evidencia que existen diferencias significativas ente las percepciones de padres y profesionales)

La correlación entre las variables 1 * 5 perteneciente a la dimensión de habilidades adaptativas, es de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas.

La correlación entre las variables 2 * 6 pertenecientes a la dimensión de habilidades sociales es de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas sin embargo las correlaciones entre las variables 2 * 4 y 4 * 6 es de magnitud leve y negativa evidenciando que no existe asociación entre ellas.

La correlación entre las variables 7 * 9 pertenecientes a la dimensión de habilidades motoras es de magnitud leve mostrando una asociación directamente débil entre ellas.

La correlación entre las variables 8 * 10 perteneciente a la dimensión de funciones ejecutivas es de magnitud leve con una dirección negativa evidenciando que no existe ningún tipo de asociación entre ellas.

La correlación entre las variables 3 * 11 y 11 * 12 pertenecientes a la dimensión de capacidades lingüísticas es de magnitud nula con dirección negativa evidenciando que no existe ningún tipo de asociación entre ellas sin embargo las variables 3 * 12 muestra una magnitud media entre ellas.

La variable 11 no muestra varianza en los datos obtenidos por lo que no se puede correlacionar con las demás variables pertenecientes a la dimensión de capacidades lingüísticas.

La correlación entre las variables 13 * 20 perteneciente a la dimensión de habilidades cognitivas es de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas, sin embargo las variables 13 * 18 y 18 * 20 es de magnitud media con dirección negativa evidenciando que no existe ningún tipo de relación entre ellas.

La correlación entre las variables 14 * 15 y 14 * 19 perteneciente a la dimensión de habilidades en el juego es de magnitud leve con dirección negativa mostrando que no existe ninguna asociación entre ellas pero se evidencia que las variables 15 * 19 es de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas.

La correlación entre las variables 16 * 17 es de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas.

Tabla 4.

Correlaciones Uso

CATEGORIA	ITEMS	CORRELACION
ACCESIBILIDAD	1 * 9	0,58
	1 * 14	-0,166
	9 * 14	-0,111
COSTOS	4 * 6	-0,63
	2 * 5	0,896
	2 * 13	0,504
PRACTICIDAD	3 * 8	0
	3 * 10	0,387
	3 * 16	0
	8 * 10	0
	8 * 16	0
ENTENDIMIENTO	10 * 16	0
	6 * 7	0,509
	6 * 11	0,336
	6 * 15	0,163
	7 * 11	0,257
COSTES PSICOLOGICOS	7 * 15	0,58
	11 * 15	-0,091
	4 * 12	-0,326
	4 * 17	-0,321
	12 * 17	0,829

Se plantearon dos hipótesis para la escala de uso con el fin de medir el grado de correlación de Spearman y determinar si existe una relación lineal entre dos variables a nivel ordinal y que esta relación no sea debida al azar es decir que la relación sea significativa entre las percepciones de cuidadores y profesionales.

Ho: No existen diferencias significativas en relación a la escala uso entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente al uso de terapia ABA en personas con autismo

H1: Existen diferencias significativas en relación a la escala uso entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente al uso de terapia ABA en personas con autismo

(se rechaza la hipótesis nula pues se evidencia que si existen diferencias significativas entre las percepciones de padres y profesionales)

La correlación entre las variables 1 * 14, 9 * 14 y 4 * 6 perteneciente a la dimensión de accesibilidad es de magnitud leve con dirección negativa mostrando que no existe ninguna asociación entre ellas pero se evidencia que las variables 1 * 14 son de magnitud media mostrando una asociación directamente proporcional entre ellas.

La correlación entre las variables 2 * 5 y 2 * 13 pertenecientes a la dimensión de costos es de magnitud fuerte mostrando una asociación directa entre ellas.

No se puede correlacionar las variables 8 y 16 pertenecientes a la categoría de practicidad ya que no muestran varianza en los datos obtenidos por lo que el grado de magnitud es nulo con evidenciando que no existe ningún tipo de relación entre ellas. La correlación entre las variables 3 * 10 perteneciente a la dimensión de practicidad es de magnitud leve mostrando una asociación débil entre ellas.

La correlación entre las variables 6 * 7, 6 * 11, 6 * 15, 7 * 11 y 7 * 15 pertenecientes a la dimensión de entendimiento es de magnitud leve mostrando una asociación débil entre ellas. Sin embargo las variables 11 * 15 evidencian una magnitud leve con dirección negativa mostrando que no existe ningún tipo de relación entre ellas.

La correlación entre las variables de la dimensión costes psicológicos es de magnitud media mostrando una relación directamente proporcional entre ellas.

U de Mann-Whitney

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar dos grupos (cuidadores, profesionales) en la escala de efectividad y determinar que la diferencia no se deba al azar es decir que la diferencia sea estadísticamente significativa en la escala de efectividad.

Se definen las variables para la escala de efectividad:

- ✓ Vi: rol
- ✓ Vd: percepción de efectividad

Tomando en cuenta la regla de decisión se establece que si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 :

H_0 : no existen diferencias significativas en relación a la escala de efectividad entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente a la terapia ABA en personas con autismo

H_1 : existen diferencias significativas en relación a la escala de efectividad entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente a la terapia ABA en personas con autismo (se rechaza la hipótesis nula pues se evidencia que si existen diferencias significativas entre las percepciones de padres y profesionales)

Estadísticos de prueba^a

	Efectividad
U de Mann-Whitney	8,000
W de Wilcoxon	23,000
Z	-,940
Sig. asintótica (bilateral)	,347
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,421 ^b

a. Variable de agrupación: Rol

b. No corregido para empates.

Figura 42. Estadísticos de prueba

Los resultados evidencian que existen diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las percepciones entre los dos grupos en relación a la efectividad son diferentes.

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para comparar dos grupos (cuidadores, profesionales) en la escala de uso y determinar que la diferencia no se deba al azar es decir que la diferencia sea estadísticamente sea significativa en la escala de uso.

Se definen las variables para la escala de efectividad:

- ✓ Vi: rol
- ✓ Vd: percepción de uso

Tomando en cuenta la regla de decisión se estable que si $p \leq 0.05$ se rechaza H_0 :

H_0 : no existen diferencias significativas en relación a la escala de uso entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente al uso de terapia ABA en personas con autismo

H_1 : existen diferencias significativas en relación a la escala de uso entre las percepciones de cuidadores y profesionales frente al uso de terapia ABA en personas con autismo (se rechaza la hipótesis nula pues se evidencia que si existen diferencias significativas ente las percepciones de padres y profesionales)

Estadísticos de prueba^a

	Uso
U de Mann-Whitney	9,500
W de Wilcoxon	24,500
Z	-0,629
Sig. asintótica(bilateral)	0,530
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,548 ^b

a. Variable de agrupación: Rol

b. No corregido para empates.

Figura 43. Estadísticos de prueba 2

Los resultados evidencian que existen diferencias significativas por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que las percepciones entre los dos grupos en relación al uso son diferentes.

Fiabilidad

El coeficiente de fiabilidad de Cronbach permite estimar la fiabilidad del instrumento utilizado en la investigación en relación al uso y efectividad de la siguiente manera:

- ✓ Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- ✓ Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- ✓ Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- ✓ Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- ✓ Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- ✓ Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Se encuentran los siguientes resultados:

Tabla 5.

Estadísticas de fiabilidad Efectividad

Alfa de Cronbach		
Alfa de Cronbach	basada en elementos estandarizados	N de elementos
0,713	0,688	19

Tabla 6.

Estadísticas de fiabilidad Uso

Alfa de Cronbach basada en		
Alfa de Cronbach	elementos estandarizados	N de elementos
0,252	0,212	15

La estadística de fiabilidad muestra un coeficiente aceptable para la escala de efectividad.

La estadística de fiabilidad muestra un coeficiente inaceptable para la escala de uso.

Para el análisis de los datos cualitativos se hizo uso de ATLAS.TI este es un programa de análisis cualitativo asistido por computadora que permite asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto que no pueden ser analizados significativamente con enfoques formales y estadísticos (Lewis, 2004).

Explicaremos el análisis de 10 entrevistas Semi – Estructuradas realizadas a cuidadores y profesionales de personas con autismo en relación a la efectividad y uso de la terapia ABA.

En el análisis de los datos encontramos tres grandes núcleos de los cuales se desprenden categorías que permiten un análisis a profundidad de los mismos, estos son:

- ✓ Contextualización: hace referencia al acto mediante el cual se toman en análisis las circunstancias de una situación, entendiendo un conjunto de aspectos relacionados entre sí.

- ✓ Efectividad: definida como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, de acuerdo a las dimensiones en las cuales trabaja ABA.
- ✓ Uso: definida en función de la utilización de la terapia para un fin o meta específica

Para el análisis del contenido de las entrevistas (documentos primarios) se organizó y almaceno en dos archivos uno para cuidadores (Unidad hermenéutica figura 42) y otro para profesionales (unidad hermenéutica figura 43) en los archivos se encuentra toda la información producida en el análisis además de los documentos primarios contiene códigos y familias.

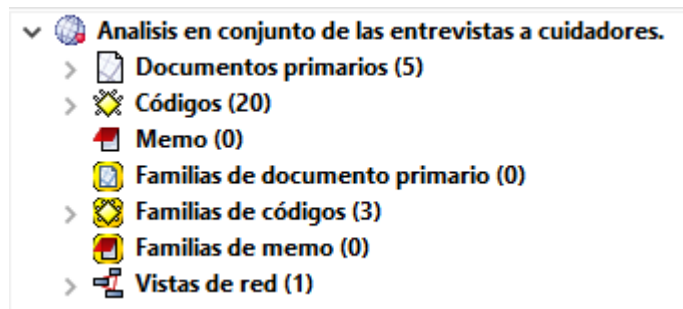


Figura 42. Análisis en conjunto de las entrevistas a cuidadores

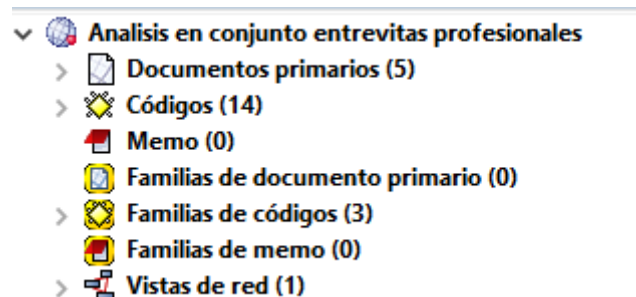
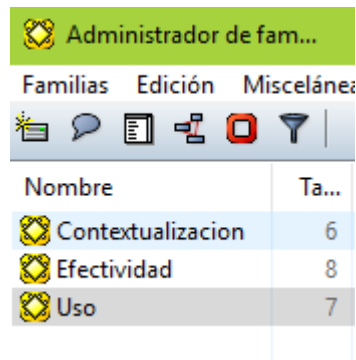


Figura 43. Análisis en conjunto de entrevistas a profesionales

Los documentos primarios pertenecen a cada una de las entrevistas y documentos de texto complementarios a la presente investigación, los códigos son ideas elementales del análisis también consideradas como categorías de los núcleos mencionados anteriormente.

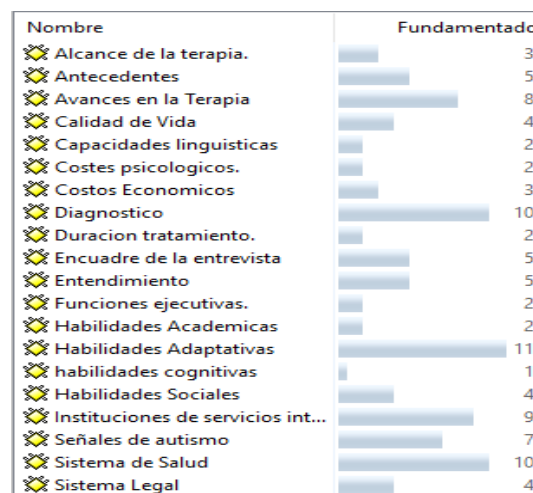
En el caso de los documentos primarios del análisis de datos a las entrevistas de cuidadores y profesionales en las figuras 42 y 43 se muestran agrupados en 3 familias que corresponden a los núcleos ya mencionados (contextualización, efectividad y uso) figura 44



Nombre	Ta...
Contextualizacion	6
Efectividad	8
Uso	7

Figura 44. Familias análisis de datos.

En el análisis del contenido de los documentos primarios de las entrevistas realizadas a cuidadores la información se redujo tras la codificación, en citas asociadas a cada uno de los código establecidos en la figura 45 se aprecia que el código “Habilidades Adaptativas” se codifico 11 veces, “diagnostico” se ha codificado 10 veces al igual que el código “sistema de salud” y de manera concurrente el código “servicios integrales de salud” con 9 códigos



Nombre	Fundamentado
Alcance de la terapia.	3
Antecedentes	5
Avances en la Terapia	8
Calidad de Vida	4
Capacidades linguisticas	2
Costes psicologicos.	2
Costos Economicos	3
Diagnostico	10
Duracion tratamiento.	2
Encuadre de la entrevista	5
Entendimiento	5
Funciones ejecutivas.	2
Habilidades Academicas	2
Habilidades Adaptativas	11
habilidades cognitivas	1
Habilidades Sociales	4
Instituciones de servicios int...	9
Señales de autismo	7
Sistema de Salud	10
Sistema Legal	4

Figura 45. Códigos entrevistas a cuidadores.

El código habilidades adaptativas hace referencia a las capacidades, conductas y destrezas de una persona para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales tal como se menciona en el formato de evaluación para jueces en el anexo ¿ esta frecuencia de codificación se relaciona a la mejoría evidenciada durante la terapia ABA en personas con autismo que muestra una relación directamente proporcional con el código “avances en la terapia”.

El código “sistema de salud” hace alusión al paso de los cuidadores por el código ya mencionado y de cómo el proceso facilito o dificulto el acceso a la terapia.

Por último se realizó un análisis de co –ocurrencia figura 46 que permitió en forma de tabla la co-ocurrencia de códigos es decir aquellos códigos que están relacionados con notas similares, observando que el código avances de la terapia en fila y en columna capacidades lingüísticas, funciones ejecutivas, habilidades academias y habilidades adaptativas muestran una relación directamente proporcional.

	Alcance de la	Antecedentes	Avances en la	Calidad de Vic	Costes psicol	Costos Econo	Encuadre de l	Sistema de Sa	Sistema Legal
Capacidades linguisticas	n/a	n/a	1 - 0,11	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Diagnostico	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Duracion tratamiento.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Entendimiento	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Funciones ejecutivas.	n/a	n/a	1 - 0,11	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Habilidades Academicas	n/a	n/a	1 - 0,11	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Habilidades Adaptativas	n/a	n/a	4 - 0,27	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
habilidades cognitivas	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Habilidades Sociales	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Instituciones de servicios i	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 - 0,08
Señales de autismo	n/a	1 - 0,09	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Figura 46. Análisis de co-ocurrencia cuidadores.

En el análisis del contenido de los documentos primarios de las entrevistas realizadas a profesionales la información se redujo tras la codificación, en citas asociadas a cada uno de los código establecidos en la figura 47 se aprecia que el código “alcance de la terapia” tiene una frecuencia de 10, seguido del código “experiencia profesional” codificado 7 veces

Nombre	Fu...
✖ Alcance de la Terapia.	10
✖ Avances de la Terapia	5
✖ Costes psicologicos	3
✖ Costos economicos	4
✖ Duracion tratamiento	1
✖ Encuadre de la entrevista.	5
✖ entendimiento	6
✖ Experiencia Profesional	7
✖ Importancia de la Terapia	1
✖ Practicidad.	1
✖ Relevancia de la terapia	5
✖ Rol Profesional	7
✖ Sistema de Salud	1
✖ Sistema legal	3

Figura 47. Códigos entrevistas a profesionales.

El código alcance de la terapia se relaciona con la efectividad de la terapia que se definió en el formato de evaluación para jueces como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales de acuerdo a las dimensiones en las cuales trabaja ABA, que se en este caso se relaciona con el código “avances en la terapia” que se muestra en aumento.

Por último se realizó también un análisis de co –ocurrencia figura 48, observando que el código sistema legal en fila y en columna costes económicos, muestran una frecuencia de 1 y un índice de 0,17.

	Alcance de la	entendimiento	Importancia d	Practicidad.	Rol Profesio	Sistema de Sa	Sistema legal
Avances de la Terapia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Costes psicologicos	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Costos economicos	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	1 - 0,17
Duracion tratamiento	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Encuadre de la entrevista.	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Experiencia Profesional	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Importancia de la Terapia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Relevancia de la terapia	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a

Figura 48. Análisis de co-ocurrencia profesionales

4.2 Discusión

De manera análoga con los objetivos propuestos en el trabajo, se expondrán los puntos relevantes encontrados tales como las dimensiones sobre las cuales trabaja Horizontes Aba Ltda, las categorías utilizadas para diseñar el instrumento, efectividad y uso de la terapia con base a los grupos poblacionales, permitiendo discutir las percepciones entre profesionales en psicología y cuidadores de personas con autismo frente al uso de la terapia ABA en los procesos terapéuticos e interventivos dirigidos a la población con TEA.

Horizontes Aba Terapia Integral Ltda es una institución prestadora de servicios de salud, ofrece asistencia en psicología clínica, neuropsicología, terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia; trabaja básicamente en regulación emocional, modificación conductual / ABA, modelos inclusivos, comunicación funcional, terapias interdisciplinarias como terapia física, del lenguaje, ocupacional, hidroterapia y aprendizaje, trabajo con padres o cuidadores, desarrollo cognitivo, desarrollo de competencia y psicología clínica para niños, adolescentes y adultos.

Por medio de las entrevistas realizadas y la aplicación del instrumento a cuidadores y profesionales se pudo determinar tres grandes ejes sobre los cuales se desarrolla la terapia ABA en la institución mencionada, estos son:

- ✓ Autorregulación: hace referencia al control de los estados anímicos e impulsos destructivos evidenciados en el trastorno del espectro Autista como la capacidad para tranquilizarse en una situación que rompe sus rutinas mencionado ya en el marco referencial.
- ✓ Tiempos en mesa: se entiende por el tiempo que un persona diagnosticada con TEA debe permanecer realizando una actividad sin interrupción alguna por ejemplo: comer, seguimiento de instrucciones durante la terapia.
- ✓ Formas alternativas de comunicación: hace alusión a cualquier sistema que sustituye el habla más no al lenguaje, es decir mecanismos de transmisión y de representación distintos a los que utiliza el lenguaje oral como fonemas, uso de vocales o sustitución de letras.

El objetivo principal de estos ejes es buscar la funcionalidad o adaptación social de los individuos con autismo mejorando tanto su calidad de vida como la de sus familias.

Como se mostró en la revisión teórica anteriormente ABA funciona en pro de las siguientes dimensiones:

- ✓ Habilidades Adaptativas.
- ✓ Habilidades Sociales.
- ✓ Habilidades Motoras.
- ✓ Funciones Ejecutivas.
- ✓ Capacidades lingüísticas.
- ✓ Habilidades Cognitivas.
- ✓ Habilidades en el Juego.
- ✓ Habilidades Académicas.

Estas dimensiones fueron utilizadas para la creación del instrumento evidenciando una relación directa con los ejes citados en el párrafo anterior y el protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista publicado por el ministerio de salud en el año 2015, el cual determina el uso de la terapia ABA, sustentada en bases científicas sólidas y la efectividad en su práctica.

Los tratamientos basados en ABA utilizan un proceso sistemático, hacen uso del moldeamiento y otras técnicas para llegar a la conducta operativa; cada conducta se divide en pasos manejables y estos se refuerzan usando técnicas de modificación conductual (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

El protocolo clínico para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista recomienda que el tratamiento debe ser interdisciplinar considerando pediatría, neuropediatría, psiquiatría infantil, psicólogo clínico, profesional con formación en análisis del comportamiento, terapeuta del lenguaje, terapeuta ocupacional y trabajo social. Cabe aclarar que tanto cuidadores como padres concuerdan que la intervención a personas con TEA debe realizarse de manera temprana y oportuna pues estas mejoran el desempeño e independencia de los niños en su vida diaria, el protocolo pone en manifiesto que con la implementación de ABA en intervenciones tempranas del 20% al 25% de la población con TEA pueden alcanzar niveles de independencia en relación a

empleos y la vida independiente (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015).

En concordancia a la efectividad, se evidencia claramente avances en el tratamiento basado en la terapia ABA en función de las categorías de habilidades adaptativas, funciones ejecutivas y capacidades lingüísticas mencionadas en el marco referencial. Esto se evidencia claramente en el relato del cuidador # 3:

“A nivel comportamental, lo que yo te decía estos niños lo que lo que les pasa mucho, es a nivel comportamental, entonces, obviamente cuando cuando FELIPE cambio su intervención para él fue muy bueno, sin embargo el niño trata de acoplarse muy rápido y realmente el cambio en el a nivel comportamental se dio como a los como a los cuatro-tres meses que yo veía que el niño comenzaba ya a fijar mirada, ya empieza que he si lo llamaba atendía, las permanencias en mesa, la cuestión de la comida si son rutinas que a veces nos cuestan a nosotros pero realmente pues que yo veo que si ha valido la pena y hoy en día yo me siento muy contenta con ellos.”

Lo anterior da cuenta de los avances en los consultantes que se traducen a los tres ejes mencionados: Autorregulación, formas alternativas de comunicación y tiempo en mesa a corto plazo. Esto también fue evidente en las respuestas proporcionada por los cuidadores en la escala de efectividad como se puede verse en las respuestas a los ítems 1, 2, 3, 4, 8, (Véase figuras 3, 4, 5, 6, 10).

Los hallazgos encontrados en el análisis de datos cualitativos y cuantitativos muestran progresos efectivos y beneficiosos para las personas con TEA en las versiones dadas por los cuidadores, donde hacen referencia a cambios relacionados con la mejoría en el contacto visual, rutinas de auto cuidado, respuestas al llamado de su nombre a mediano plazo y otros a corto plazo manifestando su grado de satisfacción en relación a la institución y la terapia (Véase figura 7, 13)

Por otro lado los profesionales manifiestan ver cambios en un tiempo de 2 o 3 meses poniendo nuevamente en evidencia la efectividad de la terapia, como se relata en la entrevista del profesional #3 y #4:

“He visto los avances personalmente, como niños que no tenían independencia logran adquirir la independencia ya sea en una rutina de aseo, en el colegio en habilidades sociales, emm realmente pues es gratificante pertenecer a este trabajo porque tú ves el proceso de como los padres, la familia, los profesores se van dando cuenta de estos avances”

“Si, total, hemmm si bien sabemos que los avances no son rápidos porque son avances digamos para el resto de las personas dirán como bueno pero esto no avanza, son avances pequeños por que el niño está siguiendo la instrucción pero digamos para nosotros como terapeutas y padres sabemos que ese tipo de avances son muy significativos en el desarrollo de los niños con autismo, entonces hemm al plantearse objetivos y al ver que esos objetivos y esas habilidades se van adquiriendo con el tiempo nos damos cuenta que los avances si son significativos y son grandes a medida de que van ayudando a desarrollar habilidades en los niños.”

“Digamos que se ven los avances verdad, después de que se inician los procedimientos comienza adquirir todas esas habilidades que no tenía antes, si se da cuenta de la efectividad del tratamiento, de acuerdo a la funcionalidad del niño se van viendo los avances,

Pero si son evidentes, usted logra ver el cambio a medida que va avanzando el procedimiento, como te digo el mejor punto de comparación es el niño con el niño mismo, si digamos hace tres meses no hacia tal cosa y hoy lo logra hacer de forma independiente, entonces, en eso se nota bastante el cambio, el avance mejor.”

En relación a lo anterior, los tres ejes trabajos en la institución miden el grado de efectividad de ABA en la medida en que los cambios del comportamiento producen avances notables en la personas con TEA.

El nacimiento de una persona con Trastorno del Espectro Autista cambia las expectativas e influye en el grupo familiar, afectando el desarrollo de la persona con TEA y la relación entre las redes de apoyo que se puedan poner en marcha (Perrin, Nirje, 1985). Dicho lo anterior, se encontró en la variable de efectividad como la calidad de vida

es un factor predominante durante el desarrollo del tratamiento pues los cuidadores y profesionales refieren sentirse beneficiados en relación a los avances de la terapia, permitiéndoles el aprendizaje de nuevas estrategias para el control de situaciones adversas que puedan presentarse en la vida de la persona con TEA y su núcleo familiar como es mencionado en la entrevista del cuidador #5:

“Hasta ahora la ha mejorado desde el 17 de abril se han visto muchos cambios y ha mejorado, porque es que antes no podíamos coger bus por la conductas agresivas que le cuento no podíamos ni siquiera subirnos a un bus porque se ponía agresivo ahorita nos subimos a un bus, podemos ir a un centro comercial, volvimos hacer cosas que no hacíamos antes.”

La experiencia como cuidador de una persona con autismo, modifica el estilo de vida en ámbitos tanto sociales como familiares y personales, por lo tanto, es una labor que para ser desarrollada de forma adecuada requiere de conocimientos frente al tema y disponibilidad total de tiempo, pero sobre todo de altos niveles de resiliencia que le ayuden en el afrontamiento de aquellas situaciones que, en el desarrollo de su labor, atenten en contra de su emocionalidad (Baixauli, Roselló, Colomer, 2015).

En la institución Horizontes Aba Terapia Ltda al igual que con los pacientes se trabaja con los cuidadores o padres en el desarrollo de habilidades y estrategias en relación a la terapia que mejore la calidad de vida del paciente y la del grupo familiar sin embargo existen factores que pueden dificultar el desarrollo del tratamiento pues en su mayoría los cuidadores no siguen las instrucciones dadas por los profesionales lo cual dificulta el proceso y avances. Esto se evidencia claramente en la entrevista realizada al profesional #2:

“Dificulta que los procedimientos no sean generalizados en distintos contextos, dificulta por ejemplo que lo que yo llegue hacer en sesión no sea aplicado por los padres de igual forma o no sea aplicado, que es lo que generalmente pasa que los papas no lo hacen.”

Con respecto a la variable de uso, un aspecto en el que se encontró concordancia entre lo reportado en la literatura y el presente trabajo fue el hecho de que para cada caso en particular se utilizan estrategias diferentes de acuerdo al nivel de compromiso ya que el espectro autista es muy amplio, adicional a estas estrategias se hace uso de un trabajo multidisciplinar en el cual las personas con autismo reciben un tratamiento integral; sin embargo los cuidadores entrevistados coinciden en que no todas las instituciones ofrecen un tratamiento basado en ABA y que incluso algunas manejan practicas inadecuadas que podrían retroceder avances en las personas diagnosticadas, esto se denota en las respuestas al ítem 9 y 14 de la escala de uso (Véase figura 31, 34) y en la versión dada en la entrevista por el cuidador # 5:

“Pero X⁴ es una institución lo peor que pueda existir, X es una institución que no sabe darle manejo a esos casos porque mi hijo a los 12-13 años empezó con el desarrollo, y desarrollo agresividad si, pues yo lo que tengo entendido que es que con la agresividad es el comportamiento con el que ellos reciben mayor respuesta, una respuesta rápida si, para cosas que ellos no les gusta hacer o cosas que digamos ellos se sienten frustrados entonces Felipe adopto la agresividad.”

“En X tenían muy malas prácticas con ellos, les hacían una cosa que se llamaba contención a consultante cuidador # 3 cuando se ponía agresivo lo tiraban al piso se le montaban 2 o 3 terapeutas encima para controlarlo le torcían las manos bueno...”

Los cuidadores entrevistados manifiestan que solamente hasta llegar a la institución Horizontes Aba Terapia Integral Ltda recibieron una intervención dirigida al grupo familiar con el fin de facilitar la permanencia del niño en ambientes naturales y que fuera desarrollada en 8 horas diarias promoviendo la participación en el entorno de los cuidadores y que no solo fuera brindada en ambientes especiales como consultorios, que puede notarse en la entrevista #3:

⁴ Se protege el nombre de la institución enunciada por el cuidador #3 con el fin de evitar conflictos de interés.

“Había una doctora que me dijo mire mama yo le voy a dar este tratamiento, pero tiene que luchar, porque esto no es fácil, bueno y yo le dije que es esto, estas son terapias conductuales en ambiente natural, entonces yo le dije bueno, listo, entonces vamos pero ella me dijo hay que lucharlas esa eso no lo va a dar la EPS fácil bueno”

Esta importancia que se les da a las familias en la intervención permite confirmar lo que el protocolo del Ministerio de Salud en Colombia establece sobre la vinculación de la familia en el proceso de intervención para el mejoramiento y adquisición de estrategias en personas con autismo (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2015). Sin embargo coinciden en que el paso por el sistema salud para acceder a servicios integrales tiene muchas barreras y que en su mayoría deben interponer tutelas para que las eps asignen un tratamiento adecuado a las condiciones de la persona diagnosticada. Tal como se evidencia en las versiones dadas por los cuidadores #1, #2, #3, #5:

“Difícil al principio, no eran tanto los médicos, si eran las EPS que ponían las trabas, barreras, realmente toco, toco poner una tutela para acceder a los servicios que estaban dando los médicos”

“Empecé con la lucha con la EPS con la misma EPS que me estaba dando las terapias del niño y pues me toco contratar un abogado para que me hiciera una tutela porque realmente para acceder a las terapias tiene uno que hacer realmente tutela ante la EPS y me puse muy juiciosa, contrate los señores el abogado, el abogado muy amablemente me hizo la tutela.”

“En ese momento yo pase una tutela de rehabilitación integral para que la EPS me le brindara un tratamiento de rehabilitación integral”

“En base a toda esa información que recolectamos se instaló una tutela y se llevó al juez diciendo que la EPS nos mandaba de institución que no le estaban

brindando el tratamiento que requería y se le presento al juez la propuesta que HORIZONTES manejaba el tema conductual.”

Teniendo en cuenta las versiones dadas por los profesionales en la entrevistas se encuentra que realizan evaluación y seguimiento de cada proceso con el fin de favorecer las intervenciones de las personas con TEA en relación al desempeño y cumplimiento de objetivos del paciente en la intervención. Adicional a ello, en su mayoría los grupos poblacionales denotan que el entendimiento y la practicidad de la terapia son altas lo cual beneficia la consecución y progreso de la misma que se hace evidente en la respuesta a los ítems 3, 7, 10 y 11 (véase figura 25, 29, 32 ,33); congruente en las versiones dadas en las entrevistas de los profesionales #3 y #5 y cuidadores #5 y # 4:

“Si claro es un método donde le puedes enseñar a los papas como trabajar con los niños y que puedan entenderlo bien en un ambiente cotidiano”

“Bueno, si es fáciles a medida que tú te vas entrenando cierto? Hemmm , definitivamente en las universidades no enseñan formación demasiado profunda en procedimientos ABA, una vez tú tienes toda la formación y las herramientas se te facilita mucho el uso de ellas, lo mismo para los padres digamos que hemmm, al no tener el conocimiento de que es ABA ni para que funciona ni para qué sirve, hemm entonces al principio puede que sea difícil para ellos, sin embargo uno se da cuenta que al ir entrenando los procedimientos son fáciles de entender, y a medida que ellos van viendo la eficacia de los mismos van empezando a entender más, entonces si son fáciles de entender y de aplicar pero se necesita entrenamiento en ello.”

“Si creo que los programas que ellos van utilizando a medida que él va avanzando no son difíciles para el porque lo ha logrado hacer”

“Sí, yo no he tenido problema osea siempre me explican claro pues si hay algo raro yo pregunto, la instrucción es fácil de comprender porque realizarlo es otra cosa, pero eso ya es por temas digamos del niño o de la actividad, algo que a él le gusta mucho que es al aire libre va ser más fácil, si es en un ambiente en el que

puedan presentarse dificultades si es un poco más difícil, pero la instrucción dada es clara.”

Para concluir, se encontraron similitudes en las respuestas brindadas por los cuidadores en relación a la escala de uso, mostrando un grado de inconformidad en relación al sistema de salud, las instituciones que ofrecen servicios integrales, el sistema legal y los costos económicos como se ve en las respuestas en la escala de uso en los ítem 5 y 13 (véase figura 27 y 35).

Por otro lado, los profesionales afirman que la mayoría de sus pacientes acceden al servicio por medio de tutela, por tanto se infiere que del 100% solo 20% podría acceder a servicios particulares pues el mantenimiento de la terapia a lo largo del tiempo trae consigo altos costos (económicos) que para algunas cuidadores no son asequibles. Esto puede verse claramente en la entrevista del profesional #1:

“No, no, pues desde mi experiencia aquí sé que varios profesionales bueno varios papas más bien han tenido que acceder a este tratamiento por medio de tutelas y tramites con EPS por que el tratamiento llega a ser bastante costoso. Si los papas lo llegaran a tomar por otro medio y no por una EPS, entonces si desde mi experiencia aquí los papas no acceden de manera muy fácil por temas económicos y temas de conocimiento hemmm digamos que no saben que existe una institución que puede enseñarles en este proceso.”

Como ya se había mencionado los cuidadores manifestaron haber interpuesto una tutela ante las entidades promotoras de servicios de salud en adelante EPS, con el fin de que la persona con autismo pudiese acceder a servicios especializados acordes a su condición, a pesar de que el fallo de la tutela saliese a su favor coincidían en que tuvieron que pasar por otras instituciones antes de llegar a Horizontes Aba Terapia Integral Ltda y que incluso ninguna de las anteriores ofrecían un servicio especializado como ABA que según el protocolo establecido por el Ministerio de Salud es el adecuado para el tratamiento de personas con trastornos del espectro autista, es decir, que las EPS no

tienen en cuenta el protocolo a la hora de remitir a los pacientes a servicios integrales de salud.

Cabe resaltar que la extensión en relación al mantenimiento de la terapia depende de los avances que se identifiquen en los controles médicos en la persona con autismo, por ejemplo si un consultante presenta avance en el tratamiento, las horas pueden ir disminuyendo paulatinamente, según el criterio del médico adscrito a la EPS.

En cuanto a las limitaciones de la investigación y teniendo en cuenta los resultados obtenidos para la realización de la misma se evidencia la necesidad de ajustar el instrumento en relación al uso de ABA ya que presenta inconsistencias (nivel de fiabilidad alfa de Cronbach 0,252) al momento de describir la practicidad y accesibilidad al tratamiento, a raíz de las incongruencias encontradas se recomienda una revisión a profundidad del instrumento que permita recoger información con mayor rigurosidad.

En segundo lugar se recomienda aumentar el tamaño de la muestra utilizada ya no fue representativa en miras a obtener mayor fiabilidad en las correlaciones encontradas

Finalmente y en función de los resultados encontrados en la investigación se evidencian percepciones favorables frente a la efectividad de ABA en los procesos intervenidos dirigidos a las personas con autismo, esto se pudo observar en todas las dimensiones de ABA estudiadas, teniendo en cuenta las características de los casos estudiados.

Por otro lado con relación al uso de ABA y los resultados encontrados se evidencia que las percepciones no son en los procesos intervenidos dirigidos a las personas con autismo en relación a la accesibilidad a los servicios e instituciones especializados en ABA, costos económicos y sistema de salud por el contrario frente a la categorías de practicidad y entendimiento tanto la muestra de profesionales como cuidadores se pudo observar que las percepciones son favorables.

4.3 Conclusiones

Los resultados hallados en el trabajo realizado durante un año académico nos llevan a pensar que la aplicación de la terapia ABA tiene beneficios altos en niños con autismo en relación a su efectividad sin embargo se evidencia que existen incongruencias en relación al uso y efectividad de la terapia en la evaluación de las dimensiones de ABA propuestas de la siguiente manera:

- ✓ Como primer hallazgo en el análisis de fiabilidad en la escala de uso con el programa SPSS los resultados apuntan hacia un grado no aceptable, por lo que es necesario realizar una nueva revisión a la escala de uso para identificar qué factores afectan esta fiabilidad.
- ✓ Es necesario aumentar la población para la aplicación de ambas escalas pues cuanto más grande, las estimaciones serán más precisas y con menos riesgo de error.
- ✓ Se evidencia en las correlaciones de la escala de efectividad que el ítem 11 “Su hijo o paciente emplea formas de comunicación funcionales acordes con su nivel de funcionamiento” no muestra varianza en las respuestas tanto de cuidadores como de padres que podría estar relacionado directamente al tamaño de la población. Sin embargo en el análisis cualitativo de la entrevistas se puede evidenciar que los avances de la terapia se relacionan directamente con las capacidades lingüísticas mostrando avances significativos.
- ✓ Se evidencia en las correlaciones de la escala de uso que el ítem 8 “los avances en la terapia son acordes a lo esperado” y 16 “durante los avances en la terapia, ha aprendido estrategias o técnicas sobre ABA” tampoco muestran un grado de varianza en las respuestas de cuidadores y profesionales, comparado con el análisis cualitativo de las entrevistas se muestra un grado de acuerdo en la población sin embargo es necesario utilizar una población más grande para obtener información más precisa sin margen de error.
- ✓ Las mejorías en personas con autismo en relación al método apuntan mayormente a las habilidades adaptativas, habilidades lingüísticas, sociales y funciones ejecutivas en relación al contacto visual, seguimiento de instrucciones, permanencia en mesa, regulación emocional, rutinas de cuidado personal.

- ✓ Se recomienda para futuros estudios aumentar la población para evaluar la efectividad y uso de las intervenciones basadas en el método ABA que se utilizan en la ciudad de Bogotá para las personas con autismo
- ✓ En relación a las co-ocurrencias realizadas a las entrevistas de cuidadores y padres se evidencia que los avances en la terapia muestran significancia en las habilidades adaptativas, funciones ejecutivas, habilidades académicas y capacidades lingüísticas y que estas mejoran tanto la calidad de vida de la personas diagnosticada como también la del grupo familiar.

Se concluye a partir de los instrumentos aplicados y las entrevistas realizadas que las impresiones ideas y percepciones de los cuidadores y profesionales de personas con autismo frente a la efectividad de método ABA apuntan a resultados beneficiosos y que no solo impactan en las personas con el diagnostico sino también al grupo familiar. No obstante, en relación al uso del método ABA tanto cuidadores como profesionales en las dimensiones de accesibilidad y costos económicos coinciden en un grado de desacuerdo pues aunque el método sea considerado como una intervención para personas con autismo por el ministerio de salud de Colombia no todas las instituciones ofrecen una intervención basada en el método y adicional a esto los costos económicos son altos para acceder al servicio.

REFERENCIAS

- Álvarez, E. (2007). Trastornos del espectro autista. *Revista Mexicana de Pediatría*, 74(6), 269-276.
- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. A. & Cortés, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. *Salud Mental*, 31, 37- 44.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text revision), DSM-5 Whashington: Author (Trad. Cast. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición. Barcelona: Massón).
- Artigas, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Asociacion Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
doi:<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>
- Aierbe, A. (2005). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Bruce, A. (2009). Espistemology: A Behavior Analytic Perspective. *Humana.Mente*, 45-64.
- Bonilla, M., Chaskel, R. (S.f) Trastorno del espectro autista, CCAP Volumen 15 (1) 19- 29
- Baixauli, I., Roselló, B.& y Colomer, C. (2015). Relaciones entre trastornos del lenguaje y competencia socioemocional. *Revista de Neurología*, 60, S61-S56.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge. Harvard University Press. (Trad. Cast.: *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona, Ediciones Paidós, 1987).
- Baña Castro, Manoel. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperado en 12 de octubre de 2017, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009&lng=es&tlng=es.
- Baron, R. & Byrne, D. (1994). *Social psychology: Understanding human interaction* (7th. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

- Batalla, A. (2010). *Habilidades Motrices*. España: Inde Publicaciones.
- Conocimiento sobre autismo y cuidado del niño en una asociación de padres de familia (2008) Rev. Enferm, Herediana 01 (1).
- Correia, S. (2013) *Autismo: Características e intervención educativa en la edad infantil* (Tesis de pregrado). Universidad de la Rioja, España. Recuperado de: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE000368.pdf
- Cuxart I Fina, F., & Jane I Ballabriga, M. (1998). Evolución conceptual del término "autismo": una perspectiva histórica. *Revista de Historia de la Psicología*, 19(2-3), 369-388. Recuperado el 22 de 03 de 2017, de https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf
- Echeita, G. (2008). Inclusión y exclusión educativa. "Voz y quebranto". REICE - *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación* 2008, 6(2), 9- 18.
- Fortea, M.S., Escandell, M.O., Castro, J.J., & Martos, J. (2015). Desarrollo temprano del lenguaje en sujetos pequeños con trastorno del espectro autista mediante el uso de sistemas alternativos. *Revista de Neurología*, 60, S31-S35.
- Freixa, M. (1993). *Familia y Deficiencia mental*. Salamanca: Amarú
- Frenk, J. (1985). El concepto y medición de la accesibilidad . *Salud Publica de Mexico* , 438-453.
- Frith, U. (1991). Asperger and his syndrome. En U. Frith (Ed.), *Autism and Asperger Syndrome*. (pp. 1-36). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gadía, Carlos A., Tuchman, Roberto, & Rotta, Newra T.. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2, Suppl.), 83-94. <https://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300011>
- Gallimore, R., Weisner, T.S., Kaufman, S.Z., & Bernheimer, L.P (1989). The social construction of ecocultural niches: Family accommodation of developmentally delayed children. *American Journal on Mental Retardation*, 94(3), 216-230.
- García Sánchez, J. (2005). *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- García-Allen, J. (s.f). *Psicología y Mente*. Obtenido de La Terapia Cognitiva de Aaron Beck: <https://psicologiaymente.net/clinica/terapia-cognitiva->

[aaron-beck#!](#)

Garvey, C. (1977). *El juego infantil*. Londres: Morata.

Guarnero, E., & Vega, L. (2014). Habilidades lingüísticas orales y escritas para la lectura y escritura en niños preescolares. *Avances en psicología latinoamericana*, 32(1), 21-35.

Gutiérrez Alberoni, J. D. 1998. La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. *Revista psiquiatría pública*. Vol. 10, núm. 4. Julio-agosto.

Instituto de evaluación tecnológica en Salud (IETS) (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. Evidencia que promueve confianza.

Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Estudio-Efectividad-Terapias-analisis-comportamiento-aplicado.pdf>

Jordán Cristobal, C. (2015). Trastorno del espectro del autismo. Implicaciones en la práctica clínica de una conceptualización basada en el. *Scielo*, 775-787. doi:10.4321/S0211-57352015000400006

Kolevzon, A., Gross, R., & Reichemberg, A. (2007). 2017. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, 326-33.

Kanner, L. (1976). *Psiquiatría Infantil* (4° ed.). Buenos Aires: Siglo Viente. Recuperado el 2017 de 03 de 21, de <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/30496/1/TEA.%20Trastorno%20del%20Espectro%20Autista.pdf>

Labrador, F. (2010). TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA. En I. Carrasco, & I. Espinar, *Terapia racional emotivo-conductual y reestructuración cognitiva* (págs. 499-515). Madrid: Psicología Piramide .

Leaf, R., & McEachin, J. (1999). *A work in progress. Behavior management strategies and a curriculum for intensive behavioral treatment of autism*. New York: DRL

Books.

- López Gómez, S., Rivas Torres, R., & Taboada Ares, E. (enero de 2009). Revisiones sobre autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología.*, 41(3), 555-570. Recuperado el 15 de 03 de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v41n3/v41n3a11.pdf>
- López Gómez, S., & García Álvarez, C. (2007). PATRONES COMPORTAMENTALES EN EL TRASTORNO AUTISTA: DESCRIPCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA. *Psicología Educativa*, 13(2), 117-131. Obtenido de <http://neuroharte.com/multimedia/documentos/Patrones%20Comportamentales%20En%20El%20Trastorno%20Autista%20Descripci%F3n%20E%20Intervenci%F3n%20Psicoeducativa.pdf>
- Lovaas, I. (2000). Clarifying comments on the UCLA young autism project. *Box*.
- Luque Salas, B., Yáñez Rodríguez¹, V., Tabernero Urbieto, C., & Cuadrado, E. (2017). The role of coping strategies and self-efficacy as predictors of life satisfaction. *Psicothema*, 55-60. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de <http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/11589/10773>
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta: que es y cómo aplicarla*. Madrid: PEARSON.
- Martin Jorge, M. (2013). Lauretta Bender (1897-1987): una revisión histórica del tratamiento y diagnóstico de la esquizofrenia infantil. *REVISTA DE LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA*, vol.34 (núm. 4), 27-46. Recuperado el 15 de 05 de 2017
- Mañas Mañas, I. (2007). NUEVAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: LA TERCERA OLA DE TERAPIAS DE CONDUCTA O TERAPIAS DE TERCERA GENERACION. *Gaceta de psicología*.(40°), 26-34.
- Matos, M., & Mustaca, A. (2005). Analisis Comportamental Aplicado (ACA) y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): su evaluación en argentina. *Revista Interdisciplinaria*, 59-76.
- Millá, M.G. & Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48, S47-S52.

Ministerio de salud y protección social (2015) Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastorno del espectro autista,

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>

Molina, S. (1999). *Deficiencia mental. Aspectos evolutivos y educativos*. Málaga: Aljibe
Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M., Etchepareborda, M., Abad, L., & Téllez de Meneses,

M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Neurología*, 77-84. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de <http://eoeptgdbadajoz.juntaextremadura.net/wp-content/uploads/2012/12/Modelos-de-intervenci%C3%B3n-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os-con-autismo.pdf>

Naranjo Flórez, R. (2014). Avances y perspectivas. *Ciencias Biomédicas.*, 81-101. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/nova/v12n21/v12n21a07.pdf>

National Autism Center. (2009). *Evidence-based practice and autism in the schools: A guide to providing appropriate interventions to students with autism spectrum disorders*. Randolph: National Autism Center.

Navas, J. (1981). TERAPIA RACIONAL EMOCIONAL. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(1), 175-83. Recuperado el 20 de 06 de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80513105.pdf>

National Autism Center. (2015). Findings and Conclusions: National Standards Project, Phase 2. 1-92.

Oliviera, J., & Pelegrín, C. (2011). DEMENCIA Y PERSONALIDAD: UN CAMINO DE IDA Y VUELTA. *Revista Informaciones Psiquiátricas*, vol, 204(núm, 2), 111-117. Recuperado el 15 de 05 de 2017, de http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/204_inf%20psiq.pdf#page=39

Ortiz, J. (2005) Autismo. *Gaceta Médica de México*, 141(2), 143-147. Recuperado de <file:///C:/Users/slinaresr/Downloads/AAutismo.%20%20Articulo%20de%20Revi>

[sio](#)
[n.pdf](#)

Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO) (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. WHO (Trad. Cast. 1992), CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª Rev. Madrid: Meditor).

Pallarés, J., Paula, I. (2011) El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (115), 567-587, doi: 10.4321/S0211-57352012000300008.

Paniagua, G. (1999). Familias con niños con necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll e J. Palacios, *Desarrollo psicológico y educación 3. Trastornos del desarrollo y necesidades educativas especiales* (pp. 469-493). Madrid: Alianza.

Peñañiel, E., & Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Madrid: Editex.

Pérez, M. (s.f). Trastorno del Espectro Autista. Recuperado el 21 de 03 de 2017, de https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf

Pérez-González, L., & Williams, G. (2005). Programa integral para la enseñanza de habilidades a niños con autismo. *Psicothema*, N° 17(2), 233-244. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de <http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8262/8126>

Perrin, B., & Nirje, B. (1985). Setting the record straight: a critique of some frequent misconceptions of the normalization principle. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 11(2), 69-74.

Pozo Cabanillas, P., Sarriá Sánchez, E., & Méndez Zaballo, L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18(3), 342-347. Recuperado el 01 de 03 de 2017, de

<http://www.unioviedo.es/reunido/index.php/PST/article/view/8439/8303>

RAE (2017) *Diccionario de la lengua española*, España.

- Ramos, A., Herrera, J., & Ramirez, M. (2010). Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: un estudio de casos. *Revista científica de educacion*, 201-209.
- Rodas Valencia, R. (2009). *Análisis Conductual Aplicado*. Manizales: Universidad de Manizales.
- Rodríguez, G. (2016). *Funciones Ejecutivas, rasgos de personalidad y entendimiento académico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Salamanca, España : Ediciones Universidad de Salamanca.
- Riviere, A. (2000). ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En A. Riviere y J. Martos (comp.), *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA.
- Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sanchez, E., Santoro, E. y Villegas, J. (2012). Percepción Social. En psicología Social (pp. 77 - 109). México.
- Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) Metodología de la investigación (5ta. ed.). D.F., México: Mc Graw Hill.
- Talero, C., Martínez, E., Mercado, M., Ovalle, P., Velásquez, A., & Zarruk, J. (06 de 2003). Autismo: Estado del Arte. *Ciencia Salud*, 1(1), 68-85. Recuperado el 05 de 04 de 2017, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56210107>
- Tomkiewicz, S. (1979). Relación del débil mental con su familia. *Siglo Cero*, 66, 12-29.
- Torres Gutiérrez, A. (2006). *Atención al educando ciego o con deficiencias visuales*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.
- Velásquez, A., Lozano, T. (1996). El diagnóstico positivo de autismo infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 68(2), 105-112. Recuperado en 02 de marzo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311996000200006&lng=es&tlng=es.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Barcelona: Paidós. Recuperado el 15 de 05 de 2017

Anexos

Anexo 1

CARTA DE PRESENTACION

Nos es muy grato contar con usted para validar el instrumento con el cual recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual obtendremos el grado Profesional en Psicología.

El título de nuestro trabajo de grado es Percepción de Cuidadores y profesionales en Psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el Método ABA (Applied Behavior Analysis) para el tratamiento de personas con Autismo y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar el instrumento en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su experiencia en temas educativos y/o investigación en psicología.

El medio de validación, que le presentamos contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales y operacionalizacion de las variables.
- Certificado de validez de los instrumentos

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración, agradecemos la atención que requiera la presente

Atentamente.

Firma

Apellidos y Nombre

ID:

Firma

Apellidos y Nombre

ID:

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.

Variable 1:

EFFECTIVIDAD: Definida como la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, de acuerdo a las dimensiones en las cuales trabaja ABA.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE.

- ✓ **Habilidades Adaptativas:** hacen referencia a las capacidades, conductas y destrezas de las personas para adaptarse y satisfacer las exigencias de sus entornos habituales, en sus grupos de referencia, acordes a su edad cronológica. Como el sujeto afronta las experiencias de la vida cotidiana y como cumplen las normas de autonomía personal (Torres Gutiérrez, 2006).
- ✓ **Habilidades Sociales:** se refiere al conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, posibilitando la resolución de problemas inmediatos y disminución de problemas futuros (Peñañiel & Serrano, 2010).
- ✓ **Habilidades Motoras:** se refiere a la capacidad adquirida por aprendizaje para resolver un problema motor específico, con el fin de dar una respuesta eficiente y económica alcanzado un objetivo preciso, que depende del conjunto de recursos de los cuales dispone el individuo para transformar el repertorio de respuestas (Batalla, 2010)
- ✓ **Funciones Ejecutivas:** se refiere a los procesos mentales mediante los cuales las personas resuelven deliberadamente procesos internos que son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos de interacción social, afectivo, comunicativo y procesos externos que son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno, el propósito de las funciones ejecutivas es solucionar los problemas mencionados de una manera eficaz y aceptable para la persona y sociedad (Rodríguez , 2016)
- ✓ **Capacidades Lingüísticas:** es el intercambio de comunicación que constituye un fenómeno biológico relacional que no solo alude a su estructura, sino también, a la función que cumple, además, es funcional las necesidades y a los contextos del entorno comunicativo pues se usa para hacer, significar y decir (Guarnero & Vega, 2014)

- ✓ **Habilidades Cognitivas:** son los procesos de la mente necesarios para realizar una tarea específica, responsables de la adquisición y recuperación de la información, estas habilidades hacen competentes al individuo y le permiten actuar de manera simbólica con su medio ambiente discriminando entre objetos, actos o estímulos, identificar o clasificar objetos o resolver problemas (Ramos, Herrera , & Ramirez, 2010)
- ✓ **Habilidades en el Juego:** actividad pura donde no hay ningún tipo de interés, el juego fomenta habilidades interpersonales y ayuda al niño a encontrar un lugar en el mundo social (Garvey, 1977)
- ✓ **Habilidades Académicas:** son las capacidades necesarias para el trabajo en el entorno educativo, en donde se incluye la lectura, escritura, matemáticas y estrategias para el estudio que le permiten a la persona adaptarse y desarrollarse en el ambiente académico (Guarnero & Vega, 2014).

Operacionalización de la variable Efectividad

DIMENSIÓN	ITEMS	CATEGORIA
HABILIDADES ADAPTATIVAS	1. Controla sus impulsos en situaciones de la vida diaria.	4 Siempre 3 Algunas veces 2 pocas veces 1 Nunca
	9. Adecua su conducta a las normas <u>sociales en diferentes contextos.</u>	
	17. Se comporta adecuadamente siguiendo las normas sociales dependiendo del lugar y momento en el que se encuentra.	
	25. Cuida de su higiene personal solo e independiente sin ayuda de adultos. en ningún momento.	
HABILIDADES SOCIALES	2. <u>Al iniciar interacciones</u> sociales, <u>busca el contacto visual con otras personas.</u>	
	10. <u>C</u> uando habla con otros <u>m</u> antiene la mirada <u>fija a los ojos.</u>	
	18. Mantener una conversación coherente y fluida.	
	26. Sabe decir "NO" cuando la situación lo amerita.	
HABILIDADES MOTORAS	3. Salta, se desplaza, gira y corre sin depender de su cuidador.	
	11. Tiene control motor de todo su cuerpo.	
	19. Realiza movimientos repetitivos.	
	27. Posee coordinación motora en sus extremidades.	
FUNCIONES EJECUTIVAS	4. Regula sus emociones.	
	12. Mantiene la atención puesta en la actividad que está llevando a cabo	
	20. Resuelve problemas matemáticos simples (sumar, restar.).	

	28. Ejecuta una rutina <u>diaria sin ayuda de alguien</u> (lavarse los dientes, comer, vestirse).
CAPACIDADES LINGÜÍSTICAS	5. Responde <u>cuando escucha</u> cuando alguien pronuncia su nombre.
	13. Construye y emite oraciones coherentes
	21. Mantiene una conversación sin pausas ni repeticiones de las palabras que utiliza.
	29. Hace un recuento <u>sobre de</u> fragmentos cortos escuchados <u>recientemente</u> .
HABILIDADES COGNITIVAS	6. <u>Entiende y</u> Hace bromas <u>y entiende</u> el sarcasmo.
	14. <u>Cuando se presenta un problema novedoso que</u> interrumpe <u>sus rutinas</u> lo resuelve <u>autónomamente</u>
	22. Respeta las opiniones de los demás
	30. Expresa sus sentimientos y emociones a través del lenguaje oral.
HABILIDADES EN EL JUEGO	7. Juega <u>con otras personas</u> y comparte sus juguetes. ▸
	15. Toma la iniciativa de buscar otros niños para jugar.
	23. Al jugar sigue las reglas con facilidad.
	31. Espera su turno en el juego.
HABILIDADES ACADÉMICAS	8. Diferencia los colores cuando se le solicita.
	16. Responde a preguntas relacionadas con un relato o texto.
	24. Se distrae fácilmente al realizar actividades o tareas escolares.
	32. Se cansa fácilmente durante el aprendizaje de nuevas tareas.

VARIABLE 2:

USO: Definida en fusión de la utilización de la terapia para un fin o meta específica.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE.

- ✓ **Accesibilidad:** El grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención que refleja la existencia de obstáculos, impedimentos y dificultades en la misma (Frenk, 1985)
- ✓ **Costos:** Representa el gasto económico en la prestación de un servicio, en este caso la terapia ABA (RAE, 2017)
- ✓ **Practicidad:** Que tan útil, fácil, practica, provechosa y servible es la terapia en todos los contextos (RAE, 2017).
- ✓ **Entendimiento:** Su lenguaje y el procedimiento a seguir es claro y coherente (RAE, 2017)

- ✓ **Costes psicológicos:** Es desgastante físicamente, mentalmente para el terapeuta o cuidador (RAE, 2017).

Operacionalizacion Variable Uso.

DIMENSION	ITEM	CATEGORIA
ACCESIBILIDAD	1. Es fácil acceder a servicios especializados de salud como ABA.	3 De Acuerdo. 2 Algunas veces 1 En Desacuerdo
	6. Se explica cada semana lo que se debe trabajar en la terapia.	
	11. Una vez confirmado el diagnostico de autismo, acceder al tratamiento es fácil.	
	16. Acceder a la terapia ABA distingue las particularidades económicas de las distintas clases sociales	
COSTOS	2. El acceso a la terapia se dificulta por el alto costo económico.	
	7. Existen inconvenientes económicos para dar continuidad al tratamiento.	
	12. Existen dificultades para acceder a los materiales adicionales que exige la terapia.	
	17. Es posible acceder a la terapia ABA en otras instituciones de intervención clínica.	
PRACTICIDAD	3. Los procedimientos de la terapia son fáciles de entender.	
	8. ABA es fácil de aplicar en situaciones de la vida cotidiana (bañarse, hacer compras, visitar lugares, tomar transporte.)	
	13. Las tareas son fáciles de aplicar sin el acompañamiento del terapeuta.	
	18. Se entiende la información brindada para aplicar la terapia en distintos contextos (educativo, social, familiar, medico).	
ENTENDIMIENTO	4. El lenguaje utilizado en la terapia es claro.	
	9. Se comprenden las instrucciones para seguir los procedimientos con los cuales se trabaja en la terapia.	
	14. Las instrucciones dadas a la persona con autismo son comprendidas con facilidad.	

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

	19. Durante los avances en la terapia, le ha permitido aprender nuevas estrategias o técnicas sobre ABA.	
COSTES PSICOLOGICOS	5. El abandono de la terapia podría generar sentimientos de frustración.	
	10. La terapia muestra avances de forma rápida.	
	15. Las emociones del terapeuta o cuidador pueden cambiar durante el tratamiento.	
	20. Durante las horas trabajadas en el día el desgaste psicológico es alto.	

PLANILLA FORMATO DE EVALUACION

Señor evaluador usted ha sido seleccionado para valorar el instrumento presentado que hace parte del trabajo de grado Percepción de Cuidadores y profesionales en Psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el Método ABA (Applied Behavior Analysis) para el tratamiento de personas con Autismo. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones, agradecemos su colaboración.

Nombre y Apellidos del Evaluador		Formación Académica	
Áreas de Experiencia Profesional		Tiempo de Experiencia	
Cargo Actual		Institución.	

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda:

CATEGORIA	CALIFICACION	INDICADOR
CLARIDAD	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
El ítem se comprende fácilmente, es decir su sintáctica y semántica son adecuadas.	2. Bajo Nivel.	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.
	3. Moderado Nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Bajo Nivel.	

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.		El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión que está midiendo.
	3. Moderado Nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido	2. Bajo Nivel.	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide esto.
	3. Moderado Nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluso.
LENGUAJE	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
La terminología es adecuada teniendo en cuenta las características de la población.	2. Bajo Nivel.	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado.
	3. Moderado Nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.

CERTIFICACION QUE MIDE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

DIMENSION	ITEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	LENGUAJE
Habilidades Adaptativas	1				
	9				
	17				
	27				
Habilidades Sociales	2				
	10				
	18				
	26				
Habilidades Motoras	3				
	11				

	19				
	27				
Funciones Ejecutivas	4				
	12				
	20				
	28				
Capacidades Lingüísticas	5				
	13				
	21				
	29				
Habilidades Cognitivas	6				
	14				
	22				
	30				
Habilidades en el Juego	7				
	15				
	23				
	31				
Habilidades Académicas	8				
	16				
	24				
	32				

DIMENSION	ITEM	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA	LENGUAJE
Accesibilidad	1				
	6				
	11				
	12				
Costos	2				

	7				
	12				
	17				
Practicidad	3				
	8				
	13				
	18				
Entendimiento	4				
	8				
	13				
	18				
Costes psicológicos.	5				
	10				
	15				
	20				

Firma.

T.P

REFERENCIAS

- Batalla, A. (2010). *Habilidades Motrices*. España: Inde Publicaciones.
- Frenk, J. (1985). El concepto y medicion de la accesibilidad . *Salud Publica de Mexico* , 438-453.
- Garvey, C. (1977). *El juego infantil*. Londres: Morata.
- Guarnero, E., & Vega, L. (2014). Habilidades lingüísticas orales y escritas para la lectura y escritura en niños preescolares. *Avances en psicologia latinoamericana*, 32(1), 21-35.
- Peñafiel, E., & Serrano, C. (2010). *Habilidades Sociales*. Madrid: Editex.
- RAE (2017) *Diccionario de la lengua española*, España.
- Ramos, A., Herrera , J., & Ramirez, M. (2010). Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: un estudio de casos. *Revista cientifica de educacion*, 201-209.
- Rodríguez , G. (2016). *Funciones Ejecutivas, rasgos de personalidad y entendimiento academico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Salamanca, España : Ediciones Universidad de Salamanca.

Torres Gutiérrez, A. (2006). *Atencion al educando ciego o con deficiencias visuales*. San Jose, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia.

Anexo 2

Instrumento para evaluar la percepción de cuidadores y profesionales en psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el análisis conductual aplicado (ABA) para el tratamiento de personas con Autismo.

Estimado participante:

En este instrumento usted encontrará dos secciones con una serie de preguntas cuyo propósito es evaluar las percepciones sobre *uso* y *efectividad* de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA). El objetivo de estas es desde su experiencia como cuidador o profesional, conocer su percepción frente a esta terapia cuando se aplica a personas diagnosticadas con autismo.

Es importante tener en cuenta que esta investigación no plantea ningún tipo de riesgo para los participantes, la identidad de los mismos será protegida y los fines con la que esta se realiza son puramente académicos; recuerde que no existen respuestas malas o buenas.

Sección No. 1

A continuación, usted encontrará una serie de enunciados en los cuales se indagan las percepciones frente a la **EFFECTIVIDAD** de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA).

Instrucción

Lea atentamente y marque con una x la opción que mejor defina su percepción sobre la efectividad que el tratamiento ABA ha tenido sobre el proceso interventivo de su hijo

- 4 Siempre
- 3 Algunas veces
- 2 Pocas veces
- 1 Nunca

Evaluando los avances en relación con los siguientes enunciados:

No.	ENUNCIADO	4	3	2	1
1	Se evidencia regulación y autocontrol en el comportamiento de su hijo (a)				
2	Al interactuar con otras personas se evidencia contacto visual por parte de su hijo (a)				

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

3	Las formas alternativas de comunicación que utiliza su hijo (a), son funcionales para responder a la interacción con otros.				
4	En contextos cotidianos el comportamiento de su hijo (a) muestra cambios positivos.				
5	El nivel de apoyo que requiere su hijo (a) para llevar a cabo rutinas de cuidado y aseo personal disminuye.				
6	Su hijo (a) encuentra formas alternativas de comunicación para decir "NO" en situaciones específicas.				
7	Su hijo (a) realiza actividades como saltar, correr, girar y desplazarse sin depender del cuidador.				
8	Se ha evidenciado mejora en el control y regulación de las emociones de su hijo				
9	Se exhibe mejora en el manejo de habilidades motoras en su su hijo (a)				
10	La capacidad atencional en actividades específicas de su su hijo (a) mejora de acuerdo con su nivel de compromiso				
11	Su hijo (a) ha desarrollado conductas que le permiten responder al llamado de su nombre				
12	Su hijo (a) emplea formas de comunicación funcionales acordes con su nivel de funcionamiento.				
13	Cuando se presenta un problema novedoso que interrumpe sus rutinas, Su hijo (a) lo resuelve autónomamente				
14	Su hijo (a) ahora logra respetar turnos comunicativos en las conversaciones con otras personas				
15	Su hijo (a) exhibe pautas y comportamientos de cooperación cuando juega con otras personas.				
16	Su hijo (a) diferencia colores de acuerdo con su nivel de compromiso.				
17	Su hijo (a) responde a preguntas relacionadas con el texto escuchado				
18	Su hijo (a) muestra conductas asociadas al estrés en el aprendizaje de actividades nuevas				
19	Al jugar Su hijo (a) sigue reglas con facilidad				
20	Su hijo (a) expresa sentimientos y emociones a través de formas de comunicación particulares.				

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

Sección No. 2

A continuación, usted encontrará una serie de enunciados en los cuales se indagan las percepciones frente al *USO* de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA).

Instrucción

Lea atentamente y marque con una x la alternativa que más se acerca a su percepción sobre las facilidades de uso que el tratamiento ABA ha tenido sobre el proceso interventivo de su hijo:

- 3 De acuerdo
- 2 Algunas Veces
- 1 En desacuerdo

Las facilidades de uso en relación con los siguientes enunciados:

No.	ENUNCIADO	3	2	1
1	Es fácil acceder a servicios especializados de salud como ABA.			
2	El acceso a la terapia se dificulta por el alto costo económico.			
3	Los procedimientos de la terapia son fáciles de entender.			
4	El abandono de la terapia podría generar sentimientos de frustración.			
5	Existen obstáculos económicos para dar continuidad al tratamiento			
6	ABA es fácil de aplicar en situaciones de la vida cotidiana			
7	Se comprenden las instrucciones para seguir los procedimientos con los cuales trabaja en la terapia.			
8	Los avances en la terapia son acordes a lo esperado.			
9	Una vez confirmado el diagnóstico de autismo, acceder al Tratamiento terapéutico con ABA es fácil.			
10	Las tareas son fáciles de aplicar sin el acompañamiento del terapeuta			
11	Las instrucciones dadas a las personas con autismo son comprendidas con facilidad			
12	El proceso terapéutico con ABA es un generador de estrés.			
13	Acceder a la terapia ABA distingue las particularidades económicas de las distintas clases sociales			
14	La disponibilidad de instrucciones que ofertan ABA es amplia.			
15	Se entiende la información brindada para aplicar la terapia en diferentes contextos (educativo, social, familiar, médico).			

16	Durante los avances en la terapia, ha aprendido estrategias o técnicas sobre ABA.			
17	Durante las horas trabajadas en el día el desgaste psicológico es alto.			

¡Muchas gracias por su participación!

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

Instrumento para evaluar la percepción de cuidadores y profesionales en psicología, frente al uso y efectividad de terapias basadas en el análisis conductual aplicado (ABA) para el tratamiento de personas con Autismo.

Estimado participante:

En este instrumento usted encontrará dos secciones con una serie de preguntas cuyo propósito es evaluar las percepciones sobre *uso* y *efectividad* de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA). El objetivo de estas es desde su experiencia como cuidador o profesional, conocer su percepción frente a esta terapia cuando se aplica a personas diagnosticadas con autismo.

Es importante tener en cuenta que esta investigación no plantea ningún tipo de riesgo para los participantes, la identidad de los mismos será protegida y los fines con la que esta se realiza son puramente académicos; recuerde que no existen respuestas malas o buenas.

Sección No. 1

A continuación, usted encontrará una serie de enunciados en los cuales se indagan las percepciones frente a la **EFECTIVIDAD** de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA).

Instrucción

Lea atentamente y marque con una x la opción que mejor defina su percepción sobre la efectividad que el tratamiento ABA ha tenido sobre el proceso interventivo de su paciente

- 4 Siempre
- 3 Algunas veces
- 2 Pocas veces
- 1 Nunca

Evalúando los avances en relación con los siguientes enunciados:

No.	ENUNCIADO	4	3	2	1
1	Se evidencia regulación y autocontrol en el comportamiento del paciente				
2	Al interactuar con otras personas se evidencia contacto visual por parte del paciente.				

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

3	Las formas alternativas de comunicación que utiliza el paciente, son funcionales para responder a la interacción con otros.				
4	En contextos cotidianos el comportamiento del paciente muestra cambios positivos.				
5	El nivel de apoyo que requiere el paciente para llevar a cabo rutinas de cuidado y aseo personal disminuye.				
6	El paciente encuentra formas alternativas de comunicación para decir "NO" en situaciones específicas.				
7	El paciente realiza actividades como saltar, correr, girar y desplazarse sin depender del cuidador.				
8	Se ha evidenciado mejora en el control y regulación de las emociones en el paciente.				
9	Se exhibe mejora en el manejo de habilidades motoras en el paciente.				
10	La capacidad atencional en actividades específicas del paciente mejora de acuerdo con su nivel de compromiso				
11	El paciente ha desarrollado conductas que le permiten responder al llamado de su nombre				
12	El paciente emplea formas de comunicación funcionales acordes con su nivel de funcionamiento.				
13	Cuando se presenta un problema novedoso que interrumpe sus rutinas, el paciente lo resuelve autónomamente				
14	El paciente ahora logra respetar turnos comunicativos en las conversaciones con otras Personas				
15	El paciente, exhibe pautas y comportamientos de cooperación cuando juega con otras personas.				
16	El paciente diferencia colores de acuerdo con su nivel de compromiso.				
17	El paciente responde a preguntas relacionadas con el texto escuchado				
18	El paciente muestra conductas asociadas al estrés en el aprendizaje de actividades nuevas				
19	Al jugar el paciente sigue reglas con facilidad				
20	El paciente expresa sentimientos y emociones a través de formas de comunicación particulares.				

Análisis Aplicado de la Conducta y TEA

Sección No. 2

A continuación, usted encontrará una serie de enunciados en los cuales se indagan las percepciones frente al USO de la terapia basada en el análisis conductual aplicado (ABA).

Instrucción

Lea atentamente y marque con una x la alternativa que más se acerca a su percepción sobre las facilidades de uso que el tratamiento ABA ha tenido sobre el proceso interventivo de su paciente:

- 3 De acuerdo
- 2 Algunas Veces
- 1 En desacuerdo

Las facilidades de uso en relación con los siguientes enunciados:

No.	ENUNCIADO	3	2	1
1	Es fácil acceder a servicios especializados de salud como ABA.			
2	El acceso a la terapia se dificulta por el alto costo económico.			
3	Los procedimientos de la terapia son fáciles de entender.			
4	El abandono de la terapia podría generar sentimientos de frustración.			
5	Existen obstáculos económicos para dar continuidad al tratamiento			
6	ABA es fácil de aplicar en situaciones de la vida cotidiana			
7	Se comprenden las instrucciones para seguir los procedimientos con los cuales trabaja en la terapia.			
8	Los avances en la terapia son acordes a lo esperado.			
9	Una vez confirmado el diagnóstico de autismo, acceder al Tratamiento terapéutico con ABA es fácil.			
10	Las tareas son fáciles de aplicar sin el acompañamiento del terapeuta			
11	Las instrucciones dadas a las personas con autismo son comprendidas con facilidad			
12	El proceso terapéutico con ABA es un generador de estrés.			
13	Acceder a la terapia ABA distingue las particularidades económicas de las distintas clases sociales			
14	La disponibilidad de instituciones que ofertan ABA es amplia.			
15	Se entiende la información brindada para aplicar la terapia en diferentes contextos (educativo, social, familiar, médico).			
16	Durante los avances en la terapia, ha aprendido estrategias o técnicas sobre ABA.			
17	Durante las horas trabajadas en el día el desgaste psicológico es alto.			

¡Muchas gracias por su participación!

Anexo 3

Formato Entrevista Semi-Estructurada para Terapeutas.

Caracterización/Contextualización:

- ✓ ¿Cuál es su grado de formación académica?
- ✓ ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en Horizontes ABA?
- ✓ ¿Cómo llegó a desempeñar los roles que actualmente desempeña en horizontes?

Uso

- ✓ Como profesional en clínica ¿Qué importancia tiene para usted la aplicación de ABA en usuarios con autismo?
- ✓ ¿Considera que los procedimientos de la terapia basada ABA son fáciles de entender y seguir? ¿Por qué?
- ✓ Desde el punto de vista económico, ¿considera que los procedimientos de la terapia basada ABA son asequibles y fáciles de mantener en el tiempo? ¿Por qué?

Efectividad

- ✓ ¿Por qué cree que es importante la aplicación de ABA en personas con autismo?
- ✓ Aun aceptando la existencia de distintos niveles de funcionalidad y compromiso del niño o la persona, ¿evidencia en su práctica clínica cambios notables y constantes en sus consultantes durante el proceso terapéutico?
- ✓ ¿Cuáles son los factores que, desde su práctica clínica, favorecen la efectividad de ABA en las intervenciones dirigidas a niños con autismo?
- ✓ ¿Cuáles son los factores que, desde su práctica clínica, dificultan la efectividad de ABA en las intervenciones dirigidas a niños con autismo?

Formato Entrevista Semi-Estructurada para Padres.

Contextualización/ Caracterización

- ✓ ¿Desde hace cuánto su hijo recibió el diagnóstico de TEA? ¿tiene algún otro tipo de trastorno o condición asociada?
- ✓ ¿Cuál fue la primera conducta o hecho que le hizo sospechar de alguna posible alteración en el desarrollo típico o normal del niño?
- ✓ ¿Existen algún antecedente de autismo o de alguna otra condición (trastorno) en la familia del niño?
- ✓ ¿Cómo describiría el paso del niño por el sistema de salud y de qué manera este le permitió llegar a Horizontes ABA?

Efectividad

- ✓ ¿Desde el inicio de la terapia en Horizontes ABA hasta el día de hoy, ha observado avances en el niño (estudiante)?

- ✓ ¿En qué aspectos han sido más los cambios positivos en el comportamiento del niño (estudiante)?
- ✓ ¿Considera que la terapia recibida en Horizontes ABA ha mejorado la calidad de vida y bienestar de su hijo? ¿Por qué?
- ✓ ¿Cuáles son los factores que, desde su práctica clínica, favorecen la efectividad de ABA en las intervenciones dirigidas a niños con autismo?
- ✓ ¿Cuáles son los factores que, desde su práctica clínica, dificultan la efectividad de ABA en las intervenciones dirigidas a niños con autismo?

Uso

- ✓ ¿Previo a ingresar a Horizontes ABA tuvo contacto con otras instituciones que también trabajaran con ABA?
- ✓ ¿Cuál es la actitud del estudiante (niño) frente a los procedimientos y tareas que debe realizar bajo el enfoque de ABA?
- ✓ ¿Los procedimientos, instrucciones y tareas basados en ABA son fáciles de entender y seguir?
- ✓ Desde el punto de vista económico, ¿considera que los procedimientos de la terapia basada ABA son asequibles y fáciles de mantener en el tiempo? ¿Por qué?