



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MÉXICO**

**UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**DISEÑO Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA
DISMINUIR EL ESTRÉS EN PADRES DE NIÑOS AUTISTAS**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**PRESENTAN:
DILIEGROS AGUIRRE YONATAN
RUVALCABA DE ALBA ROCIO**

**ASESOR:
DR. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ**

NEZAHUALCÓYOTL ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2015

Índice

Resumen.....
Introducción.....	1
Capítulo I. Planteamiento del problema.....	4
1.1. Objetivos.....	5
1.1.1. Objetivo general.....	5
1.1.2. Objetivos específicos.....	6
1.2. Hipótesis.....	6
1.2.1. Hipótesis nula.....	6
1.2.2. Hipótesis alterna.....	6
1.3. Variables.....	6
1.3.1. Variable dependiente.....	6
1.3.1.1. Definición conceptual.....	6
1.3.1.2. Definición operacional.....	6
1.3.2. Variable independiente.....	6
1.3.2.1. Definición conceptual.....	6
1.3.2.2. Definición operacional.....	6
1.4. Justificación.....	7
Capítulo II. Marco teórico.....	9
2.1. Definiciones.....	9
2.1.1. Autismo.....	9
2.1.2. Distrés.....	9
2.1.3. Estrés.....	9
2.1.4. Estresores.....	10
2.1.5. Eustrés.....	10
2.2. Teorías y Modelos.....	10
2.2.1. Teoría Social.....	10
2.2.2. Teoría Ecológica.....	10
2.2.3. Modelo de estrés, valor y funcionamiento.	11
2.2.4. Modelo transaccional de estrés y afrontamiento.....	12

2.2.5. Modelo doble ABCX de ajuste y adaptación.....	13
2.3. Antecedentes.....	14
2.3.1. Revisión histórica del autismo.....	15
2.4. Autismo.....	15
2.4.1. Prevalencia en niños con autismo.....	15
2.4.2. Factores de riesgo del autismo.....	16
2.4.3. La conducta de los niños con trastorno del espectro autista.....	17
2.4.2.Niveles de autismo.....	20
2.5. Estrés en padres de niños autistas.....	22
2.5.1. El estrés.....	22
2.5.2. Impacto familiar.....	22
2.5.3.Manejo del diagnóstico del niño autista.....	23
2.5.4.Factores asociados al estrés.....	27
2.5.5. Impacto psicosocial de la familia.....	28
2.6. Visión de la familia del niño autista.....	32
2.6.1. Necesidad de las familias de personas con autismo.....	32
2.7. Intervenciones educativas.....	33
Capítulo III. Método.....	45
3.1.Tipo de estudio.....	45
3.2.Diseño de investigación.....	45
3.3. Muestra.....	45
3.4. Instrumento.....	45
3.5. Programa de intervención.....	46
3.6. Procedimiento.....	47
3.7. Plan de análisis.....	47
Capítulo IV. Resultados.....	48
4.1. Resultados descriptivos.....	48
4.2. Resultados inferenciales.....	51
Capítulo V. Análisis de resultados.....	52
Capítulo VI. Conclusiones.....	55
Referencias.....	56

Anexos.....	61
Anexo 1. Instrumento de medición “QRS-F”.....	61
Anexo 2. Carta de presentación.....	64
Anexo 3. Consentimiento informado.....	65
Anexo 4. Contenido del programa.....	67

Lista de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1	Tipos de estresores.....	10
Tabla 2	Promedios y desviaciones estándar para la pre prueba y pos prueba de los grupos control e intervención para los factores del Cuestionario “Recursos y Estrés QRS-F”.....	52

Figuras

Figura 1	Modelo Doble ABCX de Ajuste y Adaptación.....	14
Figura 2	Componentes interactivos del modelo social.....	31
Figura 3	Distribución de la muestra de los padres de familia por género.....	49
Figura 4	Distribución de la muestra de los padres de familia por edades.....	49
Figura 5	Distribución de la muestra de los niños por edades.....	50
Figura 6	Distribución de la muestra de los niños por género.....	50
Figura 7	Distribución de la muestra por el lugar que ocupa el menor dentro de la familia.....	51

Resumen

La mayoría de las terapias para el autismo se centran en el niño, pero una nueva investigación sugiere que los padres estresados del niño podrían beneficiarse de los tratamientos diseñados específicamente para ellos. El objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de un programa para disminuir el estrés en padres con niños autistas, a través de un estudio de alcance descriptivo prospectivo longitudinal con diseño causi-experimental; manejando una muestra total de 10 padres de familia de los cuales cinco se encontraron en el grupo experimental y el resto en el grupo control asignados al azar. El programa de intervención fue diseñado con 8 sesiones de 50 minutos cada una. Para la recolección de datos se utilizó el “Cuestionario de Recursos y Estrés QRS-F”. Una vez obtenidos los resultados los datos conseguidos se analizaron con el programa SPSS v. 21. Manejando la prueba estadística Anova de medidas repetidas. Los resultados indicaron que los padres de familia demostraron que la atención otorgada en el ámbito emocional fue de suma importancia para cambiar la perspectiva y exigencias ante la nueva situación de autismo dentro de la familia; con lo cual crearon nuevas expectativas de vida, no solo a nivel personal sino a nivel familiar e incluso el programa brindado presento tener resultados significativos en la visión familiar y del menor en el contexto familiar. Existen diversos factores que contribuyen a la presencia y aumento del estrés dentro del núcleo familiar, los cuales hacen referencia a: el momento del diagnóstico, la dificultad de poder obtener recursos (sobre todo de índole monetaria), la preocupación por el futuro del menor y la falta de apoyo por parte de instituciones.

Respecto a lo anterior podemos indicar que la relación entre estresor y estrés es confirmada entre la severidad del trastorno y los problemas de conducta del menor aumentan los niveles de estrés percibidos en los padres. Es por eso que el educador para la salud crea los programas con una visión totalmente preventiva y con un aspecto social; la intervención del educador para la salud es necesaria, ya que es un profesionalista orientado dentro de la formación humanista, es capaz de identificar las necesidades de su sociedad, trabajando de forma multidisciplinaria generando así una intervención social

Introducción:

El estrés, es hoy en día una problemática a la que se está prestando una atención creciente y es un tema que cada día adquiere mayor importancia por los efectos dañinos que trae al individuo que lo padece y por el aumento de situaciones sociales, laborales, familiares y personales que lo provocan. Estudios del tema consideran que el estrés es perjudicial porque afecta negativamente la salud física y mental, pero la gran mayoría señala que el estrés en sí mismo no es dañino; que simplemente es una respuesta orgánica y mental a un estímulo del medio externo y/o interno que pone a funcionar mecanismos psicofisiológicos suplementarios para hacerle frente, es nocivo cuando es frecuente e intenso o cuando la respuesta dada por el individuo no logra solucionar la situación (García & Trujillo, 2007).

Esto es relevante a una descripción individual del ser humano. De acuerdo a Abidin (1990) refiere al estrés desde una perspectiva parental diciendo que: es el tipo de estrés vinculado a la crianza; es decir, la reacción del individuo, en este caso los padres, ante una situación que se percibe como amenazante o desbordante de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar. Esta tensión parental se produce por un lado en función de ciertas características del niño, como es la habilidad de adaptación a los cambios, nivel de hiperactividad, etc. Y por el otro lado de ciertas características de los padres como por ejemplo, características de personalidad, habilidades de manejo del niño. En otras palabras, se consideran el rol de padre y/o madre, la interacción con su hijo y el comportamiento del niño como factores intervinientes.

Ahora bien, nos podemos referir a la parentalidad como a las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos, al tiempo que promover su socialización. La parentalidad no depende de la estructura o composición familiar, sino que tiene que ver con las actitudes y la forma de interaccionar en las relaciones paterno/materno-filiales (Sálles & Ger, 2010)

A partir de esta etapa (la paternidad) en la vida de una pareja, comienza un surgimiento de expectativas, proyectos en relación a formación de su nueva familia. Dentro de todas las familias; cada padre y/o madre tiene el deseo de tener un hijo sano (es decir, a nivel físico y

mental)... Sin embargo no en todos los casos es así; en el caso particular de los padres y/o madres de un hijo con autismo, suele suceder que se encuentren, en un primer momento, con que su hijo es aparentemente sano, durante los primeros meses de vida puede no presentar ningún signo que haga pensar lo contrario. No obstante, un tiempo después ocurre que el niño comienza a presentar comportamientos fuera del marco de lo esperado o normal. Es así que estos padres posiblemente transiten una amplia gama de estados emocionales como negación, ambivalencia hacia su hijo, tristeza, etc. Lo que significa que se tiene un nuevo panorama desconocido para los padres.

Basa (2010) menciona que “...se considere la posibilidad de que los padres y las madres de hijos autistas posean mayores niveles de estrés, debido a la gran demanda de atención y cuidados que su hijo necesita, lo cual seguramente se verá reflejado en su bienestar y consecuente calidad de vida.”

Considerando lo anterior, es bien sabido que la mayoría de los estudios han sido centrados principalmente en la condición de las personas con discapacidad y en su enfermedad; dejando de lado la cuestión de bienestar de los mismos padres de familia.

Además de dirigirse a la comunidad con una proyección empática teniendo una calidad humanista, preocupándose más que por un hecho físico, si no, por un hecho psico-emocional, dando un refuerzo a la búsqueda del verdadero significado de salud en todos sus contextos.

Por lo anterior, el objetivo del presente estudio fue evaluar el impacto de un programa para disminuir el estrés en padres con niños autistas. Se entiende que el 70% de los cuidadores son padres que no están preparados para las necesidades que conllevan los niños autistas, teniendo un exceso de trabajo tanto físico, emocional y psicológico.

Es por eso que se ve la necesidad de generar un programa que no solo disminuya la carga de estrés si no que prevenga el incremento del mismo en los individuos, un conjunto de acciones que preparen a los padres de familia para combatir los retos que conlleva criar a sus hijos con mayores necesidades, para así evitar una carga extra e innecesaria de estrés.

Para cumplir el presente objetivo la presente investigación consta de seis capítulos:

Capítulo I: muestra el planteamiento del problema, así como los elementos principales que llevaron el curso del estudio: Objetivos (General y Específicos), Hipótesis (Nula y Alterna), Tipos de variables (Dependiente e independiente) las cuales fueron especificadas conceptual y operacionalmente. Además se presenta la justificación de la realización de dicha investigación.

Capítulo II: hace referencia al contexto del tema de investigación (marco teórico), en donde se aborda y puntualizan conceptos y temas como lo son: definiciones, teorías y modelos, factores de riesgo y antecedentes del objeto de estudio que contribuyan a la elaboración del estudio.

Capítulo III: especifica el tipo de método que fue planteado para la realización del estudio, el cual señala las características de la muestra utilizada, las características del instrumento de evaluación y el tipo de diseño de la investigación.

Capítulo IV: constituye los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados antes y después de la investigación planteada con el fin de comprobar las hipótesis planteadas dentro del estudio.

Capítulo V: reporta el análisis de resultados, el cual lo constituye la comparación de otros estudios ya realizados del mismo tema con el fin de resumir los principales hallazgos de la investigación planteada.

Capítulo VI: manifiesta lo más destacado que se encontró durante la investigación, brindando también las respuestas a los objetivos e hipótesis planteadas dentro del estudio.

Capítulo I. Planteamiento del problema

Núñez (2007) menciona que durante mucho tiempo por lo general, las investigaciones han centrado la mirada en la persona con discapacidad y sólo de una manera muy tangencial, en su familia; es decir, en el papel que debían jugar, no la familia, sino los padres, como una ayuda imprescindible para el desarrollo del hijo. Si los padres tenían problemas era una cuestión distinta; lo importante era el hijo. Es decir, en el caso del autismo u otras patologías mentales la atención suele focalizarse en qué consiste la enfermedad, cómo se origina, cuales son los signos y síntomas que presenta quien lo padece.

La familia con un miembro con discapacidad, como cualquier otra, no es una entidad estática, sino una organización abierta que está en un proceso continuo de transformación a través del tiempo, sometido en forma constante a demandas de cambio tanto dentro como fuera (Núñez, 2007).

Los especialistas (neurólogo, fonoaudiólogo, etc.) tienen un lugar de mucho poder en la intervención de las personas con discapacidad; ya que son quienes controlan el proceso de rehabilitación, mientras que el paciente y su familia están puestos en un lugar pasivo y de dependencia del poder profesional (Núñez, 2007).

En otras palabras, la persona con discapacidad se ubicaba en un lugar principal y como único beneficiario, entendiendo que la atención prestada a la misma contribuía a la estabilidad y bienestar de todo el sistema familiar.

En primer lugar, debemos hacer referencia a la concepción de Leo Kanner; que describió por vez primera el autismo como un síndrome comportamental cuyos rasgos distintivos eran alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales (a las que juzgó como el trastorno fundamental patognomónico del síndrome) y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales algunos han resaltado los trastornos de la flexibilidad, cuya gravedad dependerá del nivel cognitivo, esto es, del nivel de profundidad del espectro autista (Balbuena, 2007).

Balbuena (2007) menciona que la primigenia concepción del autismo formulada por Kanner sufrió al igual que otros cuadros clínicos diversas reformulaciones, debido a las dudas razonables que surgían al formular un diagnóstico, al competir por ejemplo el del autismo con otros como el de demencia precoz, esquizofrenia infantil o demencia infantil.

De ello se infería que, cualquiera que fuera la etiqueta diagnóstica seleccionada, el autismo se encuadraba dentro de la categoría de los trastornos mentales, y no como acontecería más tarde en el campo de la deficiencia, al juzgarse en el primer caso que lo patognomónico residía en la incapacidad para relacionarse adecuadamente con otros, primando las deficiencias socio-afectivas sobre las de carácter lingüístico y cognitivo, sucediendo de forma inversa en el segundo caso en donde cobraban un mayor peso etio-patogénico los déficits cognitivos sobre los de naturaleza emocional (Balbuena, 2007).

Sin embargo, los abordajes en investigación acerca del autismo han avanzado permitiendo así nuevas tendencias y características del mismo; como por ejemplo Schannen (2008) nos menciona que “El autismo como tal, no es una enfermedad, es un síndrome, un conjunto de síntomas que caracterizan un trastorno degenerativo del desarrollo biopsicosocial. Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo. Aparece durante los tres primeros años de vida y es más común en varones que en mujeres de todo tipo de raza, etnia y clase social de todo el mundo. Las personas con autismo tienen un promedio de vida igual que las personas de la población en general.”

“El concepto actual del autismo consiste en un espectro o grupo de condiciones relacionadas pero diferentes. El término *espectro* sustituye ahora a *serie*. El término *trastornos del espectro autista*, abarca toda la variedad de condiciones que cumplen la triada de deficiencias básicas y su manifestación conductual” (Brogan, 1995).

1.1. Objetivos

1.1.1. Objetivo general.

-Evaluar el impacto de un programa para disminuir el estrés en padres con niños autistas

1.1.2. Objetivos específicos.

-Diseñar un programa para disminuir el estrés en los padres con niños autistas.

-Conocer los niveles de estrés antes y después de la aplicación de un programa de intervención.

1.2. Hipótesis

1.2.1. Hipótesis nula.

Ho: Después de la implementación de un programa preventivo no existirá una disminución en los niveles de estrés en los padres con niños autistas.

1.2.2. Hipótesis alterna.

Ha: Después de la implementación de un programa preventivo existirá una disminución en los niveles de estrés en los padres con niños autistas.

1.3. Variables

1.3.1. Variable Dependiente.

-Estrés parental

1.3.1.1. definición conceptual.

Reacción del individuo ante una situación que le provoca tensión ocasionada por el reto de la paternidad; enfocándose al grado en que los hijos cumplen las expectativas y esfuerzos que ofrecen hacia sus padres (Abidin, 1995).

1.3.1.2. definición operacional.

Se identificará el grado de estrés parental por medio del instrumento “Cuestionario de recursos y estrés, para padres de personas con autismo”.

1.3.2. Variable Independiente.

-Programa de disminución de estrés

1.3.2.1. definición conceptual.

Conjunto de actividades preventivas dirigidas a un grupo de personas.

1.3.2.1. definición operacional.

Participación del grupo control dentro de las actividades planificadas.

1.4. Justificación

¿Por qué es importante disminuir el estrés en padres de niños autistas?

Marcín (2013) menciona acerca de un estudio en donde se estima que la prevalencia para el autismo en México es de 1 en 300 niños; se puede hablar que cuando menos 115 mil niños con Autismo en México y con riesgo de que cada año nazcan 6,200 nuevos casos.

Cuando se diagnostica autismo en un niño, la familia, especialmente los padres, reaccionan con sentimientos de angustia, enojo, tristeza e incertidumbre. Es fundamental enfrentar y canalizar estos sentimientos, pues un niño que padece algún trastorno del espectro autista tiene necesidades especiales y requiere de todo el apoyo de sus padres (Feinberg, 2013).

La mayoría de las terapias para el autismo se centran en el niño, pero una nueva investigación sugiere que los padres estresados del niño podrían beneficiarse de los tratamientos diseñados específicamente para ellos. Dykens (2014) menciona que las intervenciones, por unas buenas razones, se han centrado en el niño, pero lo que faltaba era dirigirse directamente al bienestar y la salud de los padres; refiriendo a que es importante que se les proporcionen las herramientas que puedan usar para gestionar el estrés, y que continúen creciendo como padres.

Se han encontrado niveles más altos de estrés en los padres de niños pequeños con autismo que de niños con otras discapacidades. Posiblemente se deba a la suma de los síntomas principales con las comorbilidades, ya que entre ambos todos los aspectos del funcionamiento del niño puede estar afectados. Los médicos e investigadores necesitan saber cómo los padres

afrontan las demandas de cuidar a un niño con autismo para ofrecer estrategias para ayudarlos (Schalok, 2012).

Por ejemplo, las madres de niños con trastornos del espectro autista pueden presentar altos niveles de estrés parental, síntomas de depresión y aislamiento social (según señalan estudios previos). Esta angustia psicológica sugiere que se necesita de intervenciones dirigidas específicamente a la salud mental de los papás después del diagnóstico (Feinberg, 2013).

Como menciona Merino, Martínez, Cuesta, y García (2012) las investigaciones sobre familias de personas con trastorno del espectro autista (TEA) se puede agrupar atendiendo a cuatro aspectos de relevancia que han ayudado a constituir la historia del autismo: influencia de la familia en el origen del autismo, programas de intervención conductual en el contexto familiar, necesidades de las familias, adaptación familiar, estrés y afrontamiento. El estudio de todos estos aspectos ha permitido, por una parte, eliminar mitos e ideas erróneas y, por otra, abrir caminos de interés dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias.

Una vez comprendido lo anterior, se entiende entonces que el educador para la salud tiene como fin ser el parte aguas del estudio y/o programa teniendo como misión primaria la observación del caso, pues de forma desafortunada durante el proceso de la intervención del profesional de la salud para con el paciente, existe una gran fuga de información que puede ser sumamente relevante para llegar al bien común.

Es donde el educador para la salud recauda información esencial, como ejemplo problemas familiares, laborales, y en amistades, o bien, cambio de alimentación, de rutina o emocionales, que deberían ir en el historial clínico de los pacientes. Pero por diferentes circunstancias no se hizo.

Además el educador para la salud está obligado hacer un vínculo entre los diferentes profesionales de la salud y la sociedad, para generar una comunicación adecuada, dar un apoyo humano y sensible ante las circunstancias.

Capítulo II. Marco Teórico

La intervención del educador para la salud es necesaria, ya que es un profesionalista orientado dentro de la formación humanista, es capaz de identificar las necesidades de su sociedad, trabajando de forma multidisciplinaria generando así una intervención social que no solo dependa de él, sino con la colaboración de diferentes especialistas de la salud, tales como psicólogos, médicos, nutriólogos, entre otros para buscar así el éxito del programa.

Es por eso que se resalta la importancia del educador para la salud dentro del programa ya que se encuentra inmerso dentro de la sociedad, siendo capaz de identificar las verdaderas necesidades de la población y además de ver el contexto completo que rodea a los individuos, para así dirigir de forma correcta y eficiente todos los recursos tanto físicos, como humanos para el bien común.

2.1. Definiciones

2.1.1. Autismo.

Autism Speak (2014) menciona que el autismo es un trastorno neurológico complejo que generalmente dura toda la vida. Es parte de un grupo de trastornos conocidos como trastornos del espectro autista (ASD por sus siglas en inglés).

2.1.2. Distrés.

Marco (2014) menciona que es el estrés producido por los estímulos internos o externos, los cuales superan la capacidad de respuesta y adaptación; es decir el estrés que se produce cuando los estímulos internos o externos superan nuestra capacidad de respuesta y adaptación, el cual, con el tiempo puede ser dañino para la mente y el cuerpo.

2.1.3. Estrés.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) es una relación particular entre el individuo y el entorno. Dicha relación es evaluada como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone el peligro su bienestar.

2.1.4. Estresores.

Marco (2014) menciona que se les puede considerar como cualquier cosa que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis). Existiendo así dos tipos de estresores (Tabla 1):

2.1.5. Eustrés.

Marco (2014) lo refiere como el estrés positivo a partir del cual la persona es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtener sensaciones placenteras de ello. El eustrés no sólo incrementa la vitalidad, salud y energía vital sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano.

Tabla 1. Tipos de estresores según Marco (2014)

Internos	Externos
Biológicos, como ser, malestar físico, enfermedad, lesión.	Biológicos, como por ejemplo agentes físicos, etc.
Psicosociales, por ejemplo, pensamientos, sensaciones, recuerdos, etc.	Psicosociales, como ser enfermedad de un familiar, suspender un examen, etc.

2.2. Teorías y Modelos

2.2.1. Teoría Social.

Los teóricos Lazarus y Folkman (1986) consideraron la salud y la energía como una de las fuentes importantes de afrontamiento. Los individuos fuertes y saludables pueden responder mejor a las demandas externas e internas que las personas débiles, enfermas y cansadas. Dentro de estas resistencias aparecen las habilidades sociales. La confianza que uno tiene en su propia capacidad de hacer que otras personas colaboren puede constituir una importante fuente de manejo del estrés. Íntimamente relacionado con este recurso está el apoyo social o la sensación de aceptación, afecto o valoración por parte de otras personas.

Según esta teoría existen circunstancias que el individuo experimenta cuando se relaciona con su medio ambiente y con la sociedad que lo rodea y éstas muchas veces pueden

convertirse en algo nocivo para la salud y el equilibrio de su relación con los demás y el trabajo mismo provocando el estrés.

2.2.2. Teoría ecológica.

Orengo (s/f) refiere al trabajo de Bronfenbrenner, destacando la importancia crucial que tiene el estudio de los ambientes en lo que nos desenvolvemos, defiende el desarrollo como un cambio perdurable en el modo en que la persona percibe el ambiente que le rodea y el modo en que se relaciona con él.

Dicho proceso se divide en cuatro niveles:

- a) **Microsistema:** Corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado (más próximo al individuo).

- b) **Mesosistema:** Se refiere a la interacción entre 2 o más microsistemas. Es en donde el individuo participa de manera normal; por ejemplo los amigos, la familia, rol laboral, etc.

- c) **Exosistema:** Refiere a los propios entornos en lo que la persona no está incluida de manera directa; sin embargo pueden producir hechos que afectan a los entornos en los entornos en que sí está incluida la persona; como por ejemplo las nuevas relaciones ya sea en contextos sociales, laborales e incluso familiares.

- d) **Macro-sistema:** Refiere a los marcos culturales o ideológicos que pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo); esto quiere decir que este sistema está configurado por valores culturales, políticos, económicos y condiciones sociales.

2.2.3. Modelo de estrés, valoración y afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) tratan dentro de este modelo una perspectiva individual; centrándose en una autovaloración ante una situación estresante, su significado y las posibles estrategias de afrontamiento que despliega para manejar dicha situación.

Para que se lleve a cabo dicho modelo son necesarios los siguientes elementos:

- Un evento ambiental
- Valoración primaria (refiere a ¿el evento es relevante para el bienestar?)
- Valoración secundaria (¿Qué puedo hacer para manejarlo)
- Estrategias de afrontamiento
- Resultado adaptativo

Lo anterior quiere decir, que el evento ambiental libera el proceso de *valoración primaria* para que así el individuo se cuestione si la situación intercede de manera positiva o negativa a su bienestar. Si la situación intercede de manera negativa (que es la respuesta más habitual) se puede tomar de tres maneras: daño/perdida (el daño al bienestar ya se ha provocado); amenaza (el daño al bienestar parece amenazador) y reto o desafío (se le considera al daño de bienestar como un potencial de crecimiento).

Continuando con la *valoración secundaria*, en la cual el individuo (ante la situación presente) intenta precisar las acciones y recursos que le pueden ayudar para manejar el estrés dentro de dicha experiencia. Lo anterior permite dar seguimiento al siguiente paso el cual es *las estrategias de afrontamiento*. Lazarus y Folkman definen a este elemento como las acciones que encaminan al manejo de las situaciones estresantes de la vida.

Y como elemento final está *el resultado de adaptación*, el cual representa el funcionamiento diario del individuo en los aspectos como: salud física y bienestar psicológico.

2.2.4. Modelo transaccional de estrés y afrontamiento.

Thompson, Gustafson, Hamlett y Spock (1992) mencionan que este modelo fue creado para el estudio de la adaptación familiar a la enfermedad crónica. De esta manera se proponen tres tipos de procesos psicosociales:

- La valoración del estrés
- El afrontamiento
- Funcionamiento familiar

En efecto, se puede ver la importancia de los recursos familiares de afrontamiento para la adaptación familiar.

2.2.5. Modelo Doble ABCX de ajuste y adaptación.

McCubbin y Patterson (1983) mencionan que la familia pasa por una serie de ajustes ante la nueva demanda. A continuación se describirán los factores que integran este modelo (Figura 1):

- *Factor aA: Evento estresante y acumulación de demandas*

Refiriendo más que a un evento estresante, se consideran los cambios o demandas estresantes en la vida familiar. Los cuales representan a las necesidades, desafíos o retos que van surgiendo dentro de la familia a lo largo del tiempo.

- *Factor bB: Recursos y apoyos sociales*

Este factor compone los recursos previos y nuevos con los que la familia cuenta. Para esto Burr (1973) define los recursos como la habilidad que posee la familia para encontrar los apoyos necesarios que ayuden a prevenir la crisis del sistema familiar y por otro lado McCubbin y Patterson (1983) los recursos son las características sociales, interpersonales, psicológicas y materiales de cada miembro de la familia; los cuales pueden ser internos (familiares) o externos (sociales).

- *Factor cC: Percepción del problema y de la situación*

Este factor es el que representa el significado que la familia obtiene ante el evento estresante, así como las demandas que este atribuye. En conjunto, se incluye también la percepción de la familia sobre su capacidad para enfrentar las demandas y conseguir los apoyos que se necesitan.

- *Factor BC: Estrategias de afrontamiento*

Consideradas como los puntos de unión entre los factores “bB” y “cC”, se le considera como el esfuerzo cognitivos y conductuales empleados para manejar la situación estresante. Esto quiere decir que son los esfuerzos continuos que se hacen ante el manejo de las situaciones y/o demandas (Glidden y Natche, 2009).

- *Factor xX: Adaptación familiar*

Describe al resultado post-crisis o como la desorganización de la rutina familiar en respuesta al evento estresante. En este factor se presentan la acumulación de esfuerzos familiares para obtener el equilibrio individual y familiar.

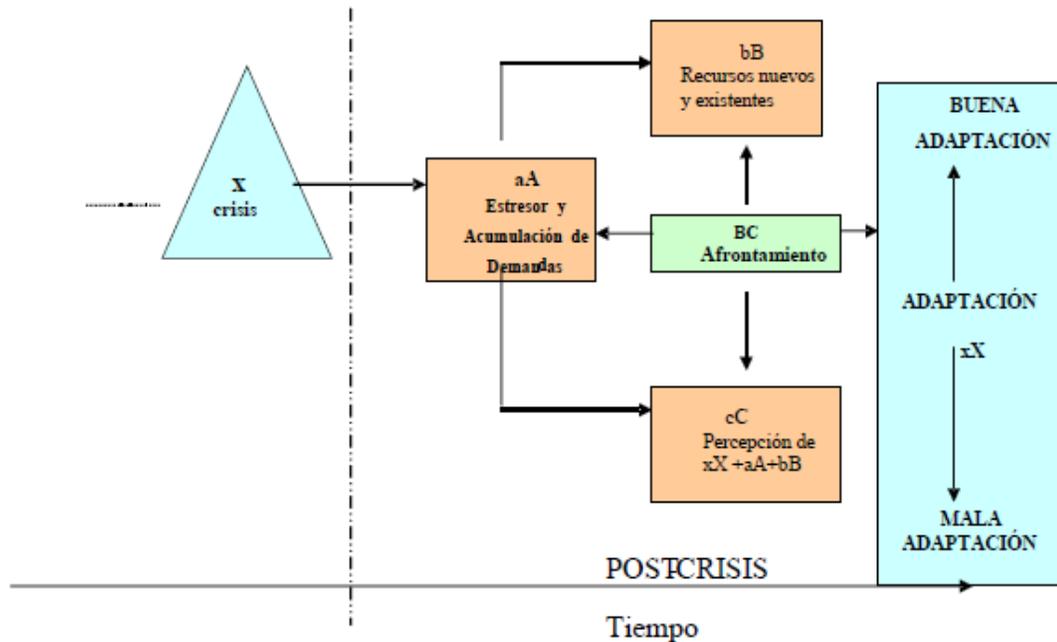


Figura 1. Modelo Doble ABCX de Ajuste y Adaptación (McCubbin y Patterson, 1983).

2.3. Antecedentes

2.3.1. Revisión Histórica.

De acuerdo a Williams, Dijkxhoorn, Vivanti, Gerland, Foubert, Pinto, Meldrum, Peeters, Jordan, y Sattock (2000) los trastornos del espectro autista son trastornos del desarrollo, de origen neurobiológico, cuya causa específica aun es desconocida.

Balbuena (2000) menciona a Kanner (1894-1981) como principal pionero del desarrollo en base al estudio del autismo describiéndolo como un síndrome comportamental donde se presentan alteraciones del lenguaje, de las relaciones sociales y de procesos cognitivos.

Por otra parte, López, Rivas y Taboada (2009) mencionan que a lo largo de los siglos XVIII y XIX comenzó a surgir el interés por aquellos niños que presentaban conflictos dentro de las capacidades de interacción y contacto afectivo.

Rogel (2004) refiere que los principales síntomas del autismo son alteraciones en el comportamiento social, en la comunicación verbal y en el margen de intereses y actividades del niño. Presentando las siguientes manifestaciones:

- El autista experimenta dificultades para comprender el lenguaje gestual o mímico.
- Presenta alteraciones senso-perceptuales como híper o hipo-sensibilidad a estímulos (auditivos, visuales, táctiles, etc.)
- Pueden presentar miedo intenso o verdadero pánico ante situaciones desconocidas o ruidos intensos.
- No son capaces de hacer amigos y de practicar en juegos con otros niños.

“El concepto actual del autismo consiste en un espectro o grupo de condiciones relacionadas pero diferentes. El término *espectro* sustituye ahora a *serie*. El término *trastornos del espectro autista*, abarca toda la variedad de condiciones que cumplen la triada de deficiencias básicas y su manifestación conductal” (Brogan, 1995).

2.4. Autismo

2.4.1. Prevalencia en niños con autismo.

Dentro de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), las estadísticas del autismo indican alrededor de 1 de cada 68 niños estadounidenses como en el autismo espectro-un incremento de diez veces en la prevalencia en 40 años (Autism Speaks, 2014).

Marcín (2013) menciona acerca de un estudio en donde se estima que la prevalencia para el autismo en México es de 1 en 300 niños; se puede hablar que cuando menos 115 mil niños con Autismo en México y con riesgo de que cada año nazcan 6,200 nuevos casos. Se tiene que dichos trastornos se manifiestan a edades muy tempranas y son incurables; y tiene una incidencia de 4 por 10.000 nacimientos.

Por otro lado, Cuxart (1997) menciona que el autismo es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino y en una proporción de entre 1/3 y 1/4. Presentando que las personas con autismo del sexo femenino tienden a estar más afectadas que las del sexo masculino.

Se considera que el autismo afecta a más de 3 millones de personas en los EE.UU. y decenas de millones en todo el mundo. Por otra parte, las estadísticas de autismo del gobierno sugieren que las tasas de prevalencia se han incrementado 10 al 17 por ciento anual en los últimos años (Autism Speaks, 2014).

2.4.2. Factores de riesgo del autismo.

Lara, Dary, Utria, Ávila & Hernando (2012) mencionan que los esfuerzos investigativos que han intentado hallar una explicación confiable de las causas de este desorden son múltiples y sobresalen los estudios que señalan explicaciones centradas en la existencia de alteraciones más o menos generalizadas a nivel del Sistema Nervioso Central. De esta manera se puede observar que se siguen relacionando marcadores epidemiológicos de tipo *peri*, *pre* y *posnatal* con el surgimiento del trastorno del espectro autista.

Gracias al crecimiento de dichas investigaciones, se puede mostrar los siguientes resultados:

- Factores de riesgo durante la gestación:

Abortos espontáneos antes del nacimiento (0, 1, 2 o más)

Edad de la madre en el parto (menor de 16, mayor de 35)

Enfermedades crónicas en la madre

Infecciones bacterianas

Consumo de medicamentos durante la gestación

Trastornos psíquicos durante la gestación

Hemorragias

Anemia

Tabaquismo

Embarazo múltiple

Duración del embarazo (menos de 37 semanas, más de 42)

- Factores de riesgo durante el parto:

Tipo de parto (espontánea, cesárea, etc.)

Duración del parto (menos de 1 hora, más de 12)

Llanto del niño en el parto

Peso al nacer

- Factores de riesgo después del parto:

Problemas respiratorios

Ictericia

Anemia

Reacción a la vacunación

Convulsiones

Alergias

Hospitalización durante los tres primeros años de vida

2.4.3. La conducta de los niños con trastorno del espectro autista.

Alcantud, Rico y Lozano (2012) refieren a que los niños presentan durante su proceso de crecimiento habilidades basadas en la interacción con su entorno. Por ejemplo, el reconocimiento de algunas caras conocidas e imitación de gestos.

Lo anterior quiere decir que si el niño o niña (durante su primer año) desarrolla comportamientos extraños o no desarrolla ciertas habilidades acordes a su edad, será necesaria una evaluación *especializada* la cual ayudara a determinar la causa de dichos comportamientos (Alcantud et al., 2012).

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995) el diagnóstico de autismo requiere la observación de por lo menos seis características conductuales y de desarrollo y que los problemas se hayan manifestado antes de la edad de tres años como son los siguientes:

A. Alteración cualitativa en la interacción social:

- Alteración de conductas no verbales; contacto visual, expresión facial.
- Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel del desarrollo.
- Ausencia de la acción de compartir con otras personas (no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- Falta de relación social o emocional.

B. Alteración en la comunicación:

- Retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje oral.
- Utilización estereotipada y repetida del lenguaje idiosincrásico.
- Ausencia de juego *realista*, variado o imitativo propio del nivel de desarrollo.

C. Patrones de conducta:

- Adhesión aparente a rutinas o rituales específicos y no funcionales.

- Movimientos repetitivos de manos (sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos de todo el cuerpo).
- Preocupación persistente por las partes de objetos.

El autismo afecta la forma en que el niño o niña percibe su entorno, dificultando la comunicación y la interacción social. Los síntomas pueden variar cada una de las áreas del desarrollo social, comunicativa y conductual (Autism Speak, 2010).

De esta manera Austim Speak (2010) indica una serie de síntomas y dificultades dentro de los parámetros sociales, comunicativos y conductuales asociados a la presencia del autismo:

- Síntomas sociales:

Los bebés dentro de un desarrollo normal presentan ser seres sociales ya que realizan actos como mirar a la gente, voltean al escuchar voces, intentan agarrar objetos pequeños o los dedos de las personas.

Sin embargo, los niños que presentan autismo refieren una dificultad para aprender a participar en actividades *sociales cotidianas*; evitando el contacto visual normal y mostrando ser indiferentes y aislados ante otras personas.

Posteriormente el infante puede demostrar ausencia de conductas afectivas (no abrazan, no besan e incluso no saludan), presentando que existe un descontrol para expresar sus emociones y/o deseos ante las demás personas. El niño con autismo tiene tendencia de *perder el control* cuando se encuentra dentro de un ambiente extraño.

- Dificultades en la comunicación:

Para cuando el recién nacido pasa a la etapa de la niñez, el infante (dentro de un desarrollo normal) sabe decir algunas palabras; voltea y mira cuando escucha su nombre. Algunas personas con autismo pueden llegar a permanecer mudas durante su vida, aunque la mayoría desarrolla el lenguaje hablado.

La mayoría de los bebés que demuestran signos de autismo balbucean durante los primeros meses de vida, pero luego dejan de hacerlo. Más sin embargo, otros pueden demorarse (hablar mucho más tarde) entre los cinco y nueve años de edad.

Algunos niños con autismo pueden presentar retrasos en el lenguaje y en conjunto parecen ser incapaces de combinar palabras en una oración por lo que interactuar dentro de una conversación, se les puede hacer difícil. Y es por lo mismo que sus expresiones corporales y faciales, e incluso sus gestos pueden no corresponder con lo que quieren expresar.

- Conductas repetitivas:

El infante con autismo puede presentar una apariencia *normal*, sin embargo los movimientos repetitivos y extraños pueden distinguirlos entre otros niños. Esto refiere a que algunos niños (e incluso adultos) agitan los brazos repentinamente y/o caminan de puntitas.

Por otro lado, si se habla de un tiempo recreativo (juego) el niño puede no comprender el juego simbólico con algún juguete. Por ejemplo si se le da un teléfono de juguete, lo que se esperaría es que se muestre una conducta imitativa de colocar el teléfono entre el oído y la boca; sin embargo un niño que presenta autismo no reconoce ni la conducta ni el juego que se está planteando.

Por otro lado, si alguien mueve uno de sus juguetes o algún objeto de interés para él, puede molestarse o incluso agitarse. Incluso un ligero cambio dentro de su rutina (ya sea hora de comida, siesta, baño, escuela, etc), puede ser extremadamente estresante para ellos.

2.4.4. Niveles de autismo.

De acuerdo a la Fundación Dominicana de Autismo (2010) existen tres principales niveles de autismo, los cuales son:

- 1er Nivel alto de funcionamiento:

La forma de relación del menor es extraña, se presentan actitudes obsesivas. Posee lenguaje de uso cotidiano e ideas concretas sin embargo presenta dificultad para el lenguaje espontáneo y experto, logra ampliar sus habilidades sociales e incluso académicas y suele tener un coeficiente intelectual de 70 o más.

- 2do Nivel medio de funcionamiento:

Presenta una forma de relación limitada, se le dificulta el aprender y adquirir hábitos. Suele presentar conductas estereotipadas; como girar objetos repetitivamente. Llega a comprender el lenguaje sencillo y concreto; sin embargo su juego se caracteriza por ser motor y sensorial de manera monótona. Suele tener un coeficiente intelectual por debajo de 70.

- 3er Nivel bajo funcionamiento:

Su interacción es mínima, se mantiene indiferente y aislado. No presenta conocer ni tener un lenguaje y su comprensión es muy limitada.

Sin embargo, Cuxart (2000) refiere a que el autismo puede plantarse desde cuatro estadios los cuales son:

- Forma precoz y progresiva:

Se define así por la aparición *progresiva* desde los primeros meses de vida del niño. Considerando el primer año de vida como punto de partida pueden detectarse alteraciones como: ausencia de sonrisa, ausencia de conductas anticipatorias (pedir brazos o incluso no mostrar algún comportamiento ante la presencia del biberón).

Sin embargo existen los casos en los que al niño no se le detecta ninguna anormalidad; o bien su aparición puede ser discreta o inadvertida ante los padres e incluso el pediatra. Sin embargo la conducta más frecuente y visible es *el aislamiento* y en su mayoría no acostumbran a presentar lenguaje oral a los doce meses.

Dentro de las actividades progresivas que puede llegar a realizar el niño autista son: girar objetos de manera continua, alinear juguetes y/u objetos cuales quiera sin permitir que alguien se involucre.

- Forma regresiva:

Esta forma refiere a que los signos del espectro autista aparecen de manera repentina y sin ningún factor desencadenante ante un proceso de desarrollo aparentemente normal. Dicho proceso (como se indica) comienza de manera repentina y consecutiva; iniciando por la conducta gradual de aislamiento y ausencia de respuesta ante estímulos sociales o verbales.

El lenguaje oral llega a desaparecer a tal grado que el infante solo se comunica a través de gritos o sonidos sin carácter simbólico.

- Autismo de nivel bajo:

A partir de los dos años de vida del niño comienza una etapa complicada desde la perspectiva conductual, a lo largo de su desarrollo se comienzan a demostrar conductas como hiperactividad e inquietud psicomotora, las cuales llegan a provocar mayor desorganización en la conducta del niño.

Suelen agravarse los estadios de sueño y hambre de tal manera que se pueden presenciar *rituales* que obstruyan con su desarrollo normal. Y esto a su vez es acompañado de cambios de humor repentinos y sin causa aparente; por otro lado también se puede observar que el infante es capaz de ignorar estímulos muy intensos (desde ignorar un ruido hasta no sentir dolor por una caída o golpe) por lo que las conductas auto-agresivas comienzan a ser más visibles y constantes.

- Autismo de nivel alto:

Ante los ojos de las personas, los infantes dentro de este grado de autismo tienden a caer en rutinas; las cuales son progresivas e inalterables. No existen las relaciones interpersonales, tiene mucha dificultad para entablar una conversación.

Por otro lado pueden presentarse crisis de agitación por el hecho de no poder tener lo que quiere o por ver que los demás no lo comprenden y así mismo llegar a presentar conductas de heteroagresividad.

2.5. Estrés en padres de niños autistas

2.5.1. El estrés.

Desde 1935, Hans Selye, (considerado el padre del estrés) implantó el concepto de estrés como manifestaciones o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo ante diferentes agentes dañinos ambientales de naturaleza física o química. (Secretaría de Salud, 2010).

Peña y Sotil (2000) citan a Lazarus para argumentar que el estrés no puede ser definido en términos de estímulos o respuesta; sino más bien como variable interviniente. Esto quiere decir que en el momento que se presente un escenario notado como amenaza para la persona o para su entorno se genera una reacción emocional desagradable a la cual se debe afrontar.

Es aquí donde se referirá al *afrontamiento familiar*, el cual puede expresarse como: la capacidad de la familia para movilizarse y poner en labor medidas que actúen sobre las exigencias que demandan cambios (Macías, Madariaga, Valle y Zembrano, 2013).

Entonces con lo anterior, se puede comprender que el estrés puede ser causado por diversos factores que se encuentran dentro de nuestro contexto. Los cuales pueden afectar en tres rangos: personal, familiar e incluso al entorno social (Salud en familia, 2011).

Las afectaciones del estrés se pueden catalogar de dos maneras:

- A) En el plano fisiológico: trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial, taquicardias o enfermedad coronaria); respiratorios (asma bronquial o hiperventilación); gastrointestinales (úlceras pépticas, colitis ulcerosa y estreñimiento); dermatológicos (sudoración excesiva y dermatitis), musculares (tics, temblores,

contracturas) y sexuales (impotencia, eyaculación precoz, coito doloroso y alteraciones del deseo).

B) En el plano psicológico: se pueden observar alteraciones como miedos, fobias, depresión, trastornos de la personalidad, conductas obsesivas y compulsivas, y alteraciones del sueño. Todas estas alteraciones pueden estar acompañadas por trastornos cognitivos, como incapacidad para la toma de decisiones, dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes e irritabilidad.

2.5.2. Impacto familiar.

La familia se considera como un sistema abierto, un conjunto que interacciona de manera dinámica entre sí intercambiando energía e información dentro de su entorno (Feixas y Miró, 1993).

Núñez (2007) refiere a que la familia con un hijo con discapacidad afronta un estrés crónico a consecuencia de las demandas de origen físicas, emocionales e incluso económicas que implica dicha situación.

Ningún padre está preparado para recibir un diagnóstico de autismo. En efecto, cualquier padre de un niño con discapacidad (a largo plazo) debe pasar por un proceso de duelo ante la realidad de que su hijo presenta tener una condición diferente, ya que ayudar y apoyar a un niño autista a desarrollarse de la manera más adecuada posible es un trabajo que lleva mucho tiempo (Wing, 1998).

La aceptación del diagnóstico es variable en cada persona; lo cual quiere decir que puede haber tanto padres o madres que se vean muy afectados a tal grado que nieguen el problema o hasta llegar a la postura de culpabilidad del problema del niño (Pozo, 2010).

Por otra parte Gray (2006) reseña el cómo los padres de familia que presentan tener niños autistas se encuentran dentro de un proceso de adaptación, en donde experimentan periodos

de estrés y momentos críticos dentro del entorno familiar debido a la búsqueda del diagnóstico y todo su proceso de intervención que conlleva dicho padecimiento.

Normalmente este tipo de investigaciones se centran más en el examinar los perfiles diferenciales entre los padres de hijos autistas y padres de niños con otros trastornos. Dentro de los resultados de estos estudios se muestra que *las madres* de las personas con autismo presentan mayor índice de estrés a diferencia de las madres cuyos hijos tenían retraso mental y síndrome de down (Pozo, Sarriá y Méndez, 2006).

Ya que comprendimos que las madres representan el rol del principal cuidador; hay que comprender que son las principales re percutoras de afectaciones dentro de las áreas de salud física y mental, haciendo referencia actual del *síndrome del cuidador* (Seguí, Ortiz y de Diego, 2008).

El autismo (en conjunto con sus complicaciones), resulta ser un trastorno complicado y serio dentro del desarrollo infantil. Presentando que las características clínicas de dicho trastorno presenta tener una constante fuente de estrés en el cuidador y la familia (Seguí et al., 2008).

De esta forma, Pozo et al. (2006) menciona que se encontró en nuestro país niveles de estrés clínicamente significativos en las madres de niños diagnósticos con autismo. Refiriendo a que las mayores afectaciones son tres:

- La permanencia de sintomatología en el niño
- La falta de aceptación del comportamiento autístico dentro de la sociedad y en la familia.
- Los bajos niveles de apoyo proporcionados por los servicios sanitarios y otros servicios sociales.

Donovan (1988) explica que existe evidencia científica la cual sugiere que madres y padres de familia de niños autistas se encuentran con mayor riesgo de presentar dificultades en su

bienestar psicológico, obteniendo mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y síntomas somáticos.

Por otro lado Bouma y Schweitzer (1990) mencionan que también se han demostrado mayores niveles de estrés en madres con niños autistas a comparación de madres de niños con enfermedades físicas crónicas (como la fibrosis quística).

2.5.3. Manejo del diagnóstico del niño autista.

Ante el diagnóstico del autismo, los padres se enfrentan a una serie de problemas, los cuales pueden ser emocionales o de índole práctica (intervención). Esto quiere decir que las expectativas que los padres tenían hacia la crianza de su hijo deberán ajustarse al desarrollo de una actitud constructiva, ya que como bien se sabe el autismo no es detectable en el momento del nacimiento (Wing, 1998).

En efecto, es necesario que cada padre de familia sea capaz de confrontar sus propias necesidades y emociones, y para esto Autism Speak (2010) menciona que es importante considerar el proceso de duelo ante la confrontación del diagnóstico del autismo. Dicho duelo se basa en las siguientes fases:

- Choque:

Es la primera fase del duelo; los padres de familia suelen quedarse confundidos ante la nueva noticia. Se puede presentar el cuestionamiento de dicho diagnóstico e incluso buscar una segunda opinión.

- Tristeza:

Existe la posibilidad de que los padres se muestren desilusionados ante dicha noticia, por otro lado también pueden existir señales de desánimo. Sin embargo, es importante considerar que como padres tienen el derecho a desahogarse y expresar lo que sienten.

El hecho de llorar puede permitir soltar un poco de aquella tensión acumulada.

- Rabia:

Considerada como parte natural del proceso, la rabia es una reacción esperada ante la sensación de pérdida y el estrés que acompañan al diagnóstico. Puede manifestarse como irritabilidad, gritos, reacciones explosivas e incluso se puede manifestar más hacia los seres queridos (desde los amigos hasta el conyugue). La rabia de alguna manera representa que como padre o madre se siente herido.

- Negación:

Esta reacción no es consiente, durante esta parte del proceso será complicado entender y aceptar la información relevante al diagnóstico dado. Sin embargo, es importante no perder de vista la importancia del seguimiento y/o tratamiento del niño.

De igual manera es importante considerar que existen quienes pueden aportar no solo su apoyo moral; sino su ayuda para brindar información acerca de las necesidades que el hijo va a demandar.

- Soledad:

Refiere a la acción de sentirse solo y/o aislado, y esta situación puede darse por dos situaciones; la primera porque se necesita de un espacio para comprender la situación existente acerca del diagnóstico del hijo. Y otra, porque con la noticia reciente puede y que se sienta que los seres cercanos no lleguen a comprender la situación y lo que esta implica con el paso del tiempo.

- Aceptación:

De acuerdo a la Real Academia Española (2010) se le considera a la aceptación como el acto de recibir sin oposición lo que se es dado; aceptar que el infante ha sido diagnosticado con autismo. Sin embargo, esto no quiere decir que se ha aceptado por completo la presencia del autismo.

Lo anterior quiere decir que si ya se reconoció el diagnóstico de autismo; los padres se muestran estar más preparados para afrontar de una manera más constructiva la nueva intervención que podrá ayudar a su hijo.

- Darse tiempo para adaptarse:

Cada miembro de la familia (hermanos, padres entre otros miembros) procesa de manera distinta y en tiempos diferentes el diagnóstico.

Por otro lado Cabezas (2001) menciona que las etapas de duelo por las que los padres pasan son las siguientes:

- Negación:

Se caracteriza por el aturdimiento y la incredulidad (¿Por qué a mí?). Por otro lado comienza la búsqueda por otro especialista que pueda decir que el diagnóstico es incorrecto.

- Miedo:

Existen los casos en que los padres no tienen la debida orientación profesional adecuada, generando así la frustración hacia la interrogante *¿Ahora qué pasará?* Y posteriormente surgirán cuestiones como: qué dirán, como lo manejarán con los otros hermanos y/o parientes.

- Culpa:

Uno como padre considera que él es el causante; comenzando a indagar dentro de la historia familiar buscando una respuesta.

- Rechazo:

Se busca evitar contacto con el niño y el entorno en que el círculo familiar se encuentre; sumando sentimientos de tristeza, dolor e incluso vergüenza; entre otros.

Durante la sucesión de este proceso, cabe mencionar que es muy importante la intervención de grupos de apoyo. Los cuales ayudarán a satisfacer las necesidades de los padres; de tal

manera que ellos logren comprender dicho suceso de manera progresiva para poder ayudar de manera efectiva a sus hijos (Cabezas, 2001).

Es importante decir que este proceso puede ser vivido de diferente manera diferente; lo cual quiere decir que existe la posibilidad de que los padres no coincidan en las mismas fases del duelo (Pérez y del Barco, 2003).

2.5.4. Factores asociados al estrés.

Los padres de un niño autista tienen que enfrentar una serie de dificultades en los ámbitos emocionales y prácticos. Una vez diagnosticado el trastorno autista, los padres necesitan pasar por una serie de cambios los cuales se llevarán a cabo a largo plazo y es aquí donde se pueden manifestar los estadios del estrés (Cabezas, 2001).

Considerando que el autismo no puede ser diagnosticado antes de los dos años de edad, los padres tienen que llegar a comprender las respuestas a las siguientes interrogantes:

- ¿Por qué el niño llora constantemente sin una causa aparente?
- ¿Por qué no toma sus alimentos en la misma forma que los niños de su misma edad?
- ¿Por qué presenta conductas repetitivas?
- ¿Por qué no acepta el contacto físico o permanece aislado la mayor parte del tiempo?
- ¿Por qué no sabe comunicarse, ni utilizar el lenguaje en forma apropiada?

Por otro lado Pérez y del barco (2003) refieren a que si existe una alteración en cualquier miembro de la familia; este puede afectar a su entorno. Presentando que un niño con autismo perturba los niveles de madurez, dedicación, responsabilidad; así como también las relaciones externas con amigos y grupos del mismo círculo familiar. Lo cual quiere decir que pueden presentarse alteraciones *estresantes* en las siguientes temáticas:

- Tiempo de dedicación:

El hijo autista precisará más dedicación que otro hijo. Siendo que (por su condición) presenta más probabilidad de riesgos de accidentes; así mismo considerar la cantidad y diversidad de pruebas diagnósticas y clínicas a las que se ven sometidos.

- Recursos Económicos:

Debido al tiempo de dedicación que presenta tener un hijo con autismo, puede obligar a que alguno de los padres no trabaje o reduzca su jornada laboral. Por otro lado se deberá considerar los gastos de terapias, ocio, centros educativos y en ocasiones el costo de medicamentos.

- Dedicación a otros hijos y familiares:

Debido a la condición del infante, puede que se requiera la *completa* atención a comparación del resto del círculo familiar. Lo cual puede llevar a un cierto grado de disminución de atención, por lo que en consecuencia puede existir cierto complejo de culpabilidad por esa desatención. Sin embargo, si hablamos de relaciones con hermanos puede que exista problemas en las relaciones intrafamiliares; sobre todo si los hermanos se encuentran en las etapas como en la pre y la adolescencia.

- Relaciones sociales:

Debido a la atención y requerimientos del menor, puede que se provoque una situación de aislamiento social. Pero sobre todo dicho aislamiento puede presentarse dentro de la dinámica familiar, sin embargo si hablamos de una familia extensa pueden existir distintas posturas en cuanto a apoyo se refiere: Abuelos o tíos encargándose de llevar y traer al colegio todos los días al menor. O por otro lado existe quien se *desentiende* o evita interactuar dentro de la nueva dinámica familiar.

- Relaciones de pareja:

Es complicado compartir espacios de intimidad, experiencias e incluso tiempo de ocio. Cuando en la familia existe un hijo con una discapacidad (en este caso el autismo) existirá la duda de que sean capaces de comprender la situación y el estado del niño. En algunos casos existe la posibilidad de separación matrimonial; así como los casos en que los padres se

desentienden y dejan la responsabilidad completa al otro progenitor (generalmente las madres).

2.5.5. Impacto psicosocial de la familia.

Minuchin (1977) explica el concepto de familia como un sistema en constante transformación; así como un sistema que puede adaptarse a diferentes exigencias de diversos estadios por lo que pueden atravesar.

Von Bertalanffy (1976) refiere que la familia es un sistema intrínsecamente activo; por lo que todo tipo de tensión puede ser originada desde dos perspectivas:

- **Intra sistémicos:**
El nacimiento de los hijos, el momento en que los hijos alcancen su independencia, un luto, un divorcio o la discapacidad de algún miembro de la familia.
- **Inter sistémicos:**
Mudanzas, modificaciones del ambiente o de las condiciones de trabajo, cambios en el plano de los valores, etc.

La enfermedad presente en algún familiar presenta ser un factor tensionante; por lo tanto la misma familia buscará una posible respuesta. La respuesta familiar se dará en diversos planos:

- **En el clima emocional:**
Creado en el sistema familiar, interferirá en la posible interpretación de otras situaciones ajenas al problema.
- **La existencia de recursos:**
Pueden ser asistenciales (pueden ayudar a comprender y superar la situación), así como la existencia de recursos tanto personales como familiares (cognitivo y emocional). Los cuales funcionaran siempre y cuando exista un adecuado sostén emocional, tanto para el individuo como para el grupo familiar.

- Adaptabilidad de la situación:
Involucra la posibilidad de aceptar las modificaciones en el nivel de vida; así como las posibilidades para estar cerca de los lugares de tratamiento, modificar los horarios, entre otros.

Muñoz (2011) refiere a que la discapacidad (más que ser un problema que afecta a una sola persona), afecta a todo el círculo familiar. Cuando los padres intentan describir su experiencia al tener en su hogar a una persona con algún tipo de discapacidad. Sin embargo es cierto que cada individuo dentro de la familia tiene un impacto diferente acerca de la discapacidad de su familiar.

El tener a un hijo con discapacidad puede resultar ser una experiencia destructora para los padres de familia. Ya que esta situación llega a someter a las familias a grandes tensiones, por lo que casi todas las familias presentan saber y comprender su situación en base a sus experiencias (Muñoz, 2011).

Por otro lado Soto (2010) menciona que hablar de discapacidad (de manera general) es hacer referencia a *posibilidades limitadas* de desarrollo humano en las dimensiones *individual* y *social*, lo cual quiere decir que la discapacidad es un *problema social* y con ello mantener una correcta acción reflexiva en base a la siguiente relación:

- El discapacitado
- La comunidad a la que pertenece

Por lo tanto, ocuparse de la comunidad en que vive el discapacitado significa llevar a la práctica la necesidad de proteger y acrecentar el respeto por la naturaleza humana. En efecto, los padres de los niños que presentan alguna discapacidad no están preparados o dispuestos para afrontar las exigencias de cambio y ajuste que se presentan con el nacimiento de su hijo; siendo que los padres aprenden de la discapacidad de su hijo al mismo tiempo que acompañan

el proceso de desarrollo de sus hijos. Lo cual significa, que ser padres de un niño que presenta una discapacidad es un nuevo y completo rol (Soto, 2010).

Aramayo (2001) refiere a que la discapacidad puede abordarse desde varias perspectivas; entre ellas la *perspectiva social* la cual visualiza la discapacidad desde una compleja interacción entre las variantes: legales, institucionales y organizacionales. Dicho modelo social presenta ser una nueva visión orientada hacia un novedoso paradigma, el cual postula la comprensión y solución de la compleja problemática socioeconómica y cultural de aquellos que presentan tener alguna condición de discapacidad, mostrando a continuación sus principales componentes (Figura 2).



Figura 2. Componentes interactivos del modelo social (Aramayo, 2001).

En conjunto, Bristol y Schoper (1984) describen que la presencia de una persona (en este caso niño) autista presenta ser una principal fuente de estrés que puede alterar a algunos de los aspectos de la adaptación y funcionamiento familiar.

Por lo tanto, se indica que la combinación de un deterioro cognitivo y de un comportamiento aberrante dentro de los diferentes contextos sociales (familia, amigos, conocidos, escuela, etc.) involucran una mayor demanda dentro de los recursos emocionales, temporales y materiales; esto quiere decir que el tiempo de ajuste y funcionamiento de la familia puede no

solo ser afectado sino demorado de producir un impacto generado por las situaciones estresantes dentro del mismo círculo familiar (Bristol, 1979).

2.6. Visión de la familia del niño autista

2.6.1. Necesidad de las familias con niños autistas.

Las familias de los niños autistas, se encaran con agentes que les pueden producir tensión (estresores). La adaptación es un proceso dinámico que puede avanzar a lo largo del tiempo; el cual implica realizar una serie de ajustes debido a las nuevas demandas dentro del círculo familiar (King, Zwaigenbaum, Baxter, Rosenbaum y Bates, 2006).

Los padres de hijos con discapacidades describen toda una serie de cambios como:

- Desarrollo de cualidades personales:
Paciencia, amor, compasión, tolerancia, acercamiento entre los miembros de la familia.
- Reforzamiento de convicciones espirituales y religiosas

A lo largo del tiempo, todos y cada uno de los miembros de la familia son una fuente de apoyo y pueden participar en el proceso de formación, adaptación y educación del infante que se encuentra con la condición de autismo. Los padres tienen que aprender a vivir con un hijo con características especiales, lo cual exige adaptaciones dentro de todos los sentidos. Esto quiere decir que dentro de la vivienda se debe crear la nueva visión de un sistema armónico y dinámico; comprendiendo así los valores y la unión familiar como principales prioridades (Martínez y Cruz, 2008).

2.7. Intervenciones educativas

A) Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista:

Pozo, Sarria y Méndez (2006) realizaron un estudio con el objetivo de analizar el estrés maternal en familias de personas con autismo. Se propuso un modelo multifactorial y global basado en el modelo teórico de estrés familiar Doble ABCX, en el cual el factor aA (estresor) en interacción con bB (apoyos) y cC (percepción, en nuestro estudio sentido de la coherencia o SOC) produce un resultado o factor xX (nivel de estrés).

En dicha intervención se utilizó una muestra de treinta y nueve madres con hijos diagnosticados de trastornos del espectro autista, con edades entre 32 y 63 años (presentando una media de 44,03 y desviación típica de 7,34). Poseían diferentes niveles de estudios que abarcaban desde estudios básicos hasta superiores y diferentes ingresos familiares. El 53,8% trabajaba en el hogar y el 43,6% tenía un trabajo remunerado. El tamaño de la unidad familiar predominante era la pareja (89,7% casada) con dos hijos o más (82,1%).

Para su elaboración se implementaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario sociodemográfico*; con la finalidad de obtener los datos de identificación de los participantes: a) datos sobre la persona con discapacidad (edad, sexo, diagnóstico y trastornos asociados); b) datos sobre la familia (número de personas que integran la unidad familiar, número de hermanos y situación económica); y c) datos correspondientes a la madre (edad, estado civil, nivel de estudios, profesión y situación laboral). *Escala de Apoyo para Padres de Hijos con Discapacidad (Bristol, 1979)*; se utilizó para medir la utilidad con la que las madres percibían la ayuda o apoyos que poseen en el cuidado diario de su hijo con discapacidad. Está formada por 23 ítems cuyas puntuaciones van de 0 (nada útil) a 4 (sumamente útil). Está compuesto por tres subescalas: apoyo formal, informal y formativo. Sin embargo, para nuestro estudio utilizamos una medida de apoyo total, obtenida por la suma de los ítems de las dos primeras subescalas, mostrando una fiabilidad ($\alpha = .68$) aceptable. *Escala de Estrés Parental (Abidin, 1995)*; Compuesta por 36 ítems, todos ellos contenidos en la escala completa PSI de 120 ítems, siendo la correlación entre PSI y PSI/SF de 0.94. La fiabilidad de la escala mostrada en el estudio ($\alpha = .92$) fue muy buena. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de 5 puntos. La suma de las puntuaciones de los 36 ítems de la escala nos indica el grado de estrés parental total que experimenta una persona en el rol de padre/madre.

Dentro de los resultados se encontró que el 87% de las madres superaban el nivel de $PSI/SF > 90$, considerado clínicamente significativo. Indicando que el modelo empírico se ajustó al teórico propuesto. Existía una relación directa y positiva entre estresor y estrés. Los apoyos y el SOC tenían una relación directa y negativa con el estrés, actuando como variables moduladoras.

B) Grupos de psicoeducación destinados a padres de niños de espectro autista.

Este estudio fue elaborado por Unamuno (2006), teniendo como objetivo bajar el nivel de estrés de estas familias, a través de encuentros de psicoeducación coordinados por dos profesionales especialistas en el manejo grupal y en Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Dicha intervención se compuso de 8 encuentros grupales, componiéndose en tres fases: *Introductoria*; los profesionales y los padres de los niños se presentaron y se trabajaron temas tales como; experiencias, expectativas, modos de afrontamiento por parte de los padres. Se brindará información acerca de cómo se desarrollarán los encuentros y los contenidos de los mismos. *Fase Informativa*; se transmitirán contenidos acerca de la etiología, frecuencia y síntomas del autismo, se trabajará acerca de lo que les suele suceder a las familias con niños con esta patología y que tipo de intervenciones pueden ayudar. Y *fase de Intercambio*; en base a los aportes, inquietudes y sugerencias recibidas de los padres, los profesionales responderán a las dudas planteadas, harán una evaluación acerca del proceso y entregarán un cuadernillo con el contenido de las sesiones informativas.

Para la población de muestra se indicó un máximo de ocho parejas y cinco como mínimo. Se aceptó la presencia de un solo padre. Dentro del procedimiento se solicita a los padres llevar los estudios previos que comprueben el estado del menor, para así poder inscribirse dentro del programa.

Como resultados de esta intervención se mostró lo siguiente: dentro de los aprendizajes de procedimiento se mostró que los padres son más capaces de identificar cuáles son las estrategias que ayudan y/o dificultan la comunicación en el ambiente familiar; de la misma manera se observó un cambio en el nivel de expectativas y exigencias con respecto a sus hijos. La percepción de los padres de familia respecto al ambiente familiar demostró cambios significativos, ya que la toma de decisiones se tornó más de forma democrática entre todos los miembros de la familia y así mismo los mismos miembros del grupo argumentan la importancia y los beneficios de la utilización de esta clase de programas para fortalecer las relaciones familia-escuela-comunidad.

C) Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia.

Anchante, Burgos, Tarazona y Ahumada (2008) realizaron esta intervención con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los padres de niños con autismo sobre conceptos básicos de la enfermedad y los cuidados que requieren en las áreas social, conductual y de lenguaje.

Como métodos se desarrolló un estudio descriptivo y corte transversal; la muestra fue no probabilística constituida por 30 padres pertenecientes a una asociación de autismo, conforme criterios de inclusión: edad del padre >18 años con un hijo entre 3-12 años.

Se utilizó un cuestionario de 20 preguntas en dos partes: 1) datos sociodemográficos del padre/madre y niño, además del diagnóstico médico y, 2) preguntas relacionadas con los conceptos básicos sobre autismo y cuidados que requieren los niños en las áreas social, conductual y de lenguaje. Para el análisis de los datos se empleó la estadística descriptiva mediante el programa SPSS versión 12.

Su intervención se basó en tres fases: 1) Presentación del programa, en la cual se realiza la implementación de los instrumentos antes mencionados. 2) Sesiones informativas: con duración de tres sesiones se tratan los temas de etiología del autismo y su prevalencia; síntomas del autismo y que suele suceder a las familias con un niño/a con autismo. 3) Sesión de afrontamiento e intercambio: con duración de cuatro sesiones se plantean técnicas de capacidad de afrontamiento y resolución de problemas; técnicas de relajación, expresión de expectativas futuras, conclusiones y dudas.

Y dentro de los resultados se obtuvo que 56,7% de los padres tenía entre 30-39 años de edad, 60% era de sexo femenino y 76,7% tenía instrucción superior. Con relación a los niños, el 50% era preescolar, 80% de sexo masculino y 73,3% tenía autismo entre leve y severo; en cuanto al nivel de conocimiento de los padres sobre conceptos básicos y cuidados del niño, el 93,3% presentó conocimiento regular con una $x = 12,0 \pm 2,7$, destacándose en cada área el nivel regular: 73,4%, 70,0% y 60,0% respectivamente. Los padres de familia presentaron un nivel de conocimiento regular sobre autismo y los cuidados que requieren sus niños en el

área social, conductual y de lenguaje, debiendo considerarse que más del 70% de los niños tenía diagnóstico de autismo.

D) Experiencias de los cuidadores de niños y niñas con autismo en una institución.

Obando (2009) realizó un estudio en donde pretende conocer, comprender y describir la realidad y los cambios producidos en la vida de los cuidadores de niños con autismo, presentado como un estudio de tipo cualitativo.

La muestra fue conformada por 15 cuidadores tomando en cuenta las siguientes características: tener a su cuidado a un niño diagnosticado con autismo y que accedieran de manera voluntaria.

Para la elaboración de este estudio se realizó un programa de tres fases (seis sesiones en total): 1) La ansiedad de los padres de familia ante la nueva situación; en donde los padres manifiestan sus inquietudes y miedos. 2) Capacidad de afrontamiento; en donde los padres refieren los esfuerzos cognitivos y conductuales que les sirven para manejar la situación del autismo en su círculo familiar. 3) Calidad de vida de los padres; los padres manifiestan su estado de salud física y psicológica en donde se incluyen las relaciones personales y la relación con el entorno en el que se encuentra. Para su elaboración se utilizó como instrumento la entrevista semiestructurada a profundidad; considerando las siguientes temáticas: experiencias y modificaciones en la cotidianidad de la persona que ejerce el rol de cuidador.

Dentro de los resultados se presentó la siguiente información; la mayoría de los cuidadores buscaron la manera de adaptarse a la nueva condición de vida. Por otro lado, después de orientarse con expertos en la temática se dejó atrás la perspectiva de que el autismo es un disturbo ante la dinámica familia; de igual manera (hablando del ámbito laboral) se modifica la relación al tipo de trabajo que se pueda acceder.

E) Estrés y familias de personas con autismo.

Merino, Martínez, Cuesta, García y Pérez (2012) realizaron este estudio teniendo como principal objetivo el conocer los principales estresores percibidos por las familias de personas con TEA.

Su diseño se basa en la combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas reforzando, de este modo, la validez empírica del estudio. Se ha adaptado la Escala de Estrés Parental (Oronoz y cols., 2007) a la realidad de las familias de las personas con TEA, para obtener datos de carácter cuantitativo y se han llevado a cabo grupos de discusión abiertos y no directivos, para la recopilación de información de tipo cualitativo.

Se obtuvo como muestra la participación de León (24 madres, 12 padres y 7 participantes que no informan de su parentesco con la persona con TEA). De todos ellos, 31 (18 madres, 7 padres y 6 personas que no informan de su parentesco), son familiares de personas con TEA y discapacidad intelectual asociada y 12 son familiares de personas con AAF (6 madres, 5 padres y 1 familiar que no informa de su parentesco con la persona con TEA).

Para su primera fase se aplicaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario de estrés y familias con TEA*; partir de la adaptación de la Escala de Estrés Parental (PSS) a la realidad de las familias de las personas con TEA⁴. Se sustituyó el concepto “de su hijo/a” por el “de su familiar con TEA” para especificar y concretar las respuestas referidas a la persona con TEA y se añadieron ocho ítems en los que se tenían en cuenta los estresores específicos que la literatura previa sobre estrés y familia de personas con TEA considera relevantes. Con dichos ítems se pretendió enriquecer y completar los datos aportados en el trabajo de Oronoz et al. (2007) donde se utilizó el PSS original, de 17 ítems, en una muestra de familias con hijos sin discapacidad.

Posteriormente se llevó a cabo la segunda fase (de intervención) con la dinámica de grupos de discusión; dividiendo a los integrantes en tres grupos de discusión para hacerlo de manera simultánea. Basándose con un guion elaborado por expertos en autismo y en trabajo con familias, se incluyeron cuatro periodos: 1) Situaciones vitales particularmente estresantes; el

diagnóstico y momentos vitales estresantes (1ra y 2da sesión). 2) Afectación a la dinámica familiar, calidad en la atención y estrés percibido en la relación con los hermanos y/o familiares de la persona con TEA, estrés en la relación de pareja y familia extensa (3ra, 4ta y 5ta sesión). 3) Obtención de recursos; cambios en la vida social y conciliación de la vida familiar, personal, redes sociales (6ta y 7ma sesión). 4) Necesidades futuras de apoyo

Los resultados mostrados permiten identificar varios momentos o situaciones que tienen gran incidencia en el estrés percibido por los miembros de las familias. Así, los padres y madres de personas con TEA perciben como principales motivos de estrés aquellos ligados a la obtención del diagnóstico, la preocupación por el futuro, el acceso al sistema sanitario, la dificultad para conseguir recursos y la búsqueda de apoyos, lo cual indica que existe una percepción común *en cuanto a los estresores percibidos por las familias que conviven con personas con TEA*. Los estresores manifestados por las familias quedan reflejados en factores como tiempo de dedicación, grado de responsabilidad, percepción de estrés, vida social, grado de satisfacción, vinculación afectiva y recursos económicos. Asimismo los resultados muestran que la dinámica familiar, en concreto la relación con los hermanos y la relación de pareja se ven afectadas, así como la vida social y económica.

F) Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud.

Seguí, Ortiz y De Diego (2008) centraron su investigación en evaluar los niveles de sobrecarga, así como el estado de salud mental y física en los cuidadores de niños diagnosticados de autismo.

La muestra consistió de 40 cuidadores de niños diagnosticados de algún tipo de trastorno del espectro autista por profesionales de salud mental, 38 de los 40 sujetos son mujeres frente a sólo dos hombres. La edad media de la muestra se sitúa en 40.67, oscilando entre 32 y 56 años (DT 5.45). El 82.5% de los sujetos son casados frente al 5% de solteras, el 2.5% de viudas y el 10% de separadas y divorciadas. El 59% de la muestra es ama de casa, siendo 41% restante trabajadoras empleadas por cuenta ajena. El 42.5% cursaron estudios de Formación Profesional o bachillerato, el 27.5% llegaron a estudios universitarios, repartiéndose el resto entre graduado escolar (17.5%) y estudios primarios (12.5%).

Como instrumentos fueron utilizados: *Entrevista Diagnóstica de autismo Revisada ADI-R* (Lord, Rutter y Couteur, 1994): instrumento diagnóstico destinado a evaluar el autismo en niños y adultos. La entrevista se centra primordialmente en las características diagnósticas claves especificadas en el CIE-10 y el DSM-IV, principalmente en aquellos aspectos que tienen que ver con retrasos en el desarrollo y desvíos en la interacción social recíproca, lenguaje, comunicación, juego y en comportamientos e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados. La entrevista se compone de 111 ítems repartidos en seis secciones.

Varios estudios indican una alta consistencia interna para los diferentes dominios, situándose en un rango de 0.69 a 0.95, además de una elevada fiabilidad interjueces (0.62-0.96). Estudios de validez han demostrado ser un instrumento capaz de discriminar niños jóvenes autistas de otros con retraso mental y dificultades con el lenguaje, siendo altos los niveles de sensibilidad.

Escala de sobrecarga del cuidador (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980): utilizamos la adaptación y validación al cas tellano de Martín, Salvadó, Nadal, Miji, Rico, Lanz y Tausing (1996). Dicha escala es autoaplicada y evalúa el nivel de sobrecarga del cuidador a través de 22 ítems en una escala tipo likert de 5 valores de frecuencia (1= nunca; 5= casi siempre). Se evalúa el grado en que los cuidadores perciben como sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional. La puntuación total tiene un rango que oscila entre 22 y 110, habiendo sido propuesto diferentes puntos de corte: no sobrecarga (22-46); sobrecarga leve (47-55); y sobrecarga intensa (56-110).

SF-36 (Ware y Sherbourne, 1992): adaptación española de Alonso, Prieto y Anto (1995). Dicho instrumento consta de 36 ítems que exploran 8 dimensiones del estado de salud del sujeto. Los ítems y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; a mayor puntuación, mejor estado de salud. El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100, aportándonos la puntuación típica con baremación española, la cual permite la conversión a percentiles según la tabla normal. Posee una elevada consistencia interna (0.8 para todas las escalas, salvo para

“función social” que es 0.76), siendo el rango 0.71-0.94. El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para función física, vitalidad y percepción general de salud y de 0.6 para función social.

El programa constituyó 11 sesiones de dos horas cada una abordando las siguientes temáticas: 1) Integración y presentación, 2) Espectro autista, 3) Aprendizaje de las técnicas efectivas para el entrenamiento conductual en seis pasos, 4) Convivencia, 5) Emociones, 6) Habilidades sociales, 7) Comunicación, 8) Autonomía, 9) Conductas problemas, 10) Adaptación e integración y 11) Cierre.

Los resultados de los instrumentos y el programa mostraron que los valores de sobrecarga encontrados en los cuidadores de niños diagnosticados de autismo son bastante elevados. El 72.5%, se sitúa en el rango de sobrecarga intensa (56-110); el resultado indica que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución de frecuencias según las categorías realizadas [$\chi^2 (2) = 27.65$; $p < .01$]. En relación con la salud mental y física de los cuidadores, las puntuaciones obtenidas en percentiles han sido divididas en cuartiles para analizar su distribución. De esta forma, se han formado cuatro grupos: bajo (<25), medio-bajo (26-50), medio alto (51-75) y alto (>75). Si se tiene en cuenta la media ponderada de todos los factores de salud física (comp. sf), se obtiene una correlación moderada ($r = -.30$) resultando significativa al .05. En cambio, considerando la media ponderada de los factores de salud mental que también contempla dicho instrumento (comp. sm), se encuentra una alta correlación ($r = -.56$), siendo en este caso estadísticamente significativa al .01

G) Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación.

Pascual, Llorente, Martos, Rodríguez y Olmo (2012) comenzaron su investigación teniendo como objetivo analizar si la participación en una escuela de padres de personas con TEA repercute positivamente en el impacto familiar, en concreto, en la percepción de estrés y de competencia en los progenitores de niños con TEA.

Para su elaboración, se planteó una muestra de 27 familias residentes en Navarra. Las edades de los progenitores se encontraban comprendidas entre los 25 y 55 años de edad (las edades comprendidas entre los 35 y 44 años fueron las mayoritarias). Más del 80% de las personas que cumplimentaron el cuestionario fueron las madres.

Se utilizó como principal instrumento el cuestionario de impacto familiar de Donenberg y Baker. Este cuestionario consta de 50 preguntas dirigidas a valorar el impacto del niño en el núcleo familiar. Para cada ítem hay cuatro alternativas de respuesta: casi nunca, algunas veces, muchas veces y casi siempre, y con el conjunto de los ítems se valoran seis áreas específicas: sentimientos y actitudes hacia el niño, impacto en la vida social, impacto sobre la economía familiar, impacto en el matrimonio, impacto sobre los hermanos y cuestiones generales. Por las características del estudio que se presenta, el interés primordial se situaba en el análisis del primer bloque (sentimientos y actitudes hacia su hijo) y el penúltimo bloque (impacto sobre los hermanos).

Dentro de los resultados se encontró que mejora en la disminución del estrés de los padres, en la percepción que tienen de la respuesta que dan a las conductas de sus hijos y, de forma significativa, en la valoración de la calidad del tiempo compartido de los padres y de los hermanos con desarrollo típico.

H) Investigación de nuevos tratamientos para aliviar el estrés en padres de niños con autismo.

Esta investigación fue llevada a cabo por Feinberg (2012) en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Boston, en la cual menciona que es fundamental enfrentar y canalizar estos sentimientos, pues un niño que padece algún trastorno del espectro autista tiene necesidades especiales y requiere de todo el apoyo de sus padres.

Esta investigación señala que una intervención cognitivo conductual, conocida como educación problema-solución (PSE, por sus siglas en inglés), podría ayudar a disminuir el estrés y la depresión en los padres si se aplica inmediatamente después del diagnóstico de autismo.

Los investigadores condujeron pruebas clínicas dentro de instituciones dedicadas al tratamiento del autismo y en seis programas de intervención basadas en la comunidad. Estas pruebas se realizaron en 122 madres de niños pequeños (menores a 6 años) que recientemente habían recibido un diagnóstico de trastorno de espectro autista. 55 madres recibieron el nuevo modelo de PSE y 63 madres recibieron el modelo clásico basado en métodos conductuales. El estrés parental y la depresión materna fueron entonces evaluadas después de tres meses de tratamiento.

Los resultados arrojaron que las el 3.8% de las madres sometidas a la intervención PSE mostraron señales de estrés parental, mientras que entre quienes fueron sometidas a un tratamiento tradicional el porcentaje fue de 29.3%. También las madres que se sometieron al tratamiento experimental mostraron menores síntomas de depresión, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

I) Programa de desarrollo psicosocial- Estrés y modo de afrontamiento en padres y madres de niños con TEA y Síndrome de Down.

Dabrowska y Pisula (2010) aportaron dicha investigación con el objetivo de examinar el perfil de estrés en dos grupos de madres y padres de niños pequeños con discapacidad intelectual (autismo y síndrome de Down), y comparar sus percepciones de estrés parental (cuando se emplea el término 'parental' se refiere a ambos: padres y madres) con las de madres y padres de niños sin discapacidad.

Para esto se realizó el estudio en 51 matrimonios con niños con autismo, 54 con niños con síndrome de Down y 57 con niños sin problemas de desarrollo. Las edades de los niños oscilaron entre 2 y 6 años. Todos los niños pertenecían a familias de dos padres.

Como instrumentos se proporcionó la medición del estrés parental. Se utilizó el Questionnaire of Resources and Stress (QRS) de Holroyd, cuya utilidad para discriminar entre familias de niños con problemas ha sido ya confirmada.

Con ayuda del instrumento de evaluación se elaboró un programa de tres etapas utilizando grupos de discusión para su implementación: 1) Visión del menor dentro del círculo familiar; dependencia y manejo, alteración cognitiva y limitaciones físicas. 2) Problemas personales, atenciones en el transcurso de la vida, estrés por enfermedad y carga personal por parte de quien responde por el menor y 3) Problemas familiares: límites en las oportunidades de la familia, falta de armonía y dificultades financieras.

Como resultados se obtuvieron que el nivel de estrés fuera mayor en los padres de niños con discapacidad del desarrollo (autismo y síndrome de Down) que en los padres de niños con desarrollo normal. Y esto se comprobó tanto en las puntuaciones totales de estrés como en los resultados de nueve de las once escalas QRS; pero no hubo diferencias entre grupos en dos: el estrés relacionado con dificultades financieras y la falta de gratificación personal. Los padres de niños con autismo mostraron mayor estrés que los de niños con desarrollo normal en 8 de las 11 escalas. Los padres de niños con autismo mostraron mayor grado de estrés que los de niños con síndrome de Down en varias sub escalas: dependencia y manejo, límites para las oportunidades de la familia, atenciones en el transcurso de la vida; en cambio fue al revés en relación con las limitaciones físicas. En cuanto a diferencias entre madres y padres, las madres de niños con autismo mostraron más estrés que los padres en dos sub escalas: dependencia y manejo y límites para las oportunidades de la familia.

J) Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones.

Rey (2005) realizó esta investigación con el objetivo que la madre, padre u otros responsables legales del niño traten los problemas de comportamiento que éste. Para ello pretende que, con el entrenamiento, los padres o cuidadores aprendan los principios que rigen el comportamiento y el aprendizaje, de manera que comprendan mejor la conducta de su hijo e implementen las estrategias y técnicas más adecuadas para intervenir sobre sus problemas de conducta.

La duración de los programas de EP depende de los componentes que se han incorporado y de la población a la que se dirijan. Por lo común se desarrollan por medio de sesiones semanales de dos horas en promedio, a lo largo de uno o dos meses.

Los programas de EP iniciales se dirijan al tratamiento de problemas de comportamiento infantil, mostrando mayores beneficios en relación con el tratamiento infantil tradicional, su efectividad para mejorar las competencias de los padres para brindar un mejor cuidado y bienestar a sus hijos ha permitido su desarrollo en poblaciones de padres en riesgo ubicados en ámbitos tan dispares como los vistos en los apartados anteriores. La versatilidad del enfoque es tal que en teoría podría aplicarse a cualquier población de padres en la que existe la necesidad de fortalecer la labor paterna, para prevenir problemas de comportamiento en sus hijos y favorecer el sano desarrollo en los mismos.

Dentro de los resultados encontrados, destaca que los programas de EP han mostrado efectividad para mejorar las competencias de los padres ante el afrontamiento y seguimiento de la intervención para el menor con TEA. Por otro lado, se hace énfasis en la preparación y el profesionalismo de los terapeutas y otros expertos en la materia sean aspectos cruciales en el éxito de la intervención; así como la planificación de la misma. Esperando que en un futuro estos programas contemplen los cambios sociales e históricos que ocurren en las sociedades actuales; por ejemplo el acceso a la nueva tecnología y los cambios dentro de los roles familiares.

K) Centro educativo, familia y Autismo: Implicaciones pedagógico-didácticas del estrés sufrido por padres de personas con Autismo en Centroamérica.

Hinojo, Fernández y Aznar (2004) realizaron el estudio correspondiente con el objetivo de Adaptar la forma abreviada del “Cuestionario de Recursos y Estrés (QRS-F)” de Friedrich et al. (1983), para usarla en la determinación del nivel de estrés en los padres de personas con Autismo que asisten a la Escuela Neuropsiquiátrica, el Taller de Capacitación de la Asociación Costarricense.

Este trabajo fue un tipo de estudio correlacional y de análisis de factores, cuando se parte de la idea de que, en la medición del estrés, influyen variables que se tratan de controlar para identificar las más importantes y las que dejan de tener influencia en él.

La muestra fue constituida por madres de personas con Autismo, quienes fueron seleccionados intencionalmente. La edad de las madres de familia estaba comprendida entre los 25 y los 78 años.

El instrumento que se utiliza en la medición del estrés en padres de niños con Autismo es la “Forma Abreviada del Q.R.S.” (The Questionnaire on Resources and Stress), de Holroyd (1974). La adaptación y reducción la llevó a cabo William N. Friedrich en 1983.

El programa se basó en cuatro fases, las cuales atienden las áreas de paternidad: 1) Propuestas Informativas; Información teórica sobre la situación del autismo y situaciones familiares especiales. 2) Propuestas conductuales; resolución de problemas, control de comportamiento y asertividad. 3) Propuestas centradas en la personalidad y la salud mental; apoyo personal, desarrollo moral, aceptación y estima. 4) Propuestas evolutivas; desarrollo padres y familia.

Para realizar los cálculos y los análisis se utilizó el paquete estadístico computarizado SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Se puede decir que la media de respuesta de los datos corresponde a 0,9202; lo que implica un valor medio de 47,85 (con una desviación estándar de 3,9524) y con valor entre 3 y 51 respuestas y una variancia de 0,0167. Los valores entre los cuales oscila la media son muchos, lo que demuestra una considerable variabilidad en las puntuaciones asignadas a los ítems por parte de los informantes, por lo que el alfa es alta.

L) Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista.

Bueno, Cárdenas, Pastor y Silva (2012) realizaron un estudio con el objetivo de identificar las experiencias de padres de familia en el cuidado de su hijo/a autista entre 3 a 8 años de edad, pertenecientes a la Asociación de padres y amigos de personas con Autismo del Perú.

Este estudio fue elaborado mediante un diseño descriptivo de corte transversal; se basó en la recolección y descripción de los datos obtenidos demostrando experiencias de 30 padres.

Para lo cual se realizó un programa con nueve sesiones de dos horas de duración cada una, las cuales se muestran a continuación: 1) Comprensión del comportamiento inadecuado de los hijos. 2) Mayor comprensión acerca de su hijo y acerca de usted mismo como padre. 3) La estimulación; construcción de la confianza en sí mismo y de los sentimientos de autoestima de sus hijos. 4) Comunicación; como escuchar a su hijo, 5) Comunicación; como explorar alternativas y expresar sus ideas y sentimientos a sus hijos. 6) Consecuencias naturales y lógicas: un método de disciplina que desarrolla la responsabilidad. 7) Aplicación del método de las consecuencias y lógicas. 8) La reunión familiar. 9) Desarrollo de la confianza y uso del propio potencial.

Los datos obtenidos fueron almacenados en la base de datos y el procesamiento de los datos se realizó mediante el software estadístico SPSS versión 15 además de Excel 2007. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos.

Como resultados se mostró en relación con los sentimientos: 53,3% con negación, 66,7% impotencia y 86,7% paciencia. En la dinámica familiar: 70% casi todo el día cuida a su hijo, 63,3% renunció a su trabajo y 70% afronta mutuamente la situación. En lo físico somático, 50% sintió agotamiento ante el cuidado de su hijo y 66,7% estrés.

Como puede observarse los programas descritos dentro de este apartado presentan tener como sujeto de estudio a padres de familia con hijos autistas entre edades de 2 a 6 años y como objeto de estudio al estrés.

Se puede presenciar que en su mayoría, los estudios planteados pueden dirigirse al cuidador principal (madre o padre de familia) o al matrimonio en sí. Por lo tanto las principales sub escalas de observación dentro de los estudios planteados son: dinámica familiar, atenciones en el transcurso de la vida, impacto en el matrimonio, salud mental y salud física.

Se muestra dentro de los análisis obtenidos que frecuentemente los padres con niños autistas presentar tener altos niveles de estrés en comparación a los que tienen niños con desarrollo normal; así mismo se describe que el grado de depresión que presentan tener disminuye gradualmente al término de la intervención (pero no de manera significativa).

En los resultados finales se obtuvo que la percepción que tienen de la respuesta que dan a las conductas de sus hijos, cambia de forma significativa, así como en la valoración de la calidad del tiempo compartido de los padres y de los hermanos con desarrollo típico. No obstante es importante señalar que en su mayoría hacen hincapié en que este tipo de intervenciones son de suma importancia ya que con frecuencia son dirigidas mayormente al integrante familiar que presenta tener un desarrollo atípico.

Capítulo III. Método

3.1. Tipo de estudio:

Fue un estudio de alcance descriptivo prospectivo longitudinal; ya que se realizó una intervención hacia un grupo de población con características definidas y similares en un rango de tiempo y evaluación de presente a futuro a lo largo de la intervención.

3.2. Diseño de Investigación

El diseño de la investigación fue cuasi-experimental ya que se manejaron 2 grupos de población; uno con denominación de grupo en espera y el otro de grupo experimental.

3.3. Muestra:

La muestra incluyó 10 padres de familia que tienen niños con trastorno del espectro autista (TEA), de los cuales 5 fueron para grupo experimental y 5 para el grupo control en espera, asignados al azar.

3.4. Instrumento:

Para realizar la presente investigación se utilizó el instrumento de medición denominado *Cuestionario de Recursos y estrés QRS-F* (Anexo 1). Fue diseñado por Friedrich (1983) para medir el impacto de las personas con discapacidad en los demás miembros de la familia; por lo que se le considera apropiado para medir la adaptación y adecuación de las personas a las situaciones que pueden generar estrés (Soto, 2008).

De acuerdo a Soto (2008) dicho instrumento consta de 52 ítems, dicotómicos (verdadero o falso) los cuales pretenden evaluar 4 factores que pueden producir el estrés, como son:

1. FACTOR I: Problemas familiares y de los padres. A este factor corresponden 13 ítems, los cuales son los reactivos: 3, 5, 9, 10, 12, 18, 24, 32, 33, 35, 46, 50 y 51. Los cuales miden la percepción de los problemas por parte del encuestado respecto a sí mismo, a otros miembros de la familia y a la familia como un todo.

2. FACTOR II: Pesimismo. Está constituido por 4 ítems, los cuales son: 22, 25, 27, 29. Dichos ítems presentan como característica central el pesimismo presente y la probabilidad de que el niño alcance su propia suficiencia.

3. FACTOR III: Características del niño. Consta de 7 ítems sobre la percepción del encuestado acerca de las dificultades específicas, tanto conductuales como actitudinales, presentadas por el niño. Este factor lo conforman los ítems: 2, 11, 21, 23, 34, 37 y 39.

4. FACTOR IV: Incapacidad física. Comprende 4 ítems: 8, 36, 38 y 49 los cuales engloban las percepciones del encuestado acerca de las limitaciones de las habilidades físicas del niño y de sus capacidades de ayuda a sí mismo.

El instrumento presenta tener una confiabilidad de .82 así como un *alfa de Cronbach* de .72. Para su evaluación se realizó el análisis confirmatorio de factores utilizando el paquete estadístico computarizado SPSS (por sus siglas en inglés para Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales):

3.5. Programa de intervención

El programa “El otro lado del autismo” (Anexo 4) tuvo como fin disminuir el estrés en los padres con niños autistas, pues la mayoría de las terapias para el autismo se centran en el niño; refiriendo a que es importante que se les proporcionen las herramientas que puedan usar para manejar el estrés y que continúen creciendo como padres.

Consta de 8 sesiones de 50 minutos cada una y los temas por sesión son:

1. Introducción al estrés (1ra sesión)
2. La historia no es la misma pero es igual (2da sesión)
3. Mi historia... una reflexión importante (3ra sesión)
4. El contrato de la motivación (4ta sesión)
5. La conciencia de mi cuerpo (5ta sesión)
6. Un pequeño paso para ser grande (6ta sesión)
7. Un pequeño espacio para mí es un gran mundo para mí ser (7ma sesión)

8. Mi nuevo reflejo (8va sesión)

Dentro de dichas sesiones se hizo el manejo de diversas técnicas didácticas como: foro-debates, lluvia de ideas y manejo de técnicas de relajación; además de contar con materiales de apoyo visual y auditivo con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos dentro del programa de intervención dirigido a los padres de familia con niños autistas.

3.6. Procedimiento

A partir del primer contacto con la Institución se solicitó la autorización a las autoridades correspondientes por medio del oficio de autorización (Anexo 2). Una vez que se explicaron los motivos y se brindó la autorización, se convocó a una junta con los padres de familia para entregarles su respectivo consentimiento informado (Anexo 3), en el cual se explica el objetivo del programa, su contenido y horarios pre establecido. Una vez que los padres de familia accedieran se pasó a la aplicación del instrumento “QRS-F”. Posteriormente se dio paso a la implementación del programa denominado *El otro lado del autismo* el cual fue implementado por los educadores para la salud al grupo experimental; al término de la intervención se realiza la última evaluación (con el instrumento antes mencionado) para así comparar los resultados con el grupo control y ver la efectividad de la intervención del programa.

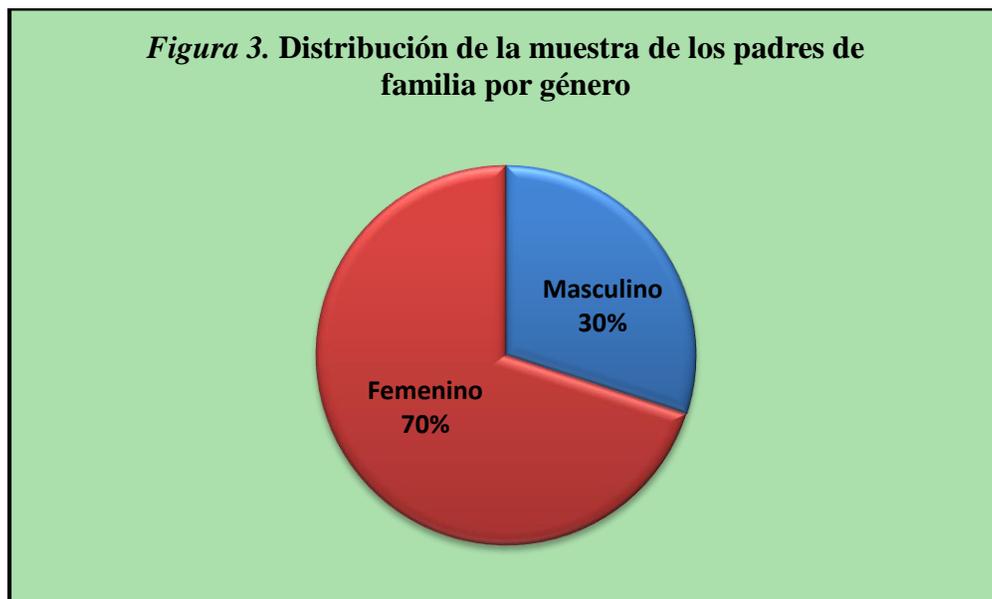
3.7. Plan de análisis

Una vez aplicados los instrumentos, los datos obtenidos se analizaron con el programa SPSS v. 21. Para así poder comprobar las hipótesis, ya que se llevó a cabo una descripción inferencial de lo observado con lo planeado.

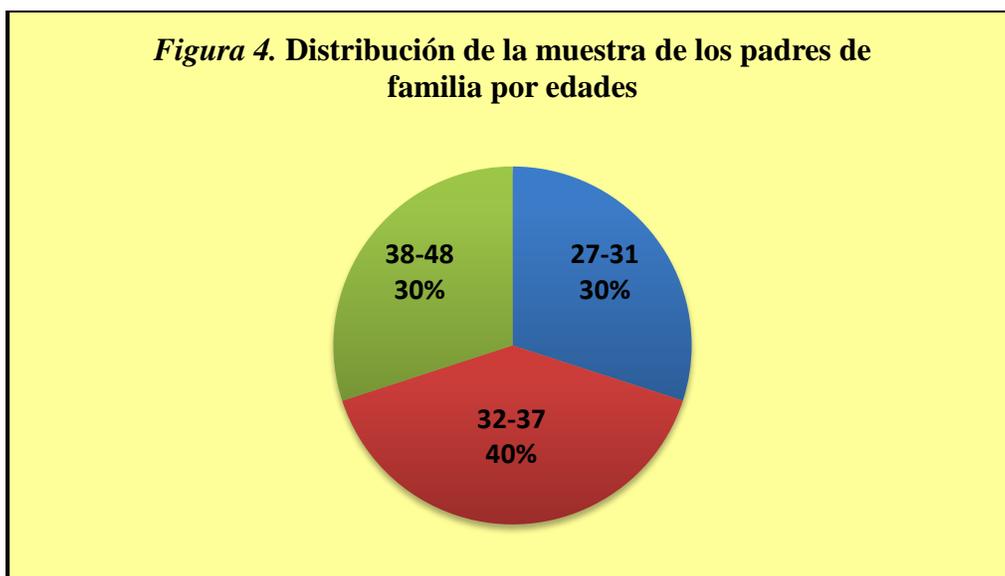
La prueba estadística que se realizó de acuerdo a las hipótesis planteadas dentro de la investigación; para ello se manejó la prueba estadística *Anova de medidas repetidas*.

Capítulo IV. Resultados

4.1. Análisis estadísticos descriptivos

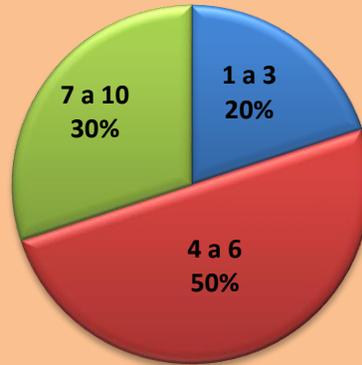


En la Figura 3 se puede observar que el género del cuidador del menor con autismo con mayor prevalencia es el femenino.



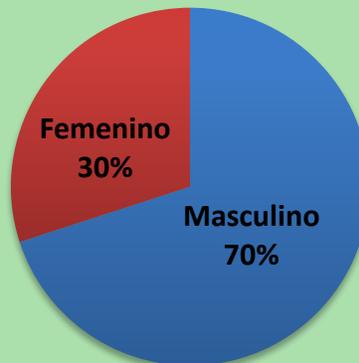
Se puede observar en la Figura 4 que la mayoría de los padres de familia con niños autistas son relativamente jóvenes presentándose en su mayoría entre las edades de 32 a 37 años.

Figura 5. Distribución de la muestra de los niños por edades



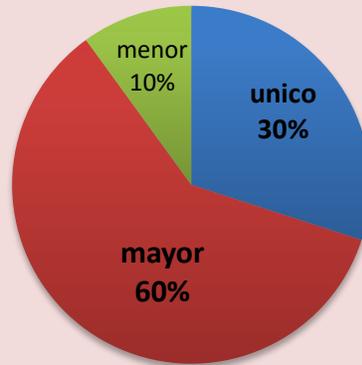
La Figura 5 demuestra que el autismo tiene mayor prevalencia en los niños con edades de 4 a 6 años.

Figura 6. Distribución de la muestra de los niños por género



La Figura 6 refleja que el autismo tiene mayor prevalencia en el género masculino.

Figura 7. Distribución de la muestra por el lugar que ocupa el menor dentro de la familia



La Figura 7 demuestra que el menor con autismo presenta ser el hijo mayor dentro de la familia en la mayoría de los casos.

4.2. Análisis estadísticos inferenciales

Tabla 2. Promedios y desviaciones estándar para la pre prueba y pos prueba de los grupos control e intervención para los factores del Cuestionario “Recursos y estrés QRS-F”

Variable	Grupo				<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Control		Intervención				
	<i>(n = 5)</i>		<i>(n = 5)</i>				
	Post		Post				
	Pre Prueba	Prueba	Pre Prueba	Prueba			
<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>				
	(DE)	(DE)	(DE)	(DE)			
Factor 1:							
Problemas familiares	21.0 (1.14)	19.2 (0.83)	19.0 (1.14)	18.4 (3.28)	.62	.45	.07
Factor 2:							
Pesimismo	5.0 (0.54)	4.2 (0.44)	5.0 (0.44)	7.2 (0.44)	65.33	.00	.90
Factor 3:							
Características del niño	10.0 (0.90)	9.4 (.90)	10.0 (1.68)	11.4 (1.14)	22.22	.00	.73
Factor 4:							
Incapacidad	7.0 (.00)	7.0 (.00)	7.0 (.44)	6.0 (.44)	10.00	.01	.56

La Tabla 2 muestra que existió una variable la cual fue estadísticamente significativa en los factores 2, 3 y 4 lo cual quiere decir que hubo un efecto positivo del programa en el grupo con intervención; en el cual dicho efecto no se debió a factores aleatorios.

Capítulo V. Análisis de Resultados

Los resultados de esta investigación señalan la importancia de intervenir en el cuidado de la salud de los cuidadores primarios que tienen hijos con autismo; principalmente a las madres de familia ya que en el estudio se demostró que conforman el 70% de la población cuidadora.

Para cumplir el objetivo de diseñar un programa para disminuir el estrés en los padres con niños autistas, fue necesaria la planeación y realización de un diagnóstico situacional basado en la implementación de un instrumento de evaluación (cuestionario) para así precisar las principales temáticas a tratar para la muestra sujeto tipo. Dentro de las sesiones informativas y de discusión se encontró que los padres de familia presentaban altos niveles de estrés en cuanto a situaciones relacionadas con el diagnóstico y expectativa de vida del hijo con autismo.

Para efectuar el objetivo que refiere a conocer los niveles de estrés antes y después de la aplicación de un programa de intervención se hizo la implementación del programa con duración de 8 sesiones; en el cual se implementaron técnicas como: grupos de discusión para afrontamiento de diagnóstico, técnicas de relajación y técnicas para la resolución de problemas. Una vez terminado con el programa se encontraron resultados significativos en la visión de los padres de familia sobre el concepto de autismo y sus características, así como la mejora en la reducción de los niveles de estrés.

De acuerdo con los resultados arrojados por el SPSS la significancia (p) es de .00 a .01 en los factores 2, 3, 4 los cuales miden las situaciones de estrés en el padre de familia ante el pesimismo (factor 2), características del niño (factor 3) e incapacidad (factor 4) con una variante de .45 en el factor 1 el cual va relacionado a los problemas familiares; por lo que se considera que el programa para disminuir el estrés en padres con niños autistas presento buenos resultados. Por otra parte, el tamaño de efecto cohen (d) en los factores 2, 3, 4 muestra haber obtenido un cambio significativo grande ya que se considera que valores inferiores a 0.2 indican un efecto pequeño, 0.4 de magnitud media y 0.8 indica un aspecto de alta magnitud. Conforme a los datos obtenidos se observa que el programa tuvo un alto impacto en los individuos, teniendo así una coherencia con la hipótesis alterna, que justifica “

después de la implementación de un programa preventivo existirá una disminución en los niveles de estrés en los padres con niños autistas”.

Los resultados del programa reflejan que con los contenidos de las intervenciones los padres de familia mostraron tener un cambio de expectativas acerca de la condición de sus hijos; así como en el ámbito familiar siendo que los niveles de “pesimismo” (factor 2) revelaron cambios significativos. Dichos resultados concuerdan con las aportaciones de Unamuno (2006) ya que dentro de sus aportaciones se refleja que los padres de familia después de una intervención psicoeducativa los niveles de estrés cambiaron significativamente, mejorando así las relaciones familiares de manera democrática y la percepción de calidad de vida del menor.

Otro resultado destacado dentro de los efectos de la presente investigación es el cambio significativo en la percepción de los padres hacia el autismo (medida en los factores 3 y 4); para lograr estos resultados dentro del programa se hizo uso de algunas sesiones informativas, uso de técnicas de relajación y sesiones de afrontamiento. Tales derivaciones muestran congruencia con el programa y resultados de Anchante, Burgos, Tarazona y Ahumada (2008) ya que para su intervención manejaron su intervención en 3 fases; en las cuales se utilizaron sesiones informativas, sesiones de afrontamiento e intercambio, resolución de problemas y técnicas de relajación donde se trataron las temáticas de etiología, prevalencia y los cambios en dentro de la familia con un niño autista. Así mismo dentro de sus resultados se observó cambios en el conocimiento y cambios en la percepción del hijo autista dentro de la familia.

Por otra parte Obando (2009) elaboro un programa para comprender la realidad de los cambios de vida de los cuidadores de niños con autismo en el cual encontró que con apoyo de expertos en la temática la perspectiva del autismo como disturbo familiar disminuyo significativamente; así como aceptar las nuevas condiciones de vida. Dichos hallazgos coinciden con los resultados obtenidos en la presente investigación; ya que una vez terminadas las sesiones los padres de familia manifestaron lo importante que fue ser atendidos en el aspecto emocional con sesiones informativas, técnicas de relajación y resolución de problemas ya que gracias a estos recursos el significado del autismo dentro del

contexto familiar cambio considerablemente a tal grado que dentro del programa se encontraron cambios significativos en tres de los factores evaluados.

Con lo antes mencionado se debe enfatizar que dentro de las evidencias obtenidas por el instrumento de evaluación utilizado en este programa se encontró que los principales estresores identificados en los padres de familia son aquellos relacionados a la obtención del diagnóstico, la preocupación por el futuro del menor con autismo e incluso a la dificultad de encontrar apoyo en las instituciones de salud y/u otras organizaciones. Estas averiguaciones admiten tener similitud con las contribuciones de Merino, Martínez, Cuesta, García y de la Vega (2012) ya que combinando técnicas cuantitativas y cualitativas llegaron a las aportaciones que la dinámica familiar, la vida social e incluso personal son afectadas debido a las demandas de atención, dedicación y responsabilidad del cuidado del niño.

Seguí, Ortiz y De Diego (2008) mostraron dentro de sus indagaciones que los valores de sobre carga encontrados en los cuidadores de niños diagnosticados de autismo son bastante elevados relacionados a la salud mental y física antes de la implementación de un programa para evaluar los factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo; una vez realizada la intervención del programa sus resultados arrojaron que existieron cambios estadísticamente significativos (.01) en las percepciones de la salud emocional. Con lo anterior se puede contemplar que de igual manera dentro de los resultados conseguidos en este programa se alcanzaron cambios significativos en los niveles de pesimismo de los padres de familia hacia los asuntos relacionados a las expectativas de calidad de vida y características del niño con autismo; esto puede deberse a que en ambas intervenciones se manejan sesiones relacionadas al dar conocimiento del concepto de autismo y sus características, emociones dentro del diagnóstico y futuro del niño e incluso adaptación e integración de los miembros de la familia ante la nueva situación.

Pozo, Sarría y Méndez (2006) realizaron un estudio con el objetivo de analizar el estrés maternal en familias de personas con autismo. Sus resultados indicaron que las madres de familia presentan tener más elevados niveles de estrés en comparación a las madres de familia que tienen a sus hijos con desarrollo típico. Los resultados coinciden con el estudio planteado

ya que se encontró que en el rol de la madre de familia existen más alteraciones (a diferencia del rol del padre) en las áreas de relación social y comunicación con el círculo familiar; las cuales son subsecuentes a la atención y demanda que requiere el cuidado del hijo con espectro autista.

Lo antes mencionado confirma la justificación de esta investigación siendo que el TEA no afecta únicamente al individuo que lo padece, sino que además puede afectar al entorno familiar en el que el individuo se desarrolla.

Es por eso que esta investigación difiere al elaborado por Pascual, Llorente, Martos, Rodríguez y Olmo (2012), el cual fue diseñado para brindarles estrategias prácticas que ayuden a los padres a solucionar gran parte de los conflictos surgidos de la convivencia con un niño con TEA, el cual se dividió en 4 bloques: 1) Comprensión del autismo, 2) estrategias para estimular la comunicación y el lenguaje, 3) Estrategias para hacer fuerte y abordar las conductas inadecuadas y 4) Ideas para estimular el juego y habilidades de autonomía personal. El estudio presente difiere desde su proceso de planeación, ya que el estudio de Ayuda et al. va dirigido a los padres de familia con el propósito de disminuir los niveles de estrés pero mediante la formación de estrategias que permitan ayudar a la conducta del niño con TEA. Con lo cual se demuestra que con frecuencia las intervenciones educativas van dirigidas en su mayoría al tratamiento de la persona que presenta tener una discapacidad en vez de conjuntar el tratamiento con los integrantes de la familia. Puesto que el círculo familiar es el que presenta ser el principal afectado en cuanto a situaciones de estrés ligados al diagnóstico, cuidado y tratamiento del niño con TEA.

Por otra parte, es importante señalar que dentro de la investigación planteada se contempla la necesidad de dirigir la intervención no solo a los grupos afectados directamente por el autismo; sino que debe ser planteada y dirigida a todo su círculo familiar con el que se desarrolla y así poder atender y comprender las repercusiones que atrae el autismo dentro de la dinámica familiar.

Considerando que el diagnóstico de la presencia del autismo es uno de los principales detonantes que suelen aumentar los niveles de estrés; es importante considerar las aportaciones del estudio de Feinberg (2012) en el cual se señala el que es fundamental enfrentar y canalizar los sentimientos encontrados en el proceso de duelo. La investigación planteada coincide en la aportación de la realización de una intervención cognitivo conductual, conocida como educación problema-solución (PSE, por sus siglas en ingles), la investigación planteada por Feinberg señaló que este tipo de intervención podría ayudar a disminuir el estrés y la depresión en los padres si se aplica inmediatamente después del diagnóstico de autismo; dentro de sus resultados se demostró que después de dicha intervención el 3.8% de los padres de familia presentaron altos índices de estrés y mostrando una disminución en los niveles de depresión e inconformidad. Con lo anterior se puede mencionar que dentro de los resultados del estudio planteado dentro de esta investigación se encontraron cambios estadísticamente significativos en los niveles de estrés percibidos antes y después de un programa de intervención, principalmente en tres factores: Pesimismo ($F=65.33$ y $P=.00$), Asimilación de las características del niño ($F=22.22$ y $P=.00$) y la Incapacidad que presenta el niño ($F=10.00$ y $P=.01$)

Es por lo anterior que esta investigación aporta descubrimientos significativos ante las estrategias pedagógicas que se plantearon en su contenido, ya que Bueno, Cárdenas, Pastor y Silva (2012) presentan dentro de su investigación que frecuentemente los padres con niños autistas presentar tener altos niveles de estrés en comparación a los que tienen niños con desarrollo normal; así mismo se describe que el grado de depresión que presentan tener disminuye gradualmente al término de la intervención (pero no de manera significativa). Debido a lo anterior, se puede justificar la importancia de la intervención del educador para la salud al atender a este tipo de población de manera significativa en los ámbitos emocionales y sociales gradualmente mediante estrategias pedagógicas con bases metodológicas que aporten un beneficio a la salud y bienestar de los padres de familia.

Capítulo VI. Conclusiones

Se puede observar que a partir de los resultados obtenidos en la investigación, poniendo énfasis en la importancia de la realización de este estudio. Se muestran los siguientes hallazgos:

El programa brindado presento tener resultados significativos en la visión familiar y del menor en el contexto familiar; ya que una de sus principales aportaciones fue ocuparse en la salud emocional de los padres de familia. Quienes presentan ser los pilares para afrontar la situación en la que se encuentra el menor.

Por otra parte, uno de los principales hallazgos de este programa fue que los padres de familia presentaron que era la primera vez que se les otorgaba atención en el ámbito emocional; debido a que en su mayoría tienen la visión de conseguir los recursos materiales y humanos necesario para intervenir con el estado en el que el menor se encuentra.

El educador para la salud es un profesional universitario altamente calificado que está formado a partir de una visión y misión de trabajo en grupos interdisciplinarios, ya que se sostiene en una formación de calidad bajo una perspectiva multidisciplinaria, que lo posibilita a proyectar un bienestar social, así como desarrollar la capacidad de atención en las áreas de educación, antropología social, cultura, medicina preventiva, etc.

El programa de la licenciatura es la enseñanza de metodologías de trabajo que favorezcan el reconocimiento de los saberes, experiencias, prácticas, hábitos y costumbres comunitarias que influyan en la formación de estilos de vida saludables, para a partir de ahí, iniciar procesos comunitarios de educación para la salud.

Por lo mismo, se reconoce la importancia de la intervención de los educadores para la salud dentro de las intervenciones sociales como la que se presenta en esta investigación:

Se reconoce que los padres de familia de niños autistas tiene que confrontar diversas situaciones; en las cuales pueden encontrarse con diferentes conflictos los cuales ponen a prueba su capacidad de adaptación, no solo de la situación nueva en el hogar sino de las

nuevas demandas y atenciones que se aplicaran dentro de los otros círculos sociales en donde la familia se desarrolla.

Respecto a lo anterior podemos indicar que la relación entre estresor y estrés es confirmada entre que la severidad del trastorno y los problemas de conducta del menor aumentan los niveles de estrés percibidos en los padres. Sin embargo aun cuando ya está diagnosticada la situación de estrés dependerá de cómo se percibe la problemática y si existe algún tipo de apoyo que intervenga ante la problemática de manera significativa.

Existen diversos factores que contribuyen a la presencia y aumento del estrés dentro del núcleo familiar, los cuales hacen referencia a: el momento del diagnóstico, la dificultad de poder obtener recursos (sobre todo de índole monetaria), la preocupación por el futuro del menor y la falta de apoyo por parte de instituciones.

Los padres de presentaron un nivel de conocimiento regular sobre autismo y los cuidados que requieren sus hijos en las áreas: social, de lenguaje y conductual. Considerando que el nivel de severidad del TEA era variante entre los niños.

Con lo anterior se destaca que por eso es la importancia de realizar más estudios relacionados al cuidado y atención del bienestar tanto físico como emocional de los cuidadores primarios de niños con trastorno del espectro autista.

Por tal motivo la hipótesis que se planteó en el programa ha sido correcta ya que los resultados marcan que: Existen diferencias significativas en el índice de estrés percibido en los padres de familia antes y después de un programa de intervención.

El presente estudio presenta ciertas limitaciones, las cuales son importantes señalar para la relevancia y validez de la presente investigación: Una es la referida al tamaño muestral con el que se ha contado, el cual no permite realizar generalizaciones; por lo que se considera necesario ampliar el número de muestra para poder tener en cuenta y estudiar otras cuestiones.

Cabe mencionar que el tiempo estipulado para las sesiones en ocasiones no era el apropiado, ya que una de las prioridades del estudio era el área emocional por lo que es importante escuchar y poner atención a cada integrante respecto a las emociones trabajadas durante las sesiones.

Las personas con TEA así como sus familias carecen de atención por parte de los servicios públicos para poder acceder a recursos, recibir un diagnóstico o incluso recibir tratamiento. Así mismo es difícil el encontrar Instituciones públicas que brinden apoyo para educación, convivencia y desarrollo de los mismos.

Por otra parte, se presentan algunas recomendaciones para futuras investigaciones:

Es importante considerar a la salud mental dentro de los nuevos programas de intervención, ya que es un punto que no se considera asociado a la discapacidad presentada dentro del núcleo familiar.

Generar futuras investigaciones que midan el impacto que produce el recibir el diagnóstico de autismo en los cuidadores y familias, haciendo hincapié en el proceso de duelo.

Es importante que el personal profesional (sea educador, doctor, trabajador social, etc.) reconozca la salud mental como eje central; por lo que el personal profesional deben ser acreedores de un conocimiento íntegro sobre el esfuerzo y lo que implica ser un cuidador de un niño con TEA sin olvidar un perfil ético.

En cuanto a la pregunta de investigación planteada dentro de esta investigación “¿Por qué es importante disminuir el estrés en padres de niños autistas?”, se puede analizar que la atención y apoyo va exclusivamente dirigido a los pacientes que presentan tener directamente la enfermedad. Sin embargo, su atención es centrada en la atención biológica y psicológica del mismo interno en la Institución; siendo que los padres de familia son los que tienen la mayor carga de cuidado, dedicación e incluso esfuerzo por que el hijo o hija salga adelante.

También se encontró que el factor emocional es uno de los más desatendidos a la hora de la intervención; siendo que la prioridad de las intervenciones dirigidas por las pocas instituciones que las provee tiene como principal objetivo modular la conducta de los niños autistas, dejando atrás el proceso de duelo a la hora de recibir un diagnóstico ya que la atención dirigida debe darse de una manera inmediata.

Por último es importante recalcar la importancia de considerar todo el círculo familiar dentro de los programas de atención que existen dedicados al autismo; ya que como se sabe la familia es un sistema en donde no solo puede haber desajustes sino que puede existir una alteración a tal grado que devaste las relaciones de comunicación, convivencia e incluso respeto entre los integrantes de la misma familia.

Referencias

- Abidin, R. (1995). The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 407-412.
- Alcantud, F., Rico, D. & Lozano, L. (2012). *Trastorno del espectro autista*. Valencia: Piramide.
- Anchante, B., Burgos, U., Tarazona, R. & Ahumada, L. (2008). Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia. *Herediana, 1*, 1-10.
- Aramayo, M. (2010). *Hablemos de la discapacidad en la diversidad*. Tesis de doctorado. Venezuela: Universidad Monteávila.
- Autism Speaks. (2010). *Autismo, manual para los primeros 100 días*. México: HACE
- Autism Speaks. (2014). Qué es Autismo. Consultado en: <http://www.autismspeaks.org/qu%C3%A9-es-el-autismo>
- Ayuda, P. R., Llorente, C. M., Martos, P. J., Rodríguez, B. L. & Olmo, R. L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Revista de Neurología, 54*, 573-580.
- Balbuena, F. (2000). Breve revisión histórica del autismo. *Asociación Española de Neuropsiquiatría, 22*, 333-353.
- Basa, J. A. (2010). *Estrés parental con hijos autistas: un estudio comparativo*. Tesis de Licenciatura. Argentina: Universidad católica de Argentina.
- Botana, I. & Peralbo M. (2014). Familia, estrés y atención temprana. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación, 1*, 55-63.
- Bouma, R. & Schweitzer, R. (1990). The impact of chronic childhood illness on family stress: A comparison between autism and cystic fibrosis. *Journal of Clinical Psychology, 46*, 722-730.
- Bristol, M. M. & Schoper, E. (1984). *A developmental perspective on stress and coping in families of autistic children*. New York: Academic Press.
- Bristol, M.M. (1979). *Maternal coping with autistic children: the effect of child characteristics and interpersonal support*. Tesis de doctorado. Carolina del Norte: University of North Caroline.

- Brogan, C. (sf). *El diagnóstico del autismo y síndrome de asperger: Práctica Profesional y Satisfacción en los padres*. Consultado en: http://www.autismo.com.es/autismo/documentacion/documentos_tecnicos/diagnostico/documents/El%20diagnostico%20de%20autismo%20y%20sindrome%20de%20asperger.pdf
- Bueno, H. A., Cárdenas, G. M., Pastor, Z. M. & Silva, M. (2012). Experiencias de los padres ante el cuidado de su hijo autista. *Revista Enferm Herediana, 1*, 26-35.
- Burr, W. R. (1973). *Theory construction and the sociology of the family*. New York: Wiley.
- Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: una guía de intervención. *Actualidades Investigativas en Educación, 1*, 1-16.
- Cuxart, F. (1997). *El impacto del niño autista en la familia*. Madrid: Rialp.
- Cuxart, F. (2000). *El autismo, aspectos descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Aljibe
- Dabrowska, A. & Pisula, E. (2010). Estrés y modo de afrontamiento en padres y madres de niños con TEA y Síndrome de Down. *Journal of Intellectual Disability Research, 3*, 266-280.
- Donovan, A. M. (1988). Family stress and ways of coping with adolescents who have hándicaps: maternal perceptions. *American Journal of Mental Retardation, 6*, 502-509.
- Dykens, E. (2014). *Los padres de niños con autismo también necesitan ayuda*. Consultado en: <http://consumer.healthday.com/cognitive-health-information-26/autism-news-51/los-padres-de-ni-ntilde-os-con-autismo-tambi-eacute-n-necesitan-ayuda-690050.html>
- Feinberg, E. (2012). *Investigan nuevos tratamientos para aliviar estrés en padres de niños con autismo*. Consultado en: <http://www.clikisalud.net/investigan-nuevos-tratamientos-para-aliviar-estres-en-padres-de-ninos-con-autismo/>
- Feinberg, E. (2013). *Autismo, mente y depresión*. Consultado en: <http://www.clikisalud.net/investigan-nuevos-tratamientos-para-aliviar-estres-en-padres-de-ninos-con-autismo/>
- Feixas, G. & Míro, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

- Fendrik, S., Stagnaro, J. C. & Wintrebert, D. (2005). Trastorno generalizado del desarrollo. *Revista Argentina de psiquiatría*, 16, 251-319.
- Fundación Dominicana de Autismo. (2010). *Niveles de autismo*. Consultado en: http://fundaciondominicanadeautismo.org/index.php?option=com_content&view=article&id=14:niveles-de-autismo&catid=7:todo-sobre-el-autismo&Itemid=18
- Glidden, L. y Natche, M. (2009). Coping strategy use, personality and adjustment of parents rearing children with developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 12, 998-1013.
- Gray, D. E. (2006). Coping over time: the parents of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 970-976.
- Hinojo, L. F., Fernández, M. F. & Aznar, D. I. (2004). *Centro educativo, familia y Autismo: Implicaciones pedagógico-didácticas del estrés sufrido por padres de personas con Autismo en Centroamérica*. Consultado en: <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/desembre04/article03.pdf>
- King, G. A., Zwaigenbaum, S., Baxter, D., Rosenbaum, P. & Bates, A. (2006). Cambios en los sistemas de convicciones/ valores de las familias de niños con autismo y síndrome de Down. *Revista de Síndrome de Down*, 23, 51-58.
- Lara, C., Dary, L., Utria, O., Ávila, T. & Hernando, J. (2012). Factores de riesgo pre, peri y postnatales asociados al género en niños y niñas con autismo. *International Journal of Psychological Research*, 5, 77-90.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Strees, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- López, S., Rivas, R. & Taboada, E. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 555-570.
- Macías, A., Madariaga, C., Valle, M. & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología del caribe*, 30, 123-145.
- Manual estadístico y diagnóstico de trastornos mentales. (1995). *Trastornos generalizados del desarrollo*. Consultado en: <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

- Marcín, C. (2013). *Prevalencia del autismo en México*. Consultado en: <http://www.clima.org.mx/images/pdf/prevalencia.pdf>
- Marco, F. (2014). *Eustrés y distrés*. Consultado en: <http://www.larelajacion.com/larelajacion/07eustres.php>
- Martínez, M. M. & Bilbao, L. C. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Intervención Psicosocial*, 17, 215-230.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J. M. (1983). *The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation*. New York: The Haworth Press.
- Merino, M. M., Martínez, M. A., Cuesta, G. J., García, A. I. & Pérez, L. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Madrid: Fundación ONCE.
- Merino, M., Martínez, A., Cuesta, J. & García, A. I. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Madrid: Fundación ONCE.
- Minuchin, S. (1977). *Familia y terapia familiar*. España: Gedisa
- Muñoz, L. A. (2011). *Impacto de la discapacidad en las familias*. Consultado en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_38/ANAS_TASIA_MUNOZ_1.pdf
- Núñez, B. (2007). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires, Argentina: LUGAR.
- Obando, M. D. (2009). *Experiencias de los cuidadores de niños y niñas con autismo en una institución*. Tesis de Licenciatura. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Orengo, J. (sf). Urie Bronfenbrenner, Teoría Ecológica. Consultado en: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/janette_orengo_educ_173/Urie_Bronfenbrenner.pdf
- Pascual, A. R., Llorente, C. M., Martos, P. J., Rodríguez, B. L. & Olmo, R. L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Revista de Neurología*, 54, 573-580.
- Pascual, R., Llorente, M., Martos, J., Rodríguez, L. & Olmo, L. (2012). Medidas de estrés e impacto familiar en padres de niños con trastornos del espectro autista antes y después de su participación en un programa de formación. *Revista de Neurología*, 54, 573-580.

- Peña, A. & Sotil, A. (2000). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. *Revista de Investigación en Psicología*, 3, 29-45.
- Pérez, D. G. & del Barco, H. (2003). *Convivir con el autismo*. Consultado en: <http://anesm.net/descargas/convivir%20con%20el%20autismo.doc>
- Pozo, C. P., Sarriá, S. E. & Méndez, Z. L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18, 342-347.
- Pozo, P., Sarria, E. & Méndez L. (2006). Estrés en madres de personas con trastornos del espectro autista. *Psicothema*, 18, 342-347.
- Real Academia Española. (2010). *Que es aceptación*. Consultado en: <http://lema.rae.es/drae/?val=aceptar>
- Rey, C. (2005). Entrenamiento de padres: una revisión de sus principales componentes y aplicaciones. *Revista infantil, adolescente y familia*, 1, 61-84.
- Rogel, F. J. (2004). *Autismo*. Consultado en: <http://scielo.unam.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf>
- Romero, A. E. (2011). *La familia de niños con trastorno del espectro autista*. Consultado en: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/La-Familia-De-Ninos-Con-El-Trastorno-Del-Espectro-Autista.pdf>
- Salud en Familia. (2011). *Éstres*. Consultado en: <http://www.saludenfamilia.es/general.asp?seccion=514>
- Schalok, M. (2012). *Autism parenting stress index: Initial psychometric evidence*. Consultado en: <http://desafiandoalautismo.org/indice-estres-padres-autismo/>
- Secretaria de Salud. (2010). *Guía sobre el manejo y prevención del estrés laboral*. Consultado en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Guia_Manejo_Estres_30062010.pdf
- Seguí, J. D., Ortiz, T. M., De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de Psicología*, 24, 100-105.
- Soto, C. (2010). *Discapacidad: sobrecarga, estrés y recursos en la familia*. Tesina de licenciatura. Argentina: Universidad del Aconcagua.

- Thompson, R. J., Gustafson, K., Hamlett, K. W. y Spok, A. (1992). Stress, coping and family functioning in the psychological adjustment of caregivers and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 741-755.
- Unamuno, M. (2006). Grupo de psicoeducación destinado a padres de niños de espectro autista. *Revista Internacional On-line*, 5, 1-21.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de sistemas*. México: Fondo de cultura económica.
- Williams, C., Dijkxhoorn, I., Vivanti, D., Gerland, G., Foubert, A., Pinto, P., Meldrum, B., Peeters, T., Jordan, R. & Sattock, P. (2000). *Código de buenas prácticas para la prevención de la violencia y los abusos hacia las personas con autismo*. España: IMSERSO.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paídos.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de medición “QRS-F”

- **Instrucciones:** Lea cuidadosamente cada pregunta que se plantea. Marca la respuesta que consideres apegada a la realidad (V= Verdadero, F= Falso).
Recuerde que la información que brinde será confidencial y sólo se utilizará con fines de investigación.

Cuestionario QRS-F

Ficha del Padre y/o Tutor:

Nombre: _____ Edad: _____
Género:

Ficha del menor:

Género: Edad: _____
Lugar que ocupa el menor dentro del grupo de hermanos

Único		Mayor		Medio		Menor	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

1. Mi hijo (a) no se comunica con otras personas de su edad.	V	F
2. Otros miembros de la familia tienen que posponer sus asuntos a causa de mi hijo (a).		
3. Nuestra familia se pone de acuerdo sobre situaciones y actividades importantes.		
4. Me preocupo por lo que podrá pasarle a mi hijo (a) cuando ya no pueda cuidar de él o ella.		
5. Las demandas constantes de cuidado por parte de mi hijo (a) limitan el crecimiento y desarrollo de otro miembro de la familia.		

6. Mi hijo (a) está limitado (a) en el tipo de trabajo que él o ella pueda realizar para subsistir.		
7. He aceptado el hecho de que mi hijo (a) podría vivir su propia vida en algún medio especial (por ejemplo: institución u hogar protegido).		
8. Mi hijo (a) puede alimentarse solo (a).		
9. He dejado de hacer cosas que realmente quería hacer con el fin de prestar atención a mi hijo (a).		
10. Mi hijo (a) es capaz de integrarse al grupo social familiar.		
11. Algunas veces evito mostrar a mi hijo (a) en público.		
12. En el futuro, la vida social de nuestra familia sufrirá un cambio generado por el aumento de responsabilidades y gastos financieros.		
13. Me molesta que mi hijo (a) siempre será así.		
14. Me siento tenso (a) cuando estoy en público con mi hijo (a).		
15. Puedo visitar a mis amigos cuando quiero.		
16. Llevar a mi hijo (a) de vacaciones echa a perder la tranquilidad de toda la familia.		
17. Mi hijo (a) sabe la dirección de su casa.		
18. La familia hace tantas cosas en conjunto como lo hacía anteriormente.		
19. Mi hijo (a) está enterado de quién es él (ella).		
20. Me molesta el rumbo que lleva mi vida.		
21. Algunas veces me siento muy avergonzado (a) a causa de mi hijo (a).		

22. Mi hijo (a) no hace tanto como debería ser capaz de hacer.		
23. Es difícil comunicarse con mi hijo (a) porque él (ella) tiene dificultad para comprender lo que se le dice.		
24. Hay muchos lugares donde podemos disfrutar como familia cuando mi hijo (a) nos acompaña.		
25. Considero que mi hijo (a) está sobreprotegido.		
26. Mi hijo (a) es capaz de involucrarse en juegos o deportes.		
27. Mi hijo (a) tiene demasiado tiempo libre.		
28. Estoy decepcionado (a) de que mi hijo (a) no lleve una vida normal.		
29. El tiempo absorbe a mi hijo (a), principalmente el tiempo libre.		
30. Mi hijo (a) no puede poner atención por mucho tiempo.		
31. Me es fácil relajarme.		
32. Me preocupa qué va a hacer con mi hijo (a) cuando crezca.		
33. A menudo me canso demasiado para poder disfrutar.		
34. Una de las cosas que aprecio de mi hijo (a) es su confianza.		
35. Hay mucho odio y resentimiento en nuestra familia.		
36. Mi hijo (a) es capaz de ir solo (a) al baño.		
37. Mi hijo (a) no puede recordar lo que dice de un momento a otro.		
38. Mi hijo (a) puede viajar en autobús solo (a).		
39. Es fácil comunicarse con mi hijo (a).		

40. Las constantes demandas de cuidado de mi hijo (a) limitan mi crecimiento y desarrollo.		
41. Mi hijo (a) se acepta a sí mismo como persona.		
42. Me siento triste cuando pienso en mi hijo (a).		
43. A menudo me preocupo de lo que le sucederá a mi hijo (a) cuando ya no pueda cuidarlo (a) más.		
44. La gente a menudo no entiende lo que mi hijo (a) trata de decir.		
45. Cuidar de mi hijo (a) me demanda mucho esfuerzo.		
46. Los miembros de nuestra familia acostumbran realizar las mismas cosas que hacen otras familias.		
47. Mi hijo (a) siempre será problema para nosotros.		
48. Mi hijo (a) es capaz de expresar sus sentimientos hacia los demás.		
49. Mi hijo (a) tiene que usar bacinilla o pañales.		
50. Raramente me siento triste o melancólico (a).		
51. Estoy muy preocupado (a) la mayor parte del tiempo.		
52. Mi hijo (a) puede caminar sin ayuda.		

Gracias por tu participación

Anexo 2. Carta presentación

Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl
Nezahualcóyotl, México a 14 de Octubre de 2014

Asunto: Carta de Presentación

DRA. ALEJANDRA HERNÁNDEZ

DIRECTORA

Reciba un cordial saludo. Al mismo tiempo me permito solicitar su invaluable apoyo para que los alumnos Diliegros Aguirre Yonatan y Ruvalcaba de Alba Rocio estudiantes de la Licenciatura en Educación para la Salud de séptimo semestre de la Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl realicen una investigación e intervención educativa titulada “El otro lado del autismo” en la institución de su digno cargo.

El desarrollo de las actividades esta propuesto para llevarse a cabo en los meses de octubre a enero, preferentemente los días jueves en un horario de 8:00 a 9:00 horas.

Como resultado de la anterior actividad usted contará con un diagnóstico realizado y un programa implementado de “Prevención y disminución de estrés en padres de niños autistas” Agradeciendo la atención prestada y anticipando una respuesta favorable me despido, quedo de usted.

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

LIDIA IVÓN OCAMPO MUNGUIA
SUBDIRECTORA ACADEMICA

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA “EL OTRO LADO DEL AUTISMO” EN PADRES DE NIÑOS AUTISTAS

Estimado usuario:

Usted ha sido seleccionado de manera aleatoria para participar en la realización de un **Programa para la disminución de estrés en padres de niños autistas**, elaborado por la especialista en Educación para la salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl.

Informando que dicha intervención se llevara a cabo con fines de investigación relacionados a la temática antes mencionada. Este programa tiene como objetivo evaluar los niveles de estrés antes y después de la aplicación de dicho programa. Esto solo es un requisito para obtener resultados con fines de investigación.

Para la implementación de este programa, es importante mencionar que se hará la aplicación de un instrumento de evaluación (cuestionario) el cual tendrá una duración aproximada de 30 min. Y posteriormente se dará paso a las sesiones del programa (8 sesiones de máximo 1 hora cada una durante 4 semanas).

Usted como participante no obtendrá compensación alguna. Cabe mencionar que usted como participante no correrá riesgo alguno y los beneficios no se verán directamente, la información obtenida en dicha investigación será bajo estricta confidencialidad y de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales.

Los resultados serán proporcionados a usted (si así lo desea). En caso de tener alguna duda o pregunta podrá acudir con los Educadores para la salud:

- Yonatan Diliegros Aguirre
- Rocío Ruvalcaba de Alba

Así mismo, en caso de dudas y/o aclaraciones se le puede localizar en la Universidad Autónoma del Estado de México, Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl; Av. Bordo de Xochiaca s/n Col. Benito Juárez C.P. 57000, Ciudad Nezahualcóyotl; Estado de México, que los atenderán de forma cordial.

Si desea aportarnos su participación, favor de llenar el talonario de autorización y entregarlo a especialista responsable.

He leído el procedimiento descrito arriba, me han explicado el procedimiento de la intervención que se realizara, dónde (Nombre completo) yo: _____
_____ y voluntariamente doy mi consentimiento para participar en la implementación del Programa preventivo antes mencionado.

Firma del Usuario

Fecha

Anexo 4. Contenido del programa



**Universidad Autónoma del Estado de México
UAP Nezahualcóyotl
Licenciatura en Educación para la Salud**

**Programa para disminuir el estrés en padres con niños autistas
“El otro lado del autismo”**

Presentan

**Diliegros Aguirre Yonatan
Ruvalcaba de Alba Rocio**



Asignatura: Seminario de titulación II

Profesor: Dr. Esteban Jaime Camacho Ruíz

ÍNDICE

Introducción

Objetivo

Marco teórico

Descripción del programa

Cartas descriptivas por sesión

Sesión 1

Sesión 2

Sesión 3

Sesión 4

Sesión 5

Sesión 6

Sesión 7

Sesión 8

Anexos

Referencias

Introducción

Marcín (2013) menciona acerca de un estudio en donde se estima que la prevalencia para el autismo en México es de 1 en 300 niños; se puede hablar que cuando menos 115 mil niños con Autismo en México y con riesgo de que cada año nazcan 6,200 nuevos casos.

Cuando se diagnostica autismo en un niño, la familia, especialmente los padres, reaccionan con sentimientos de angustia, enojo, tristeza e incertidumbre. Es fundamental enfrentar y canalizar estos sentimientos, pues un niño que padece algún trastorno del espectro autista tiene necesidades especiales y requiere de todo el apoyo de sus padres (Feinberg, 2013).

Como menciona Merino, Martínez, Cuesta, y García (2012) las investigaciones sobre familias de personas con trastorno del espectro autista (TEA) se puede agrupar atendiendo a cuatro aspectos de relevancia que han ayudado a constituir la historia del autismo: influencia de la familia en el origen del autismo, programas de intervención conductual en el contexto familiar, necesidades de las familias, adaptación familiar, estrés y afrontamiento. El estudio de todos estos aspectos ha permitido, por una parte, eliminar mitos e ideas erróneas y, por otra, abrir caminos de interés dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con TEA y sus familias.

Objetivo: Disminuir los niveles de estrés en padres con niños autista

Marco teórico

Definiciones

Autismo.

Autism Speak (2014) menciona que el autismo es un trastorno neurológico complejo que generalmente dura toda la vida. Es parte de un grupo de trastornos conocidos como trastornos del espectro autista (ASD por sus siglas en inglés).

Distrés.

Marco (2014) menciona que es el estrés producido por los estímulos internos o externos, los cuales superan la capacidad de respuesta y adaptación; es decir el estrés que se produce cuando los estímulos internos o externos superan nuestra capacidad de respuesta y adaptación, el cual, con el tiempo puede ser dañino para la mente y el cuerpo.

Estrés.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) es una relación particular entre el individuo y el entorno. Dicha relación es evaluada como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone el peligro su bienestar.

Estresores.

Marco (2014) menciona que se les puede considerar como cualquier cosa que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo (homeostasis). Existiendo así dos tipos de estresores:

Estresores internos

- Biológicos, como ser, malestar físico, enfermedad, lesión.
- Psicosociales, por ejemplo, pensamientos, sensaciones, recuerdos, etc.

Estresores externos

- Biológicos, como por ejemplo agentes físicos, etc.
- Psicosociales, como ser enfermedad de un familiar, suspender un examen, etc.

Eustrés.

Marco (2014) lo refiere como el estrés positivo a partir del cual la persona es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtener sensaciones placenteras de ello. El eustrés no sólo incrementa la vitalidad, salud y energía vital sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano.

Motivación

De acuerdo al departamento de psicología de la salud (2009) menciona que es aquella necesidad o deseo que destina al comportamiento a la acción de sobresalir óptimamente.

Técnicas de relajación.

Tappe (sf.) refiere como al conjunto de procedimientos y recursos que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental; los cuales permiten al individuo alcanzar un mayor nivel de calma reduciendo los niveles de estrés.

Programa de disminución de estrés en padres de niños autistas

El programa “El otro lado del autismo” tiene como fin disminuir el estrés en los padres con niños autistas, pues la mayoría de las terapias para el autismo se centran en el niño, pero una nueva investigación sugiere que los padres estresados del niño podrían beneficiarse de los tratamientos diseñados específicamente para ellos. Dykens (2014) menciona que las intervenciones, por unas buenas razones, se han centrado en el niño, pero lo que faltaba era dirigirse directamente al bienestar y la salud de los padres; refiriendo a que es importante que se les proporcionen las herramientas que puedan usar para manejar el estrés, y que continúen creciendo como padres.

Se han encontrado niveles más altos de estrés en los padres de niños pequeños con autismo que de niños con otras discapacidades. Posiblemente se deba a la suma de los síntomas principales con las comorbilidades, ya que entre ambos todos los aspectos del funcionamiento del niño puede estar afectados. Los médicos e investigadores necesitan saber cómo los padres afrontan las demandas de cuidar a un niño con autismo para ofrecer estrategias para ayudarlos (Schalok, 2012).

Por ejemplo, las madres de niños con trastornos del espectro autista pueden presentar altos niveles de estrés parental, síntomas de depresión y aislamiento social (según señalan estudios previos). Esta angustia psicológica sugiere que se necesita de intervenciones dirigidas específicamente a la salud mental de los papás después del diagnóstico (Feinberg, 2013).

Consta de 8 sesiones de 50 minutos cada una y los temas por sesión son:

9. Introducción al estrés (1ra sesión)
10. La historia no es la misma pero es igual (2da sesión)
11. Mi historia... una reflexión importante (3ra sesión)
12. El contrato de la motivación (4ta sesión)
13. La conciencia de mi cuerpo (5ta sesión)
14. Un pequeño paso para ser grande (6ta sesión)
15. Un pequeño espacio para mí es un gran mundo para mí ser (7ma sesión)
16. Mi nuevo reflejo (8va sesión)

A continuación se presentan las sesiones y en que consiste cada una de ellas:



Consta de 8 sesiones de 50 minutos cada una y los temas por sesión son:

1. Introducción al estrés (1ra sesión)
2. La historia no es la misma pero es igual (2da sesión)
3. Mi historia... una reflexión importante (3ra sesión)
4. El contrato de la motivación (4ta sesión)
5. La conciencia de mi cuerpo (5ta sesión)
6. Un pequeño paso para ser grande (6ta sesión)
7. Un pequeño espacio para mí es un gran mundo para mí ser (7ma sesión)
8. Mi nuevo reflejo (8va sesión)

A continuación se presentan las sesiones y en que consiste cada una de ellas:





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
 LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
 SESIÓN 1

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
 Duración: 50 minutos

Tema: Introducción al estrés

Objetivo de la sesión: Lograr la animación y concentración del grupo

TÍTULO	ACTIVIDAD	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"¿Cómo reacciono ante el estrés?"	<p>Se realizará una breve presentación por parte del educador para la salud en donde se brindará el objetivo del programa para generar un ambiente de confianza. A continuación, se pasará a una sesión de presentación de los integrantes del programa en donde cada integrante mencionará "Quién soy y que espero del programa".</p> <p>Posteriormente el Educador para la salud dará comienzo a la Introducción de "¿Qué es el estrés?" para lo cual se entregará a cada integrante el material correspondiente (Anexo 1); una vez entregado el material se explicarán las instrucciones: Se hará entrega de la hoja "Soy espejo y me reflejo" a cada integrante del grupo; posteriormente se le pedirá a los integrantes que se acomoden en la posición y lugar más cómodo posible (de tal manera que estén dispersos) una vez acomodados se les entregará un espejo de bolsillo para que cada integrante lo pegue en el espacio correspondiente de la hoja; una vez pegado el espejo en la hoja se les pedirá que (con calma y de manera reflexiva) lean las preguntas correspondientes y se miren en el espejo (de tal manera que ellos se reflejen ante la pregunta planteada) una vez terminando de contestar la hoja, se proseguirá con un foro-debate solicitando la participación del mismo grupo (Nota: dentro del foro-debate se pueden considerar las experiencias y/o comentarios de la situación de cada uno de los integrantes con el fin de retroalimentar).</p> <p>Al finalizar el foro-debate se pasará a la realización de una dinámica llamada "El alambre pelado" en donde se le pide a uno de los miembros del grupo que saiga del aula. Mientras al resto de los miembros se les pide que formen un círculo y se tomen de las manos. El facilitador explica que el círculo es un circuito eléctrico, dentro del cual hay un alambre pelado; posteriormente se le pedirá al compañero que está afuera que lo descubra tocando las cabezas de los que están en el círculo.</p>	*Foro-debate	Humanos: 1 educador para la salud Materiales: Sillas Hojas Opalina Espejos de bolsillo Cinta velcro Hojas de colores y de fantasía



Tema: Introducción al estrés

Objetivo de la sesión: Lograr la animación y concentración del grupo

TITULO		TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"¿Cómo reacciono ante el estrés?"	<p>Se ponen de acuerdo en que cuando toquen la cabeza del compañero que ellos designen, como el "Alambre pelado", todos al mismo tiempo y con toda la fuerza posible pegarán un grito. Se hace entrar al compañero que está afuera, el coordinador le explica que el circuito es un circuito eléctrico y que hay un alambre pelado en él y que descubriéndolo tocando la cabeza de los que están en el circuito. Se le pide que se concentre para descubrir el alambre pelado. Al terminar la actividad el Educador dirigirá la pregunta "¿Qué sintieron con la act.?" ante las respuestas planteadas se dirigirá la siguiente cuestión "¿Cómo representan la actividad con el título del programa?" (Nota: en cada pregunta se abrirá la participación de cada integrante para debatir y/o comparar las respuestas) de tal manera que se logre la incorporación del grupo y se comprenda el objetivo del programa.</p> <p>Al terminar la act. de "El alambre pelado" se discutirán dudas e inquietudes de los integrantes; para posteriormente darles el material correspondiente para forrar su "Diario" (Nota: Para esto se le habrá pedido a cada integrante llevar una foto de él/ella con su hijo (a), o una foto de cada uno) a su propio gusto; de la misma manera que se pedirá que se dividan las hojas de la libreta en dos apartados (1. Mi yo estresado/2. Mi yo interior)</p> <p>*Tarea: Al final de la sesión se le pedirá a cada padre de familia que cada vez que se les presente una situación difícil o estresante la escriban dentro del apartado "1"; en caso de que se sienta tranquilo (a) o tenga un logro en base a su familia o incluso la condición de su hijo lo escribirá en el apartado "2" ese día.</p>	*Foro-debate	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: 5 libretas 3 barras de silicon Diurex Hule cristal Pistola de silicon Tijeras Plumones de colores *Fotografías (Nota: Una por cada integrante)</p>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
 LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
 SESIÓN 2

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
 Duración: 50 minutos

Tema: La historia no es la misma pero es igual

Objetivo de la sesión: Relacionar la temática de la película con mi persona

TÍTULO	ACTIVIDAD	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Milagro de amor"	<p>Se realizará una breve presentación por parte del educador para la salud hacia el grupo de trabajo definiendo así la temática y el objetivo de la sesión.</p> <p>El facilitador le pedirá a su grupo que se acomode de la manera más cómoda posible (ya sea que se sienten en una silla o prefieran sentarse o acostarse en la colchoneta). Una vez que todos están acomodados se pasará a la reproducción de la película titulada: "Milagro de amor"- <i>Son rise a miracle of love</i>. (Nota: cuando la película este en reproducción el facilitador debe estar pendiente en caso de que algún integrante manifieste emociones de melancolía, tristeza o incluso llanto. En caso de haberlo para poder intervenir de manera individual)</p> <p>Al término de la película, se le dará las gracias al grupo y se les pedirá que para la siguiente sesión, cada uno de ellos traerá una lista de mínimo 5 cosas buenas y malas (10 en total) de ellos mismos con las que se sintieron identificados de la película.)</p>	*Reflexión	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 5 Colchonetas Proyector Computadora</p>



SESIÓN 3. MI HISTORIA... UNA REFLEXIÓN IMPORTANTE





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
 LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
 SESIÓN 3

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
 Duración: 50 minutos

Tema: Mi historia... una reflexión importante

Objetivo de la sesión: Identificar los factores que influyen para la presencia del estrés

TÍTULO	ACTIVIDAD	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Una gran historia para una gran persona"	<p>El educador para la salud brindará un saludo cordial hacia el grupo para comenzar el contenido de la temática así como el objetivo de la misma. Para comenzar la sesión el educador para la salud colocará las colchonetas de hule espuma en el piso en forma de "U" (para que los integrantes se acomoden en cada una) de tal manera que se puedan acostar, sentar o hincar. Para lo cual (de la misma manera) se les dará la opción de poder quitarse su calzado para mayor comodidad.</p> <p>Una vez integrado el grupo de trabajo, se dará inicio a la sesión con la siguiente pregunta "¿Qué son los estresores?" (Nota: con esta pregunta se abrirá el diálogo para el grupo) Una vez escuchada la opinión del grupo, el facilitador colocará la lámina de exposición (Anexo 2) en la pared que queda frente al grupo; con el apoyo de la lámina el facilitador dará explicación del concepto de "estresores" así como sus clasificaciones (Internos y externos). Después de la explicación brindada los participantes del grupo pueden presentar sus dudas u opiniones (en caso de haberlas). Posteriormente se dará paso a la dinámica "Los sombreros del saber"; para la cual se solicitará la atención del grupo (Nota: No es necesario dejar la posición de forma "U"; se puede seguir la dinámica en la misma posición) y se darán las siguientes instrucciones: El facilitador explicará que los colores de los sombreros representarán nuestra manera de pensar y reaccionar ante las historias planteadas; por lo que el sombrero rojo significa: el fuego y el calor, así como el pensamiento intuitivo y emocional. Una persona que piense con el sombrero rojo expresa lo que siente respecto al tema en estudio. El sombrero negro: el color de la negación y el pensamiento crítico. Debemos elaborar juicios críticos o negativos respecto al asunto o tema de estudio, precisar lo que está mal, lo incorrecto y lo erróneo; advertir de los riesgos y peligros. Los juicios se centran en la crítica y la evaluación negativa. El sombrero blanco: Color de la objetividad y la neutralidad. Los integrantes deberán centrarse en hechos objetivos y cifras. No se hacen interpretaciones ni se dan opiniones.</p>	<p>*Foro-debate *Análisis de caso</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: 5 Colchonetas de hule espuma Infograma 6 Sombrero de papel (Negro, blanco, rojo, amarillo, verde y azul)</p>



Tema: Mi historia... una reflexión importante

Objetivo de la sesión: Identificar los factores que influyen para la presencia del estrés

TÍTULO		TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Una gran historia para una gran persona"	<p>El sombrero amarillo: color del sol; representa el optimismo y el pensamiento positivo. Indaga y explora lo valioso. Los integrantes están invitados a construir propuestas con fundamentos sólidos, pero también pueden especular y se permite soñar. El sombrero verde: el símbolo de la fertilidad, el crecimiento y la abundancia. El participante buscará nuevas alternativas. Va más allá de lo conocido, de lo obvio y lo aceptado. No se detiene a evaluar. Avanza siempre abriendo nuevos caminos, está todo el tiempo en movimiento. Y el sombrero azul: el color de la tranquilidad y la serenidad. Simboliza la visión de conjunto. Compara diferentes opiniones y resume los puntos de vista y hallazgos del grupo. Se ocupa del control y de la organización. Una vez brindado el significado de los colores el facilitador mencionara que cada integrante puede compartir una vivencia (centrada en el hijo autista) la cual le reconecte una situación de estrés y/o desesperación o alguno de los elementos de la lista (la tarea de la sesión pasada) (Nota: Hay que "recaltar" que entre el grupo hay respeto y confianza, y que lo contado dentro de él no será divulgado al exterior y/o objeto de risa) Una vez que se empiecen a compartir las experiencias se deberá contar con lo siguiente: Los sombreros representarán nuestra forma de pensar y/o opinar; por lo tanto en el transcurso de que el integrante este compartiendo su vivencia (si otro integrante quisiera opinar o dar su punto de vista) deberá alzar la mano y tomar el sombrero del color correspondiente de la opinión, comentario y/o crítica que vaya a brindar (Nota: el facilitador también puede participar con el fin de armonizar y observar a su grupo de trabajo) de tal manera que se forme un grupo de diálogo. Al finalizar las vivencias de todos los integrantes (en compañía de las opiniones del resto del grupo) se formara una última reflexión en base a la siguiente frase: "Las grandes historias son acreedoras a grandes personas... así que dime ¿Qué piensas tú?". Al finalizar la reflexión se le recuerda a los padres de familia continuar escribiendo en su diario y que para la sig. Sesión traigan ropa cómoda. (Nota: En esta sesión se les dirá a los integrantes del grupo de que si alguien gusta compartir al facilitador algún contenido de su diario para hablarlo o incluso aclarar inquietudes la atención estará abierta y a su disposición). *El diario seguirá como tarea por el resto de las sesiones</p>	<p>*Foro-debate *Análisis de caso</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: 5 Colchonetas de hule espuma Infograma 6 Sombrero de papel (Negro, blanco, rojo, amarillo, verde y azul)</p>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SESIÓN 4

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
Duración: 50 minutos

Tema: La conciencia de mi cuerpo

Objetivo de la sesión: Lograr un estado de relajación físico-mental

TÍTULO	ACTIVIDAD	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Mi cuerpo... Mi mayor confidente"	<p>Para comenzar la sesión el educador para la salud brindara un cordial saludo a los integrantes del grupo, para así pasar a dar a conocer el tema y objetivo de esta sesión. Para comenzar la dinámica el facilitador acomodará las colchonetas de hule espuma en el suelo de tal forma que quede un espacio considerable entre ellas para que el facilitador pueda caminar e incluso agacharse para acercarse a los integrantes del grupo. Ya que fueron acomodadas las colchonetas se les pedirá a los integrantes del grupo que se coloquen en las colchonetas en la manera más cómoda posible (Nota: Los integrantes pueden quitarse camisas, sacos, pulseras, relojes, etc). Ya que se acostaron en las colchonetas se les pedirá que en caso de tener celulares cerca los pongan en vibrador y se los proporcionen a su facilitador. Posteriormente a cada integrante se le vendará los ojos con un paliacate (Nota: ya que se le vendaron los ojos, el facilitador los ayudara para volver acomodarse en la colchoneta). Una vez que todos están con los ojos vendados y acomodados en las colchonetas el facilitador dará las siguientes instrucciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acomodar sus brazos y piernas ligeramente en ángulo y apartados del cuerpo. (Ver Imagen 1- Anexo 3) 2. Ya que se encuentran acomodados se hará una inhalación de 4 segundos (Nota: la inhalación es por la nariz y con la boca cerrada), seguida de una exhalación con la misma duración. 2 repeticiones <p>Nota: Después de las repeticiones de respiración el facilitador pondrá en reproducción de la música "sonidos de naturaleza"</p> <p>Para la siguiente parte del ejercicio cada integrante tiene como máximo 2 minutos para expresar lo que se le pide; el punto es que sean sinceros, aunque sea la sensación más insignificante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Terminando las 2 repeticiones, se pedirá que cada integrante se relaje y al mismo tiempo dirija su atención a su cuerpo y sus sensaciones físicas en su entorno; por ejemplo "soy consciente de que hace frío, de que siento tensión en el cuello, siento cosquilleo en la planta de los pies, etc."" <p>Nota: Mientras cada integrante expresa las sensaciones, en caso de que alguien sienta frío se le colocara la manta a partir de la altura de la cintura (sin cubrir los brazos) hacia los pies. (Ver imagen 2- Anexo 3)</p>	Técnica de relajación	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 3 colchonetas de hule espuma 3 frazadas 3 paliacates 1 grabadora o bocina recargable Música de sonidos de naturaleza Aceite de masaje (para relajación)</p>



Tema: La conciencia de mi cuerpo

Objetivo de la sesión: Lograr un estado de relajación físico-mental

TÍTULO		TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Mi cuerpo ... Mi mayor confidente"	<p>4. Ahora se pasará a otro tipo de conciencia (de manera físico-mental) por ejemplo "Soy consciente de que me duele la cabeza, de que me siento triste, etc."*</p> <p>*En este punto el facilitador debe prestar atención en la sensaciones que los participantes manifiesten Para realizar este punto el facilitador mencionara el nombre de alguno de los integrantes. (Nota para esto el facilitador tendrá que estar preparado con el aceite para masajes y estar en el suelo, ya sea sentada o en cuclillas a la altura del integrante) Ver imagen 3-anexo 3</p> <p>Ya que este junto al integrante, ahora si le pedirá que le diga algún malestar y/o sensación física; por ejemplo si menciona que le duele la cabeza el facilitador masajeara de forma circular el punto donde le duele la cabeza. (Nota: Es importante ir escuchando a cada integrante, así como respetar en caso de que se sienta "invadido" o incomodo). El masaje durara alrededor de 2 min. Por cada parte del cuerpo con malestar como máximo por cada integrante. Al término de esta parte, se le pedirá al grupo que se quede inmóvil por 10 minutos (de tal manera que puedan descansar y/o relajarse. Después de ese tiempo, se le pedirá al grupo que se quite el paliacate de los ojos y lo dejen en un costado. Ya que se quitaron el paliacate se les pedirá que se estiren (de la forma que cada uno prefiera) para después darse la vuelta de tal manera que queden "boca-abajo" (Ver imagen 4-anexo 3)</p> <p>Cuando se encuentren "boca-abajo" se les pedirá que lleven sus brazos hacia el frente y se pongan en cuclillas (como si estuvieran haciendo una reverencia) (Ver imagen 5-anexo4) Cuando estén en esta posición echarán los brazos hacia atrás y poco a poco se irán levantando hasta que estén por completo de pie.</p> <p>Terminado la actividad, el facilitador dirigirá la siguiente pregunta: ¿Cómo se sintieron durante y al término de la sesión?, con el fin de que cada integrante comparta su experiencia. Una vez que cada integrante haya terminado, el facilitador recalcará que los ejercicios de relajación más que ayudar a relajarnos, nos ayudan a oxigenar el cerebro y entrar en un estado óptimo físico y mental.</p> <p>Antes de que el grupo se retire se le pedirá que para la siguiente sesión escriban (de manera personal) ¿Qué significa la motivación para mí?</p>	Técnica de relajación	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 5 colchonetas de hule espuma 5 frazadas 3 paliacates 1 grabadora o bocina recargable Música de sonidos de naturaleza Aceite de masaje (para relajación)</p>



SESIÓN 5. EL CONTRATO DE LA MOTIVACIÓN





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
 UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
 LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
 SESIÓN 5

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
 Duración: 50 minutos

Tema: El contrato de la motivación

Objetivo de la sesión: Auto-conocer las cualidades positivas e involucrarlas dentro de la nueva situación familiar

TÍTULO	ACTIVIDAD	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"El contrato más importante de mi vida"	<p>Para comenzar la sesión el educador para la salud brindará un cordial saludo a los integrantes del grupo, para así pasar a dar a conocer el tema y objetivo de esta sesión. Dado el conocimiento del tema se le preguntará al grupo de qué manera quisieran estar en esta sesión (en sillas o en las colchonetas), una vez acomodados el facilitador dará las siguientes indicaciones: En primera que tengan a la mano la tarea pedida en la sesión pasada (Nota: todavía no se ocupará). Después el facilitador dirigirá la siguiente frase "Durante el proceso que han vivido cerca de sus hijos, hay ocasiones en que nos cuestionamos si podremos ayudar en un 100% a nuestros hijos"... Después de dar esa frase el facilitador le brindará a cada integrante una hoja blanca y una pluma; ya que se dio el material se explicará que en esa hoja cada uno escribirá máximo 5 cualidades buenas que tuvieron al enterarse del diagnóstico de su hijo (a). (Nota: El facilitador debe estar atento a la reacción de su grupo) de igual manera pueden escribir cualidades negativas. Ya que cada integrante escribió dichas cualidades se les preguntará si alguno de ellos quisiera compartir alguna cualidad negativa y/o positiva (Nota: En caso de que el grupo se sienta apenado, el facilitador puede dar una idea como: Alce la mano quien se sintió molesto al recibir el dx... etc. De manera que se armonice la participación del grupo) de tal manera que el grupo comparta sus opiniones. Ya que cada participante haya participado el educador para la salud dirija las siguientes preguntas de manera aleatoria entre los integrantes: ¿Se sintió apenado con esta actividad? ¿Por qué?, ¿Qué reacción obtuvo de su compañero cuando le reveló sus puntos fuertes? Al término de esa actividad se dará una reflexión de lo importante que es la fortaleza y sabiduría de cada padre de familia, mencionando la siguiente frase: ¿Alguno de ustedes ha tenido la curiosidad de saber porque fueron elegidos para recibir a su hijo (a) en su familia? (Nota: El facilitador deberá tener tacto al dirigir esta pregunta ya que se pueden llegar a despertar emociones en el grupo, de tal manera que habrá que saber dirigirse ante ellos)</p>	Foro-debate	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 3 colchonetas de hule espuma 3 hojas blancas 3 plumas 5 copias de "Contrato de motivación" 1 grabadora o bocina recargable Audio de "Los angelitos"</p>



Tema: El contrato de la motivación

Objetivo de la sesión: Auto-conocer las cualidades positivas e involucrarlas dentro de la nueva situación familiar

TÍTULO		RECURSOS
<p>"El contrato más importante de mi vida"</p>	<p>Ante esa pregunta se permite escuchar la opinión de los integrantes del grupo; en caso de no haber una pronta respuesta, el facilitador pedirá que cada integrante lea su definición de motivación. Una vez que cada integrante expreso su definición el facilitador dirigirá la siguiente pregunta: Entonces ¿Sus hijos representan motivación? (Nota: el grupo solo debe pensar la pregunta, no contestada). Ante esto el facilitador pedirá a los integrantes del grupo que se acomoden en las colchonetas (acostados de manera cómoda); ya que están acostados se cerrarán las cortinas del aula así como se prendera un ventilador a un nivel muy mínimo. Una vez acostados en las colchonetas el facilitador les pedirá que cierren sus ojos (de manera tranquila como si fueran a dormir); se les pedirá que inhalen aire por la nariz por 5 segundos y que después lo suelten lentamente (este paso se realizará en 2 repeticiones). Ahora se les pedirá a los padres de familia que se relajen (y sin abrir los ojos) se les pedirá que escuchen un audio titulado "Los angelitos" de Mariano Osorio (Pero antes de reproducirlo el facilitador dirigirá las siguientes palabras ¿Ustedes creen en los ángeles... Sabían que ellos están en cualquier parte que nos presentemos? Hay ocasiones en que no comprendemos tan fácil las cosas; pero de algo estamos seguros por algo les toco ser padres de tan bellos niños... (A continuación el facilitador pondrá el audio en reproducción). Cuando el audio termine de reproducirse se le volverá a pedir a los padres que no abran los ojos y de igual manera vuelvan a realizar el ejercicio de respiración; (manteniendo los ojos cerrados) el facilitador preguntara si alguien gusta dar su opinión y/o lo que sintieron cuando estaban escuchando el audio (los integrantes del grupo siguen permaneciendo acostados y con ojos cerrados) Entre lo que los integrantes brindan su opinión el facilitador les colocara a un costado el formato del "Contrato más importante" (Anexo 4); cuando se termine el dialogo el facilitador pedirá que poco a poco abran los ojos y dirigirá la sig. Oración: "Cada uno tiene hijo (os) maravillosos y ellos necesitan de una persona muy importante que está en su vida... Ustedes como padres"; ustedes representan mucho en el círculo de la familia y es por eso que se les pide que lean este contrato y saber si están de acuerdo para firmarlo (Nota: Cada integrante debe compartir por qué esta o no en acuerdo con el contrato). Para la despedida (una vez visto y comentado lo del contrato) se le pedirá al grupo que se den un aplauso ya que una vez firmado el contrato queda el compromiso de ser mejores como personas y como padres. (Nota: Durante la despedida se les notifica al grupo que si tienen dudas, aclaraciones o incluso comentarios acerca del programa el facilitador estará a su disposición).</p> <p>*Tarea: Investigar una noticia relacionada a algún niño autista (Nota: no importa el contexto de la noticia, ya sea: música, escuela, danza, etc)</p> <p>*Recordatorio: Tener presente que en la siguiente sesión se trabajara con masaje en pies.</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 5 colchonetas de hule espuma 5 hojas blancas 5 plumas 5 copias de "Contrato de motivación" 1 grabadora o bocina recargable Audio de "Los angelitos"</p>





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD
SESIÓN 6

LUGAR: Clínica en Ciudad Nezahualcóyotl
Duración: 50 minutos

Tema: Un pequeño paso para ser grande

Objetivo de la sesión: Inducir al cuerpo y la mente a un estado de relajación

TÍTULO	ACTIVIDAD	TECNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"De hormiga a gigante"	<p>Para comenzar la sesión el facilitador dará un cordial saludo al grupo de trabajo, así como también dirigirá la pregunta: ¿Cómo se sienten el día de hoy? (Nota: El facilitador debe poner atención al ánimo de los integrantes del grupo), ya que el facilitador escucho las opiniones de su grupo se dará paso a explicar el tema y el objetivo del mismo. Antes de iniciar el procedimiento, se pedirá a cada integrante que haga entrega de la tarea pedida en la sesión pasada (Nota: el facilitador acomoda los respectivos escritos en un lugar visible y que estén a la mano) Para esto el facilitador pedirá que se acomoden en las colchonetas o en las sillas (como sea de cada quien su preferencia) ya que todos están acomodados, el facilitador dará la indicación de que se quiten su calzado correspondiente y lo coloquen en la caja de cartón que se encuentra en una de las orillas de la sala (pisando las piezas de tatami, para mayor comodidad) ya que los zapatos están acomodados, el grupo pasará a reincorporarse a sus respectivos lugares para dar comienzo a la actividad: los integrantes del grupo (una vez sentados y/o acostados) cerraran sus ojos y realizarán dos repeticiones de ejercicios de respiración (con una duración aprox. de 5 segundos cada inhalación y exhalación)* en este punto el facilitador pondrá en reproducción la música con sonidos de naturaleza.</p> <p>Ya que se terminaron las dos repeticiones de ejercicios de respiración el facilitador indicará que el grupo siga con los ojos cerrados; pero prestarán atención a la voz del facilitador (Nota: El facilitador tendrá que tener listo el escrito del recorrido- Anexo 6); si alguno de los integrantes necesitará alguna atención lo único que tiene que hacer es alzar su mano (sin mover el resto del cuerpo y sin abrir los ojos) para que el facilitador se acerque y brinde la atención solicitada.</p>	<p>Técnica de relajación</p> <p>Foro-debate</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 5 colchonetas de hule espuma 5 frazadas Aceite para masaje 1 caja de cartón 15 pzas de tatami de foami. 1 grabadora o bocina recargable Pistas de música de sonidos de naturaleza</p>



Tema: Un pequeño paso para ser grande

Objetivo de la sesión: Inducir al cuerpo y la mente a un estado de relajación

TÍTULO		TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"De hormiga a gigante"	<p>a su grupo para comenzar a masajear con el aceite para masajes las palmas de las manos (con el pulgar y en forma de círculos (el masaje en cada palma durara mín. 1:30 minutos) Una vez terminado el masaje en las palmas de las manos (sin dejar de dar la narración), el masaje se pasara a las plantas del pie (Nota: el facilitador debe ser cuidadoso y delicado con esta parte del cuerpo, ya que suele ser muy sensible ante el tacto). Para masajear esta parte es necesario tomar el pie de manera que ambos pulgares estén tocando la planta del pie, una vez que estén los dedos colocados se comienzan a frotar (con el aceite) de manera oscilatoria hacia adentro (máximo cada pie de cada integrante).</p> <p>Terminando el masaje y la narración, se le pedirá al grupo que sin abrir los ojos estiren (a su preferencia) cada parte de su cuerpo (incluso pueden colocarse de lado o boca abajo si así lo prefieren); se les dará 5 minutos para que estén en reposo.</p> <p>Pasado ese tiempo, (sin cubrirse los pies, ya que todavía están humectados por el aceite de masajes), se sentaran en las colchonetas para que cada integrante describa como se sintió durante la actividad. Después de que cada integrante brinde su descripción; el facilitador les regresara sus respectivas tareas. Una vez que cada integrante tenga su escrito en mano; el facilitador preguntara al grupo que quien gusta compartir su noticia (para esto debe decir el género del menor, el contexto de la temática y de que trata). Al igual que si alguno de los demás integrantes tiene inquietudes acerca de la noticia puede expresarlas en el momento (pidiendo la palabra al compañero que está compartiendo su noticia), así sucesivamente hasta que cada integrante comparta su noticia. Ya que el último integrante haya participado; es hora de que el facilitador intervenga realizando la sig. Pregunta: ¿Se dan cuenta como esos pequeños son grandes personas con grandes cualidades?, que mejor que desarrollen poco a poco su potencial en compañía de su familia y con el apoyo de ustedes sus padres. (Nota: Aquí puede abrirse otro punto de dialogo), teniendo como objetivo que los padres (en un estado relajado) tengan una visión diferente; que el autismo no representa barreras para ninguna persona; y en este caso ellos como padres están dando lo mejor para darle una atención a sus hijos. Para finalizar, el facilitador le dirá a su grupo que piense en esa última frase; que piensen en la gran capacidad y en la gran persona que son por recibir una misión tan importante en su vida. Dando sus agradecimientos, el facilitador dará por terminada esta sesión, dando las gracias por la participación del grupo. Pero en caso de dudas, comentarios y/o inquietudes el facilitador estará abierto para dar la atención solicitada.</p> <p>*Tarea: Seguir escribiendo en el diario.</p>	<p>Técnica de relajación Foro-debate</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas 5 colchonetas de hule espuma 5 frazadas Aceite para masaje 1 caja de cartón 15 peas de tatami de foami 1 grabadora o bocina recargable Pistas de música de naturaleza</p>





Tema: Un pequeño espacio para mí es un gran mundo para mí ser

Objetivo de la sesión: Inducir al cuerpo y la mente a un estado de relajación

TIT II	ACTIVIDAD	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Interactuando con mis sentidos"	<p>Para comenzar la sesión el facilitador dará un cordial saludo al grupo de trabajo, para posteriormente dar las siguientes instrucciones: 1. Hoy se trabajara solo con aromaterapia, 2. Ponerse cómodos en las sillas, ya que ahora se trabajara con agua (para esto se quitarán calzado y calcetas en caso de traer). 3. Las sillas estarán acomodadas en forma de media luna, de tal forma que el facilitador pueda ver y acomodar las bandejas con agua (debajo de las bandejas se colocaran las piezas de tatami de foami, esto para evitar ampolladuras y/o accidentes) en los pies de cada integrante. (Nota: el agua de preferencia debe estar tibia).</p> <p>Una vez que todos estén acomodados (sin meter sus pies en el agua) el facilitador se colocara frente a su grupo y dará la siguiente explicación: "Nuestra costumbre social de utilizar zapatos hace que los pies necesiten un cuidado especial. Muchas de las energías que deberían volver a tierra son detenidas por la barrera del calzado y retenidas en forma de tensión. Por otra parte, los pies cuentan con terminales reflejas de todos los órganos, y un masaje o baño de pies puede estar generando bienestar de salud a todos los niveles, a la vez de ser sencillo y reconfortante".</p> <p>A continuación el facilitador necesita saber si todos los integrantes ya están sentados de manera cómoda (Nota: Los integrantes no deben de tener celulares a la mano y/o a la vista, el pantalón o <i>paño</i> que tengan puestos debe de estar doblado hasta la altura de las rodillas). Una vez acomodados el facilitador deberá hacer lo siguiente: 1. Prender el ventilador en una velocidad muy moderada, de tal manera que se sienta el aire pero que no sea tan molesto para el grupo. 2. Reproducir la música relajante en un volumen moderado en caso de que los integrantes deseen practicar 3. Checar la temperatura del agua para cada integrante, para que así dar <i>paño</i> a que cada integrante vaya metiendo sus pies dentro de la bandeja. 4. Ya que cada integrante tiene sus pies dentro de la bandeja el facilitador se acercara a cada tarja a echar una cucharadita de sal (Nota: la sal ayuda a desinflamar y dar circulación a la sangre de los pies), en esta parte los integrantes solo "remojarán" sus pies por 10 minutos máximo (En este tiempo los integrantes pueden mover o incluso jugar con sus pies en el agua).</p>	Técnica de relajación	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: Sillas Ventilador 3 recipientes en donde entren ambos pies y pueda ser llenado con agua 1 calentador para agua 5 frazadas 5 toallas de mano 1 banco pequeño 15 <i>paños</i> De tatami de foami 5 cojines pequeños *Seguir viendo material en la sig. Hoja</p>



Tema: Un pequeño espacio para mí es un gran mundo para mí ser

Objetivo de la sesión: Inducir al cuerpo y la mente a un estado de relajación

TÍTULO		TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDACTICAS	RECURSOS
"Interactuando con mis sentidos"	<p>(Nota: el aceite de yerbabuena ayuda a relajar los sentidos de la persona, mientras que el de melisa contribuye a poder realizar un masaje para suavizar la piel de los pies (Nota: en esta parte se comenzará a dar un masaje de 2 minutos por cada pie de cada integrante).</p> <p>Una vez terminada esa parte de masaje, se quitara el agua de los recipientes para lo cual se solicitara secar los pies de cada integrante; para esto el facilitador acercara las pequeñas toallas que trajo y cada integrante escogerá una; para ir secando los pies el facilitador se sentara en el banco frente a cada integrante y pedirá que ponga primero un pie encima de la pierna del facilitador (Nota: para esto el facilitador debe acomodar la toalla extendida en su pierna). Y de esta manera ira secando los pies con suavidad y delicadema; mientras los pies se vayan secando los colocaran en los tatamis de foami.</p> <p>Ya que todos tengan sus pies secos y se hayan quitado los recipientes con agua; se pasara a la siguiente etapa: El facilitador brindará a cada integrante un pequeño cojín (esto para que puedan recargar su cabeza hacia atrás de manera más cómoda); ya que se encuentran todos acomodados el facilitador mencionara la siguiente indicación: Ahora in un masaje más "en seco"; el cual consiste en masajear los pies con una mezcla de aceite de almendras y aceite de limón (Nota: esta mezcla ayuda a relajar y combatir hinchazón, roces, dolor intenso e incluso a la transpiración) para lo cual se les entregara una torunda de algodón en el momento que el facilitador se acerque a darles el masaje (y solo en ese momento podrán ir oliendo la torunda de algodón), la torunda estará hidratada con 4 gotitas de aceite de <u>basil</u> (el cual ayuda a estimular el cerebro y es ideal para refrescar la energía mental). En esta parte el tiempo solo será de 1 minuto por cada pie de cada integrante. A cada integrante que se le vaya dando el masaje se le dará la indicación de que recarguen sus pies en los tatamis hasta que los aceites se absorban por completo en la piel.</p> <p>Entre lo que se termina de absorber el aceite en la piel, los integrantes pueden tomar este tiempo para relajarse; incluso si gustan se les puede proporcionar una frazada.</p> <p>Pasando alrededor de 10 minutos se le pedirá al grupo que poco a poco se estiren, se despabilen (En este momento el facilitador irá entregando las pertenencias de cada integrante; ya que cada integrante este nuevamente acomodado (con su respectivo calzado puesto), el facilitador quitara el resto del material (Tatami de foami, frazadas, cojines, etc.)</p> <p>Ya que el material fue recogido y acomodado, el facilitador dirigirá la siguiente pregunta: ¿Cómo se sienten?, ante esto el facilitador escuchará las opiniones de su grupo. Al término de las opiniones del grupo el educador para la salud explicara que (como lo dice el nombre de la sesión) a veces un pequeño espacio (personal o en pareja) puede representar mucho para nuestra salud mental; la mente y el cuerpo necesitan despejarse (no solamente por tensión o problemas); sino por simple salud; la relajación nos ayuda a oxigenar el cerebro, destensar los músculos e incluso ayuda a mejorar el proceso de digestión. En este caso se trabajo con aromaterapia (Disciplina terapéutica que restablece el equilibrio y la armonía del cuerpo y de la mente mediante el efecto de los aromas en el organismo). Para terminar la educadora para la salud dará las gracias por el tiempo y la participación. En caso de haber dudas y/o comentarios el facilitador estará a su disposición. Última tarea: traer su respectivo diario</p>	Técnica de relajación	<p>Humano:</p> <p>1 educador para la salud</p> <p>Materiales:</p> <p>100gr. De sal</p> <p>Aceite de yerbabuena</p> <p>Aceite de melisa</p> <p>Pistas de música de sonidos de naturaleza</p> <p>5 torundas de algodón</p> <p>Aceite de <u>basil</u></p> <p>Aceite de almendras</p> <p>Aceite de limón</p>

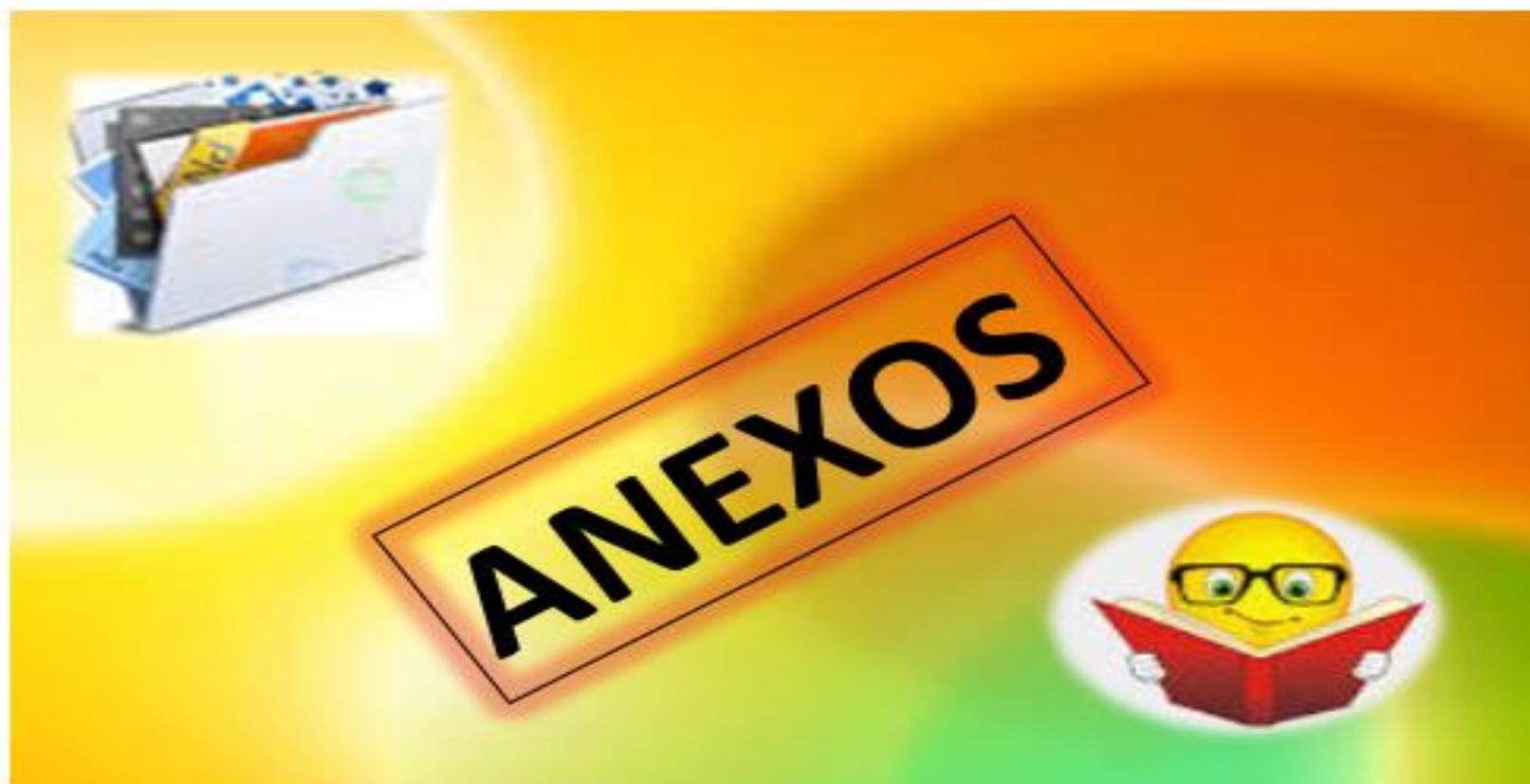




Tema: Mi nuevo reflejo

Objetivo de la sesión: Comparar el estado físico emocional antes y después del programa

TIT	ACTIVIDAD	TÉCNICAS/ ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS	RECURSOS
"Recordando el vuelo de mi viaje"	<p>Para comenzar la sesión el Educador para la salud dará la bienvenida al grupo de trabajo; y recordará que este día es su última sesión. Así que se le pedirá al grupo que cada uno de ellos se coloquen con su respectiva cojchoneta en las esquinas de la habitación (En este caso porque son 4 personas; en caso de ser más, el grupo deberá de estar en un área más grande para poder distribuirse) ya que se encuentran acomodados en las cojchonetas (de manera dispersa) el facilitador prenderá la lámpara de aromaterapia (para lo cual se necesitan el aceite de naranja); de forma quisquillosa el facilitador puede preguntar a su grupo si saben para qué es el aceite de naranja (Nota: se aceptan comentarios del grupo; y hasta la última participación que el facilitador responderá que dicho aceite funciona para que un equipo de trabajo se relaje y entren en buena comunicación). Ya que la lámpara comienza a expirar el aroma a naranja; el facilitador dirigirá la sig. Cuestión: "Como se han sentido a lo largo de las sesiones" (de tal manera que se abra un grupo de diálogo y compartir sus experiencias desde lo más simple hasta lo más complejo). Ya que cada integrante haya hablado, el facilitador pedirá que por favor saquen sus diarios con los que han estado trabajando y que los vuelvan a checar (por un periodo de 5 minutos como máximo), ya que checaron su respectivo diario el facilitador les dará a cada integrante un avioncito de papel y posteriormente dirigirá lo siguiente: "Cada uno tiene en sus manos un avión de papel; el cual representa su viaje durante estas 8 sesiones", les pide que en esos aviones escriban sus conclusiones personales (hechas por ellos mismos). Después de escribirlas harán volar los avioncitos por toda la sala arrojándolos hacia otros miembros del grupo. La idea está en que cada uno que reciba un avioncito lo lea y lo vuelva a arrojar. Así de manera ágil y muy dinámica, todos los miembros del grupo tendrán oportunidad de leer las opiniones de los demás.</p> <p>Ya que cada integrante haya leído todos los avioncitos de los demás compañeros. El facilitador les enseñará (impresa en lona) una última imagen emotiva (Ver anexo 5). Con esta imagen el facilitador dará las gracias por el apoyo, Confianza y el tiempo brindado durante las 8 sesiones. Para terminar se pedirá que todo el equipo de trabajo se de Un fuerte aplauso por su esfuerzo. (Nota: se pasará a una sesión de refrigerios para terminar el día)</p> <p>En caso de que algún integrante tenga las últimas dudas, aclaraciones u observaciones el facilitador estará abierto a escuchar.</p>	<p>Técnica de relajación Foro-debate</p>	<p>Humanos: 1 educador para la salud</p> <p>Materiales: 5 Colchonetas Plumones de colores 5 aviones de papel (ya elaborados) Lámpara de aromaterapia Aceite de naranja</p>





Anexo 1. Sesión 1

¿Soy Espejo Y me reflejo...!

<p>El estrés es cuando yo...</p>	<p>Pegar aquí con cinta velcro el espejo</p>
<p>Intento combatir el estrés haciendo:</p>	<p>El estrés lo siento cuando...</p>



Anexo 2. Sesión 3





Anexo 3. Sesión 4



Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6



Anexo 4. Sesión 5

CONTRATO QUE CELEBRO CON LA PERSONA MAS IMPORTANTE.

YO _____ A PARTIR DE HOY _____
(Escribe aquí tu nombre) (Escribe aquí la fecha)

ESTABLEZCO EL PRESENTE CONTRATO CON LA PERSONA MAS IMPORTANTE DE MI VIDA: YO MISMO
BAJO LAS SIGUIENTES CLAUSULAS QUE ME COMPROMETO A CUMPLIR Y HACER CUMPLIR POR MI PROPIO BIEN Y POR EL BIEN DE TODOS LOS INVOLUCRADOS.

I.- YO SOY MI MEJOR AMIGO Y NADIE PODRA HACER MAS POR MI QUE LO QUE YO HAGA POR MI MISMO. A PARTIR DE HOY ME CONVIERTO EN MI PROPIA FUENTE DE AMOR INAGOTABLE. ME QUIERO, ME ACEPTO, ME RESPETO Y POR LO TANTO ESTABLEZCO LIMITES.

II.- ME COMPROMETO A EVITAR TODO AQUELLO QUE ME DAÑE, INCLUYENDO COMIDA, PERSONAS, PENSAMIENTOS, HABITOS Y ACTITUDES.

III.- DECIDO HACER FRENTE A MIS PROBLEMAS Y ENTIENDO QUE NADIE LOS PODRA RESOLVER POR MI. ESCRIBIRE MIS PROBLEMAS, ANALIZARE LAS CAUSAS, LOS ENTENDERE Y LOS RESOLVERE SIN POSTERGAR MAS.

IV.- DISFRUTARE MI TRABAJO, LO BENDECIRE Y DARE LO MEJOR DE MI MISMO. ENTENDIENDO QUE ES OTRO EL QUE FIRMA MI CHEQUE PERO YO SOY EL QUE PONE LA CANTIDAD. SI ESTOY DESEMPLEADO BUSCARE OPCIONES PARA CONVERTIRME EN MI PROPIO PATRON.

V.- INICIARE TODOS MIS PROYECTOS CON LA FIRME CONVICCION DE QUE PUEDO LOGRAR TODO LO QUE ME PROPONGA Y SI OTROS PUEDEN YO TAMBIEN. MEREZCO EL EXITO POR EL SOLO HECHO DE HABER NACIDO.

VI.- ME CENTRARE EN MIS VIRTUDES. HARE UN INVENTARIO DE MIS RECURSOS, RECONOCERE MIS TALENTOS Y LOS UTILIZARE PARA REALIZARME.

VII.- ANTE LA ADVERSIDAD MANTENDRE LA CALMA. LLEVARE UNA RELACION AMISTOSA CON MIS EMOCIONES, RECONOCIENDOLAS COMO MIS MEJORES ALIADAS.

VIII.- CADA AMANECER SONREIRE Y LO CONSIDERARE COMO UNA OPORTUNIDAD DE RENACIMIENTO Y RENOVACION. DEJARE ATRAS LO QUE NO ME GUSTA DE MI PASADO Y RESCATARE TODO AQUELLO QUE ME AYUDE A CRECER.

IX.- AFIRMARE TODOS LOS DIAS: ¡SOY MUCHO MAS GRANDE QUE CUALQUIERA DE MIS PROBLEMAS! ¡SOY PODEROSO! ¡TENGO OPCIONES! ¡TOMO EL VOLANTE DE MI VIDA! ¡CON MIS DECISIONES CONSTRUYO MI FUTURO!

X.- TENGO UNA FE INQUEBRANTABLE EN MI MISMO Y EN EL PODER QUE ME CREO. ¡NO SOY UN ACCIDENTE! FORMO PARTE DE UN PLAN PERFECTO E INFINITO.

CLAUSULAS ADICIONALES
(ESCRIBE AQUÍ TU COMPROMISO ADICIONAL PARA BAJAR DE PESO, AHORRAR, LIBERARTE DE UNA RELACION DESTRUCTIVA, DEJAR ALGUNA ADICCION, SER MAS AMOROSO, LLEVARTE MEJOR CON TU PAREJA O TUS HIJOS, TITULARTE, LEER, HACER EJERCICIO, ETC.)

XI.-YO _____ ME COMPROMETO TAMBIEN A _____

TESTIGOS:

MI CUERPO

MI MENTE

MI ESPIRITU

LEE ESTE CONTRATO TODOS LOS DIAS HASTA QUE LOGRES LO QUE QUIERES.

AUTOR: CARLOS GIL



Referencia Bibliográfica:

Autism Speaks. (2014). Qué es Autismo. Consultado en: <http://www.autismspeaks.org/qu%C3%A9-es-el-autismo>

Departamento de psicología de la salud. (2009). *La motivación y emoción*. Consultado en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/9/Tema%209.%20Motivaci%C3%B3n%20y%20Emoci%C3%B3n_.pdf

Dykens, E. (2014). *Los padres de niños con autismo también necesitan ayuda*. Consultado en: <http://consumer.healthday.com/cognitive-health-information-26/autism-news-51/los-padres-de-ni-ntilde-os-con-autismo-tambi-eacute-n-necesitan-ayuda-690050.html>

Feinberg, E. (2013). *Autismo, mente y depresión*. Consultado en: <http://www.clikisalud.net/investigacion-nuevos-tratamientos-para-aliviar-estres-en-padres-de-ninos-con-autismo/>

Feinberg, E. (2013). *Autismo, mente y depresión*. Consultado en: <http://www.clikisalud.net/investigacion-nuevos-tratamientos-para-aliviar-estres-en-padres-de-ninos-con-autismo/>

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca

Marcín, C. (2013). *Prevalencia del autismo en México*. Consultado en: <http://www.clima.org.mx/images/pdf/prevalencia.pdf>

Marco, F. (2014). *Eustrés y distrés*. Consultado en: <http://www.larelajacion.com/larelajacion/07eustres.php>

Merino, M., Martínez, A., Cuesta, J. & García, A. I. (2012). *Estrés y familias de personas con autismo*. Madrid: Fundación ONCE.

Schalok, M. (2012). *Autism parenting stress index: Initial psychometric evidence*. Consultado en: <http://desafiandoalautismo.org/indice-estres-padres-autismo/>

Tappe, M., J. (s.f). *Técnicas de relajación*. Consultado en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/relajacion.pdf>

