

Universidad Pedagógica Nacional

Unidad Ajusco

Programa para desarrollar habilidades de autocuidado en adolescentes con autismo.

Proyecto de tesis que para obtener el título de
Licenciado en Psicología Educativa

Presentan:

Yanet García Azua

Karla Maya García

Asesora: Mtra. Haydée Pedraza Medina

México, D. F.

Marzo de 2009.

A mí mamá:

Quién ha hecho todo lo que está a su alcance para hacer de mí una mejor persona. Yo sé que nadie te enseñó a ser mamá, pero ¿sabes una cosa? Lo has hecho excelente estos años.

A mí familia:

Porque en ella encontré personas especiales que me brindaron su amor, apoyo, ánimo, cariño y compañía, algunas están a mi lado, otras están en mis recuerdos y en mi corazón.

Gracias a todos ustedes, que pusieron un granito de arena para hacer crecer en mí el deseo de superarme.

A mi otra ala:

Que me ha dado amor, apoyo, cariño y cuidados.
Espero que sigamos volando juntos a pesar de las turbulencias.

A mi cupidito panzón, Valentína: Eres un cachito de cielo que alegra mi vida, por tí me voy a esforzar para ser mejor cada día.

Con todo mi amor para ustedes.

Yanet

Gracias a mis padres:

Por impulsarme y mostrarme en todo momento su apoyo y cariño.

Gracias por la paciencia y el amor
con el que cuidaron a mi hija en mis ausencias.

Los amo

A la persona más importante en mi vida:

A mi hija que es el motor que me impulsa y motiva cada día,
aún siendo tan pequeña, me has dado las fuerzas necesarias
para continuar con mis sueños.

Te ama tu mamá

Karla

Gracias a nuestros jóvenes A y B:

Que nos permitieron compartir sus logros, tristezas y alegrías.
Gracias por dejarnos aprender cómo ser mejores con personas,
especiales como ustedes.

Gracias Haydée:

Por creer en nosotras, por tu paciencia infinita y
por guiarnos en este proceso que considerábamos tan difícil.

Yanet y Karla

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
EL AUTISMO INFANTIL.....	12
Características del autismo.....	12
Etiología del autismo	15
Diagnóstico del autismo.....	18
Desarrollo del niño y adolescente con autismo.....	22
Desarrollo cognoscitivo	22
Desarrollo del lenguaje.....	24
Desarrollo social.....	25
Desarrollo del adolescente con autismo	26
Tratamientos para el autismo	27
Educación del niño con autismo	28
Habilidades cognoscitivas	30
Habilidades sociales	30
Habilidades de comunicación.....	31
Habilidades de autocuidado	32
Habilidades motoras	32
Habilidades laborales	33
HABILIDADES DE AUTOCUIDADO	34
Conceptualización	34
Vestido.....	35
Comida	35
Aseo	36
Control de esfínteres	36
Apariencia física	37
Enseñanza de habilidades de autocuidado	38
Vestido	38
Alimentación.....	39
Aseo.....	39
MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA	40
Desarrollo histórico de la modificación de conducta	40
Caracterización de la modificación de conducta.....	44
Técnicas para la modificación de la conducta.	46
Corrección verbal	47
Corrección física	47
Interrupción de respuestas.....	47
Extinción.....	48
Tiempo fuera	48
Saciedad o sobrecorrección.....	49
Reforzamiento de conductas incompatibles.....	50
Desensibilización	50
Costo de respuestas	50

Técnicas para incrementar una conducta	51
Modelamiento o imitación.....	51
Moldeamiento.....	52
Por aproximaciones sucesivas.....	53
Por encadenamiento de actividades distintas	53
Por encadenamiento hacia atrás.....	53
Contrato de contingencias.....	53
Economía de fichas.....	54
MÉTODO.....	55
Objetivos.....	55
Criterios de selección de los participantes.....	55
Participantes	55
Escenario.....	56
Instrumentos y técnicas	57
Consideraciones éticas para la implementación de la intervención.....	65
RESULTADOS	66
Evaluación diagnóstica	66
Informe diagnóstico del Joven A	66
Informe diagnóstico del Joven B	69
Evaluación inicial de habilidades de autocuidado.....	71
Inventario de habilidades de autocuidado	72
Determinación de prioridades	74
Programa de entrenamiento de habilidades de autocuidado.....	75
A. Habilidades de alimentación	75
B. Habilidades de vestido.....	80
C. Habilidades de higiene personal.....	84
Evaluación final de habilidades de autocuidado	93
Técnicas para decrementar conductas disruptivas.....	96
CONCLUSIONES.....	98
SUGERENCIAS	102
LISTA DE REFERENCIAS.....	104
Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado.....	106
Anexo 2. Entrevista clínica y del nivel de desarrollo actual.....	107
Anexo 3. Evaluación de los cuidados de arreglo personal.	112
Anexo 4. Inventario de habilidades básicas de autocuidado	116
Anexo 5. Diagrama de progreso	121
Anexo 6. Habilidades de cuidado personal por enseñar.....	122
Anexo 7. Programa para el desarrollo de habilidades de autocuidado.....	123
Anexo 8. Análisis de tareas para cada actividad	137

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tablas

<i>Tabla 1. 1 Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista.</i>	19
<i>Tabla 1. 2. Plan de intervención</i>	63

Figuras

<i>Figura 5. 1. Evaluación inicial "Habilidades de alimentación"</i>	72
<i>Figura 5. 2. Evaluación inicial "Habilidades de Vestido"</i>	73
<i>Figura 5. 3. Evaluación Inicial "Habilidades de higiene personal"</i>	74
<i>Figura 5. 4. Logros del programa "Comer con tenedor"</i>	77
<i>Figura 5. 5. Logros del programa "Cortar con Cuchillo"</i>	79
<i>Figura 5. 6. Logros del programa "Ponerse calcetines"</i>	81
<i>Figura 5. 7. Logros del programa "Ponerse Zapatos"</i>	82
<i>Figura 5. 8. Logros del programa "Atar Agujetas"</i>	84
<i>Figura 5. 9. Logros del programa "Secarse las Manos"</i>	85
<i>Figura 5. 10. Logros del Programa "Lavarse las Manos"</i>	87
<i>Figura 5. 11. Logros del Programa "Lavarse la Cara"</i>	89
<i>Figura 5. 12. Logros del Programa "Cepillar dientes"</i>	91
<i>Figura 5. 13. Logros del programa "Cepillar Cabello"</i>	92
<i>Figura 5. 14. Evaluación inicial y final de las habilidades de alimentación.</i>	93
<i>Figura 5. 15. Evaluación inicial y final de habilidades de vestido.</i>	94
<i>Figura 5. 16. Evaluación inicial y final de habilidades de higiene personal.</i>	95

RESUMEN

En el siguiente trabajo se describe un proceso de intervención para desarrollar habilidades de autocuidado en dos adolescentes con autismo. Los participantes fueron dos jóvenes del sexo masculino de 14 y 15 años, con diagnóstico de autismo, quienes asistían a un Centro de Educación Especial. En la primera etapa, de evaluación diagnóstica, se identificaron las fortalezas y necesidades de los adolescentes con autismo respecto a las habilidades de autocuidado, las cuales incluyen: la alimentación, la higiene personal, el vestido y la apariencia física. Para la recolección de estos datos se utilizó una entrevista clínica y una evaluación de los cuidados de arreglo personal.

En la segunda etapa, se identificó la línea base en el desarrollo de las habilidades de autocuidado. Para ello se utilizó un Inventario de Habilidades de Autocuidado (Baker y Brightman, 2002) y una evaluación de prioridades, la cual se realizó con la participación de los padres. La tercera etapa, abarcó la implementación del Programa de Habilidades de Autocuidado (PHA) de Baker y Brightman. En la cuarta fase, se realizó la valoración del impacto del programa en los jóvenes con autismo. Utilizando nuevamente el Inventario de Habilidades de Autocuidado.

En el análisis de resultados se identificaron diferencias significativas en los puntajes de ambas evaluaciones mostrando que los jóvenes aumentaron sus habilidades de autocuidado después de la aplicación del programa. Con este estudio, se confirma la necesidad de diseñar programas que respondan a las necesidades específicas de las personas con autismo en diferentes áreas, pero en particular, en el área de autocuidado, ya que estas habilidades son la base para lograr mayor autonomía en su cuidado personal y tener oportunidades de participar adecuadamente en su entorno.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace unos pocos años, a las personas con autismo, se les asociaba casi automáticamente con el fracaso y la frustración, se les visualizaba como personas que no podían hacer muchas cosas por sí mismos. Pese a los esfuerzos de los padres, especialistas y maestros por demostrar que, de hecho la mayoría de estos jóvenes podía aprender a realizar diversas actividades. Pero, cuántos padres tuvieron que escuchar una de tantas versiones de la expresión “Hasta aquí podrá llegar”. El autismo es un tema que desde que se comenzó a estudiar ha inquietado tanto a los profesionales, como también a los familiares de quienes lo presentan. Se puede considerar al autismo como un trastorno sumamente inquietante, por lo que se refiere a la capacidad de los padres para entenderlo y hacerle frente.

Para Groden (1995), Paluszny (1999), Powers (2000) y Rutter y Schopler (1994), el autismo es un síndrome que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades de comunicación, rituales compulsivos, persistentes y resistencia al cambio. Si existe desarrollo del lenguaje, presenta desajustes severos. La mayoría de los padres comienzan a preocuparse realmente por el desarrollo de su hijo en la adolescencia, cuando comienzan a cuestionarse: ¿Dónde estará mi hijo en 10 ó 15 años? ¿Habrá un lugar para él en la comunidad? ¿Qué pasará con él cuando ya no estemos? ¿Quién se encargará de cuidarlo? No existe una forma de responder a estas preguntas en términos simples. Sin embargo, no se les puede pasar por alto, ni esperar que, de alguna forma, el futuro se encargue de proporcionar las respuestas. En gran medida, la responsabilidad de la planificación y la preparación radica en los padres y la forma en que le hagan frente a estas inquietudes.

Una forma de preparación para el futuro de las personas con autismo, consiste en enseñar desde temprana edad habilidades de autocuidado que le permitan desarrollarse de una forma más independiente. Las habilidades de autocuidado,

también denominadas como habilidades de autonomía personal, autoayuda o cuidado personal, se cuentan entre las conductas más importantes que pueden aprender los adolescentes con autismo. En estas habilidades se incluyen todos los comportamientos relacionados con el aseo, la alimentación, el vestido, la higiene y la apariencia física. Su objetivo es lograr que la persona se pueda desarrollar de forma independiente, respecto a su cuidado personal. Como una forma de hacer frente a las inquietudes arriba mencionadas, el presente trabajo tiene como finalidad implementar y evaluar un programa para desarrollar habilidades de autocuidado en dos adolescentes con autismo. Se utilizará el Programa de habilidades de autocuidado de Baker y Brightman (2002). Este entrenamiento se llevará a cabo basándose en la modificación de la conducta.

Otro aspecto fundamental en la realización del trabajo tiene que ver con la falta de información sobre el autismo y cómo hacerle frente desde la formación como Psicólogos Educativos, aunado a que existe poca bibliografía sobre programas para desarrollar habilidades de autocuidado en adolescentes con autismo, percepción en la que coinciden otros especialistas que trabajan con personas con autismos y padres de familia. Al respecto, Paluszny (1987) y Powers (1999), advierten que un punto importante tiene que ver con el aspecto educativo, ya que muchos profesionales tienen poca información, sobre cómo hacer frente al autismo desde la educación especial. Por esta razón, este trabajo busca a contribuir con información sobre el desarrollo de programas específicos con adolescentes con autismo.

En el primer capítulo, se habla del autismo infantil, describiendo las características del autismo, la etiología, el diagnóstico, el desarrollo del niño y adolescente con autismo, los tratamientos para el autismo y la educación del niño con autismo. Dentro del segundo capítulo se describe el tema de las habilidades de autocuidado, el cual inicia con la conceptualización de éstas y descripción de las actividades que las conforman, de la misma manera se habla de la enseñanza y la aplicación de programas para dichas habilidades. Con respecto al tercer capítulo se explican

técnicas de modificación de la conducta, su historia y los principales conceptos que se manejan dentro de ésta.

En el cuarto capítulo, se describe el método que se utilizó para realizar la investigación, el tipo de estudio, los instrumentos y la forma en la que analizaron los resultados. En el quinto capítulo, se exponen los resultados obtenidos a partir de la evaluación diagnóstica, evaluación inicial, implementación de las actividades y evaluación final. Finalmente, se presenta la discusión, las conclusiones y las limitaciones de la intervención, así como las sugerencias que se consideran pertinentes para mejorar los futuros trabajos relacionados con este tema.

EL AUTISMO INFANTIL

Características del autismo

El término "autismo" proviene del griego y significa "sí mismo", fue empleado por primera vez en 1919, por Bleuler, para referirse a aquellos casos de personas que preferían el alejamiento del mundo exterior y elegían el mundo interior para refugiarse. Kanner (1943) al estudiar varios casos se percató que estos niños se aislaban del mundo exterior y presentaban problemas para comunicarse, denominó a esto *síndrome autista en la infancia temprana*. Kanner, al describir el término autismo mencionó algunas características de los sujetos que lo presentan tales como: la falta de postura anticipatoria para ser levantados en brazos, la falta de un lenguaje comunicativo y en lugar de éste un lenguaje repetitivo, a lo que se le denominó ecolalia.

El inicio del síndrome del autismo se presenta en la primera infancia y en algunos de los casos se pueden observar comportamientos que estén indicando desde el nacimiento algún problema que muestre la presencia del síndrome del autismo, pero el momento en que se hace evidente con certeza es durante los tres primeros años de vida. Según Rutter y Schopler "las caras de los niños con autismo tienen una expresión seria y pensativa y en presencia de personas extrañas se muestran ansiosos y tensos. Cuando se encuentran a solas con sus objetos presentan una plácida sonrisa acompañada de un leve zumbido, como si estuviera tarareando alguna canción" (1984, p. 15).

Para Paluszny (1987) el autismo "es un síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades de comunicación, rituales compulsivos, persistentes y resistencia al cambio. El lenguaje, si lo hay sufre desajustes severos" (p. 15). Un sujeto con estas características se encuentra en una extrema soledad, juega de manera repetitiva ya sea con algún objeto o con su propio cuerpo; cuando llega a tener lenguaje sufre severos problemas y si se cambia algún estímulo en su medio, le causa conflicto provocando berrinches y pataletas.

Según Powers (1999) el autismo es “un trastorno físico del cerebro que provoca una discapacidad permanente del desarrollo” (p. 27). Los diversos síntomas del autismo pueden presentarse aislados o acompañados de otras condiciones, tales como retraso mental, ceguera, sordera y epilepsia. Debido a que los niños con autismo difieren ampliamente en sus habilidades y en su conducta, cada síntoma puede manifestarse de diferente manera en cada niño.

Paluszny (1987) y Powers (1999) coinciden en que el autismo es un trastorno del desarrollo que ejerce una influencia duradera en el aspecto social, lingüístico y cognitivo del niño y advierten que abarca una gama tan amplia de capacidades y discapacidades, que tanto los padres como los profesionales suelen sentirse confundidos, ya que se manejan muchas etiquetas y criterios de diagnóstico distintos. Además, indican que un punto importante tiene que ver con el aspecto educativo, ya que muchos profesionales tienen poca información, sobre cómo hacer frente al autismo desde la educación especial.

El autismo se presenta desde los primeros años de vida del niño, y entre los primeros síntomas que se manifiestan, está, que aún siendo bebé, no responde a los estímulos exteriores, provocados generalmente por sus padres, como la mayoría de los niños; cuando son tomados en brazos no se pueden acomodar al cuerpo de las personas. Groden (1995) presenta una lista de características del síndrome del autismo en sus diferentes áreas:

- a) Presentan un grave y constante deterioro en las emociones con los demás. El niño se comporta como si todo lo que le rodea, incluyendo personas y objetos, no existieran. Tiene tendencia a volver la mirada o a mirar como si no viera, especialmente cuando le dirigen la palabra.
- b) Se preocupan de manera excesiva por determinados objetos, por ejemplo, coleccionan toda clase de objetos para acarrearlos consigo y se angustia si pierde alguno; tiene tendencia a examinar objetos de manera peculiar; cuando un objeto le

es especial, presenta un gran apego hacia él; sus juegos son raros, como por ejemplo, los hace girar o los arroja.

c) Existe un deseo obsesivo por mantener sin cambios las cosas. Les perturba los cambios en el entorno que les es familiar, las rutinas familiares llegan a ser muy importantes para ellos. Pueden producirse escenas dramáticas si se varía en los itinerarios, si alguien se sienta a la mesa en un lugar diferente o si se hacen las tareas domésticas en un orden desigual a lo acostumbrado.

d) Presentan anormalidades en el humor, por ejemplo, presentan ataques de ira y angustia violentos que se caracterizan por gritos, llanto, pataletas y tendencia a morder; tienen periodos de risa sin motivo aparente; se observa una falta de miedo antes peligros reales.

e) Presenta trastorno del lenguaje, ya sea una falta total del lenguaje; fragmentos de lenguaje y contracción de palabras; un lenguaje muy simple; repetición literal de algunas palabras o frases, fenómeno al que se le conoce como ecolalia, en este sentido, se ha asociado a ciertas regresiones y necesidades de comunicación, es decir, las palabras o frases aisladas que para otras personas no tiene significado, ellos las relacionan con algunas necesidades o regresión; existe un uso frecuente de una voz especial, diferente de la normal; en general presentan problemas para comunicarse por medio de lenguaje.

f) Presenta algunos trastornos psicomotores como: actividad exagerada, inmovilidad, constante balanceo, saltar, golpear con la cabeza, girar caminar de puntitas, aleteo de manos, movimientos estereotipados y actitudes de coordinación excepcional.

g) Algunos niños con autismo pueden presentar un potencial cognitivo normal, en especial tienen buena memoria para recordar eventos pasados, así como poemas, canciones y nombres. Pueden sobresalir en un área y funcionar incluso mucho mejor que cualquier niño normal, como por ejemplo: son capaces de armar rompecabezas en cuestión de minutos, copiar a escala un dibujo completo sin necesidad de tomar medidas, recordar diálogos enteros de un programa o anuncio de televisión.

Etiología del autismo

A pesar de que en los últimos años han sido muchos los investigadores que han tratado de adentrarse en el laberinto que oculta el origen del autismo, son muchas más las cosas que ignoramos que las que sabemos. No se sabe con exactitud cuáles son los factores causantes del autismo, existen sin embargo, numerosas investigaciones que dan cuenta de su etiología.

Paluszny (1987) señala lo siguiente sobre las bases *psicogénéticas*, la primera descripción del autismo realizada por Kanner originó una controversia muy grande del tipo “naturaleza o crianza”. Su caracterización de los padres de niños con autismo como inteligentes, bien educados y comúnmente distantes y poco expresivos, estimuló la especulación acerca del factor ambiental como básico en la “causa” del autismo. Kanner mismo ha refutado esta noción y afirmó que el factor biológico era uno de los principales, pero también describió una interrelación entre herencia y ambiente.

Sin importar los problemas de la herencia y la constitución, las experiencias de la vida han confundido a estos niños, han hecho imposibles las relaciones normales y los han conducido al aislamiento y la conducta esquizofrénica. (1987, p. 60)-

Powers (1999) señala que los investigadores y clínicos que han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología ambiental son aquellos desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autista como una forma desviada reactiva del desarrollo. Tustin citado por Paluszny (1987) describe la etapa infantil temprana como un autismo primario normal. El bebé experimenta sensaciones, pero no tiene conciencia de las partes de su cuerpo ni reconoce los límites entre el yo y el no yo, es decir, no tiene conciencia de que su madre está separada de él. Durante mucho tiempo se ha aceptado como normal esta etapa del desarrollo temprano, que acentúa la inconsciencia del niño de las cosas que están fuera de él. La mayoría de las madres no tienen una reacción exagerada de anticipación a cada deseo del bebé, ni tampoco lo rechaza ni lo deja a un exceso de frustración. Esta etapa se llama fase oral, fase de confianza básica en oposición a desconfianza o fase del narcisismo primario analítico.

Tustin se refiere a esta etapa como autismo primario normal y considera que el autismo primario anormal aparece cuando la primera etapa normal del desarrollo se prolonga, ya sea debido a que el niño experimenta una falta total de cariño en la crianza o una falta parcial de afecto. Tustin propone otra forma de autismo a la que denomina autismo secundario encapsulado, el cual ocurre cuando el niño experimenta la separación de la madre a una edad muy temprana, cuando todavía no está listo para ello, de modo que sufre un trauma por la separación. Para no experimentar esta separación tan violenta y atemorizante, el niño acalla la parte del mundo que no le corresponde él no yo y crea una barrera entre sí y el mundo que lo rodea.

Bethleheim citado por Paluszny (1987) también considera al autismo como un trastorno que se origina en las primeras experiencias de vida del niño. Describe cómo los niños son activos y dan señales, especialmente por lo que se refiere a la alimentación con el pecho. Si el niño se frustra y se siente incapaz de hacer algo en un mundo impredecible o que no responde, puede tornarse con autismo. Esto puede ocurrir en los seis primeros meses si se bloquea la actividad general del niño o entre los seis y nueve meses cuando el niño intenta relacionarse con los demás y se impide dicha actividad. Finalmente, el autismo puede aparecer entre los 18 meses y los dos años si se impiden al niño “Los esfuerzos activos para dominar su mundo, tanto física como intelectualmente”. Al reprimir toda actividad y con ello toda hostilidad hacia el mundo exterior, el niño se aísla y se retrae hacia la fantasía y el autismo.

Ward citado por Paluszny (1987) sugirió una etiología que implica un origen psicológico aunado a una deficiencia neurológica. Propone que la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial. Como resultado de la angustia maternal ocurren cambios neuroendocrinos en la madre, los cuales afectan en el feto las estructuras neurales, endocrinas y otras. Ulteriormente, las madres no son capaces de satisfacer las necesidades especiales de este niño y se origina el autismo. Estas teorías, no pueden aceptarse

fácilmente, aunque la investigación en el área de las anormalidades durante el embarazo en relación con el autismo es muy importante y requiere más investigaciones. Janetzke (1996) señala los diferentes factores en los que se ha buscado la causa de los desajustes que originan el autismo.

Factor orgánico: se menciona como una de las causas del autismo, el hecho de que la madre, durante los tres primeros meses del embarazo haya enfermado de rubéola. También se maneja como causa el padecer enfermedades infecciosas en los primeros años de vida que afectan el sistema nervioso central, como meningitis o algunas lesiones cerebrales causadas por accidentes.

Factor bioquímico: se señala que la falta de sustancias esenciales, que el cuerpo por sí mismo no puede producir como son las vitaminas, aminoácidos, ácidos grasos, etc., pueden disminuir la actividad del sistema inmunológico y es por eso que, presentan una reacción insuficiente frente al virus de la rubéola y esto puede ser una probable causa del autismo.

Factor de la herencia genética: se ha investigado acerca de la gran influencia que existe en la información genética que los hijos reciben de sus padres y la forma en que ésta se manifiesta durante el desarrollo de los niños, sin embargo, no se puede asegurar que el autismo se origine hereditariamente, ya que se han hecho estudios con gemelos, si uno de ellos tiene autismo, no forzosamente el otro lo es; esto pone en duda las causas de la herencia genética.

Teoría orgánica: la posibilidad de una anormalidad genética fue contemplada por Kanner en 1966, donde el autismo comenzó a considerarse como un problema de condiciones biofísicas o bioquímicas innatas y la experiencia ambiental. Paluszny (1987) señaló que el hecho de que el autismo se presenta en etapas tan tempranas de la vida sugiere por sí mismo un problema biológico. Desde el punto de vista biológico, existen factores de riesgo a nivel de preconcepción, embarazo, parto y etapas tempranas del desarrollo que pueden ejercer sus influencias sobre el sistema

nervioso y, dependiendo de la integridad genética-estructural-funcional del mismo, se da la probabilidad de la condición de autismo.

Diagnóstico del autismo

Paluzsny (1987) refiere que para tener un diagnóstico acertado tiene que ser interdisciplinario, debido a que los siguientes especialistas deben de intervenir: audiología, pediatría, psicología, educación especial, trabajo social, estudio del habla y lenguaje. Conjuntamente trabajan para planear estrategias de evaluación, posteriormente, ya obtenido un diagnóstico por área, se reúnen para integrar información y se toman decisiones respecto a las recomendaciones que deben seguir los padres y el personal educativo. La forma de trabajo es el siguiente:

- Audiología.- Hacen estudios para descartar sordera, uno es AROC (Audiometría del reflejo de orientación condicionado) y ACORT (Audiometría de condicionamiento operante con reforzamiento tangible).
- Trabajo social.- Realiza investigaciones que reporten la estabilidad familiar y las relaciones entre hogar y comunidad.
- Habla y lenguaje.- Depende de las habilidades, edad y experiencia del niño.
- Pediatría.- Realiza la historia médica mediante la observación con los padres, registra acontecimientos médicos importantes, entrevista a la familia, hace un examen físico y neurológico general y pone tareas sencillas para que los padres las realicen con su hijo.
- Psicología.- Se basa únicamente en la sintomatología externa, realiza pruebas de inteligencia: prueba Catell para niños o prueba Catell de Binet, pruebas Bayley de desarrollo mental. Se asignan tareas de aprendizaje o de evaluación a la madre y después al padre para que se las administren al niño.
- Psiquiatría.- Diagnostica en función de tres aspectos: la historia del niño como la relatan los padres, observación al niño e interacción personal con él.
- La educación especial interviene conforme el diagnóstico final y de ser necesario con apoyo de un neurólogo.

Cohen y Bolton (1993) señalan que el autismo es un síndrome conductual, y por lo tanto, supone un conjunto de conductas anormales. Merece la pena destacar que no se hace un diagnóstico de autismo porque el niño tenga problemas de lenguaje, de interacción social o de imaginación, sino únicamente si estos tres tipos de conducta ocurren juntos. Zappella (1998) presenta los criterios para el diagnóstico del autismo, considerados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (2000) [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR*] que se pueden observar en la tabla 1.1.

Tabla 1. 1 Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista.

A. Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones de del conjunto de trastornos (1) de la relación, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

- a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
- c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
- b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrático.
- d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
- d. Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje. o (3) juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

(Tomado de Zappella, 1998, p. 59).

El Centro Educativo Domus (2005) propuso que para diagnosticar el autismo se requiere un equipo de profesionales de distintas disciplinas, exámenes neurológicos, pruebas específicas y un seguimiento cuidadoso de la conducta del niño. El procedimiento que se sigue para realizar la evaluación se describe a continuación:

I. Selección del usuario, a través de los siguientes pasos:

- a) Entrevista inicial con los padres. El objetivo es obtener información general acerca de las necesidades y expectativas de los padres, se brinda información sobre el programa de atención y cómo se lleva a cabo.
- b) Observación conductual. Se realiza simultáneamente a la entrevista inicial, con el objeto de detectar las características del usuario.

II. Evaluación y diagnóstico, a través de los siguientes pasos:

- a) Obtención de los perfiles de desarrollo y conductual del niño. Éstos se obtienen mediante instrumentos y métodos de observación especializados. La información necesaria para conformar los perfiles, se obtiene en aproximadamente 20 horas las cuales se distribuyen en un período de 10 días, por lo que cada sesión de evaluación es de dos horas.
- b) Entrevista clínica con los padres del niño. Parte fundamental de la evaluación es la obtención de la historia del desarrollo del niño, cómo fue durante los primeros años de vida e incluso, cómo fueron las condiciones durante la gestación.
- c) Análisis e integración de resultados, incluye la información de la entrevista clínica.
- d) Diagnóstico. Más allá de llegar a un diagnóstico clínico, es prioritario obtener un "diagnóstico funcional" que indique cómo funciona el niño en cada área del desarrollo, cuáles son las condiciones que pudieran favorecer o no su aprendizaje y cuáles deberán atenderse.

III. Planeación y elaboración del Programa de Tratamiento Individual (PTI)

Éste se elabora de acuerdo con los resultados de la evaluación. Para elaborarlo se priorizan las áreas de desarrollo donde se requiere de mayor apoyo. Posteriormente, se seleccionan los programas en los que se va a intervenir. De acuerdo con cada uno de los programas se define: la fase o paso, de intervención, el tipo de ayuda, la frecuencia del registro, el número de ensayos por sesión, y el procedimiento específico para el desarrollo de cada habilidad o para una intervención conductual.

IV. Capacitación a padres y/o auxiliares a través de los siguientes pasos:

- a) Capacitación teórica. Se brinda información básica sobre técnicas y procedimientos del Análisis Conductual Aplicado y las bases teóricas del Programa de Atención del Centro Educativo Domus.
- b) Capacitación práctica. Consiste en que los padres observen y practiquen las técnicas y procedimientos específicos de los programas en los que ellos intervendrán, recibiendo supervisión y retroalimentación inmediata.

Asimismo, se les enseña el manejo de los diferentes tipos de registro y cómo llevar el control del avance de cada programa. El objetivo de éste es que el padre y/o auxiliar logre un manejo de aspectos teórico-prácticos que permitan funcionar como co-terapeuta dentro del programa de atención a su hijo. En la intervención propuesta del Centro Educativo Domus (2005) las principales áreas de trabajo son:

Repertorios básicos: se trabaja en la adquisición de habilidades de atención, imitación y seguimiento de instrucciones que les permitan acceder a situaciones de aprendizaje más complejas.

Motricidad: los alumnos reciben estímulo y programas de habilitación para desarrollar un mayor control de sus movimientos, adecuado equilibrio y mejor desplazamiento. Se requiere, también, apoyo terapéutico para facilitar la coordinación ojo-mano; un requisito indispensable para adquirir la lectoescritura y para lograr autosuficiencia en actividades de la vida diaria.

Lenguaje y comunicación: un alto porcentaje de las personas con autismo carecen de lenguaje. La estimulación en esta área es fundamental para superar los problemas de comunicación.

Recreación: para favorecer la integración social de los niños con autismo se fomenta la práctica deportiva y la expresión artística, haciendo uso de los servicios que ofrece la comunidad. De esta manera, los alumnos tienen una oportunidad de convivencia con niños y jóvenes de su misma edad y, al mismo tiempo, disfrutan de los espacios y el ambiente de su entorno social.

Desarrollo del niño y adolescente con autismo

La mayoría de los padres de niños con autismo, empiezan a preocuparse realmente por el desarrollo de su hijo hasta que tiene un año de edad aproximadamente. Esto se debe a que de manera típica, los síntomas del autismo aumentan paso a paso durante el segundo año de vida del niño; alcanzan su punto culminante entre los dos y los cuatro años. En algunos casos, a esta edad se presenta cierto grado de mejoría. Según Stanton (2000) el grado de mejoría espontáneo que el niño experimenta, depende de la severidad de sus síntomas, las conductas anormales de los niños menos afectadas que son objeto de una intervención apropiada pueden disminuir al punto de que esos niños pueden no parecer personas con autismo en el momento en que alcanzan la edad escolar. En cambio, los niños cuyos problemas son muy severos desde una edad temprana quizá sigan teniendo problemas cada vez más serios.

Desarrollo cognoscitivo

Powers (1999) señala que “la mayor parte de los niños con autismo poseen habilidades intelectuales bastante inferiores al promedio. De hecho, 70% de ellos son

niños con retraso mental, en tanto que sólo 30% son normales o poseen una capacidad intelectual superior al promedio” (p. 170). Los niños cuyas habilidades se encuentran dentro de lo normal, pueden a menudo, dominar gran parte de las materias del programa escolar normal, aún cuando en ellos persistan los síntomas de autismo. A muchos padres les parece confusa la distinción entre autismo y retraso mental, al respecto Stanton (2000) considera conveniente, recordar que la mayor parte de los niños con retraso mental desarrollan habilidades sociales y lingüísticas que van a la par con sus habilidades intelectuales, en tanto que los niños con autismo tienen, de manera típica, habilidades sociales y lingüísticas inferiores a sus habilidades en otras áreas.

Wing (1981) afirma un aspecto importante, es considerar que no todos los niños presentan el mismo grado de autismo, puesto que, todos los diagnósticos son diferentes, según la autora cada niño tiene su propio esquema de funciones afectadas y otras que no lo están; es por eso que para Wing se deben considerar dentro del diagnóstico no sólo los trastornos subyacentes del niño sino también la interacción entre las diferencias primarias y el entorno; pues como se sabe el niño con autismo es especialmente sensible a los distintos tipos de medios sociales y necesita que haya un control muy riguroso y adecuado para que un entorno normal sea más eficaz y dé la posibilidad de mejorar.

La Clínica Mexicana de Autismo y Desviaciones del Desarrollo (CLIMA, 2001) identifica tres niveles de autismo, en el diagnóstico de cada niño:

En el nivel alto se encuentra ciertas características en el niño como la ausencia de conductas reflejadas como succionar o chupar, siguen objetos en movimiento y buscan objetos escondidos, logran adaptarse al medio ambiente, no hay conductas estereotipadas, sin embargo, se presentan actitudes obsesivas, se presenta la imitación diferida sin el modelo presente, existe la presencia de representaciones mentales rudimentarias pero falla al utilizarse de manera significativa y propositiva, hay permanencia de objetos a un nivel básico; poseen lenguaje con ecolalia,

inversión pronominal, su lenguaje es expresivo y espontáneo y logran desarrollar algunas habilidades sociales.

En el nivel medio el niño presenta conductas reflejas como succionar o chupar, sigue objetos en movimientos, sonrío y busca objetos escondidos, no existe una adaptación con el medio ambiente sólo la asimila; presenta conductas estereotipadas como girar objetos repetitivamente y representaciones mentales rudimentarias, pero hay fallas al utilizarse de manera significativa y propositiva, hay permanencia de objeto a un nivel básico y no existe lenguaje.

En el nivel bajo el niño no presenta conductas reflejadas como succionar y chupar, sigue objetos en movimiento, sonrío, busca objetos escondidos, hay un precario desarrollo mental. Presenta conductas estereotipadas como girar objetos, siendo esta su única actividad, la imitación es inmediata y sus representaciones elementales son rudimentarias y fallan al utilizarse de manera significativa y propositiva; existe permanencia de objeto a nivel muy básico y no hay lenguaje.

Desarrollo del lenguaje

Quizá uno de los primeros síntomas de autismo que se perciben, es la dificultad para comenzar a hablar. Los bebés con autismo no balbucean en absoluto, emiten sonidos muy poco variados o bien muy penetrantes y a volumen muy alto. Paluszny (1987) menciona que el retardo en el desarrollo del lenguaje aparece por lo común a los 12 meses de edad. A esa edad, los niños normales en general, conocen las palabras "mamá", "papá" y alguna otra; por lo común los bebés con autismo aún no han aprendido palabras, tampoco se encuentran formas para inducirlos a imitar los ruidos que hacen sus padres. A los dos años de edad, cuando los niños normales aprenden a hablar utilizando oraciones de tres palabras y sostienen una conversación imaginaria con ellos mismos, el niño con autismo puede incluso perder las pocas palabras que había adquirido.

Entre los cuatro y los cinco años de edad, el niño con autismo comienza a progresar lentamente en el desarrollo del lenguaje. Es posible que aprenda algunas palabras de memoria, aunque su habilidad para servirse de ellas con fines comunicativos sea muy limitada. A los cuatro años de edad, aproximadamente sólo una cuarta parte de los niños con autismo son capaces de utilizar el lenguaje en forma significativa, generalmente logran expresar exclusivamente una necesidad inmediata, como pedir un poco de leche. A esa edad, más de la mitad de los niños con autismo aún carecen de lenguaje funcional, mientras que 25% adicional padece de *ecolalia*, es decir, repiten las palabras que escuchan en los demás, pero sin entender su significado.

Stanton (2000) señala que al paso del tiempo, la mayoría de los niños con autismo consiguen realizar cierto avance en el desarrollo del lenguaje. Los jóvenes con autismo quizá logren a la larga desarrollar un lenguaje casi normal, si bien su habilidad para comunicarse pueda verse afectada por una extraña falta de modulación en la voz que le imprime a su discurso el sonido de un autómata. La mayor parte de ellos, se ubican de una u otra manera, entre ambos extremos.

Desarrollo social

Tal como sucede en otras áreas de desarrollo, el progreso que el niño con autismo logre realizar en el área del desarrollo social se encuentra relacionado, en última instancia, con sus habilidades cognoscitivas. Paluszny (1987) señala que en la mayor parte de los casos, la conducta social de un niño con autismo empieza a mejorar alrededor de los cuatro años de edad. Por ejemplo, es posible que en un niño persistan las conductas de autoestimulación y de autoagresión, pero también es posible que comience a mostrar cierto afecto hacia los miembros de su familia. Además, aún cuando los cambios en la rutina sigan provocándole bastante malestar, la frecuencia y la intensidad de sus rabietas pueden disminuir. A medida que avanzan hacia la adolescencia, la mayor parte de los jóvenes con autismo adquieren más flexibilidad en cuanto a su manera de reaccionar a su ambiente y también

ofrecen menos problemas de control, si bien un reducido porcentaje de niños con autismo exhiben un descenso en el desarrollo de sus habilidades cognitivas.

Desarrollo del adolescente con autismo

Fejerman, Arroyo, Massaro y Ruggieri (1994) refieren que los síntomas del autismo tienden a disminuir en la adolescencia, pero persisten en la adultez. El déficit social se caracteriza por una limitada interacción social, por lo que muchas de estas personas son descritas como solitarias. La escasa capacidad de entablar amistades con sus compañeros y participar en actividades grupales se hace más evidente en la adultez. Con la edad, los déficit comunicativos se atenúan y las capacidades lingüísticas tienden a mejorar, aunque una proporción significativa de adolescentes y adultos siguen siendo no verbales. En los que desarrollan el lenguaje, los déficit predominantes son una aptitud de conversación anormal o inapropiada (por ejemplo, la incapacidad de turnarse para hablar) y una melodía anormal en el discurso. En el nivel de la comprensión el déficit de lenguaje se manifiesta como una incapacidad para entender chistes y sarcasmos y para interpretar gestos expresiones faciales y entonaciones.

Manifestaciones conductuales como la adaptación al cambio mejoran con el tiempo. En la adolescencia y la adultez los intereses siguen siendo limitados, los individuos con autismo de alto funcionamiento pueden, por ejemplo, concentrarse en hechos históricos u otros intereses y estos temas pueden constituir su única preocupación. Los problemas de la conducta son de gran interés, ya que presentan los más frecuentes obstáculos para la integración de adolescentes y adultos con autismo en la comunidad. En la adolescencia aumentan las conductas de agresión y autodestrucción; un estudio de seguimiento de individuos con autismo, manifiesta que el 35% de los adolescentes y el 49% de los adultos poseen conductas autodestructivas.

Otros investigadores, en cambio, han señalado que los comportamientos agresivos no necesariamente aumentan durante la adolescencia y la adultez, sino que parecen

más dramáticas ya que el tamaño físico y la fuerza de estos individuos, es mayor. También se ha observado que el aumento de la conducta agresiva se debe probablemente a que el uso de drogas es más común en adolescentes y adultos con autismo que en niños. El tratamiento de la conducta agresiva y autodestructiva siempre debe comenzar con un programa dirigido por un psicólogo con experiencia en este tipo de problemas, el primer paso es determinar si existen factores externos que puedan dar cuenta de las conductas anormales.

Tratamientos para el autismo

Varios tratamientos han sido diseñados para tratar el autismo, unos con mayor éxito que otros y algunos con poco o nulo resultado. A continuación se enlistan los más conocidos.

Medicamentos: Paluszny (1987) indica que una de las intervenciones con las que se puede tratar al niño con autismo es por medio de medicamentos, que aunque no resuelven de manera satisfactoria el problema del autismo, si se pueden lograr la reducción de algunos síntomas que ponen en peligro tanto al niño como a los que le rodean. Por ejemplo, cuando el niño golpea constantemente y con fuerza su cabeza contra objetos contundentes, muerde sus manos o tiende a agredir a sus compañeros, causando un daño real. Los medicamentos que son utilizados en algunos casos son neurolépticos que tienden a disminuir los niveles de ansiedad, agresividad y excitabilidad, posibilitando una atención psicoterapéutica.

Psicoterapia: para Lorente, Llaberís y Cuxart (1997) la psicoterapia sirve para tratar al niño con autismo, la cual tiene como finalidad:

Ayudar al niño a responder al mundo que lo rodea de forma realista. La aceptación, la atención, y observación, la ayuda para aceptar y elaborar sentimientos, la empatía, el manejo de las transferencias y contra transferencias son los pilares en los que el terapeuta se apoyará para reestructurar el mundo afectivo y fragmentado del autista; para conducir sus ansiedades fantasías, miedos, tensiones, quebrantamientos simbólicos, amenazas, a través de comenzar a desarrollar su confuso yo infantil (p. 113).

La familia dentro de la intervención terapéutica no se debe descuidar, porque los padres y hermanos paralelamente deben tomar la psicoterapia como un recurso muy positivo para sí mismo y para una “normalización” e integración del niño con autismo. *Terapia de conducta:* Garanto (1993) señala que otra forma de tratar al niño con autismo es por medio de terapia de conducta, teniendo por objetivo modificar la conducta indeseada del niño a través de reforzadores y recompensas que conlleven a la conducta deseada; esto significa que se debe introducir en las situaciones vivenciales, a fin de estimular al niño con autismo para que aprenda nuevas conductas o cambie conductas inconvenientes. Para poder llevar a cabo este tipo de intervenciones es necesario que se establezcan las líneas base de conductas y, posteriormente, se determinen las conductas a reforzar o a extinguir y la técnica y programa más adecuados a utilizar, como es el caso del condicionamiento operante que con frecuencia se lleva a cabo con niños con autismo.

Dieta libre de Gluten y Caseína: Consiste en restringir al adolescente, alimentos que tengan estos compuestos, los cuales se encuentran principalmente en las harinas de trigo y en los lácteos. Aunque sus resultados son favorables solamente en algunos casos, es una buena opción a intentar por no tener efectos secundarios. Antes de iniciarla, quite los azúcares para poder valorar más objetivamente.

Tratamientos con vitaminas: Consiste en proveer al niño de una serie de vitaminas. Algunos estudios han demostrado que algunos niños carecen o tienen insuficiencia de ellas. Entre las más frecuentes están las vitaminas del complejo B (B⁶ y B¹²).

Educación del niño con autismo

Hasta la década de los sesenta, la mayoría de los niños con autismo estaban internados en instituciones para enfermos mentales y se les consideraba, de manera general, ineducables e intratables. Sin embargo, Paluszny señala que como resultado de la investigación, “ahora se puede afirmar, sin equivocación, que los niños con autismo pueden obtener gran provecho de la educación” (1999, p. 145).

Mientras que el pronóstico para los niños con autismo individualmente considerados, varía de modo significativo, los enfoques educacionales parecen beneficiar al niño con autismo, más que cualquier otro tipo de intervención.

a) Intervención temprana

Los programas de intervención temprana proporcionan educación especial a los niños menores de tres años. Esos programas adoptan formas diferentes y pueden incluir diversos servicios y especialistas. Sin embargo, su objetivo permanece invariable, a saber, minimizar los efectos de la discapacidad, que pueden retardar el desarrollo de los bebés y de los niños pequeños. Los especialistas en intervención temprana utilizan técnicas terapéuticas y educativas específicas para ayudar a los niños con discapacidad a dominar aquellas habilidades cuyo aprendizaje se les dificulta. Powers (1999) sugiere que también se le enseñe a los padres cómo pueden ayudar a sus hijos a dominar esas habilidades y a conservarlas de por vida.

Los niños con autismo pueden beneficiarse de un entrenamiento temprano e intensivo en las áreas de comunicación, cognoscitiva, habilidades sociales y de autoayuda. Cuanto antes se comience a trabajar para superar sus problemas conductuales, como son las rabietas y las autoagresiones, menor será la probabilidad de que esas conductas interfieran en su futuro aprendizaje.

b) Programas para niños en edad escolar

Los niños con autismo tienen necesidades especiales en diversas áreas del desarrollo, en particular en aquellas que corresponden a las interacciones sociales y a la comunicación. Por supuesto, es importante que el programa educativo de un niño con autismo considere esas dos áreas decisivas. No obstante, el currículo del niño o el programa de enseñanza, deberá abarcar asimismo otras áreas. Como asegura Powers “para los niños autistas pequeños, lo anterior incluye las habilidades cognoscitivas y de autoayuda, de movimiento grueso y fino, así como los problemas conductuales” (1999, p. 190).

A medida que el niño se aproxime a la adolescencia, el énfasis deberá desplazarse de la instrucción propiamente dicha, a la enseñanza de las habilidades del vivir funcionalmente en aspectos relacionados con la vida en comunidad; el uso del tiempo libre y actividades recreativas; las actividades domésticas y de cuidado personal; y el aspecto vocacional, aprender las habilidades que requiere un trabajo específico. Debido a que cada niño con autismo es único, el programa tendrá que adaptarse a la medida de sus necesidades. A continuación se presenta una lista de habilidades que necesitan aprender los niños con autismo.

Habilidades cognoscitivas

Las habilidades cognoscitivas pueden considerarse los "cimientos" del aprendizaje. Ellas pueden incluir habilidades "intelectuales" tan elementales como es la habilidad para expresar cuál es la diferencia entre dos objetos, o habilidades tan complejas como el razonamiento abstracto. Muchos niños con autismo tienen problemas con las habilidades cognoscitivas más fundamentales y requieren, por tanto, que se las enseñen metódicamente. El autor sugiere que algunas habilidades cognoscitivas que deberán enseñarse a los niños con autismo, en la escuela son:

- Relacionar dibujos con objetos.
- Identificar colores y formas.
- Expresar la diferencia existente entre "grande" y "pequeño".
- Leer palabras elementales, así como otras más complejas, según sus habilidades cognoscitivas.
- Escribir su nombre y su apellido.

Habilidades sociales

Para Lorente, Llaberia y Cuxart (1997) los niños regulares son capaces de aprender muchas habilidades sociales –tanto elementales como complejas–, mediante la observación e imitación de otras personas. En contraste, “la mayor parte de los niños con autismo son incapaces de aprender las habilidades sociales de esa manera, por

lo que habrá que enseñárselas formalmente” (p. 114). Algunos ejemplos de las habilidades sociales que se les enseñan a los niños con autismo son los siguientes:

- Compromiso, la habilidad para mantenerse concentrado e interactuar (dar respuesta) con una persona o con un objeto.
- Saludar a los demás.
- Habilidades de juego independiente.
- Esperar por el turno que nos corresponde.
- Seguir las indicaciones de un compañero de trabajo o de un supervisor.

Habilidades de comunicación

La comunicación requiere de dos habilidades que son independientes entre sí; por un lado, el lenguaje expresivo, que se refiere a la habilidad para expresarse por medio de gestos, palabras y símbolos; y por otro lado, el lenguaje receptivo, que es la habilidad para comprender la que se nos ha comunicado por medio de gestos, palabras y acciones. Lorente, Llaberia y Cuxart (1997) indican que:

Los niños con autismo a menudo tienen problemas con una o ambas de esas habilidades, por lo que es necesario recibir entrenamiento adicional por parte de los maestros y de los terapeutas del lenguaje con objeto de ayudarlos a comunicarse mejor. Pero la comunicación es algo más que la mera emisión o recepción de mensajes: ella también forma parte de la interacción social (p. 117).

Por ello, es necesario enseñar las siguientes habilidades de comunicación, al niño con autismo:

- Habilidades básicas de atención (por ejemplo, establecer contacto visual).
- Imitar las palabras o los sonidos que emiten los demás.
- Utilizar objetos o palabras que indiquen acción, o ambos.
- Utilizar oraciones de una, dos o tres palabras.
- Dominar los conceptos de *recurrencia* ("más"), *negación* ("se acabó", "no más"), y *afirmación* ("sí").
- Utilizar un sistema de comunicación alternativo, como es el lenguaje por medio de signos valiéndose de dibujos en un pizarrón.

Habilidades de autocuidado

Estas habilidades se refieren a las actividades cotidianas de las que todo el mundo participa tan plena e independientemente como sea posible, en la familia, en la comunidad y en la escuela. Powers (1999) menciona que muchos niños con discapacidad aprenden las habilidades de autoayuda como asearse solos, usar el baño y comer con tenedor y cuchara, observando a otros niños y a sus padres, después imitan lo que han visto. Sin embargo, el aprendizaje mediante la observación y la imitación es, en general, muy difícil para los niños con autismo, de modo que es necesario enseñar estas habilidades de manera sistemática.

En ocasiones resulta tentador esperar que todos los niños aprendan por sí mismos las habilidades de autoayuda, pero es erróneo pensar así en el niño con autismo. Para adquirir esas importantes habilidades, los niños con autismo requieren una enseñanza congruente, es decir, una enseñanza que deberá tener lugar tanto en el hogar como en la escuela y en el contexto en el que esas habilidades se practican naturalmente. Algunos ejemplos de habilidades de auto ayuda que deben enseñarse en la escuela son los siguientes:

- Vestirse y desvestirse.
- Hacer uso del baño.
- Higiene personal.
- Cuidar de los objetos que nos pertenecen –hacer la cama, lavar la ropa–.
- Habilidades para cocinar y preparar alimentos.

Que el niño y el joven con autismo posean estas habilidades, es de suma importancia, ya que en la medida en la que las desarrolle, podrá, integrarse de una mejor manera dentro de la sociedad y funcionar tan independientemente como le sea posible.

Habilidades motoras

Algunos niños con autismo quizá experimenten ciertas dificultades con las habilidades motoras finas, como es tomar objetos pequeños utilizando el pulgar y el índice, o

bien, tomar el lápiz adecuadamente. Otros pueden tener problemas con las habilidades motoras gruesas, como es caminar pausadamente o andar en triciclo. Las siguientes son ejemplos de las habilidades motoras que deben enseñarse en la escuela: andar en triciclo, atrapar y lanzar una pelota, cortar con tijeras, introducir monedas en las máquinas expendedoras, aplicarse maquillaje o rasurarse.

Habilidades laborales

A medida que al niño con autismo crezca, deberá intensificarse la enseñanza de las habilidades domésticas, de las que corresponden al tiempo libre y las recreativas, las pertenecientes a la vida en comunidad y las laborales. Esas habilidades llegan a adquirir particular importancia debido a que son, en última instancia, las que necesita para desempeñarse de la manera más independiente. Powers (1999) señala que resulta notable la forma en que recientemente se le ha prestado atención a la formación de las personas con discapacidad, para su incorporación al mundo laboral.

HABILIDADES DE AUTOCUIDADO

Las habilidades de autocuidado, también denominadas como habilidades de autonomía personal, autoayuda o cuidado personal, se cuentan entre las conductas más importantes que pueden aprender los niños con autismo. Velasco (1994) refiere que en el ámbito de la Modificación de la Conducta, se incluyen en esta área los aprendizajes relacionados con el cuidado personal: control de esfínteres, aseo, vestido y alimentación, ya que tales habilidades presentes en la vida diaria son condición necesaria para la integración social de las personas.

Conceptualización

Para Espada, Quiles y Terol (2008) las habilidades de autocuidado, incluyen todos los comportamientos relacionados con el aseo, la alimentación, el vestido, la higiene y la apariencia física. Su objetivo es lograr que la persona se pueda desarrollar de forma independiente, respecto a su cuidado personal. La enseñanza de estas habilidades es un objetivo prioritario en los programas educativos en las personas con discapacidad. Según Powers (1999) las habilidades de autocuidado se refieren a las actividades cotidianas de las que todo el mundo participa tan plena e independientemente como sea posible, en la familia, en la comunidad y en la escuela. Muchos niños con discapacidad aprenden las habilidades de autocuidado, observando a otros niños y a sus padres e luego imitando lo que han visto hacer.

Sin embargo, el aprendizaje mediante la observación y la imitación es muy difícil para los niños con autismo, por lo tanto, es necesario enseñárseles de manera sistemática. Que el niño con autismo posea estas habilidades, es de suma importancia, ya que en la medida en la que las desarrolle, podrá, integrarse de una mejor manera dentro de la sociedad, y así funcionar tan independientemente como le sea posible. Para adquirir esas importantes habilidades, los niños con autismo requieren una enseñanza congruente, es decir, deberá tener lugar tanto en el hogar como en la escuela y en el contexto en el que esas habilidades se practican naturalmente.

Las habilidades que conforman el área de autocuidado de acuerdo con la Asociación de Padres de Niños con Autismo (APNA), 2005 incluyen una serie de competencias que hacen referencia al conocimiento y control que los niños van alcanzando de sí mismos y a la capacidad de utilizar dichos conocimientos en las demandas que la vida diaria nos impone, entre ellas: vestido, comida, aseo, control de esfínteres y apariencia física; mismas que se describen a continuación:

Vestido

Los hábitos y habilidades que tienen que ver con el vestido están relacionados con competencias que van desde vestirse y desnudarse de forma independiente, hasta el cuidado y adquisición de la propia ropa. Disfrutar de la máxima autonomía personal en una actividad como es el vestido, supone gozar de una serie de destrezas que cualquier niño tardaría varios años en adquirir, puesto que la enseñanza de estas habilidades van más allá del autocuidado, trabajándose al mismo tiempo otro tipo de nociones, como pueden ser conceptos espaciales, temporales y sociales. Esta enseñanza, además, presupone una implicación activa del sujeto en la tarea y no una simple tolerancia de la misma, por lo tanto, será la colaboración, el primer objetivo que se debe plantear.

Comida

Respecto a la conducta de comer, se incluye un variado repertorio de habilidades que van desde comer solo, hasta preparar recetas de cocina u organizar la despensa. El paso inicial es que el adolescente llegue a comer y beber solo, actividad que suele ser gratificante en sí misma, funcional, necesaria y rutinaria, en el sentido de que hay que ponerla en práctica varias veces todos los días. El repertorio de habilidades a enseñar es muy amplio: tomar los utensilios para comer correctamente, coordinación de movimientos, una postura adecuada.

Desde hacer la lista de la compra, comprar, ordenar los productos, elaborar recetas, degustar lo cocinado, recoger y limpiar lo usado hasta otros aspectos como puede ser el fomento de la elección, comunicación, uso de los recursos comunitarios. Las

actividades de autocuidado relacionadas con la comida son imprescindibles para los niños con autismo, ya que no se limitan al entorno familiar, continuamente aparecen situaciones cotidianas y sociales en las que el niño tiene que mostrar estas habilidades, como son los cumpleaños y fiestas, el desayuno o la comida en instituciones educativas y otras posibilidades que el entorno proporciona para hacer generalizables las habilidades aprendidas dentro de esta área.

Aseo

El aprendizaje de aquellas destrezas mecánicas que son necesarias para el aseo, puede llevarse a cabo sin grandes dificultades, debido a que la jornada diaria nos ofrece numerosas oportunidades para practicar. De vital importancia será contextualizar esas conductas, es decir, asociarlas con situaciones cotidianas concretas, dando, de este modo, un sentido a la acción, ya que conferirle una finalidad al acto de lavarse motivará al sujeto para adquirir esas conductas. No podemos olvidar que en el aprendizaje de estas habilidades debemos incluir también, la adquisición de conceptos como: limpio-sucio, frío-caliente-templado, asociaciones rojo-caliente, azul-frío, olores agradables-desagradables, así como enseñar a tener conciencia sobre los riesgos que entraña el uso del secador o el agua caliente.

Control de esfínteres

En este apartado se siguen pautas que se aplican con cualquier niño, es decir, antes de entrenar el control de la defecación, se debe dominar el control de la micción, primero se aprende el control diurno y después el nocturno. En el caso de personas con graves alteraciones del desarrollo, como es el caso de las que presentan autismo, el procedimiento de enseñanza debe ser tener mayor sistematización, control y registro. Como requisitos previos al entrenamiento, hay autores que consideran esencial que el niño sea capaz de seguir órdenes sencillas, permanecer sentado en el mismo sitio al menos cinco minutos y retener al menos una hora entre una y otra micción.

En cuanto a las fases de cualquier programa de entrenamiento, en primer lugar, se realiza un registro para conocer las horas del día en las que es más probable que el

niño tenga una micción o defecación. A continuación, se planifica un horario para llevar al niño al baño antes de cada una de las horas en las que micciona, así como un registro de evaluación y seguimiento. Posteriormente, se lleva a cabo el entrenamiento en el control de esfínteres, anotando si se moja o si es capaz de retener hasta la hora fijada. De manera progresiva, aunque de forma lenta y pausada, se amplía el tiempo de retención, enseñando al mismo tiempo al niño a emitir una señal que nos advierta de que quiere ir al servicio. En aquellos casos en los que los niños no sean capaces de controlar esfínteres la intervención educativa debe ir encaminada a la utilización frecuente y regular del inodoro, a potenciar los hábitos y condiciones higiénicas, a evitar malos olores o prevenir irritaciones cutáneas.

Apariencia física

Se incluyen todas aquellas actividades que están relacionadas con la aceptación social, puesto que aprender la importancia que tiene la limpieza y el gusto por sentirse arreglado facilitará su adaptación social y personal, así como la imagen que tengan de sí mismo. Deben entender que no sólo existen normas de cortesía verbales, sino que también las hay en lo que al aspecto físico se refiere. Será necesario que aprendan la importancia de tener un buen aspecto para que los demás nos traten con respeto y les guste mirarnos y acercarse a nosotros, ayudándole con normas y rutinas concretas para cada situación, dadas sus limitaciones mentalistas: apariencia externa aceptable puede ser llevar la camisa por dentro del pantalón, el pelo cepillado hacia atrás, la camisa sin arrugas, siempre en función de las capacidades y posibilidades de la persona con autismo.

El objetivo es conseguir que los alumnos adquieran actitudes que supongan mantener una apariencia cuidada, así como hábitos y costumbres que vayan dirigidos a mantenerse aseado y conservar una presencia agradable. Es importante resaltar la importancia que tiene trabajar este tipo de habilidades en contextos naturales, partiendo de situaciones y acontecimientos cotidianos concretos. También sería conveniente, realizar las actividades frente a un espejo, para que el niño o joven puedan comprobar lo que está mal colocado y enseñarle la forma adecuada de

llevarlo. De la misma forma, la persona que enseña sirva de modelo, mientras le ayuda a arreglarse. Trabajar las habilidades que tienen que ver con la apariencia física puede desembocar en situaciones interpersonales divertidas y placenteras, dando lugar, además, a situaciones en las que relacionarse con los demás.

Enseñanza de habilidades de autocuidado

Espada, Quiles y Terol (2008) refieren “que la planificación de la enseñanza de las habilidades de autocuidado, es un proceso complejo que empieza por la evaluación individual de cada alumno y finaliza con la valoración final del programa aplicado. El primer paso de un programa supone decidir qué habilidad se entrenará, para lo cual se ha de identificar las necesidades de apoyo individuales en los ambientes en los que se desenvuelven habitualmente los alumnos. Después se adaptará cada programa a las necesidades concretas de los sujetos a los que va dirigido” (p. 1). Para la aplicación de programas, Espada, Quiles y Terol (2008) los siguientes aspectos en cada una de las actividades consideradas para el autocuidado:

Vestido

Con relación a las estrategias metodológicas empleadas, la más utilizada es la del encadenamiento hacia atrás, donde cada paso deberá ser reforzado aunque la contribución del sujeto en la realización de la actividad haya sido mínima. De manera gradual se debe disminuir la ayuda prestada hasta que la persona, objeto de la intervención, haya adquirido las competencias necesarias para realizar cada paso por sí misma. Será interesante también, para facilitar la tarea de aprendizaje, verbalizar cada paso de la misma con instrucciones que sean sencillas y empleando palabras que comprenda. Otro tipo de ayudas que será conveniente utilizar, son las ayudas visuales, puesto que el empleo de gráficos y pictogramas facilitará la adquisición de estas destrezas.

Siguiendo con las técnicas de enseñanza, con frecuencia, un buen procedimiento para ayudar al alumno a entender lo que queremos que haga es el modelado, que le

da la oportunidad de ver, en este caso, cómo otros se visten. Será importante intentar vestirle siempre en el mismo orden, para que de esta manera, aprenda a anticipar, siendo el aprendizaje más rápido si todos los días pasa por el mismo proceso. También será necesario elaborar un registro de los contenidos que se van a trabajar, además de programar de manera individual cada una de las intervenciones.

Alimentación

El aprendizaje se puede considerar de forma aislada, por ejemplo, que aprenda a comer y beber sin ayuda. Las sesiones de enseñanza se pueden realizar durante las comidas habituales, o bien mediante pequeños almuerzos cada una o dos horas, dando al sujeto más oportunidad de aprendizaje. En ocasiones es importante empezar el entrenamiento fuera del comedor, donde existen numerosos estímulos distractores, y pasar a este cuando el sujeto haya adquirido las habilidades mínimas. Son condiciones previas que los sujetos sepan sorber, tragar y masticar. También es importante usar materiales fáciles de usar para los adolescentes, de peso y tamaño adecuados.

Aseo

Las técnicas que se utilizan para enseñar estas habilidades son el encadenamiento hacia atrás, la ayuda física, verbal y visual, el moldeado, el modelado y la práctica o ensayo de conducta. Situándose detrás del alumno para ofrecerle las ayudas físicas precisas, colocando las manos en las suyas para guiar los movimientos necesarios, además, es importante hacer valer ese momento para hablarle y trabajar otros contenidos referidos a la adquisición de vocabulario. Otro tipo de ayuda, son las claves visuales, que colocadas en lugares estratégicos, para indicar la secuencia o la actividad que allí se va a desarrollar, conducirán al sujeto en su tarea. No se puede olvidar que las ayudas se diseñarán con la intención de que poco a poco desaparezcan, por tanto, son ayudas puntuales y temporales, cuyo objetivo es fomentar la asimilación progresiva y la independencia en la ejecución de las habilidades programadas. Con relación a los materiales empleados, éstos deben estar adaptados a cada fase del aprendizaje, siendo fácilmente manejables en el inicio, para ir introduciendo otros nuevos a medida que se van dominando habilidades.

MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

Para Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) la modificación de conducta es la parte aplicada de la psicología experimental; que tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas. Se ocupa principalmente de conductas inapropiadas o inaceptables que exhibe un individuo y de la intervención que puede diseñarse e imponerse para cambiar esta conducta observable.

Desarrollo histórico de la modificación de conducta

La exposición de este desarrollo histórico se dividirá según Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) en tres periodos: 1) antecedentes (1896-1938); 2) surgimiento (1938-1958) y 3) consolidación (1958-1970).

1. Antecedentes (1896-1938). Este periodo se caracteriza en el ámbito teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. El objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

2. Surgimiento (1938-1958). En este periodo tiene lugar en el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull, Mowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. La modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento sino de presentar soluciones eficaces para ellos.

En su surgimiento existen tres focos principales como movimiento organizado según Labrador, Cruzado y Muñoz (1999):

a) Estados Unidos y el desarrollo de la tecnología operante alrededor de la figura de Skinner. Ya en 1953 Skinner, Solomon y Lindsley utilizaron por vez primera el término “terapia de conducta” para referirse a la aplicación de técnicas operantes a pacientes esquizofrénicos. Poco después surgen aplicaciones variadas al ámbito clínico (en especial problemas de esquizofrenia, retraso mental, o conductas en general muy deterioradas), a la modificación de la conducta infantil bien en el ámbito clínico como el industrial o el social.

b) Sudáfrica y los tratamientos de trastornos fóbicos y de ansiedad con desensibilización sistemática. Wolpe en 1958 publica *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, en el que expone un método de tratamiento psicológico: la desensibilización sistemática de trastornos fóbicos, mostrando unos resultados espectaculares por su eficacia.

c) En Inglaterra, Eysenck llevó a cabo una extensa crítica de la psicoterapia tradicional e impulsó a implantación de técnicas derivadas de la psicología experimental del aprendizaje como alternativa. El hospital Maudsley se convirtió en un centro de investigación de técnicas basadas en el aprendizaje, trabajos como los de Jones (1956), Meyer (1957) o Yates (1959) son ejemplos de ello. La incorporación posterior al Maudsley de Rachman (procedente de Sudáfrica) permitió un intercambio de experiencias y procedimientos muy importantes entre estos dos centros.

3. Consolidación (1958-1970). En los años 70 la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarias al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Además, en este periodo se desarrollan técnicas de entrenamiento en aserción y habilidades sociales,

inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas.

El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico. En estos momentos hay una disociación entre la investigación básica en psicología y la aplicación de la modificación de conducta. La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado sin prestar mucha atención a la investigación básica.

Las características principales de este período son:

1. El énfasis en sucesos y conductas observables, tratar las conductas desadaptativas directamente, en lugar de supuestos procesos patológicos subyacentes. La demostración de que la sustitución de síntomas ocurría raramente, si es que alguna vez sucedía, contribuyó a avalar más este enfoque. El cambio conductual cuantificable, objetivo, en lugar de testimonio de terapeuta o cliente, se convirtió en el centro de las estrategias de valuación y tratamiento.
2. Los trastornos de conducta se describen en términos de relación entre los estímulos, las respuestas y las consecuencias (E-R-C), es decir, se adopta el análisis funcional como base para la explicación de los problemas conductuales. La naturaleza idiográfica del análisis conductual y los tratamientos hace que se desarrolle la aplicación de los diseños experimentales de caso único.
3. La importancia de la demostración objetiva de la efectividad y la rentabilidad de los tratamientos.
4. La extrapolación de las conclusiones extraídas del laboratorio al campo aplicado.
5. Los programas de tratamiento y los modelos de los trastornos a los que se aplican son muy simples, se manejan pocas variables y los tratamientos tienen reducidos componentes.

Para, Olivares y Méndez (2001) la modificación de la conducta en los años setenta está marcada por la incorporación de variable cognitivas en la explicación de los problemas de comportamiento y en el tratamiento. Se pueden distinguir dos enfoques, los que consideran que los eventos internos están determinados por las mismas leyes de E-R que las conductas manifiestan y los que consideran que las cogniciones tienen un rol causal en la conducta y no se explican exclusivamente por procesos de condicionamiento.

En los años ochenta la modificación de la conducta está plenamente consolidada, los programas de tratamiento están más estructurados, se investiga el nivel de eficacia de sus componentes y su eficacia global. Se llevan a cabo estudios relativos a las variables que afectan a la eficacia de las intervenciones, así como los fracasos de las intervenciones y sus causas, se mejoran las técnicas de reducción de la ansiedad, se reincorporan al enfoque las técnicas de hipnosis, así como las técnicas de *biofeedback*¹, entre otras. En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta podemos distinguir cuatro principales orientaciones según Olivares y Méndez (2001): a) el análisis conductual aplicado, b) la conductista mediacional, c) el aprendizaje social y d) el cognitivo-conductual.

En 1953, el *Journal of Applied Behavior Analysis* señaló como las principales características de este enfoque:

1. El análisis conductual aplicado se centra en la definición y medición precisa de conductas observables directamente.
2. La conducta está controlada por el ambiente.

El objetivo de estudio es la conducta del organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.

1. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.

¹ Técnica de intervención dirigida a identificar ciertos procesos y o respuestas psicofisiológicas con el objetivo de conseguir su control voluntario.

2. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
3. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social (citado en Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999).

Caracterización de la modificación de conducta

Según Labrador (1990), cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas.

Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

- a) La fundamentación en la psicología experimental
- b) La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal)
- c) La insistencia en la evaluación objetiva
- d) El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definitorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como en énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

Orientaciones de la modificación de la conducta:

Orientación conductual mediacional: Según Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) se le denomina enfoque estímulo-respuesta, neoconductista o mediacional, por el énfasis

que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta. Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

1. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
2. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
3. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
4. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.

Orientaciones basadas en el aprendizaje social: Esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio. Labrador (1990) señala que autores como Bandura; Kanfer y Haerman; Mischel; Staats y Heady, comparten el punto de vista de que es necesaria la base teórica de modificación de la conducta, añadiendo estos conocimientos a los ya aportados por el neoconductismo.

Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

1. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta, b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.
2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
3. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
4. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.
5. En relación con las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

1. El cambio conductual se encuentra mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

Técnicas para la modificación de la conducta.

Garza (2000) refiere en el manual para padres de niños con autismo que las técnicas para modificar o incrementar conductas son procedimientos que deben ser aplicados de acuerdo a la conducta blanco o deseada. Existen dos tipos de técnicas: para incrementar conductas deseadas y para decrementar conductas inadecuadas.

Técnicas para decrementar conductas inadecuadas.

Las técnicas para disminuir una conducta inadecuada deben aplicarse en el preciso momento en el que aparece la conducta blanco o que se desea eliminar. Las nueve técnicas más comunes de uso para decrementar una conducta son:

- Corrección verbal
- Corrección física
- Interrupción de respuesta
- Extinción
- Tiempo fuera
- Saciedad o sobrecorrección
- Reforzamiento de conductas incompatibles
- Desensibilización
- Costo de respuesta

Corrección verbal

Para Garza (2000), la corrección verbal consiste en repetir al niño la instrucción dada con un ¡NO! Antepuesto. Este puede ser suave o fuerte, dependiendo de cómo haya sido programado. El NO suave se aplica bajándole tono de voz media octava del tono normal de voz; mientras que el NO fuerte es exhalado en volumen alto y apoyando el estómago, casi como un grito, pero sin llegar a este nivel. Para su aplicación se deben respetar las siguientes reglas:

- Aplicar inmediatamente después de la latencia, es decir, del tiempo que se le da al niño para obedecer. Por lo general son de 2 a 5 segundos.
- Aplicar con tono de voz grave y aunada a la expresión facial seria de enojo.
- No reforzar después de una corrección.
- Respetar la instrucción haciendo énfasis en la pronunciación de la misma.
- Respetar el NO programado, ya sea suave o fuerte.

Corrección física

Labrador, Cruzado y Muñoz (1999), señalan que la corrección física es llevar al niño a realizar la habilidad esperada, no dada por el niño después de una instrucción o corrección verbal. Es llevar al niño físicamente a realizar la conducta, debe ir acompañado con cierta fuerza o estrujón que comunique desagrado, teniendo cierto cuidado de no causar dolor o lastimar al niño. Para ser aplicada deben de respetarse las siguientes reglas:

- Aplicar inmediatamente después de la latencia establecida
- Aplicar con tono de voz grave, aunado con la expresión facial seria o de enojo.
- No reforzar después de una corrección.
- Respetar la instrucción haciendo énfasis en la pronunciación de la misma.
- Respetar el NO programado, ya sea suave o fuerte.

Interrupción de respuestas

Esta técnica conductual consiste en cortar la presentación de la conducta inadecuada inmediatamente a su aparición, mediante una instrucción y acompañado en ocasiones de una corrección física. Como todas las técnicas deben ser

respetadas con todos los elementos con que haya sido programada así como realizarse con constancia.

Extinción

Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) señalan que la extinción es la eliminación completa o discontinuación del reforzador de una conducta inadecuada que anteriormente fue reforzada. Se debe ignorar total y consistentemente la conducta inadecuada como si ni siquiera nos diéramos cuenta. Esta técnica se usa comúnmente cuando el niño intenta manipular con rabieta. Es importante aclarar que si se aplica esta técnica, habrá de tener estricta observancia, pues de lo contrario, lejos de ayudar empeorará la situación. Cuando no se llega a tener consistencia, el niño aprende que llorando más fuerte o pegándose logrará la atención de sus padres. Una vez iniciada la extinción se debe ser firme y aceptar que posiblemente el niño se lastime un poco a sí mismo.

En el proceso de extinción se pueden presentar una de las dos etapas de respuestas que aparecen inmediatamente después de la aplicación de la técnica pero al final siempre tiende a disminuir:

- Inmediatamente después que se elimina el reforzador que mantiene la conducta inadecuada, ésta aumenta o disminuye drásticamente.
- Inmediatamente después que se elimina el reforzador que mantiene la conducta inadecuada, ésta aumenta o disminuye sistemáticamente poco a poco.

Tiempo fuera

Según Walker y Shea (2002) Consiste en retirar al niño del ambiente reforzante para colocarlo en otro que no lo sea, por un período de tiempo limitado y específico. La idea de este método es retirar al niño todo estímulo para erradicar así la conducta inadecuada. Existen tres tipos de tiempo fuera:

Observacional: se quitan todos los estímulos que tenga a su alcance y se suspende toda actividad mientras se observa inmóvil y en silencio al niño hasta que deje de presentar la conducta inadecuada.

Exclusión: es parecido al tiempo fuera observacional, con la variante de que se voltea el terapeuta hacia otro lado para no tener contacto visual alguno con el niño ignorándolo intencionalmente.

Aislamiento: se aísla al niño de todo estímulo y distracciones pudiendo ser la esquina de una pared o en una habitación totalmente vacía (siempre y cuando no le cause miedo al niño).

Esta forma de tiempo fuera es muy útil en casa y no es aversiva, además de ser aceptada socialmente, pues equivale a mandar al niño al rincón por portarse mal durante un tiempo determinado. La técnica requiere de ciertas reglas que se deben de respetar para que funcione:

- Tiempo de duración (generalmente un minuto por año de vida).
- Debe ser constante durante el tiempo establecido para la sesión.
- Su aplicación es inmediata, para que el niño comprenda la razón por la cual se le está castigando.
- Se debe cuidar que el lugar donde se coloque al niño no tenga distractores
- A veces será necesario pararse detrás del niño para impedir que se quite del lugar donde se aplica el tiempo fuera.

Saciedad o sobrecorrección

Para Labrador, Cruzado y Muñoz (1999), es la realización continua y aumentada de la conducta inadecuada, es decir, obligar al niño a realizar la conducta en repetidas ocasiones, con el objetivo de que estas sean desagradables o provoque cansancio en el niño. Esta técnica es muy aversiva y se recomienda agotar los demás recursos antes de que se decida aplicarla. Una vez que se programa se debe ser constante y aplicarse cada vez que se presenta la conducta inadecuada.

Las reglas de la saciedad o sobrecorrección son:

- Aplicarse inmediatamente a la presencia de la conducta blanco.
- Se debe de establecer el número de repeticiones y completarse siempre.
- Se debe describir la forma detallada en la que se dará la sobrecorrección.

Reforzamiento de conductas incompatibles

Garza (2000), refiere que consiste en reforzar una conducta que sea contraria a la conducta inadecuada y que evita que suceda. Básicamente es reforzar una conducta que sea lo opuesto a la conducta que deseamos erradicar. Este método es muy efectivo y poco aversivo por lo que se recomienda probarlo antes que los demás. Al aplicar esta técnica debemos tomar en cuenta:

- La conducta incompatible debe ser reforzada inmediatamente, es decir, la conducta que deseamos y que evita la inadecuada.
- Las dos conductas incompatibles deben ser descritas con anterioridad
- Al seleccionar la conducta incompatible a la conducta inadecuada, esta debe ser totalmente contraria y que haga imposible que se desencadene la segunda.

Desensibilización

Walker y Shea (2002) afirman que esta técnica consiste en un proceso de disminución sistemática de determinadas reacciones como miedo, desagrado o negación total hacia algo, mediante un reforzamiento de las aproximaciones. Los elementos que se deben de tomar en cuenta para su aplicación son:

- Identificar con anterioridad la conducta problema.
- Describir específicamente los elementos que componen la conducta.
- Determinar cuántas veces se llevará a cabo la desensibilización.
- Determinar el avance que se tendrá en cada aproximación.

Costo de respuestas

Labrador, Cruzado y Muñoz (1999) señalan que es la pérdida gradual de un reforzador sin posibilidad de recuperarse y presentado al niño de forma evidente, consiste en que el niño pierde el premio o eso que le agrada sin opción a ganárselo posteriormente.

Se utiliza frecuentemente cuando el niño presenta conductas inadecuadas. Como principales ventajas de este procedimiento se encuentran que produce una reducción en la conducta, relativamente rápida y eficaz, con efectos duraderos semejándose en esto a procedimientos aversivos, como el castigo. Sin embargo, el costo de respuestas, se diferencia del castigo en que este último aplica la presentación de un estímulo aversivo para reducir la emisión de la conducta, en vez de la retirada de cierta cantidad de reforzadores.

Reglas de aplicación del costo de respuestas.

- Usar en conjunción con reforzamiento positivo.
- Comprobar que los estímulos que se van a retirar son eficaces como reforzadores.
- Permitir que el individuo acumule una reserva de reforzadores para que el procedimiento funcione.
- Cuidar que la persona bajo costo de respuestas no pierda todos los reforzadores.

Técnicas para incrementar una conducta

Las técnicas para la adquisición de conducta son los medios por los cuales un niño adquiere (le enseñamos) una habilidad. Éstas se programan de acuerdo con las necesidades específicas del niño y las habilidades que se pretenden enseñar. Las principales técnicas para incrementar conductas son:

- Modelamiento o imitación.
- Moldeamiento.
- Contrato de contingencias.
- Economía de fichas

Modelamiento o imitación

Según Walker y Shea (2002), esta técnica de aprendizaje consiste en que el niño por medio de la observación reproduzca una conducta modelada por el terapeuta. Su

característica fundamental es servir de ejemplo o patrón para que sea imitada, por el niño. Un ejemplo sería cuando hacemos algo y le decimos al niño "haz esto" o cuando al niño le pedimos que repita las palabras que nosotros decimos. La conducta a imitar debe ser descrita previamente por el terapeuta programador, especificando todos los elementos que componen la conducta. La exposición a un modelado tiene tres efectos:

1. Efecto del modelamiento o aprendizaje por observación. A partir de un modelo los niños pueden adquirir un comportamiento que no formaba parte de su repertorio conductual. En esta situación, el modelo representa una conducta que el niño imita de manera sustancialmente idéntica. Entre los ejemplos se encuentra enseñar a un niño no verbal a verbalizar en imitación a un modelo.
2. Efectos inhibitorios y desinhibitorio. El modelamiento no se limita exclusivamente al aprendizaje de nuevas conductas como el efecto descrito en el punto uno. También comprende no imitar a un modelo con la finalidad de inhibir o desinhibir una conducta. Un ejemplo, un niño puede observar y no imitar a un compañero al que se castiga o ignora por manifestar una determinada conducta.
3. Efecto de incitación o facilitación de respuesta. En este caso, el comportamiento del modelo se emplea para facilitar la incidencia de un comportamiento aprendido anteriormente por el niño, pero que permanece en forma latente. Por ejemplo, un niño tal vez sepa que es de buena educación decir "gracias" cuando se le da una galleta a la hora de refrigerio.

Moldeamiento

Para Garza (2000) consiste en el reforzamiento sistemático e inmediato de aproximaciones sucesivas a la conducta blanco, hasta que ésta se instituya. Esta técnica se usa cuando se enseñan habilidades más complejas o que constan de varios pasos, como el cepillado de dientes, vestirse, abrocharse los zapatos, etc. Es necesario que el terapeuta distinga todos y cada uno de los pasos en forma detallada sin dar nada por obvio para poder transmitir la habilidad (por ejemplo, un cepillado de

dientes puede constar de más de 20 pasos a seguir). Existen 3 formas distintas de moldeamiento, las cuales se aplican según el tipo de habilidad que se esté enseñando.

Por aproximaciones sucesivas

Se determinan todos los pasos y se empieza siempre del paso uno, agregando pasos nuevos a manera de que se vayan dominando. El programa de cepillado de dientes que se describe más adelante es un ejemplo de este método.

Por encadenamiento de actividades distintas

Se enseña en forma separada diferentes habilidades con el método anterior y una vez ya dominadas, se encadenan para lograr la habilidad completa mediante aproximaciones sucesivas. Por ejemplo, para enseñarle a vestirse, se le enseña a ponerse el pantalón en un programa, otro para la camisa, otro para los calcetines, etc. Al final, una vez que tenga todo dominado, se juntan en un solo programa: ponerse calcetines, luego camisa y al final pantalón.

Por encadenamiento hacia atrás

Es igual que las aproximaciones sucesivas, pero en orden inverso, es decir, enseñamos primero el último paso y a manera que va dominando, agregamos los pasos anteriores, siempre llegando hasta el final.

Contrato de contingencias

Esta técnica consiste en utilizar un reforzador de alto nivel de aceptación para el niño con el propósito de incrementar una conducta de bajo nivel de ocurrencia (enseñar una nueva habilidad). Esta técnica es básicamente la que se aplica por primera vez a un niño y es dar un premio por cada vez que obedece una instrucción. Por ejemplo, se le ordena al niño pararse (se puede dar apoyo físico) y si obedece, se gana su premio. Todo contrato de contingencias consta de los siguientes elementos:

- Descripción detallada de la conducta a modificar o habilidad a adquirir.
- Establecimiento de una frecuencia objetivo o ensayos con los que dará una respuesta correcta.

- Especificación del reforzador a utilizar (por lo general es comestible).
- Establecimiento de registros para poder medir los avances.
- Establecimiento del lapso de tiempo en que el niño debe dar la respuesta (latencia, por lo general de 2 a 5 segundos).

Economía de fichas

Consiste en la aplicación de un reforzador positivo mediante un sistema de puntos. Este reforzador puede ser entregado al niño a corto o mediano plazo. Las fichas o puntos son la representación simbólica del reforzador, el cual se entregará hasta que el niño acumule un número establecido de puntos o fichas. Las fichas que conforman el tablero se deben dividir entre el número de programas establecidos y éstas se otorgan de acuerdo a un criterio de reforzamiento (%) y al nivel en que se encuentra la habilidad. Se entregan más puntos para aquellas habilidades que se buscan adquirir y menos en aquellas que ya tiene dominio. Los premios a ganar el niño, pueden ser comestibles, manipulables o de actividad.

MÉTODO

Objetivos

Objetivo general de la intervención.

Implementar y evaluar un programa de desarrollo de habilidades de autocuidado, para que dos adolescentes con autismo realicen de forma independiente actividades para su cuidado personal.

Objetivos específicos:

- Identificar las fortalezas y necesidades de dos adolescentes con autismo respecto a las habilidades de autocuidado; en éstas se incluye la alimentación, el vestido y la higiene personal.
- Identificar los avances de los dos adolescentes, después de la implementación del programa de habilidades de autocuidado -alimentación, higiene personal, vestido y apariencia física-.

Criterios de selección de los participantes

Los participantes del estudio cumplieron con los siguientes criterios para ser incluidos en el programa:

- Tener diagnóstico de autismo, realizado por especialistas de alguna institución reconocida en el campo.
- Tener más de 12 años y menos de 18 años.
- Que los padres de familia o tutores otorgaran su consentimiento informado de forma voluntaria, para participar en las actividades del programa.
- No haber desarrollado de manera funcional las habilidades de autocuidado, que se entrenarán con el programa.

Participantes

Los participantes fueron dos jóvenes de 14 y 15 años, con diagnóstico de autismo, que se denominaron joven A y B, como seudónimos para mantener en anonimato la

información confidencial que los participantes proporcionaron. Antes de comenzar a trabajar los padres firmaron una carta de consentimiento informado, donde se dan por enterados de la manera que se trabajará con sus hijos (Anexo. 1). En el apartado de resultados, se presentan los informes de evaluación diagnóstica de ambos casos.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en un centro de educación especial, ubicado en la delegación Coyoacán. El centro tiene como objetivo primordial atender, a partir de una educación integral a niños y adolescentes con necesidades especiales, promoviendo su desarrollo físico y mental, brindando atención pedagógica y psicológica. Trabajan con programas individualizados, que cubren las necesidades de cada alumno, por medio de diversos talleres que permiten desarrollar en los alumnos habilidades que facilitan una mejor convivencia e integración en su ambiente familiar y social. La población de la escuela es de cinco alumnos: tres niños y dos adolescentes. Cuentan con cuatro salones los cuales se describen brevemente a continuación.

Salón de computación: cuenta con dos computadoras, un pizarrón y una mesa de trabajo, donde enseñan a los niños a través de programas educativos en la computadora, además, lo utilizan para ver películas y escuchar música.

Salón de cognición: cuenta con mesa de trabajo, pizarrón y diversos materiales.

Salón de autocuidado: donde tienen una cama, un tocador, un ropero, donde los alumnos guardan sus objetos personales (ropa, ganchos, cepillo, espejo, desodorante, crema y otros objetos para realizar las actividades pertinentes).

Salón sensorial: tiene una mesa de trabajo, y distintos materiales (semillas, pinturas, espuma, gel, pelotas, instrumentos musicales, colchonetas, entre otros).

Cocina: se encuentra una mesa, una estufa, fregadero, horno de micro ondas, refrigerador y varios utensilios de cocina.

Baño: donde los niños guardan su cepillo, pasta de dientes y su toalla.

Para poder implementar el programa de entrenamiento de habilidades de autocuidado con los adolescentes, utilizamos los siguientes materiales:

- Mesa de trabajo.
- Utensilios de cocina (vaso, plato, cuchara, tenedor y cuchillo).
- Objetos de aseo personal (cepillo y pasta dental).
- Toalla.
- Jabón de tocador.
- Agujetas de 30 cm., aprox.
- Zapatos.
- Calcetines.
- Espejo.

Instrumentos y técnicas

a) Entrevista clínica y del nivel del desarrollo actual.

La entrevista fue un medio indispensable para valorar la historia clínica de los participantes de la investigación, así como el nivel de desarrollo actual en lo que se refiere a las habilidades de autocuidado (ver anexo 2). El propósito es obtener datos sobre el desarrollo, para obtener información y fundamentar la toma de decisiones sobre el diseño y objetivos del programa de intervención.

Objetivo de la entrevista:

Obtener información general sobre los antecedentes de desarrollo, la situación actual y otros aspectos implicados en el desarrollo del programa, como son los de salud y emocionales.

La entrevista consta de 133 preguntas divididas en los siguientes apartados:

1. Datos generales
2. Historia evolutiva
3. Antecedentes escolares
4. Datos clínicos
5. Nivel de desarrollo actual

6. Autosuficiencia
7. Reacciones emocionales
8. Reacciones ante estímulos sensoriales

La entrevista se aplicó al inicio de la intervención, para obtener información general de los adolescentes.

Fases de la entrevista

1. Saludo y acogida

- Presentarse. El saludo debe ser apropiado a la edad y estilo.
- Invitar a los padres a que se sienten.
- Entrar en una conversación informal que ayude a relajarse.
- Intentar adecuarse al lenguaje de la familia, a su estilo y forma.

2. Fase central: recogida y transmisión de información

- Preguntar sobre el hijo/a tanto al padre como a la madre.
- Pedir a los padres ejemplos de cómo sus hijos realizan determinadas actividades.
- Descubrir si el tema que nos ocupa ha sido o es vivido como problema. En caso positivo, ver si ha habido alguna medida para solucionarlo y sus resultados.
- Explorar las aplicaciones de cada miembro de la familia en el tema, para ver quién puede prestar mejor colaboración.
- Mantener actitud empática y positiva.
- Ofrecer los datos concretos sobre el tema que nos convoca.
- Darles oportunidad para que pregunten.
- Explicarles nuestro punto de vista.

3. Fase final

- Formular los acuerdos y compromisos para la aplicación del Programa de Habilidades de Autocuidado.
- Mostrar interés por mantener contactos periódicos.
- Señalar la fecha de la próxima entrevista si se ve la necesidad.
- Darles oportunidad para que pregunten lo que quieran.

- Terminar la entrevista.
- Acompañarles hasta la salida.

b) Evaluación de los cuidados de arreglo personal.

Es un instrumento que sirvió para que los padres detectaran las habilidades que domina el adolescente y aquellas que necesita adquirir o mejorar. Fue aplicada al inicio de la intervención por los padres de familia. La evaluación se tomó del programa de Baker y Brightman (2002) (ver anexo 3).

Procedimiento:

En cada una de las habilidades de esta evaluación, se valora el dominio del adolescente y su motivación en los términos que se describen a continuación:

Dominio:

1. Pasos básicos no dominados. Se trata de las habilidades en las que el adolescente no puede realizar todos los pasos básicos; necesita aprender algunas acciones (o todas) que comprenden la habilidad en cuestión.
2. Requiere ayuda en la toma de decisiones. Esta son las habilidades en las que el adolescente puede realizar los pasos básicos, pero requiere ayuda en la toma de decisiones en torno a la ejecución de la habilidad, es decir, se le debe indicar cuándo realizar la habilidad, los materiales que se necesitan, cómo empezar o si ha realizado correctamente la actividad.
3. Se desenvuelve de manera correcta e independiente. Se trata de las habilidades en las que el adolescente puede realizar las acciones básicas y tomar las decisiones necesarias, de tal modo que los padres no necesita estar con él.

Motivación:

1. Un problema. Se trata de las habilidades que el adolescente no puede desempeñar sin que se le indique; necesita motivación.
2. Sin problema. Se trata de las habilidades que el adolescente aplica de manera regular, sin necesidad de una motivación especial.

c) Inventario de habilidades de autocuidado

Este inventario se tomó del programa de Baker y Brightman (2002), su objetivo fue sacar la línea base del programa. Se aplicó a los jóvenes al inicio y al final de la intervención por el psicólogo educativo.

Al inicio de la intervención se evaluaron las 30 habilidades del inventario, para determinar las necesidades de los adolescentes, es decir que habilidades requerían de mayor entrenamiento.

Al final de la intervención se utilizó para evaluar las diez habilidades que se entrenaron en el programa.

Las actividades que comprenden este Inventario de habilidades de autocuidado son 30, cada habilidad se divide en varios grados de dominio, de tal forma que se pueda determinar con exactitud lo que el adolescente es capaz de hacer en un momento determinado (Anexo 4).

Procedimiento:

Para evaluar este inventario se utilizó un formato de registro (Anexo 5). Se encierra en círculo el número más alto que el adolescente sea capaz de hacer, este procedimiento significa que puede cumplir con el paso señalado y todos los pasos que lo preceden. Por ejemplo, si el adolescente puede realizar los pasos 1,2 y 4 de una habilidad, pero no el paso 3, entonces de debe marcar el paso 2. Encierre un paso en un círculo solo si el adolescente puede cumplir satisfactoriamente con toda la destreza por si mismo, es decir, si puede hacerlo mientras no tiene supervisión.

d) Evaluación de prioridades

Una vez que los padres y el Psicólogo realizaron sus evaluaciones respectivas, se elaboró conjuntamente una lista de las diez habilidades que consideran más importantes o prioritarias por enseñar a los adolescentes. Es decir, aquellas que piensen que necesitan aprender y con las que se trabajará en el programa (ver anexo 6).

e) Programa de habilidades de autocuidado

Se utilizó el Programa de habilidades de autocuidado de Baker y Brightman (2002).

Objetivo general: Que los adolescentes con autismo realicen de forma independiente actividades para su cuidado personal. En los resultados que arrojan las evaluaciones realizadas se marcan como prioritario enseñar:

- Habilidades de alimentación: comer con tenedor y cortar con cuchillo.
- Habilidades de vestido: ponerse calcetines, ponerse zapatos y atar agujetas.
- Habilidades de higiene personal: secarse las manos, lavarse las manos, cepillarse los dientes, lavarse la cara y cepillar el cabello.

Para implementar el programa se tienen que realizar diversas adecuaciones en el lenguaje que se maneja. Y plantear objetivos específicos y operativos para cada habilidad, el programa completo se puede ver en el anexo 7. El programa se aplicó cinco días a la semana, de lunes a viernes, durante 6 meses, con un total de 240 horas. Asignando dos horas aproximadamente, este tiempo incluye el *raport*, el entrenamiento de las diez habilidades, cada una tiene una duración aproximada de entre 10 y 15 minutos, finalmente, se da un tiempo para el cierre del programa.

Se utilizaron una o varias de las técnicas para incrementar una conducta o decrementar conductas disruptivas o inadecuadas, contando siempre con el consentimiento de los padres, previa explicación del procedimiento.

Para decrementar conductas disruptivas: corrección verbal, extinción y tiempo fuera.

Para el entrenamiento: modelamiento o imitación, moldeamiento por aproximaciones sucesivas y encadenamiento.

A continuación en la tabla 1.2 se presentan las fases en las que esta dividida la presente intervención.

Tabla 1. 2. Plan de intervención

	<i>Objetivo</i>	<i>Participantes</i>	<i>Instrumentos</i>
Fase 1. Evaluación diagnóstica	Identificar las necesidades que tienen dos jóvenes con autismo y determinar las áreas prioritarias en las que requiere de un programa de entrenamiento.	Psicólogo educativo	Entrevista clínica
Fase 2. Evaluación inicial.	Identificar la línea base en el desarrollo de habilidades de autocuidado.	Padres de familia Psicólogo educativo	Evaluación de los cuidados del arreglo personal Inventario de Habilidades de Autocuidado Evaluación de prioridades
Fase 3. Implementación del PHA	Implementar un Programa de Habilidades de Autocuidado en dos jóvenes con autismo	Psicólogo educativo	Programa de Habilidades de Autocuidado
Fase 4. Evaluación del PHA	Evaluar el impacto del Programa de Habilidades de Autocuidado en la realización independiente de actividades de cuidado personal.	Psicólogo educativo	Inventario de Habilidades de Autocuidado Evaluación de los avances/logros de las prioridades establecidas

Consideraciones éticas para la implementación de la intervención.

De acuerdo con la Sociedad Mexicana de Psicología (2002):

Justicia, responsabilidad y consentimiento informado. Antes de iniciar la intervención, se realizó un acuerdo con los padres de familia de los participantes, para obtener su consentimiento informado; explicando los objetivos, las características del *Programa de Habilidades de Autocuidado*, los instrumentos, métodos y tiempos con los cuales se iba a implementar.

Desengaño. Antes, durante y después de la recolección de los datos, se explicó a los padres de familia, cuidadosamente la naturaleza del estudio, con el fin de eliminar cualquier concepto erróneo que pudieran tener acerca del mismo, en particular, con los resultados esperados y el uso de la información.

Libertad de coerción. Se hizo del conocimiento de los padres de familia, que su participación era voluntaria y que podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin penalización ni repercusión alguna.

Confidencialidad. Con el fin de proteger en anonimato la identidad de los participantes, se garantizó que los datos que se obtuvieran de ellos serían salvaguardados, por lo que se utilizaron letras, en la exposición de resultados.

Lenguaje. Con el fin de mantener la integridad de los jóvenes participantes con discapacidad, se decidió abstenerse del uso de lenguaje considerado negativo u ofensivo, por lo que se emplea el término *adolescente con autismo* para referirse al atributo de la persona y no a la persona.

RESULTADOS

Evaluación diagnóstica

Informe diagnóstico del Joven A

Datos personales

Edad al momento de la evaluación: 14 años 2 meses

Domicilio. Iztapalapa

Motivo de derivación

Los padres requieren ayuda para lograr que su hijo sea más independiente en habilidades de aseo personal, vestido, alimentación y apariencia física.

Apariencia física

Adolescente sexo masculino, de catorce años de edad, complexión delgada, estatura 1 metro con 50. Cabello castaño (se observa parte de la cabeza con menos cabello, debido a que se lo arranca), por lo regular viste de shorts y tenis, siempre trae puesta una gorra y no le gusta ponerse suéter. En general tiene una apariencia desordenada, y siempre está despeinado.

Antecedentes de desarrollo

El embarazo de la madre se presentó de una manera normal a término y sin ninguna complicación en el parto. No se reporta la ingesta de drogas, alcohol o medicamentos que pudieran influir en la salud del bebé. Los padres refieren que fue en preescolar cuando detectaron problemas con su hijo, ya que las maestras le reportaban que era muy distraído, no ponía atención y presentaba muchos berrinches. Fue entonces cuando lo llevaron con especialistas que le diagnosticaron autismo, ha estado en tres instituciones de educación especial, pero como es ya un adolescente, a sus padres les gustaría que aprendiera habilidades que le permitan ser más independiente.

Situación actual:

a) Nivel de desarrollo:

Atención: le cuesta trabajo el contacto visual con las personas, le gustan los materiales vistosos de varios colores, tiene buena discriminación visual y auditiva.

Imitación: tiene buena imitación corporal y verbal

Cognición: identifica e iguala colores, figuras, frutas transportes, letras, vocales y números, lee sílabas y palabras sencillas, le cuesta trabajo leer oraciones, así como las sumas y las restas.

Ubicación temporal: le cuesta mucho trabajo identificar días de la semana, mes, año, fecha, ayer, hoy y mañana.

Ubicación espacial: Identifica arriba, abajo, adelante, atrás, afuera, adentro, lejos y cerca, no distingue entre derecha e izquierda.

Lenguaje: tiene un lenguaje ecológico, comunicativo

Motricidad: la motricidad tanto gruesa como fina es muy buena.

b) Estilo de aprendizaje

Ubicación: el alumno trabaja bien dentro del aula, se le dificulta mantenerse atento en lugares abiertos, se distrae con mucha facilidad y se desorganiza.

Agrupamiento para realizar actividades: trabaja de una manera individual, aunque puede trabajar en pequeños grupos, le gusta ayudar a sus compañeros a realizar sus trabajos.

Nivel de atención: le gustan los materiales vistosos de varios colores, es muy bueno con los rompecabezas, después de 15 minutos le cuesta trabajo estar concentrado en una misma actividad, termina y quiere usar otros materiales, se pone muy nervioso con ejercicios de lecto-escritura y con las sumas y restas. Se puede captar su atención utilizando diferentes materiales para realizar una actividad.

Estrategias para resolución de problemas: cuando no puede resolver un problema utiliza el ensayo error, si no encuentra la forma de resolverlo después de

unos cinco minutos pide ayuda, pero es muy demandante e impaciente quiere que se le ayude en el momento.

Estímulos positivos: le motiva mucho salir de paseo, a la tienda o estar en la calle, le gusta ver los coches pasar, oír que toquen el claxon, hablar con la gente aunque no la conozca.

c) Información del entorno:

Contexto socio-familiar: Los padres del joven A, refieren que su hijo sabe hacer muchas cosas “en la escuela”, pero que en casa es muy dependiente de ellos, por ejemplo el padre de familia menciona:

Nuestro hijo sabe hacer muchas cosas y actividades que podemos considerar académicas, pero le cuesta trabajo las actividades de la vida cotidiana, como vestirse, bañarse, peinarse, lavarse los dientes, la cara, las manos, elegir su ropa, ponerse crema, etc. Aunque trata de hacerlo siempre necesita ayuda para hacer lo que acabamos de mencionar. (Padre de familia).

Los padres señalan que en general la relación que hay dentro de la familia es buena. La preocupación de los padres es que debido a que ellos son comerciantes, en ocasiones tienen que dejar solos a sus hijos y les preocupa que el joven A no pueda cuidar de sí mismo mientras ellos no están. Respecto a la interacción con los miembros de su familia es buena ya que todos lo aceptan además de tener información sobre su discapacidad, saben cuáles son sus limitaciones, realizan actividades juntos como salir de paseo, ir de vacaciones, al cine y de compras.

Informe diagnóstico del Joven B

Datos personales

Nombre: Joven B

Edad al momento de la evaluación: 15 años

Domicilio. Coyoacán

Motivo de derivación

Requieren ayuda para lograr que sea más independiente y autosuficiente en casa, así como, en su cuidado personal.

Apariencia física

Adolescente sexo masculino, 15 años de edad, complexión robusta, estatura 1.68 m. Cabello castaño oscuro quebrado, por lo general siempre despeinado, cara ovalada, tez morena, ojos café oscuro, nariz chata, boca pequeña. Viste ropa holgada, siempre de pantalones deportivos, desfajado y en general tiene una apariencia desordenada.

Antecedentes de desarrollo

El embarazo de la madre se presentó a término y mediante cesárea. Reporta que a los siete meses de gestación fue operada por un problema que presentaba de la glándula. No se reporta la ingesta de drogas, alcohol o medicamentos que pudieran influir en la salud del bebé.

Situación actual:

a) Nivel de desarrollo:

Atención: en general tiene buena atención visual, de objeto y material, su percepción y discriminación auditiva o es muy buena.

Imitación: tiene muy buena imitación corporal se fija mucho en los detalles.

Cognición: iguala colores, figuras, frutas transportes, letras, vocales y números. No lee, escribe, ni realiza operaciones matemáticas sencillas.

Ubicación temporal: no identifica los días de la semana, mes, año, fecha, ayer, hoy, mañana.

Ubicación espacial: no Identifica arriba, abajo, adelante, atrás, afuera, adentro, lejos y cerca, ni distingue entre derecha e izquierda.

Lenguaje: no habla, comunica algunas cosas señalando.

Motricidad: en el área de motricidad gruesa presenta dificultades, imita movimientos corporales, le cuesta trabajo brincar, agacharse y en general realizar movimientos o actividades que impliquen esfuerzo físico. Por lo contrario su motricidad fina es excelente.

b) Estilo de aprendizaje

Ubicación: el alumno trabaja bien dentro y fuera del aula, mantiene la atención, se llega a distraer si se presentan ruidos que le desagraden (como los gritos, el llanto o ruido en exceso).

Agrupamiento para realizar actividades: le gusta trabajar por lo general de una manera individual, no le gusta compartir la atención con sus otros compañeros, es muy posesivo y demandante de la atención o supervisión del adulto con el que está trabajando. Puede trabajar en pequeños grupos, si sus compañeros son de la misma edad y se comportan de una manera tranquila, no le gusta convivir con niños que son menores que él.

Nivel de atención: le gustan los materiales vistosos de varios colores, los juegos didácticos y de mesa, es hábil con los rompecabezas, es muy atento en programas o juegos de computadora, le desagradan las actividades que impliquen realizar esfuerzo físico. Se puede captar su atención utilizando diferentes materiales para realizar una actividad.

Estrategias para resolución de problemas: cuando no puede resolver un problema utiliza el ensayo error, si no encuentra la forma de resolverlo señala, jala o grita, es muy impaciente y demandante.

Estímulos positivos: le motiva mucho salir de paseo, a la tienda, le gustan las golosinas y que lo dejen jugar con materiales que le llamen la atención.

c) Información del entorno:

Contexto socio-familiar: la madre señala que el joven B no es muy independiente dentro de casa, ya que requiere ayuda para actividades como bañarse, vestirse y en general con sus hábitos de higiene, en lo que respecta a las actividades de entretenimiento él busca lo que desea hacer, trata de ayudar en algunas actividades del hogar como poner la mesa, descolgar la ropa, etc. En lo que respecta a la interacción con los miembros de su familia es cordial ya que todos lo aceptan además de tener información sobre su discapacidad, saben cuáles son sus limitaciones, realizan actividades en familia como ver una película jugar algún juego didáctico o salir a caminar.

Conclusiones de la evaluación diagnóstica

Para ambos casos se puede concluir que debido a la etapa por la que los adolescentes atraviesan, es primordial que aprendan habilidades de autocuidado que les permitan aumentar progresivamente su autonomía respecto a su cuidado personal. La independencia en relación con los cuidados personales, es de suma importancia en la etapa de la adolescencia, ya que la adquisición de estas habilidades permitirá al joven desenvolverse de una mejor manera en su ambiente familiar y escolar. Trabajar para que el adolescente adquiera estas habilidades, podrá hacer mas llevadera la transición a la vida adulta, tanto al sujeto como a sus familiares.

Evaluación inicial de habilidades de autocuidado

Evaluación de cuidado de arreglo personal: esta evaluación que aplicaron los padres sirvió para identificar que los adolescentes requieren ayuda para realizar varias habilidades de autocuidado, debido a que evalúa de manera muy general las habilidades de autocuidado no se puede identificar con precisión los pasos que el adolescente domina en cada habilidad, por lo que se requiere un instrumento más especializado que muestre las habilidades que los adolescentes requieren aprender, aquellas que ya poseen y bajo que situaciones las realizan.

Inventario de habilidades de autocuidado

Este inventario sirvió para dar cuenta de aquellas habilidades que dominan los adolescentes y aquellas que necesitan adquirir, a continuación se presentan las gráficas con la evaluación inicial de cada actividad.

Habilidades de alimentación: en la siguiente figura se presentan las cinco evaluadas al inicio de la intervención (beber de una taza, comer con cuchara, comer con tenedor, untar con cuchillo y cortar con cuchillo). Cada actividad está compuesta de diferentes tareas que conforman cada acción, los pasos realizados representan las tareas que el adolescente puede ejecutar. Como se aprecia en la figura 5.1, de las cinco habilidades evaluadas, comer con tenedor, cortar y untar con cuchillo, son las que requieren ser entrenadas.

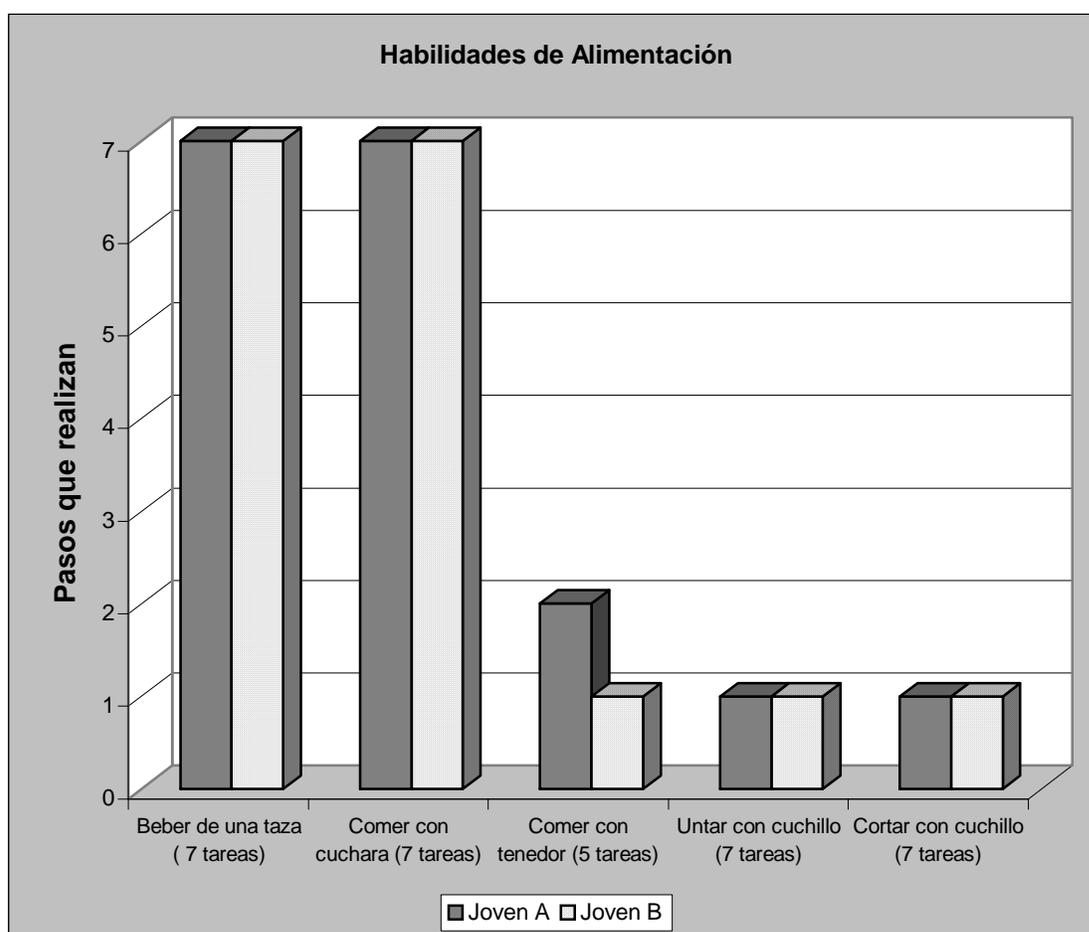


Figura 5. 1. Evaluación inicial "Habilidades de alimentación"

Habilidades de vestido: en la siguiente figura se presentan las once habilidades evaluadas al inicio de la intervención. Cada actividad está compuesta de diferentes tareas que conforman cada acción, los pasos realizados representan las tareas que el adolescente puede ejecutar, en la figura 5.2 se observan las habilidades que requieren ser entrenadas, ponerse zapatos, poner calcetines, atar agujetas y colocar el cinturón.

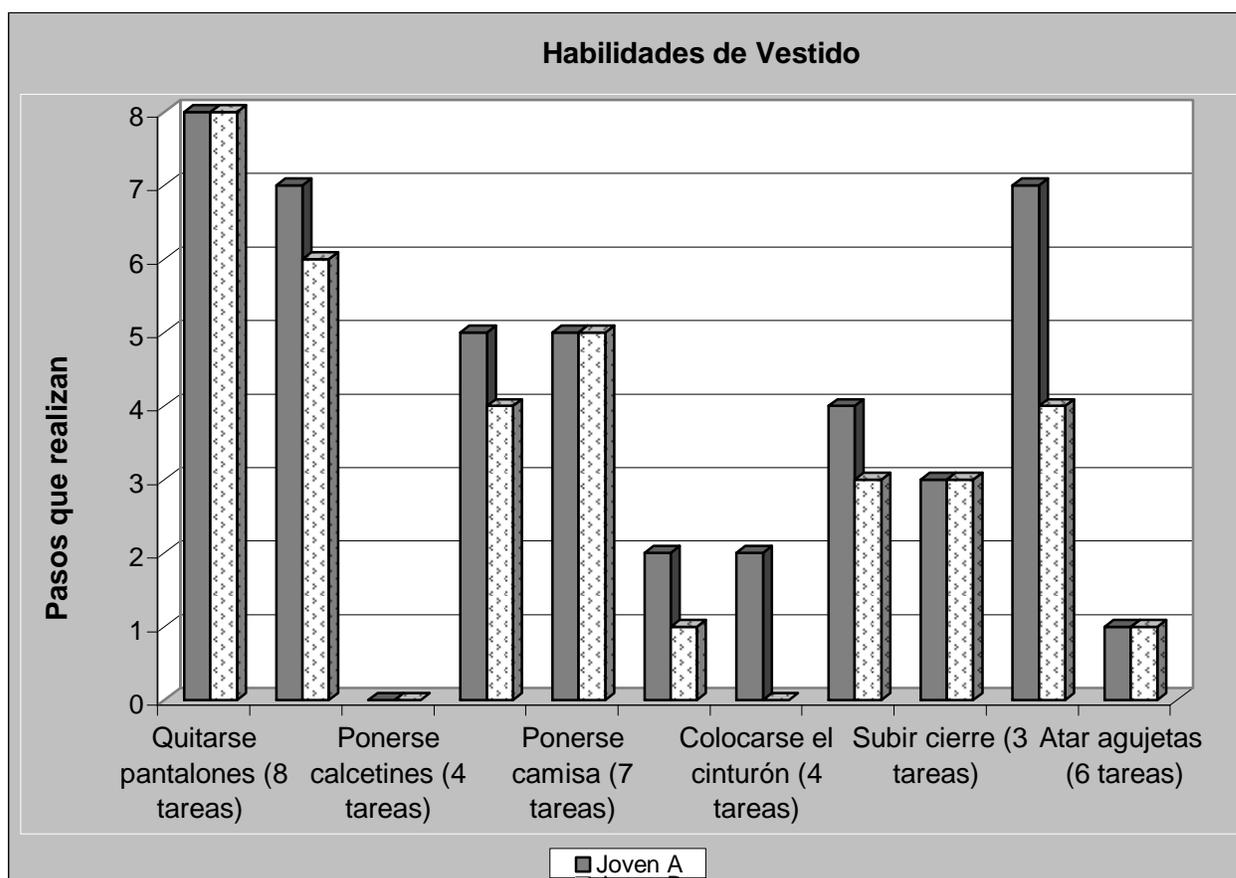


Figura 5. 2. Evaluación inicial "Habilidades de Vestido".

Habilidades de higiene personal: en la siguiente gráfica se presentan las ocho, habilidades evaluadas al inicio de la intervención. Cada actividad está compuesta de diferentes tareas que conforman cada acción, los pasos realizados representan las

tareas que el adolescente puede ejecutar, la figura 5.3, muestra que las habilidades que requieren ser entrenadas son, secarse las manos, lavar las manos, lavar la cara, cepillar los dientes y cepillar cabello.

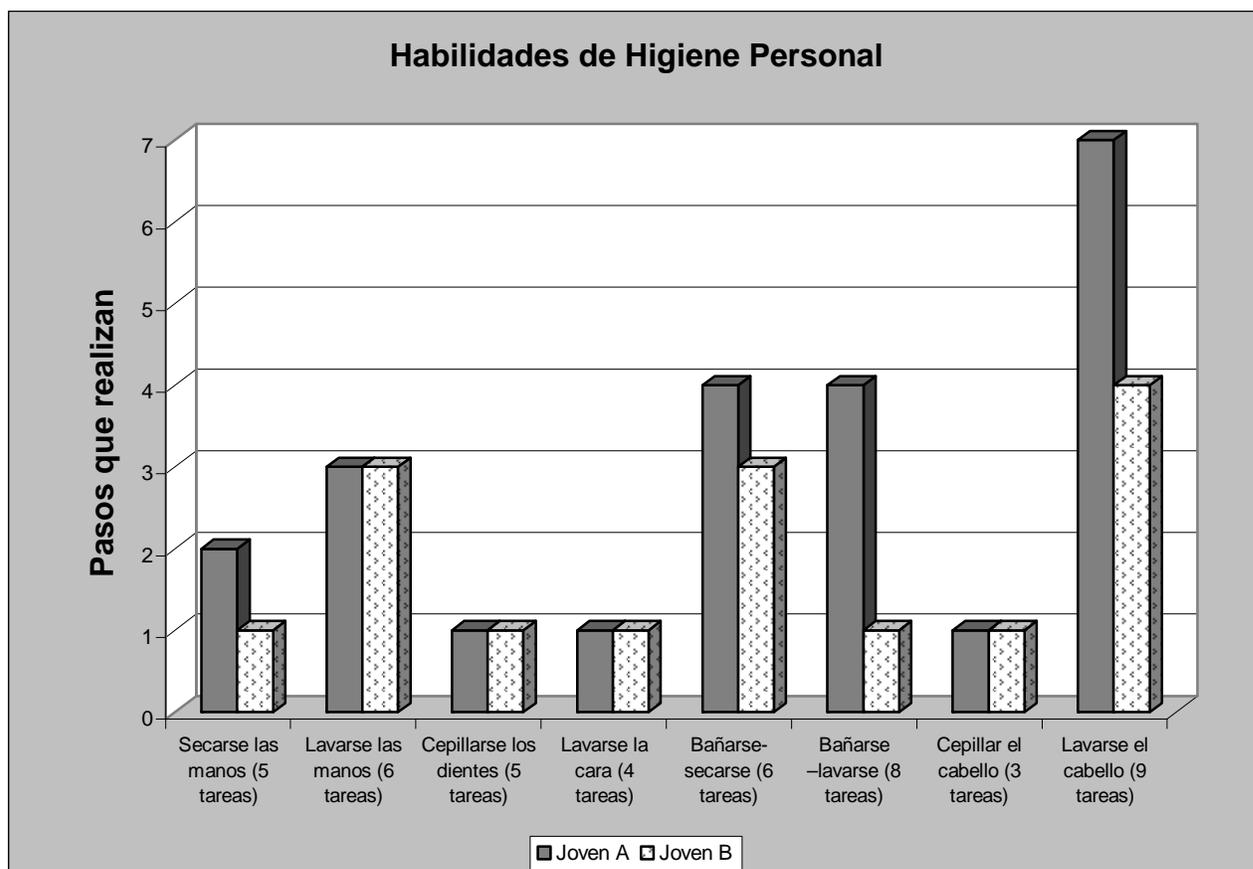


Figura 5. 3. Evaluación Inicial "Habilidades de higiene personal".

Determinación de prioridades

En la evaluación de prioridades se analizaron los resultados de la evaluación de arreglo personal y del inventario de habilidades de autocuidado y junto con los padres se realizó una lista de diez habilidades prioritarias que requiere aprender el adolescente, aunque en los resultados hay más de diez habilidades que el adolescente no domina, se llegó al acuerdo que las siguientes son las más importantes: Comer con tenedor, cortar con cuchillo, lavarse las manos, secarse las

manos, lavarse la cara, cepillar los dientes, cepillar el cabello, ponerse calcetines, ponerse zapatos y atar agujetas.

Programa de entrenamiento de habilidades de autocuidado

El programa que se aplicó fue para trabajar con las siguientes actividades:

Habilidades de alimentación.

- Comer con tenedor
- Cortar con cuchillo

Habilidades de vestido.

- Ponerse calcetines
- Ponerse zapatos
- Atar agujetas

Habilidades de higiene personal

- Secarse las manos
- Lavarse las manos
- Cepillarse los dientes
- Lavarse la cara
- Cepillar el cabello

A. Habilidades de alimentación

1. Comer con tenedor

Como se puede apreciar en la figura 5.4, el Joven A al inicio del programa, podía realizar algunos pasos que componen la actividad de comer con tenedor (Identificaba y diferenciaba el tenedor de otros utensilios [cuchara y cuchillo]. También sostenía y pinchaba la comida con ayuda física). Avanzó gradualmente hasta la semana 5, en esta semana se observaron grandes logros puesto que el joven pudo pinchar el alimento dándole la instrucción. A mediados de la semana 8 logró consumir

alimentos suaves con el tenedor, en la semana 10 ya comía alimentos diversos sin ayuda de ningún tipo. Como se puede observar en la figura 5.4, el joven A terminó el programa realizando todos los pasos de la actividad.

En el caso del joven B, al comienzo del programa contaba con habilidades para poder realizar la actividad de comer con tenedor (podía sostener y pinchar el alimento con ayuda física), a partir de la semana 5 se reflejan avances graduales puesto que comenzó a identificar el tenedor, manteniéndose así hasta la semana 6, en la semana 7 y 8, después del periodo vacacional, se puede observar un retroceso (el joven B ya no podía identificar el tenedor). Se realizaron ejercicios para que pudiera lograrlo de nuevo. Pasan dos semanas para que recupere esta habilidad. Para la semana 9 se observan nuevos logros (el joven B comienza a pinchar alimentos dándole la instrucción).

A mediados de la semana 11 puede diferenciar el tenedor de otros utensilios (cuchillo y cuchara). En la semana 13 puede consumir alimentos suaves y a finales de la semana 14 puede comer varios alimentos sin ayuda de ningún tipo. Consiguiendo realizar todos los pasos que comprenden la actividad. En la semana 17 después del otro periodo vacacional el joven presenta otra baja considerable, (ya no diferencia tenedor, no pincha el alimento con instrucción, y no consume alimentos diversos). Pasan dos semanas para que el joven realice todos los pasos de la actividad comer con tenedor nuevamente y así concluye el programa².

² Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

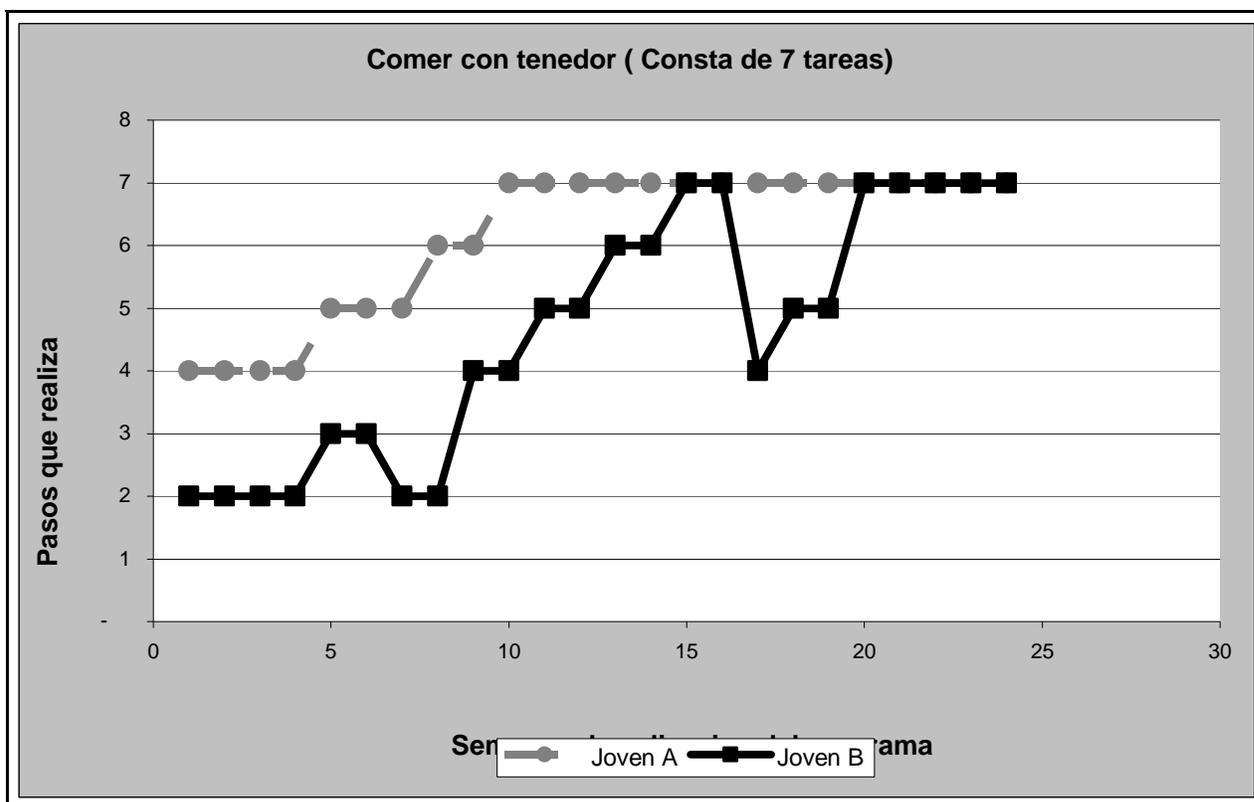


Figura 5. 4. Logros del programa “Comer con tenedor”.

Para esta actividad se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanza de manera muy significativa en las primeras 10 semanas, logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen “el comer con tenedor” manteniéndose así hasta el final del programa. El joven B tardó un poco más en presentar avances, comienzan en la semana 5 y en adelante se dan de forma gradual y aunque se presenta un retroceso después de los dos periodos vacacionales el joven puede retomar el ritmo de trabajo dos semanas después. Al finalizar el programa, el joven A y el joven B pueden realizar todos los pasos de la actividad.

2. Cortar con cuchillo.

Como se aprecia en la figura 5.5, al inicio del programa el joven A, ya contaba con algunas habilidades que comprenden la actividad de cortar con cuchillo (identificaba y diferenciaba el cuchillo de la cuchara y el tenedor), los avances en la realización de la actividad se dieron de manera gradual y cada día se notaba más disposición en el

joven para trabajar, se observa que a mediados de la semana 3 tiene avances significativos, que siguen gradualmente, en la semana 6 pudo cortar los alimentos con ayuda, después de que se iniciaron los cortes, en la semana 9 el joven comienza a cortar completamente los alimentos, sostiene firmemente el tenedor mientras corta con el cuchillo, además de pinchar el alimento con el tenedor, cortando completamente cuando se le indica que lo haga. Al inicio de la semana 11 el joven utiliza el cuchillo de forma completa e independiente, sin ayuda de ningún tipo. Termina el programa realizando todas las tareas que conforman la actividad.

Para caso del joven B, al comienzo del programa sólo puede realizar los pasos de cortar el alimento con ayuda física, este comportamiento se mantiene hasta la semana 5 donde empieza a identificar el cuchillo y termina de cortar los alimentos con ayuda, después de que se inician los cortes, sigue así hasta la semana 6, para la semana 7 el joven B ya no identifica cuchillo, comienza a tener logros graduales durante las siguientes semanas, es a mediados de la semana 9 cuando corta los alimentos cuando se le ayuda a sostener con el tenedor. Al inicio de la semana 10 termina de cortar por sí solo los alimentos cortados parcialmente, nuevamente, identificó tenedor y a mediados de la semana 11 puede diferenciar el cuchillo de la cuchara y el tenedor.

A finales de la semana 14 el joven B sostiene firmemente el tenedor después de que éste se ha colocado en el alimento. Al llegar a la semana 17 se puede apreciar una baja en el comportamiento (el joven B ya no diferencia el cuchillo), hasta la semana 19 puede diferenciar nuevamente el cuchillo de otros cubiertos. Al final del programa, el joven B no llega a realizar todas las actividades que componen el cortar con cuchillo, pues no puede cortar completamente cuando se le indica y por lo tanto no utiliza el cuchillo de forma completa e independiente³.

³ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

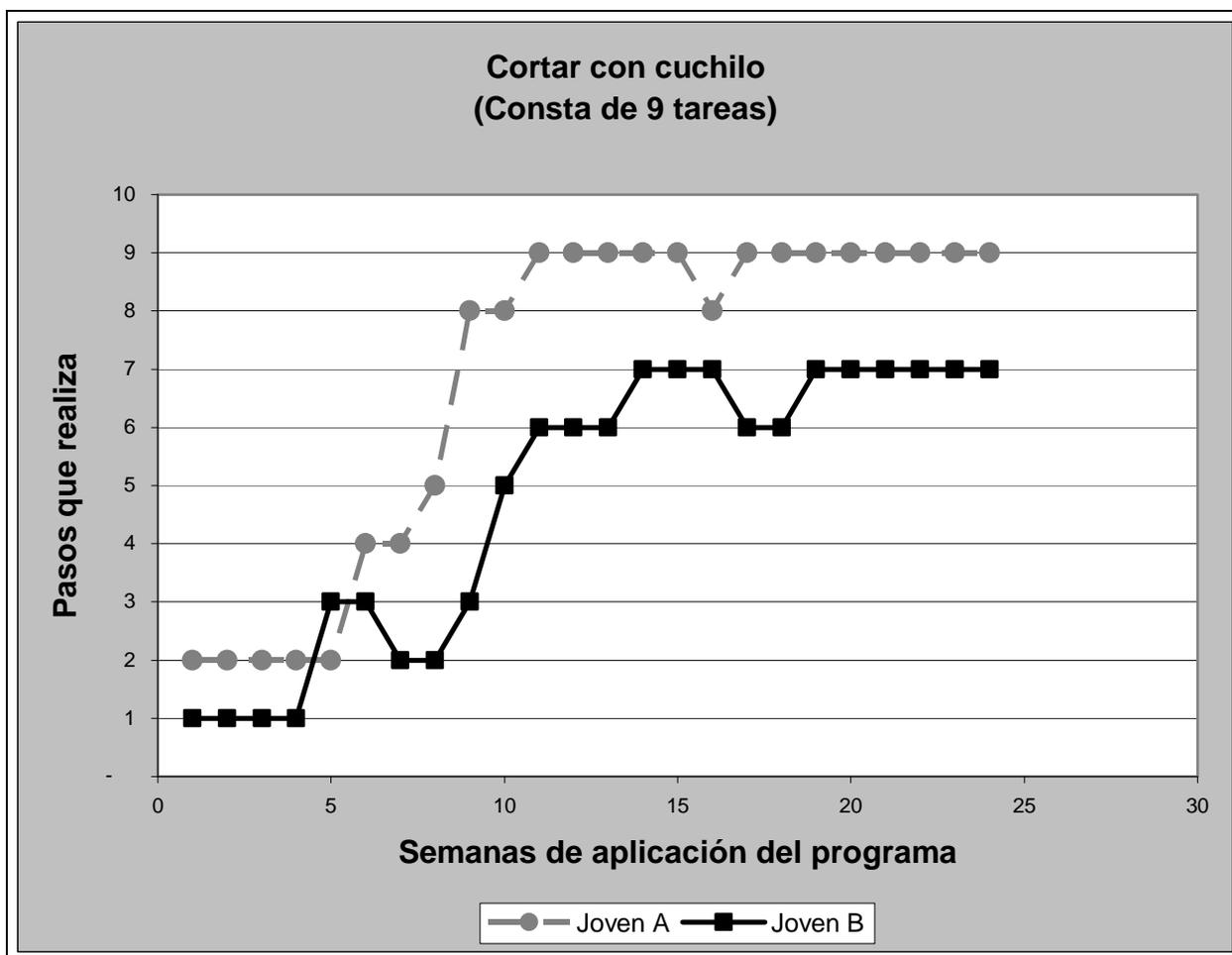


Figura 5. 5. Logros del programa “Cortar con Cuchillo”.

Para ambos casos se puede concluir que en esta actividad los avances se dan de una manera más lenta comparada con otras actividades del programa, en el Joven A los avances comienzan en la semana 3 y siguen de manera gradual hasta llegar a la semana 11 donde logra realizar todos los pasos de esta actividad. El Joven B comienza a presentar avances en las primeras 6 semanas, se pueden apreciar retrocesos en el transcurso del programa lo que da como resultado que el joven B no logre realizar todos los pasos de esta actividad (se queda en el paso 7, sostiene firmemente el tenedor después de que se le ha colocado este en el alimento, mientras corta con el cuchillo).

B. Habilidades de vestido

1. Ponerse Calcetines

Al inicio del programa el joven A, ya cuenta con algunas habilidades para realizar la actividad de ponerse calcetines (identificaba y diferenciaba los calcetines de las demás prendas de vestir (pantalón, blusa, calzón, etc.) Los avances más significativos comienzan en la semana 4 cuando el joven comienza a introducir el calcetín en su pie y sube el calcetín desde el talón. Se puede apreciar en la figura 5.6, que el joven A avanza de manera rápida y significativa, ya que es a principios de la semana 6 cuando logra realizar todos los pasos para ejecutar la actividad (sube los calcetines desde los dedos de los pies y realiza todas las actividades de ponerse calcetines completamente, con el talón en la posición correcta sin ayuda de ningún tipo). Este comportamiento se mantiene hasta el final del programa.

Se puede apreciar en la figura 5.6, como al inicio del programa el joven B no realizaba ninguno de los pasos que componen la actividad de ponerse calcetines, sigue sin avances hasta la semana 4, donde comienza a identificar el calcetín y a mediados de la semana 5 introduce y sube el calcetín desde el talón. A finales de la semana 7 ya diferencia el calcetín de otras prendas de vestir. Y es a mediados de la semana 8 cuando el joven B ya sube el calcetín desde los dedos de los pies, a finales de la semana 15 ya se pone los calcetines con el talón en la posición correcta, este comportamiento se mantiene dos semanas más.⁴

En la semana 17 después del periodo vacacional se observó un notable retroceso en la ejecución los pasos de la actividad (el joven ya no diferenciaba los calcetines de otras prendas y no se pone los calcetines completamente). Transcurrieron dos semanas para que retomara nuevamente su ritmo de trabajo, hasta que en la semana 20 el joven puede realizar todos los pasos establecidos para la actividad. Puesto que logra ponerse los calcetines completamente, con el talón en la posición correcta sin ayuda.

⁴ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

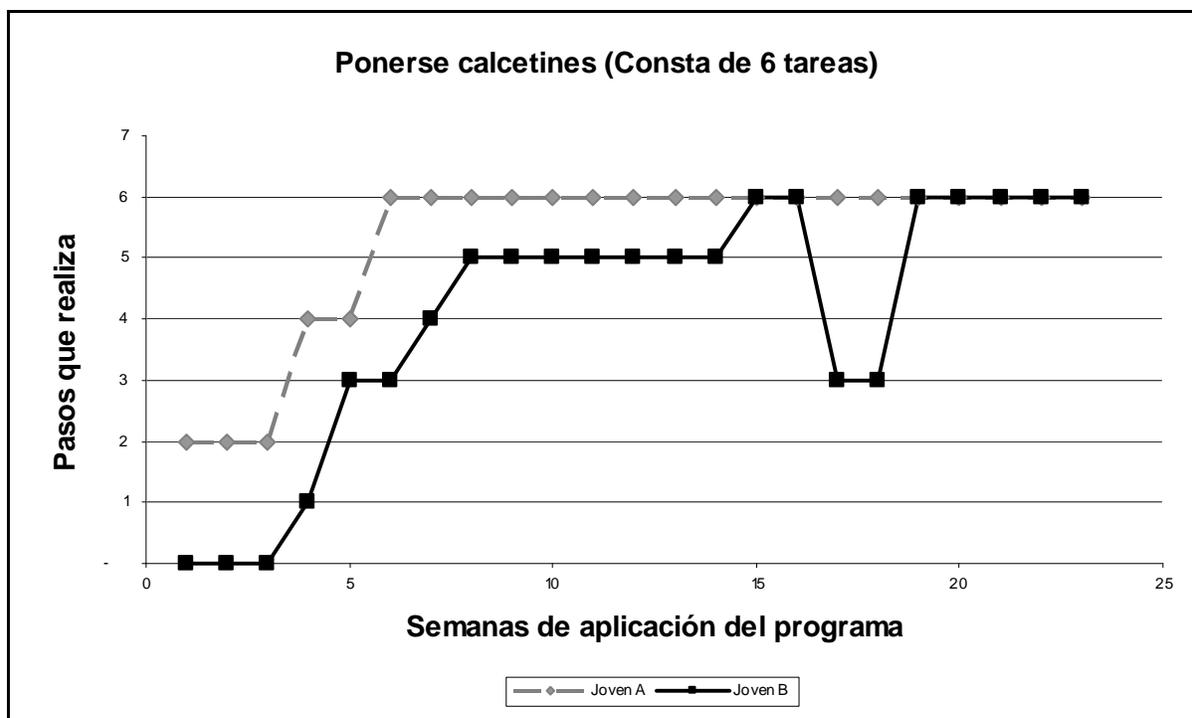


Figura 5. 6. Logros del programa “Ponerse calcetines”.

Se puede observar en la figura 5.6 que en ambos casos los avances comenzaron en la semana 4. El joven A avanzó de manera significativa logrando realizar en las primeras 6 semanas todas las actividades que componen “el ponerse calcetines” y se mantuvo así hasta el final del programa. En el joven B los avances, se dan de manera gradual, aunque se presentó un retroceso después del periodo vacacional, el joven B pudo retomar el ritmo de trabajo logrando realizar todos los pasos de la actividad.

2. Ponerse zapatos

Como se aprecia en la figura 5.7, al inicio del programa el joven A, tenía habilidades que le permitían realizar la actividad de ponerse los zapatos (identifica zapatos, introduce y coloca el pie en el zapato). A finales de la quinta semana se pueden observar avances significativos ya que el joven comenzó a deslizar los dedos dentro del zapato logrando ponérselo después que se le proporcionaba, en ocasiones no en el pie correcto, estos avances se mantienen durante tres semanas más, es a principios de la semana 8 que el joven logra ponerse cada zapato en el pie correcto y une las correas adhesivas sin ayuda de ningún tipo.

Para el caso del joven B la figura 5.7, nos muestra como al inicio del programa puede realizar algunos pasos que componen la actividad de ponerse los zapatos (introduce el pie en el zapato después de que se le coloca el zapato en el talón). Se muestran logros graduales a partir de la quinta semana, pues el joven comienza a identificar el zapato, es a finales de la semana 9 cuando el joven ya coloca el zapato sobre el talón después de que se le coloca en su pie. Para la semana 10 desliza los dedos dentro del zapato y termina después de que se le coloca este dentro de la planta del pie, el comportamiento se mantiene estable hasta la semana 17, cuando se presenta un retroceso en la realización de diversas actividades (el joven deja de colocarse el zapato sobre el talón y ya no desliza los dedos dentro del zapato). Una semana transcurre para que pueda realizar dichas actividades nuevamente. A finales de la semana 19 el joven B puede ponerse el zapato luego que se le proporciona. Y a mediados de la semana 20 ya se pone el zapato. Al terminar el programa se aprecia que el joven no logra obtener el puntaje máximo para esta actividad (debido a que no puede ponerse el zapato en el pie correcto por sí solo ni unir las correas).⁵

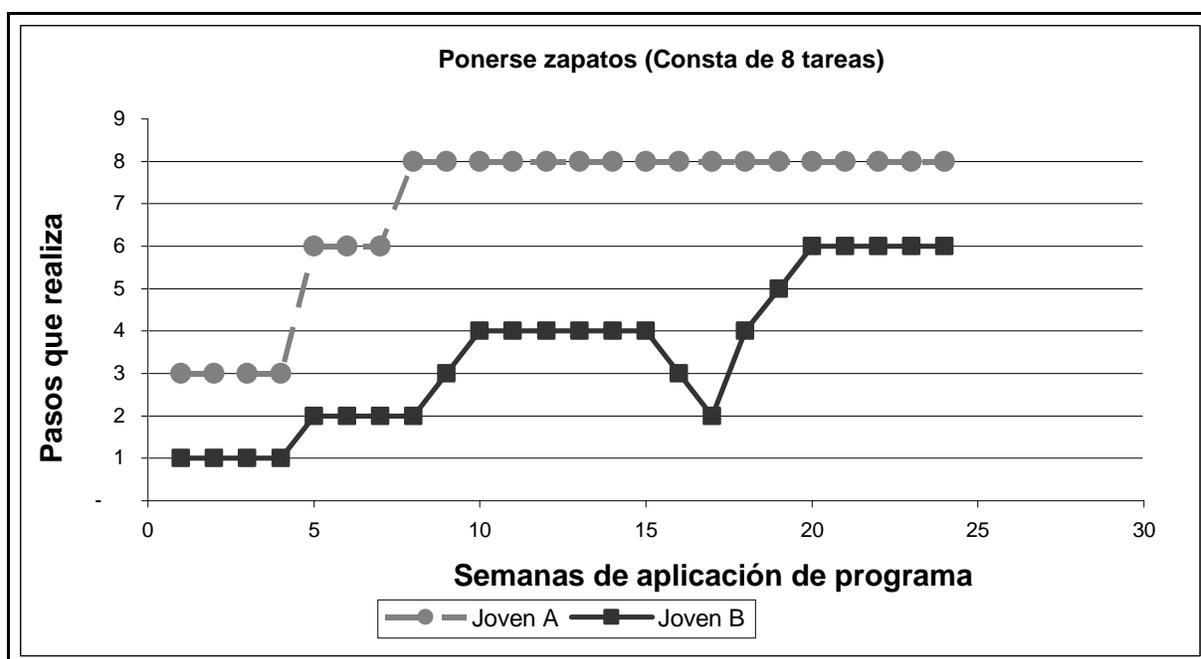


Figura 5. 7. Logros del programa “Ponerse Zapatos”.

⁵ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

Para esta actividad se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanzó de manera muy significativa en las primeras 8 semanas, logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen “el ponerse los zapatos”, y así se mantuvo hasta el final del programa. El joven B tarda un poco más en presentar avances, comienzan en la semana 5 y en adelante se dan de forma gradual, se presenta un retroceso en el periodo vacacional tarda una semana en volver a retomar los avances obtenidos, aunque no logra obtener el máximo puntaje del programa.

3. Atar agujetas

Como se aprecia en la figura 5.8, al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades que comprenden la actividad de atar las agujetas (tiraba de ambos extremos para ajustar las agujetas). En este programa los avances se dieron un poco más lentos en comparación las otras actividades del programa, ya que el joven empezó a tener avances hasta a principios de la semana 8 cuando comenzó a hacer el primer nudo, a finales de la semana 11 pudo realizar el primer y segundo doblez del moño, fue a principios de la semana 13 cuando pudo enhebrar, hacer nudos y atar las agujetas de los zapatos sin ninguna ayuda. Como se aprecia en la figura 5.8, este comportamiento se mantiene hasta finalizar el programa.

La figura 5.8, nos muestra como el joven B comenzó el programa realizando algunos pasos que comprenden la actividad del atado de agujetas (tirar de ambos extremos para ajustar las agujetas), se puede apreciar que esta conducta se mantiene así hasta la semana 8 que es cuando comienza a presentar cambios constantes y graduales (ya comienza a realizar el primer nudo). Para la semana 9 puede hacer el primer doblez del moño y una semana después hace el segundo, permanece estable hasta la semana 17 después de un periodo vacacional, en esta semana se presenta un retroceso, puesto que deja de hacer actividades que ya podía lograr (el joven deja de hacer el primer y segundo doblez del moño. Es en la semana 19 cuando nuevamente realiza el primer doblez y a principios de la semana 20 comienza con el segundo. Concluido el programa, en la semana 24 el joven no puede realizar el

procedimiento de atar las agujetas sin ayuda verbal, por lo que no alcanza la máxima puntuación establecida para la actividad de atar las agujetas.⁶

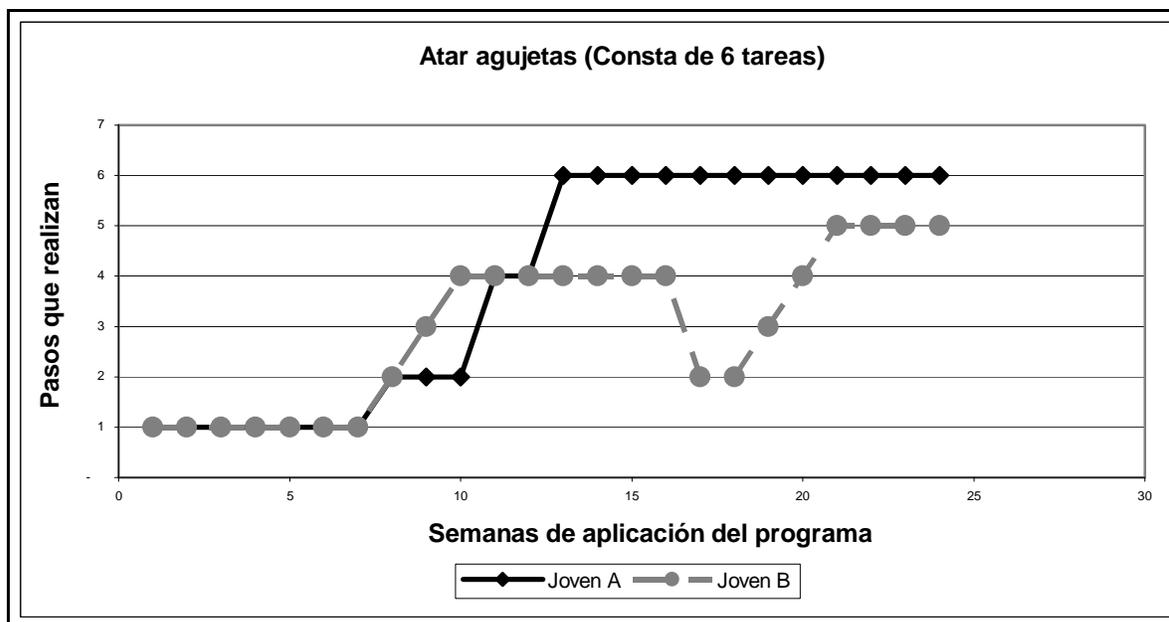


Figura 5. 8. Logros del programa “Atar Agujetas”.

Para ambos casos se puede concluir que en esta actividad los avances se dan de una manera más lenta. En el Joven A los avances se dan de manera gradual y es en la semana 13 donde logra realizar todos los pasos de esta actividad y en comparación con el Joven B que aunque tiene avances de manera gradual en el transcurso del programa, no logra realizar todos los pasos que compone el “atar agujetas”.

C. Habilidades de higiene personal

1. Secar las manos

Joven A: Como se aprecia en la figura 5.9, al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades que comprenden la actividad de secarse las manos (identificaba la toalla, secaba las palmas y el dorso de las manos mientras se le sostenía la toalla). Los avances de este programa se dieron a mediados de la

⁶ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

semana 3 donde el joven logró secarse las manos completamente sin ayuda de ningún tipo, manteniendo este comportamiento hasta el final del programa.

Para el inicio del programa el joven B pudo realizar algunos pasos que comprende la actividad de secarse las manos (identificar toalla y seca las palmas de las manos mientras se le sostiene la toalla), a finales de la semana 5 se pueden apreciar avances que van siendo graduales (seca el dorso de las manos mientras se le sostiene la toalla), al llegar a la semana 8 puede realizar todos los pasos que comprenden la actividad (pues ya seca las manos completamente por sí solo). Este comportamiento se mantiene estable hasta la semana 17, cuando se aprecia un retroceso puesto que el joven ya no realiza todos los pasos del programa (no seca las palmas y el dorso de las manos sosteniendo la toalla el mismo), tarda dos semanas en recuperar su ritmo de trabajo, así que para la semana 19 se aprecia que ha logrado nuevamente el mayor puntaje asignado para esta actividad y se mantiene de una manera estable hasta finalizar el programa.

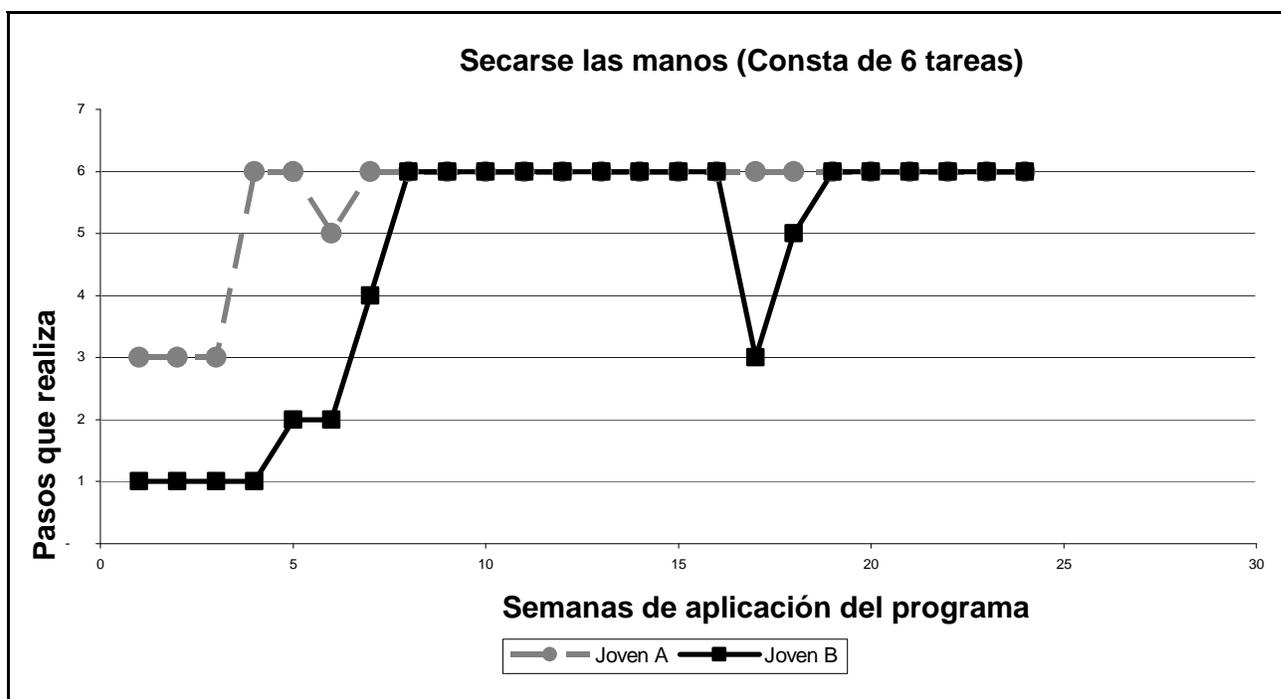


Figura 5. 9. Logros del programa “Secarse las Manos”

Para esta actividad se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanza de manera muy significativa en las primeras 3 semanas logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen “el secarse las manos” manteniéndose así hasta el final del programa. El joven B tarda un poco más en presentar avances, comienzan en la semana 5 y en adelante se dan de forma gradual y aunque se presenta un retroceso después del periodo vacacional el joven puede retomar el ritmo de trabajo dos semanas después. En ambos casos los jóvenes logran realizar todos los pasos de la actividad⁷.

2. Lavarse las manos

Como se observa en la figura 5.10, al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades que comprenden la actividad de lavarse las manos (identifica el jabón, se enjabonaba y frotaba las manos con ayuda). Los avances de este programa comienzan a principios de la semana 3 ya que el joven ya puede abrir la llave del agua, aunque todavía no la puede cerrar, en la semana 4 ya lo logra, para la semana 5 es capaz de eliminar el jabón de las manos y en la semana 6 ya logra realizar todas las actividades como enjabonar, frotar, enjuagar completamente sin ayuda de ningún tipo y así continua este comportamiento hasta el final del programa.

En el caso del joven B, se aprecia que al inicio del programa ya posee algunas habilidades para realizar la actividad de secar las manos (se enjabona y frota las manos con ayuda), en la semana 4 (identificar el jabón), Iniciando la semana 5 ya abre la llave del agua, pero aun no logra cerrarla. En la semana 7 regresando de vacaciones, el joven ya no identifica jabón pero aún abre la llave del agua. Para la semana 8 nuevamente identifica el jabón, de igual manera comienza a eliminar el jabón de las manos, a enjabonar y frotar las manos por sí solo, transcurre una semana para que el joven pueda lavarse las manos completamente y sin ayuda.

⁷ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

Este comportamiento se mantiene hasta la semana 16, ya que al regreso de las vacaciones, el joven B, ya no identifica el jabón, no enjabona ni frota, por lo tanto ya no realizaba todos los pasos para lavar sus manos completamente por sí solo. Al finalizar la semana 18 comienza a identificar nuevamente el jabón, también en esta semana enjabona y frota sus manos por sí solo. Y es así como desde la semana 19 el joven puede realizar todos los pasos de la actividad que comprende el lavarse las manos y así termina el programa⁸.

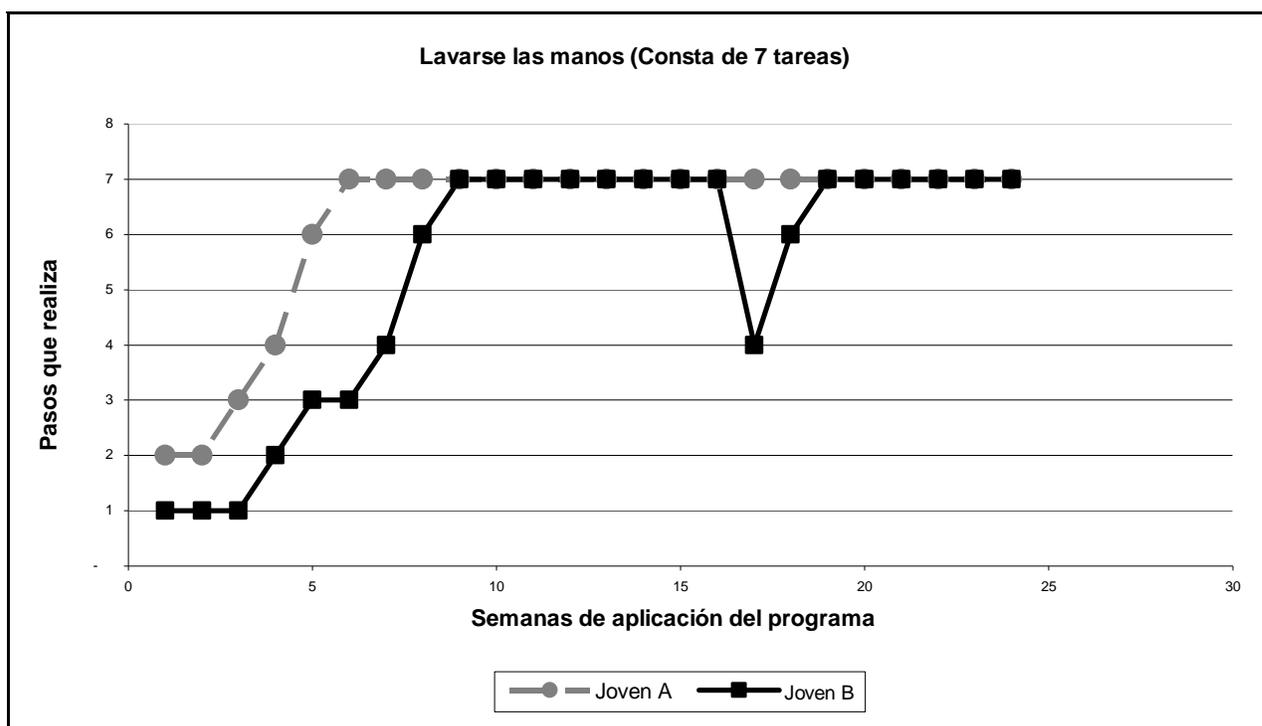


Figura 5. 10. Logros del Programa “Lavarse las Manos”.

Se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanzó de manera muy significativa en las primeras 6 semanas, logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen “el lavarse las manos” manteniéndose así hasta el final del programa. El joven B presenta avances en la semana 4 siguiendo de forma gradual y aunque se presenta retrocesos después del periodo vacacional vuelve a retomar el ritmo. En ambos casos los jóvenes logran realizar todos los pasos de la actividad.

⁸ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

3. *Lavar la Cara.*

Como se aprecia en la figura 5.11, al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades que comprenden la actividad de lavarse la cara (identifica cara, se enjabonaba todas las partes de su cara mientras se le guiaba con sus manos, se enjabonaba algunas partes de su cara cuando se le indica donde). A mediados de la semana 5 el joven comienza a tener avances y logra lavar algunas partes de su rostro cuando se le indica donde lavarse y es a finales de la semana 6 cuando puede realizar todas los pasos que comprende el lavar la cara sin ayuda de ningún tipo, manteniendo este comportamiento hasta finalizar el programa.

El joven B, inicia el programa con algunas habilidades para la realización de la actividad (identifica su cara, enjabona y lava todas las partes de su rostro mientras se le guía con las manos). Es hasta la semana 4 cuando se observan avances que van siendo graduales hasta la semana 7 donde se observa un avance significativo, pues el joven puede enjabonar y lavar algunas partes de su cara cuando se le indica donde.

Estos logros se mantiene por seis semanas más, pues es hasta la semana 13 cuando nuevamente muestra avances (ya es capaz de lavar y enjuagar su rostro completamente por si solo), manteniéndolos hasta la semana 17, donde después de las vacaciones se refleja un retroceso (deja de enjuagar y lavar su cara si no se le proporciona ayuda). Luego de una semana y media puede retomar el ritmo de trabajo y para la semana 19 de nuevo realiza todos los pasos de la actividad. Termina el programa realizando todos los pasos de la actividad “lavar la cara”⁹.

⁹ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

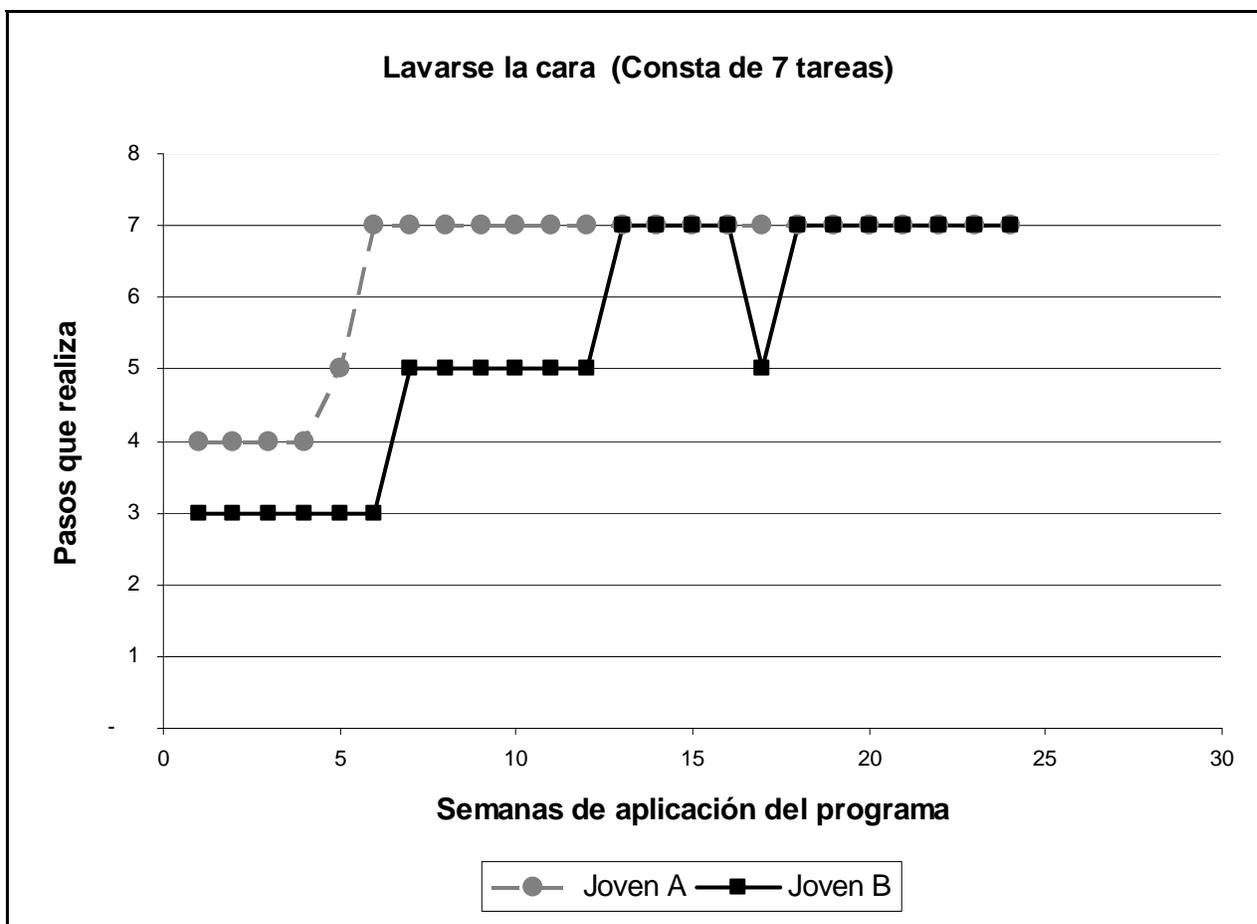


Figura 5. 11. Logros del Programa “Lavarse la Cara”.

Se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanzó de manera muy significativa en las primeras 6 semanas, logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen “el lavarse la cara” manteniéndose así hasta el final del programa. En el joven B los avances son más lentos pero se dan de forma gradual y aunque se presenta retrocesos después del periodo vacacional vuelve a retomar el ritmo. En ambos casos los jóvenes logran realizar todos los pasos de la actividad “lavarse la cara”.

4. Cepillar Dientes

Joven A: Como se aprecia en la figura 5.12 al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades que comprenden la actividad de lavarse los dientes (identificaba cepillo y pasta dental, además de colocar pasta dental en el cepillo, abrir la llave, llenar el vaso, enjuagar los dientes con ayuda física). Se observa que los primeros avances son a finales de la semana 3 (comenzó a colocar pasta dental, abrir y llenar el vaso sin ayuda), continuando de manera gradual y a principios de la semana 5 (enjuaga dientes y escupe el agua sin ayuda, aunque todavía no se logra que cepille los dientes guiándolo con su mano) y mediados de la semana 6 cepilla dientes frontales sin ayuda, aunque todavía no cepilla la parte trasera de la dentadura, lo logra a finales de la semana 9 y es a principios de la semana 10 cuando cepilla los dientes completamente por sí solo (además de colocar pasta en el cepillo), manteniendo este comportamiento hasta la finalizar el programa.

Al comienzo del programa el joven B podía realizar algunos de los pasos que comprenden la actividad de cepillar los dientes (colocar la pasta en el cepillo con ayuda, cepillar los dientes mientras se le guiaba con la mano, abrir la llave y enjuagar los dientes con ayuda física). En la semana 8 comienza a presentar avances (puede identificar cepillo y pasta de dientes, en esta semana también logra abrir la llave y llenar el vaso sin ayuda, aunque abre la llave desde la semana 5, es hasta la octava que puede realizar ambas cosas sin requerir ayuda). Para la semana 9 puede colocar la pasta en el cepillo sin ayuda (en ocasiones no modera la cantidad) y comienza a cepillar sus dientes frontales.

Este comportamiento se mantiene hasta la semana 13 cuando comienza a enjuagar sus dientes sin ayuda, en la semana 14 el joven ya puede cepillar la parte trasera de la dentadura aunque lo hace de manera superficial. Y es hasta la semana 15 cuando logra escupir el agua. Este comportamiento sigue estable hasta la semana 16, ya que en la semana 17 el joven deja de cepillar los dientes frontales y la parte trasera de la dentadura, por lo que hay que proporcionar ayuda, transcurridas dos semanas el joven puede realizar estas actividades sin ayuda.

Pasado este tiempo, a partir de la semana 19 el joven puede realizar la mayoría de los pasos que comprenden la actividad de cepillar los dientes y como se puede observar en la figura 5.12, al final del programa el joven no alcanza el puntaje máximo establecido para esta actividad. Cabe mencionar que no alcanza a realizar el último paso que es cepillar los dientes completamente por sí solo, debido a que siempre requiere ayuda verbal para realizar al menos un paso de esta actividad¹⁰.

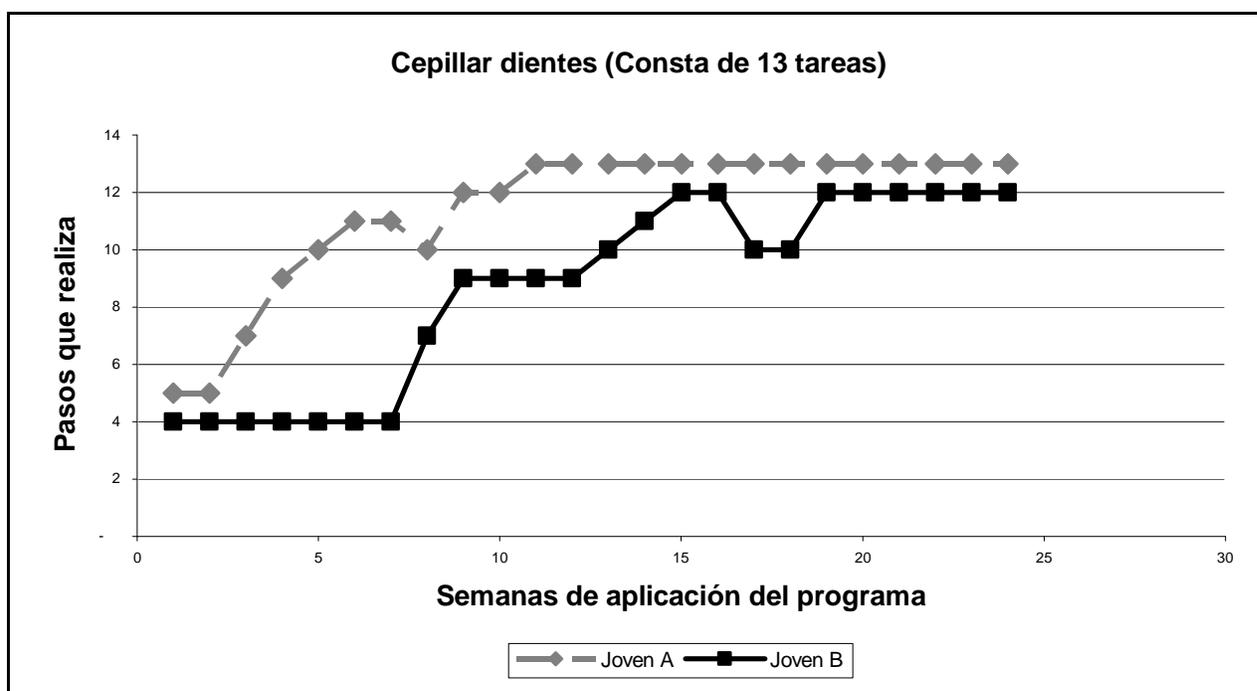


Figura 5. 12. Logros del Programa "Cepillar dientes"

Se puede concluir que el joven A en comparación con el Joven B, avanza de manera muy significativa en las primeras 10 semanas, logrando realizar en este periodo todas las actividades que componen "el cepillar dientes", manteniéndose así hasta el final del programa. El joven B tarda un poco más en presentar avances, comienzan en la semana 8 y en adelante se dio de forma gradual aunque en el transcurso de programa se dieron retrocesos en el periodo vacacional, pero volvió a retomar el ritmo de trabajo, pero en este caso no puede realizar todos los pasos de la actividad.

¹⁰ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo. 8

5. Cepillar el cabello.

Como se aprecia en la figura 5.13, al inicio del programa el joven A ya cuenta con algunas habilidades para cepillar el cabello (identificaba peine y cepillo, cepillaba el cabello mientras se le guiaba con sus manos), se observa que los primeros avances se dieron a finales de la 4 (empezó a cepillar el cabello cuando se le indicaba donde lo hiciera), se mantuvieron hasta el final como se puede observar el joven A no logró realizar todos los pasos de la actividad. En esta actividad en comparación con las otras el joven no logró realizarla de manera independiente ya que sólo cepillaba la parte de enfrente y para que lo hiciera completamente se le daba ayuda verbal y visual.

Al inicio del programa el joven B realizaba varios pasos de la actividad del cepillado de cabello (puede cepillar su cabello mientras se le guía con las manos). En la semana 6 comenzó a identificar el peine, cepillo y a cepillarse cuando se le indica donde. Es hasta la semana 9 cuando se puede cepillar completamente por sí solo. Para la semana 17 se presenta un retroceso, ya que el joven dejó de cepillarse por sí solo, transcurre una semana y media para que el joven B pudiera realizar nuevamente esta actividad por sí solo. Así desde la semana 19 hasta la 24 el joven puede realizar todos los pasos que componen la actividad de cepillar el cabello¹¹.

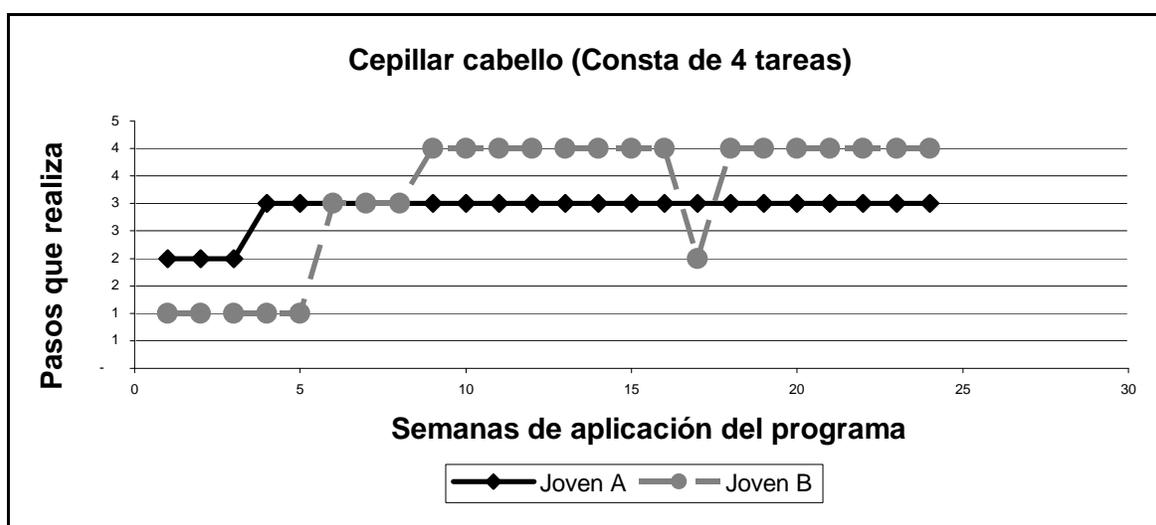


Figura 5. 13. Logros del programa “Cepillar Cabello”

¹¹ Para revisar el análisis de tareas de la actividad ver Anexo 8.

Se puede apreciar que en este programa. El joven A tuvo algunos avances significativos en la semana 4 manteniéndose así hasta el final del programa, sin lograr realizar todas las actividades que componen “el cepillar cabello”. En el joven B los avances comienzan en la semana 6 y se dan de manera gradual, aunque tiene retrocesos en el período vacacional logra retomar el ritmo de trabajo realizando todos los pasos que comprenden la actividad “cepillar el cabello”.

Evaluación final de habilidades de autocuidado

Resultados arrojados después de la aplicación del Programa para desarrollar habilidades de autocuidado en adolescentes con autismo.

Habilidades de alimentación.

Joven A	Joven B
Puede consumir diversos alimentos con el tenedor, sin ayuda de ningún tipo.	• Puede consumir diversos alimentos con el tenedor, sin ayuda de ningún tipo.
• Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente	• Sostiene firmemente el tenedor (después de que se le ha colocado este en el alimento), mientras corta con el cuchillo.

A continuación se presenta las gráficas comparativas de la evaluación inicial y final de las habilidades de alimentación de cada joven.

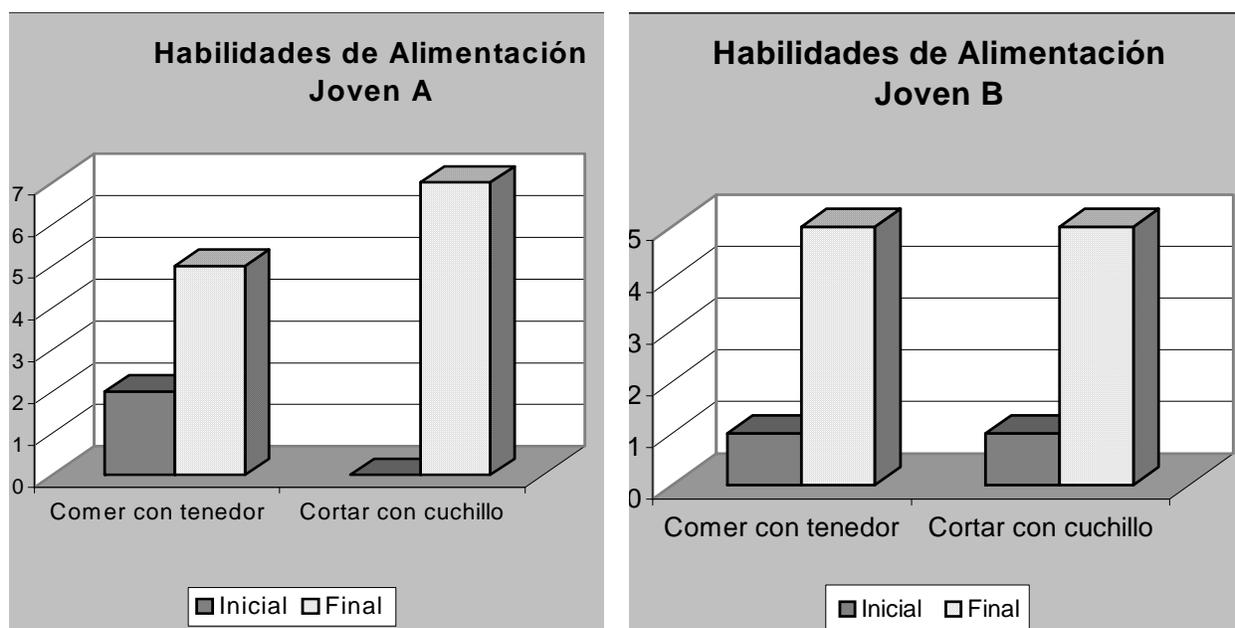
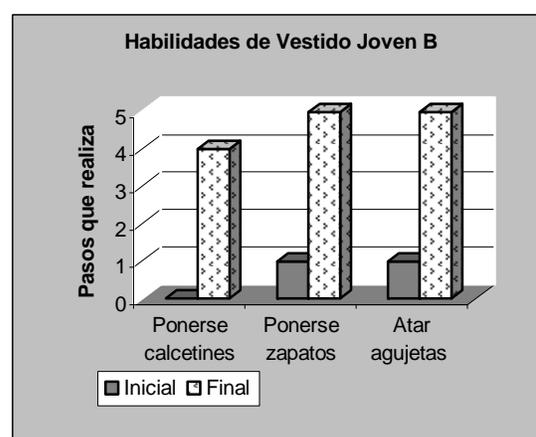
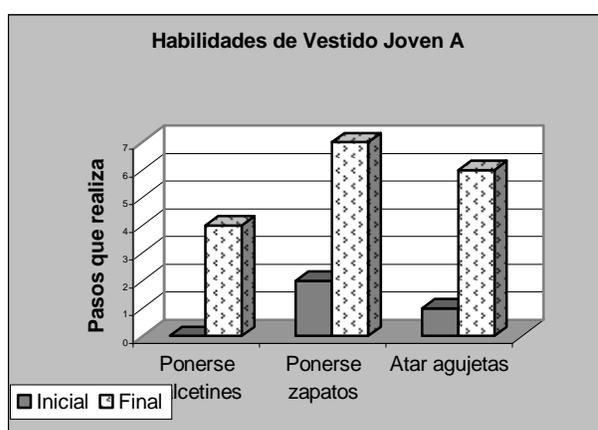


Figura 5. 14. Evaluación inicial y final de las habilidades de alimentación.

Habilidades de vestido y desvestido

Joven A	Joven B
<ul style="list-style-type: none"> Se pone los calcetines completamente con el talón en la posición correcta. Se pone los zapatos y une las correas adhesivas. Enhebra, hace nudos y ata las agujetas de los zapatos sin ninguna ayuda. 	<ul style="list-style-type: none"> Se pone los calcetines completamente con el talón en la posición correcta. Se pone el zapato. Ata completamente las agujetas de los zapatos.



A continuación se presenta las gráficas comparativas de la evaluación inicial y final de las habilidades de vestido de cada joven.

Figura 5. 15. Evaluación inicial y final de habilidades de vestido.

Habilidades de aseo personal

Joven A	Joven B
<ul style="list-style-type: none"> Se seca las manos completamente por sí solo. Se lava las manos completamente por sí solo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se seca las manos completamente por sí solo. Se lava las manos completamente por sí solo.

Joven A	Joven B
<ul style="list-style-type: none"> • Se lava y enjuaga su rostro por sí solo. • Se cepilla los dientes completamente por sí solo (además de colocar pasta en el cepillo). • Se cepilla el cabello cuando se le guía con las manos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se lava y enjuaga su rostro por sí solo • Se cepilla los dientes y coloca pasta en el cepillo, cuando se le proporciona ayuda verbal. • Se cepilla el cabello por sí solo

A continuación se presenta las gráficas comparativas de la evaluación inicial y final de las habilidades de Higiene personal de cada joven.

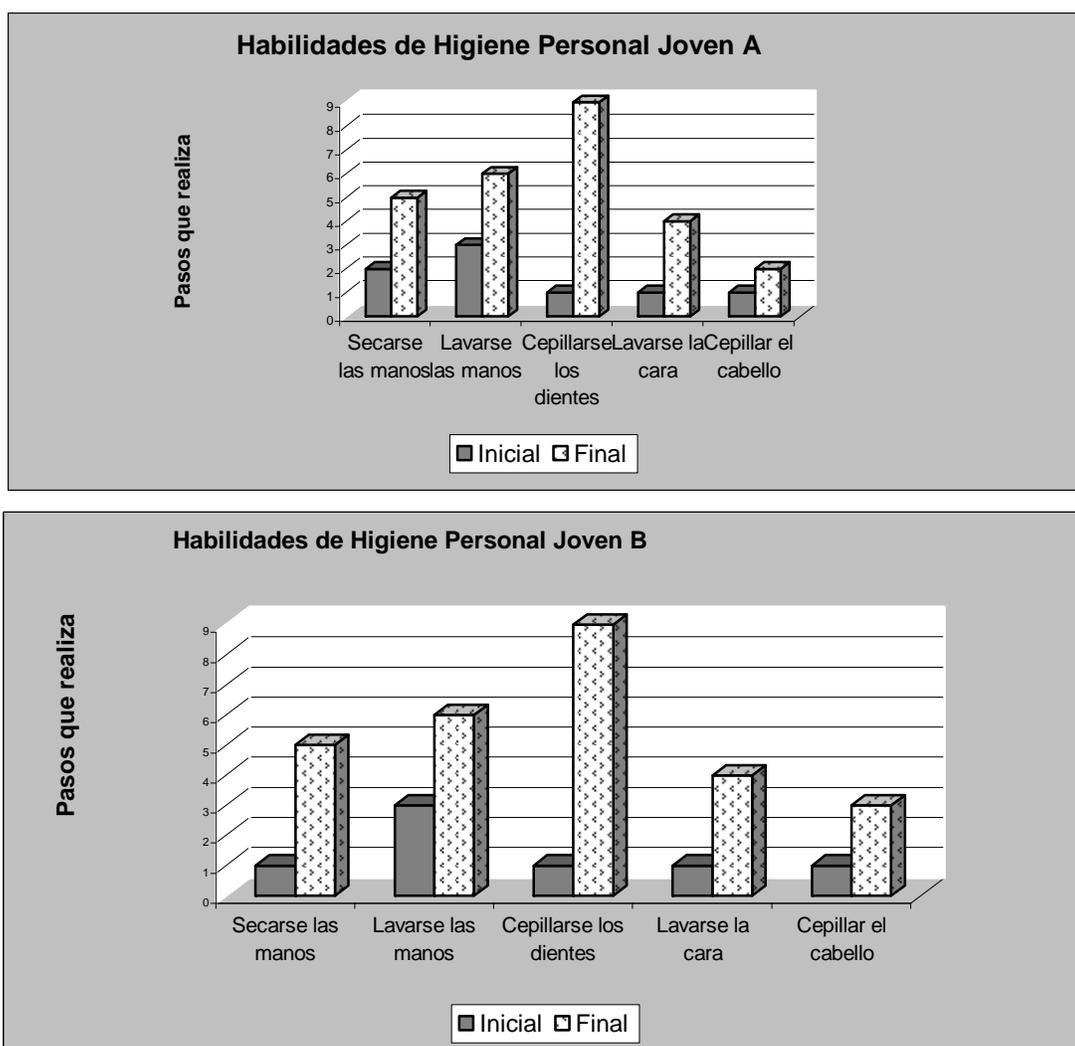


Figura 5. 16. Evaluación inicial y final de habilidades de higiene personal.

Técnicas para decrementar conductas disruptivas

A continuación se enlistan las técnicas que se utilizaron para decrementar las conductas disruptivas y la forma en la que se aplicaron:

- Corrección verbal: ¡NO! Con voz Fuerte
- Extinción: Se ignoró total y consistentemente la conducta inadecuada
- Tiempo fuera: observacional, se quitaron los estímulos a su alcance y se suspendió la actividad mientras se observaba inmóvil al joven hasta que dejara de presentar la conducta.

En la siguiente lista se describen las actividades en las que se presentaron las conductas disruptivas y el procedimiento que se aplicó para cada caso.

1. Comer con tenedor

Al comenzar el programa, el joven B no quería usar otro cubierto que no fuera la cuchara y al intentar que tomara el tenedor intentaba regresarlo, para disminuir la conducta se utilizó la técnica de extinción.

2. Cortar con cuchillo:

El Joven A estaba acostumbrado a utilizar las manos para cortar en pedacitos la comida y cuando se le proporcionaba el cuchillo para cortar la comida, se enojaba y guardaba su comida en la mochila, para disminuir la conducta se utilizó la técnica de extinción.

En el comienzo del programa, el joven B no quería utilizar otro cubierto que no fuera la cuchara y al intentar que tomara el cuchillo intentaba regresarlo, para disminuir la conducta se utilizó la técnica de extinción.

3. Ponerse calcetines:

En el joven B se observó una notable resistencia al realizar esta actividad, pues cada vez que se le proporcionaba el calcetín para que se lo pusiera el joven lo aventaba. En este caso para disminuir la conducta se utilizó la técnica de tiempo fuera

observacional. Una vez que se logró que el joven no aventara el calcetín se tuvo que encontrar la forma para que pudiera ponerse el calcetín, ya que debido a su sobrepeso le era muy difícil acercar su pie para introducir el calcetín. Sentado sobre la cama fue la posición más cómoda que se encontró para él.

4. Ponerse Zapatos:

En el Joven B se observó una notable resistencia al realizar esta actividad, pues cada vez que se le proporcionaba el zapato para que se lo pusiera lo aventaba. En este caso para disminuir la conducta se utilizó la técnica de tiempo fuera observacional. Una vez que se logró que el joven no aventara el zapato, se tuvo que encontrar la forma para que el joven pudiera ponerse el calzado, ya que debido a su sobrepeso le era muy difícil acercar su pie para introducir el zapato. Colocando el pie sobre un banco fue la manera más cómoda que se encontró para él.

5. Atar agujetas:

Al comienzo del programa el joven A tiraba de ambos extremos para ajustar las agujetas, pero las jalaba demasiado ocasionando que las agujetas se rompieran y que el zapato quedara muy apretado, por lo se utilizó para disminuir esta conducta corrección verbal, después de una semana se cambio por lenguaje pro-positivo.

6. Cepillar dientes:

Al joven A no le gustaba el sabor de la pasta dental, esto ocasionó que presentara conductas inadecuadas como aventar la pasta y el cepillo. En este caso para disminuir la conducta se utilizó la técnica de tiempo fuera observacional, también se cambió la marca de la pasta, por otra que le fuera de su agrado para que pudiera completar la actividad.

CONCLUSIONES

Este apartado trata de dar cuenta de aspectos importantes del trabajo realizado. Para la intervención se planteó como objetivo primordial Implementar y evaluar un programa de desarrollo de habilidades de autocuidado, para que dos adolescentes con autismo realicen de forma independiente actividades para su cuidado personal. Después de seis meses, en 240 horas dedicadas a la aplicación del programa se puede decir que de acuerdo a los resultados (comparando la evaluación inicial y final), se cumplieron satisfactoriamente los objetivos planteados. De manera general, se plantean lo que encontramos en la intervención.

El joven A llegó a realizar nueve de las diez actividades (comer con tenedor, cortar con cuchillo, lavar manos, secar manos, lavar cara, ponerse calcetines, ponerse zapatos, atar agujetas), por sí solo y sin ayuda de ningún tipo. En el cepillado de cabello no completo las todas las tareas de la actividad, ya que era necesario indicar donde cepillar y guiarle con la mano.

El joven B llegó a realizar de manera independiente y sin ayuda de ningún tipo seis de las diez actividades (comer con tenedor, lavar manos, secar manos, lavar cara, ponerse calcetines y cepillar el cabello), para las actividades restantes se especifica a continuación la tarea en la que se quedo el adolescente. Cortar con cuchillo (sostiene firmemente el tenedor después de que se le ha colocado este en el alimento, mientras corta con el cuchillo), ponerse zapatos (se pone el zapato dándole la indicación), atar agujetas (ata las agujetas con ayuda visual) y lavar dientes(requiere ayuda verbal y visual).

Haciendo un comparativo de los avances de los adolescentes se puede decir que, aunque se sabe que es normal que los adolescentes obtuvieran resultados diferentes al finalizar el programa, puntualizamos las siguientes situaciones para cada caso como una forma de explicar el avance de cada joven.

El joven A, avanzó rápida, gradual y constantemente, se considera que la disposición y colaboración de los padres fue de gran importancia para la obtención de estos resultados, los padres reportaban que el joven practicaba en casa las nuevas habilidades adquiridas, esto aunado el esfuerzo del adolescente, significó un cambio significativo en su comportamiento.

El joven B presentó retrocesos considerables después de los periodos vacacionales que se presentaron, este comportamiento, se puede suponer que se debió a la falta de constancia en la realización de las actividades en casa, aunque los padres reportaban que si las realizaba en el hogar, era evidente que el joven B dejaba de practicar en casa las habilidades adquiridas. Pasaban aproximadamente dos semanas después de los periodos vacacionales, para que el adolescente realizara nuevamente las actividades que ya poseía, esto lo retraso considerablemente, factor impidió que lograra realizar de manera independiente y sin ningún tipo de ayuda las actividades del programa.

Se puede concluir que las habilidades de autocuidado se encuentran entre las conductas más importantes que pueden aprender los adolescentes con autismo. Tomando en cuenta la edad y características de los adolescentes es necesario que posean por lo menos habilidades de alimentación, vestido, desvestido y de higiene personal, que les permita desenvolverse de forma independiente en los contextos, escolar, familiar y social.

Las diez habilidades que se entrenaron en este programa forman parte de una gran lista de habilidades que los adolescentes requieren aprender, en esta intervención se considero que comer con tenedor, cortar con cuchillo, secar las manos, lavar las manos, lavar la cara, lavar los dientes, cepillar el cabello, poner calcetines, poner zapatos y atar agujetas, eran las habilidades prioritarias para los dos adolescentes. Para la intervención se utilizo el Programa de Habilidades de Autocuidado de Baker y Brightman (2002), fue de gran ayuda, sin embargo, se tuvieron que hacer las siguientes adaptaciones.

El programa no contenía objetivos, por lo que fue necesario plantear objetivos específicos y operativos para cada actividad¹². Para registrar los avances diarios del programa se elaboro un formato de registro¹³. El programa no especificaba el tipo de procedimiento que se debía utilizar en cada actividad para desarrollar las habilidades de autocuidado, por lo que consideramos que las más adecuadas eran el modelamiento o imitación y el moldeamiento por aproximaciones sucesivas y encadenamiento.

Fue necesario determinar el tipo de procedimiento que se debería utilizar ante las conductas disruptivas inadecuadas. Utilizamos corrección verbal, extinción y tiempo fuera. En el caso del joven A, el procedimiento de corrección verbal no funciono pues lejos de evitar la conducta inadecuada, el joven la repetía de manera constante, después de una semana de aplicación de este procedimiento y debido a que la palabra “NO” alentaba al adolescente a repetir la conducta inadecuada, se decidió cambiar la corrección verbal por el lenguaje pro-positivo, es decir evitar la palabra “NO” y utilizar frases pro-positivas. Por ejemplo no jales las agujetas por ya es suficiente.

Con respecto a las otras técnicas para decrementar las conductas inadecuadas podemos decir que funcionaron y fueron de gran ayuda. Se recomienda que antes de utilizar una técnica de modificación conductual, se tomen en cuenta las características del sujeto al que se le va a aplicar.

Factores que intervienen en una favorable aplicación del programa.

Se debe considerar el **material** como un elemento muy importante, por lo mismo, se debe cuidar hasta el más mínimo detalle por insignificante que parezca, cuando se mueve el material, el adolescente se puede confundir, se debe balancear la presentación del material, es decir, presentarlo de manera variada de tal forma que el adolescente no pueda adivinar. La ventaja del material que utilizamos fue que era manipulable, de buen tamaño y de colores llamativos y el adolescente tenía contacto diario con él, ya que son artículos de uso diario y de aseo personal que podía encontrar en casa.

¹² Para revisar objetivos específicos y operativos de cada actividad ver Anexo 8.

¹³ Ver anexo 8.

Los **reforzadores** sociales que se utilizaron (halagos y una palmada en la espalda) funcionaron adecuadamente ya que los adolescentes se sentían muy bien al ser elogiados y trataban de hacer que se les reconocieran todos sus logros. Es importante tomar en cuenta los gustos del sujeto para establecer un reforzador que sea eficaz, en este caso se consideró que los reforzadores sociales eran los más indicados debido a que los adolescentes se sentían muy gratificados llamando la atención de los adultos.

El programa que utilizamos fue de gran ayuda para la intervención y funcionó con los dos adolescentes que trabajamos, ya que los resultados fueron favorables en ambos casos. Podemos decir que el programa se puede aplicar desde temprana edad a otras personas con autismo para el entrenamiento de habilidades de autocuidado, tomando en cuenta las características de cada individuo para hacer las modificaciones pertinentes al programa, además de que se debe de aplicar de manera sistemática y constante, para obtener buenos resultados.

A pesar de que las habilidades de autocuidado son de suma importancia para las personas con autismo fue difícil encontrar bibliografía respecto a este tema, y como hacerle frente desde la formación como psicólogos educativos, aunado a que existe poca información sobre programas que se pueden aplicar para desarrollar dichas habilidades, por esta razón, este trabajo busco contribuir un poco para resolver esta situación. Todo lo anterior da cuenta de la importancia de elaborar programas individualizados que respondan a las necesidades específicas de cada sujeto respecto al aspecto en el cual el psicólogo educativo puede contribuir ya sea elaborando o adaptando programas. El autismo es un tema que tiene mucha oportunidad de desarrollo, pues hacen falta numerosas investigaciones que contribuyan a que niños, adolescentes y adultos con autismo puedan desarrollarse de una mejor manera en los ambientes escolar, familiar y social.

SUGERENCIAS

De acuerdo con los resultados de la intervención se considera pertinente puntualizar los siguientes aspectos que, podrían ser básicos para mejorar la implementación del Programa para desarrollar Habilidades de Autocuidado.

Con respecto a los padres de familia

Expectativas es importante tomar en cuenta lo que los padres esperan en la aplicación de programa, ser realistas con los alcances del programa y no prometer cosas que no se pueden cumplir.

Cooperación resaltar la importancia que tiene su cooperación durante la aplicación del programa, ya que es en casa donde los jóvenes pueden reforzar con ayuda de sus padres, las habilidades adquiridas.

Constancia y generalización de las actividades en el hogar, el seguimiento de las actividades en casa es un factor que puede influir considerablemente en los resultados del programa

Manejo conductual, los padres requieren información de como manejar las conductas inadecuadas de sus hijos, ya que es muy frecuente que los adolescentes presenten berrinches en casa, el no saber como manejar una conducta disruptiva puede ocasionar que los padres desistan de reforzar en casa las habilidades de autocuidado.

Respecto a la institución

Información, se requiere comunicación constante con los padres de de familia, mantenerlos informados sobre la situación actual y logros que van presentando sus hijos, buscar la forma en el que el trabajo sea conjunto, institución y padres de familia.

Necesidad de capacitación y actualización, la posibilidad de contar con talleres y cursos para los padres de familia y para el personal de la institución, facilitara que se apoye de mejor manera el desarrollo de los adolescentes.

Respecto a los aplicadores del programa.

Es importante considerar que, se deben manejar diferentes expresiones faciales, tono y volumen de voz y éstos deben ser coherentes con el elemento que se este trabajando, ya sea presentación de un estímulo, una corrección o un reforzamiento. Esto nos ayudara a comunicarle al adolescente si está bien o mal lo que realiza.

Las instructoras del programa deben ser *constantes* con el tiempo establecido para cada actividad, con las instrucciones que da al adolescente (deben ser siempre iguales, a menos que se programe diferente) y con los procedimientos de modificación de conducta que esté utilizando, para lograr en que el adolescente desarrolle la habilidad, una vez que domine, discrimine y generalice la instrucción, se podrá enseñar al adolescente a responder ante diferentes maneras.

Se debe ser *consistentes* con la instrucción que se maneja debe ser la misma que la utilizada en su casa, los aplicadoras cometen el error de querer imponer sus frases al adolescente y obliga a los padres a cambiar su manera de hablar, pero lo más recomendable es que el aplicador se acople al entorno del adolescente y su familia.

Realizar un taller previo a la implementación del programa, en este taller se deberá establecer las expectativas que los padres tienen del programa, capacitarlos sobre las actividades y técnicas que implica el programa para su seguimiento en casa, por ejemplo, sobre la forma de dirigirse a sus hijos, técnicas de manejo conductual, establecer acuerdos sobre la importancia de su cooperación para conseguir avances en el programa.

Ofrecer capacitación a las personas involucradas en el proceso educativo de los alumnos (terapeutas y padres de familia).

Estar en contacto con diversas instituciones especializadas en autismo, para compartir información actual sobre tratamientos, nuevos programas o avances médicos.

LISTA DE REFERENCIAS

- Asociación de padres de personas con autismo APNA <http://www.apna.es>
- Centro Educativo Domos. Autismo Infantil. www.domus.org.mx. Recuperado 07/septiembre/2005.
- Clínica Mexicana de Autismo y Desviaciones del Desarrollo (2001), <http://www.clima.org.mx/>
- Baker, B. y Brightman, A. (2002). *Pasos hacia una vida independiente: enseñando habilidades cotidianas a niños con necesidades especiales*. Manual Moderno.
- Cohen, B. y Bolton, P. (1993). *Autismo: una guía para padres*. Alianza Editorial.
- Espada, J., Quiles, M. y Terol, M. (2008). *Habilidades de autonomía personal y discapacidad intelectual*. Recuperado el 8 de enero 2008, de <http://64.233.179.104/scholar?hl=es&lr=&q=cache:8prfBKoYnfYJ:intercentres.cult.gva.es/cefire/03402150/cefire/congresos/2003/Material/Comunicaciones/Com31.pdf+habilidades+de+autonomia+personal+y+discapacidad+intelectual>
- Fejerman, N.; Arroyo, H.; Massaro, M. y Ruggieri, V. (1994). *Autismo infantil y trastornos del desarrollo*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Garza, F. (2000). *Manual para padres de niños autistas*. México: Comisión de Educación y Servicios Públicos Educativos. H. Cámara de Diputados.
- Garanto, J. (1993). *El autismo*. Barcelona, España: Herder.
- Janetzke, H. (1996). *El autismo*. Barcelona, España. Acento.
- Kanner, L. (1987). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires; Argentina. Siglo XX.
- Labrador, F. (1990). *Aspectos básicos de la modificación de la conducta*. Madrid: TEA.
- Labrador, F.; Cruzado, J. y Muñoz, M. (1999). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid; España: Pirámide.
- Lorente, A., Llaberia, E. y Cuxart, F. (1997). *El impacto del niño autista en la familia*. España. Instituto de las Ciencias para la Familia.
- Olivares, R. y Méndez, C. (2001). *Técnicas de modificación de conducta*. V.9. España: Biblioteca Nueva.
- Paluszny, M. (1987). *Autismo: guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas.
- Powers, M. (1999). *Niños autistas: guía para padres, terapeutas y educadores*. México. Trillas.

- Rutter, M. y Schopler, E. (1984). *Autismo: reevaluación de los conceptos y el tratamiento*. Madrid, España: Alambra.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2002). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Stanton, M. (2000). *Convivir con el autismo: una orientación para padres y educadores*. Barcelona. Paidós.
- Groden, G. (1995). *El enigma del autismo*. Barcelona, España: Herder.
- Tinbergen, N. y Tinbergen, E. (1985). *Niños autistas: nuevas esperanzas de curación*. Madrid, España: Alianza Psicología.
- Velasco, J. (1994). Entrenamiento de un hábito de autocuidado. En *Psicothema*. Vol. 6. pp. 259-264. Recuperado el 8 de enero 2008, de <http://www.psicothema.com/pdf/921.pdf>
- Walker, J y Shea, T. (2002). *Manejo conductual: Un enfoque práctico para educadores*. México: Manual Moderno.
- Wing, L. (1981). *La educación del niño autista*. Barcelona, España: Paidós.
- Zapella, M. (1998). *Autismo infantil: estudios sobre la afectividad y las emociones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado

A quien corresponda:

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo (a) _____, participe en un *Programa de Habilidades de Autocuidado*. El cuál tiene como objetivo contribuir a que el adolescente realice de forma independiente actividades para su cuidado personal.

El programa será elaborado e implementado por las C. Karla Georgina Maya García y Yanet García Azua, pasantes de la Licenciatura en Psicología Educativa. Dicho programa se divide en tres fases: a) evaluación diagnóstica; b) evaluación inicial; c) implementación del programa; d) evaluación del Programa de Habilidades de Autocuidado.

Así mismo, autorizo a que se realicen los procedimientos necesarios para apoyar la valoración del adolescente, la implementación del Programa de Habilidades de Autocuidado; acepto participar en todas las sesiones que lleven a cabo dentro de dicho programa, e implementar las actividades sugeridas en casa brindando el apoyo que requiera el adolescente.

Es de mi conocimiento que la información que se proporcione es confidencial, que el programa se realizará durante el periodo de 6 meses aproximadamente, que las personas responsables del Programa de Habilidades de Autocuidado se comprometen a proporcionarme la información necesaria sobre los aspectos que se trabajen y el progreso del adolescente, y que tengo derecho a renunciar a la participación de mi hijo (a) en el momento en que lo decida, sin ningún problema.

Atentamente,

Nombre y firma del padre o tutor

Fecha

Anexo 2. Entrevista clínica y del nivel de desarrollo actual.

Este instrumento es una guía de entrevista para los padres, que aporta información relevante sobre los antecedentes y el nivel actual de desarrollo.

1. Datos generales

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Ocupación de los padres:

2. Historia evolutiva

Embarazo y nacimiento (Indique la edad)

1. ¿Se tuvo alguna enfermedad o peligrosa durante el embarazo?
2. ¿Tomaba medicamentos o drogas durante el embarazo?
3. ¿Hubo complicaciones durante el parto? ¿Cuáles?

Datos característicos del lactante (Indique la edad)

1. Gateó
2. Caminó
3. Dijo la primera palabra
4. Dijo frases de 2 o 3 palabras
5. Control de esfínteres

Desarrollo de la infancia

1. Describa el tipo de infancia que ha tenido el niño
2. Describa las dificultades que tuvo el niño para hablar y caminar

3. Antecedentes escolares

¿Ha estado en una escuela regular? ¿Cuál y durante cuanto tiempo?

¿Existe o existió un problema de adaptación del niño en la escuela?

¿Qué comentarios le hacían las maestras con relación al aprovechamiento, adaptación y conducta del niño en la escuela?

¿Fue atendido por un centro de apoyo especial u otro servicio alternativo? ¿Cuál?

¿Escuela o instituciones a las que ha asistido?

¿Actualmente recibe quejas u observaciones del profesor o terapeuta que trata a su hijo? ¿Cuáles?

¿En la institución a la que asiste su hijo acostumbran dejar tareas?

¿Cuánto tiempo invierte en dicha actividad?

¿Qué tipo de ayuda requiere para realizarlas?

4. Datos clínicos

1. Historia clínica del alumno:

2. Diagnóstico clínico:

3. Situación médica actual:

4. Eventos operativos a considerar en la escuela.
 - Limitaciones o actividades que no puede llevar a cabo:
 - Precauciones en función a su condición física:
 - La necesidad de suministrar fármacos:
5. Tipo de tratamientos o terapias que recibe:

5. Nivel de desarrollo actual

Características personales y relaciones sociales

1. ¿Cuál es la actitud y estilo del niño ante las tareas cotidianas?
2. ¿Cuál es el estado de ánimo habitual del niño?
3. ¿Cuál es la forma de enfrentar los conflictos y frustraciones?
4. ¿Cuál es la actitud y relación con adultos conocidos y desconocidos?
5. ¿Cuál es la actitud y relación con iguales?
6. ¿Cuál es el grado de dependencia/independencia en la vida cotidiana?
7. ¿Cuál es el estilo comunicativo del niño?

Grado de autonomía.

1. ¿Cuál es el nivel de autonomía en la comida, aseo, control de esfínteres y vestido?
2. ¿Cuál es el nivel de autonomía para los desplazamientos dentro y fuera de casa?
3. ¿Cuáles son sus responsabilidades en tareas del hogar?
4. ¿Cómo es su desenvolvimiento en el barrio y en contextos novedosos?

Juego y ocio

1. ¿Cuál es el tipo de juegos preferido?
2. ¿Cuáles son las actividades de ocio dentro y fuera de casa?
3. ¿Cuál es la preferencia por actividades en solitario o sociales?
4. ¿Cuál es el grado de independencia para entretenerse?
5. ¿Qué tiempo que dedica a la televisión?
6. ¿Cuáles son sus programas preferidos?
7. ¿Practica deportes y actividades extraescolares?
8. ¿Cómo es su desarrollo de sus fines de semana?
9. ¿Cómo es su desarrollo de sus vacaciones?

Salud y otras intervenciones extraescolares.

1. ¿Cómo es su estado general de salud?
2. ¿Cómo es durante el sueño y la alimentación?
3. ¿Está medicado?
4. ¿Cuáles son los efectos secundarios?
5. ¿Tiene tratamientos de rehabilitación?
6. ¿Cuáles son las repercusiones de su estado de salud en el contexto familiar y escolar?
7. ¿Tiene intervenciones psicoterapéuticas?
8. ¿Existen intervenciones educativas extraescolares?

Actitud y hábitos en los estudios.

1. ¿Cuál es la actitud del niño ante las tareas escolares en casa?
2. ¿Cuál es el grado de autonomía-dependencia para realizarlas?
3. ¿Cuáles son los hábitos de estudio del niño? (horarios, estrategias)
4. ¿Qué materiales personales y recursos están disponibles en casa para la realización de las tareas?

6. En caso de ser un niño que presenta alguna discapacidad

AUTOSUFICIENCIA

Movilidad

1. ¿Puede caminar sin ayuda?
2. ¿Puede correr con facilidad?
3. ¿Puede subir o bajar las escaleras sin ayuda?
4. ¿Puede pedalear en un triciclo o una bicicleta?

Alimentación

1. ¿Hay que darle de comer o puede comer él solo?
2. ¿Con qué se ayuda? (Dedos, cuchara, tenedor y cuchillo)
3. ¿Sabe servirse él solo?
4. ¿Sabe cortar una rebanada de pan?
5. ¿Tiene buenas maneras en la mesa?
6. ¿Tiene problemas para masticar?
7. ¿Se le escurre la comida de la boca?
8. ¿Tiene en la comida algún hábito o manía muy marcados? ¿Cuáles?
9. ¿Suele chupar o tragarse objetos no comestibles?

Aseo

1. ¿Sabe lavarse y secarse las manos?
2. ¿Sabe lavarse y secarse la cara?
3. ¿Se baña con ayuda o sin ayuda?
4. ¿Se da cuenta cuando tiene las manos o la cara sucias?

Arreglo personal

1. ¿Sabe ponerse él solo alguna prenda de vestir?
2. ¿Sabe abrocharse los botones?
3. ¿Sabe amarrar agujetas?
4. ¿Sabe quitarse él solo alguna prenda de vestir?
5. ¿Sabe desabrocharse los botones?
6. ¿Sabe desamarrar agujetas?
7. ¿Sabe peinarse el cabello?
8. ¿Sabe cepillarse los dientes?
9. ¿Le preocupa si lleva ropa sucia o desarreglada?

Continencia

1. ¿Qué nivel de entrenamiento ha alcanzado en el uso del retrete durante su estancia en la escuela?
2. ¿Mantiene retención durante su estancia en la escuela?

Independencia

1. ¿Sabe coger por sí mismo las cosas que quiere?
2. ¿Busca cosas que están escondidas o fuera de la vista?
3. ¿Se sube a las sillas para alcanzar cosas?
4. ¿Sabe abrir con manivelas y cerrojos?
5. ¿Es consciente del peligro que entrañan las cosas calientes?
6. ¿Se da cuenta del peligro de la altura?

7. ¿Sabe cruzar la calle de forma segura?
8. ¿Se podría quedar solo en un lugar?

Conducta

1. ¿Se escapa o se pierde?
2. ¿Es destructivo?
3. ¿Grita?
4. ¿Tiene rabietas?
5. ¿Es agresivo?
6. ¿Ofrece resistencia a cualquier cosa que se intenta hacer por él?
7. ¿Dice automáticamente que no a cualquier sugerencia?
8. ¿Presenta ecolalia?

REACCIONES EMOCIONALES

1. ¿Siente algún tipo de miedo especial?
2. ¿Parece ignorar y no tener miedo de ciertos peligros reales?
3. ¿Hay ocasiones en que se siente afligido o se ríe sin razón aparente?
4. ¿Muestra algún tipo de reacción ante los sentimientos de los demás?
5. ¿Se daría cuenta si alguien estuviera triste o enfermo?

REACCIONES ANTE ESTÍMULOS SENSORIALES

Sonidos

1. ¿Hay sonidos a los que no presenta ninguna atención?
2. ¿Le perturban ciertos sonidos? ¿Cuáles?
3. ¿Le atrae algún sonido de forma especial? ¿Cuál?

Estímulos visuales

1. ¿Cómo reacciona ante la luz y ante objetos brillantes?
2. ¿Le gusta observar cosas que dan vueltas? ¿Cuál?

Dolor, calor y frío

1. ¿No le preocupa el dolor, el calor y el frío?
2. ¿Es hipersensible?
3. ¿Se autolesiona deliberadamente de alguna manera?

Tacto, gusto y olfato

1. ¿Tiende a explorar objetos y personas a través del tacto, el gusto y el olfato? ¿Cuál?

Pronunciación

1. ¿Con cuánta claridad habla?
2. ¿Puede ser comprendido sólo por aquellos que le conocen o también por gente extraña?

Comunicación social

1. ¿Señala cosas para que la gente las mire?
2. ¿Tiene tendencia a repetir siempre lo mismo o cuenta cosas nuevas conforme suceden?
___ siempre lo mismo ___ cosas nuevas
3. ¿Contesta a preguntas, bien sea hablando o moviendo la cabeza afirmativamente o negativamente?
4. ¿Hace preguntas?

5. ¿Habla, o se comunica de alguna otra forma, con niños de su misma edad?

Ecolalia

1. ¿Repite de manera inmediata, y sin sentido, palabras y frases dichas por otras personas?
2. ¿Repite palabras o frases usadas por otras personas, algún tiempo después de haberla oído?
3. ¿Habla consigo mismo repitiendo estas frases?

Resistencias al cambio y apego a objetos y a rutinas

1. ¿Cómo reacciona ante los cambios en la actividad diaria?
2. ¿Lleva a cabo una serie de actos rituales por su cuenta? ¿Cuáles?
3. ¿Siente un apego especial hacia ciertos objetos de los que nunca se separa? ¿Cuáles?
4. ¿Cómo reacciona si uno de sus objetos se le pierde?
5. ¿Manifiesta un interés obsesivo, repetitivo y estereotipado por ciertos temas? ¿Cuáles?
6. ¿Es repetitiva y estereotipada su forma de jugar?

Apoyos

1. ¿Cuál es el grado de aceptación y utilización de los recursos extraordinarios relacionados con discapacidades (sistemas de comunicación, materiales específicos, tecnología)?

Anexo 3. Evaluación de los cuidados de arreglo personal.

HABILIDADES	DOMINIO			MOTIVACIÓN	
	Pasos básicos no denominados	Requiere ayuda en la toma de decisiones	Se desenvuelve de manera correcta e independiente	Un problema	Sin problema
Vestido básico					
Se pone ropa interior					
Se pone camiseta					
Se pone calcetines					
Se pone pantalones					
Se pone suéter					
Se pone camisa o blusa con botones al frente					
Se quita suéter					
Cierra/abre una cremallera (si se le ayuda a empezar)					
Ajusta cinturón					
Cierra/abre una cremallera					
Se abotona					

HABILIDADES	DOMINIO			MOTIVACIÓN	
	Pasos básicos no denominados	Requiere ayuda en la toma de decisiones	Se desenvuelve de manera correcta e independiente	Un problema	Sin problema
Cierra broches, ganchos					
Ata agujetas					
Se coloca un listón					
Se pone un sostén (si es lo apropiado)					
Selección y cuidado de prendas					
Acumula ropa sucia en su cesto					
Separa la ropa limpia					
Dobla y cuelga prendas					
Viste prendas limpias y planchadas					
Selecciona prendas con tallas adecuadas					
Selecciona prendas que combinen					
Selecciona prendas adecuadas a la edad					
Selecciona adecuadas al clima					
Selecciona prendas adecuadas a la ocasión social					
Arreglo e higiene personal					
Usa retrete y papel higiénico					
Se lava y seca las manos					

HABILIDADES	DOMINIO			MOTIVACIÓN	
	Pasos básicos no denominados	Requiere ayuda en la toma de decisiones	Se desenvuelve de manera correcta e independiente	Un problema	Sin problema
Se lava y seca el rostro					
Toma baño ducha, con jabón y esponja					
Usa desodorante					
Se lava y enjuaga el cabello					
Se cepilla los dientes y utiliza enjuague bucal					
Se limpia las orejas					
Se afeita (si es lo apropiado)					
Se maquilla (si es lo apropiado)					
Se peina y cepilla el cabello					
Utiliza un espejo para revisar apariencia					
Se corta las uñas de manos y pies					
Usa loción/perfume					
Usa pañuelo/pañuelo desechable					
Limpia y cuida anteojos o lentes de contacto (si es lo apropiado)					
Acude a cortarse el cabello					

HABILIDADES	DOMINIO			MOTIVACIÓN	
	Pasos básicos no denominados	Requiere ayuda en la toma de decisiones	Se desenvuelve de manera correcta e independiente	Un problema	Sin problema
Limpia manchas/restos de alimentos de la ropa					
Usa tampones o toallas sanitarias (si se considera apropiado) y los desecha de forma correcta					
Cuidados de la salud					
Mantiene una dieta balanceada					
Duerme lo suficiente					
Hace ejercicio de manera regular (p.ej., conduce bicicleta, camina)					
Cura heridas menores					
Trata quemaduras menores					
Identifica síntomas de resfriado común					
Atiende jaqueca común					
Atiende sangrado común de nariz					
Atiende diarrea/estreñimiento común					
Atiende náusea común					

Anexo 4. Inventario de habilidades básicas de autocuidado

HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

Beber de una taza

0. No puede sostener una taza.
1. Sostiene la taza y bebe con ayuda física a lo largo de todo el procedimiento.
2. Coloca la taza en la mesa después de que lo ayuda a beber y puede llevar parcialmente la taza a la mesa.
3. Coloca la taza en la mesa después de que lo ayuda a beber.
4. Bebe de la taza después de que lo ayuda un poco a la boca; la coloca en la mesa por sí mismo.
5. Bebe de la taza después de que lo ayuda a levantarla; la coloca en la mesa por sí mismo.
6. Bebe de la taza completamente por sí mismo.
7. Bebe de diversas tazas y vasos por sí mismo, sin necesidad de que lo ayude.

Comer con cuchara

0. No puede realizar por sí solo ninguna de las partes que componen el comer con cuchara.
1. Se lleva la cuchara a la boca con orientación física de usted.
2. Se lleva la cuchara a la boca después de que usted la llena y la eleva parcialmente.
3. Se lleva la cuchara a la boca y la llena otra vez de alimento después de que usted la llena y la eleva parcialmente.
4. Se lleva la cuchara a la boca por sí mismo después de que usted la llena; la llena otra vez de alimento.
5. Come por sí mismo; sólo requiere ayuda para recoger el alimento con la cuchara.
6. Usa la cuchara de manera independiente con alimentos suaves (p. ej; puré de papá, calabaza, avena).
7. Usa la cuchara de manera independiente al comer sopa.

Comer con tenedor

0. No puede realizar por sí solo ninguno de los pasos que implica con tenedor.
1. Usa el tenedor como una cucharada (es decir, recoger el alimento con el tenedor).
2. Pincha el alimento con tenedor, con orientación.
3. Pincha el alimento con tenedor, con instrucciones.
4. Consume alimentos suaves con tenedor sin ayuda de ningún tipo.
5. Consume diversos alimentos con tenedor sin ayuda de ningún tipo.

Untar con cuchillo

0. No puede realizar ninguno de los pasos que componente untar con cuchillo.
1. Untar parte de un trozo de pan, con ayuda física.
2. Unta un trozo de pan por completo con ayuda.
3. Unta parte de un trozo de pan cuando se le inicia dónde hacerlo.
4. Unta un trozo de pan por completo con instrucciones, después de que se ha agregado mermelada.
5. Coloca mermelada en pan con ayuda y la extiende por sí solo.
6. Coloca mermelada en pan y la extiende, con supervisión.
7. Puede agregar mermelada al pan y untarla sin ningún tipo de supervisión.

Cortar con cuchillo

0. No puede realizar ninguno de los pasos que componen cortar con cuchillo.
1. Termina de cortar los alimentos con ayuda después de que se inician los cortes.
2. Realiza todos los pasos de cortar alimentos con ayuda.
3. Termina de cortar por si solo alimentos cortados parcialmente.
4. Corta completamente los alimentos (ayudando a sostener el alimento con el tenedor)
5. Sostiene firmemente el tenedor (después de que se ha colocado este en el alimento), mientras corta con el cuchillo.
6. Pincha el alimento con el tenedor como cortando completamente cuando se le indica que lo haga.
7. Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente sin necesidad de ayuda ni recordatorios.

HABILIDADES DE VESTIDO Y DESVESTIDO.

Quitarse pantalones (no incluye desabrochar)

0. No puede despojarse de los pantalones.
1. Se baja sólo una pierna de los pantalones después de que usted le ha ayudado con la otra.
2. Se quita los pantalones desde los tobillos, en posición sentada.
3. Se quita los pantalones desde debajo de las rodillas, en posición sentada.
4. Se quita los pantalones desde arriba de las rodillas, luego se sienta y se los quita.
5. Se baja los pantalones desde la mitad del muslo, luego se los quita.
6. Se baja los pantalones desde las caderas y luego se los quita.
7. Se despoja de los pantalones completamente, con su supervisión.
8. Se despoja completamente de los pantalones por sí solo.

Ponerse pantalones (no incluye abrocharlos)

0. No puede ponerse los pantalones.
1. Se sube los pantalones hasta la cintura después de que usted se los coloca a la altura de las caderas.
2. Se sube los pantalones hasta la cintura después de que usted le ayuda subiéndolos hasta la mitad de los muslos.
3. Se sube los pantalones hasta la cintura después de que usted los introduce hasta los pies.
4. Se incorpora y se sube los pantalones hasta la cintura después de que usted los introduce hasta los pies.
5. Se pone los pantalones sobre un pie y los sube hasta la cintura después de que usted se los proporciona.
6. Introduce ambos pies en los pantalones y se los pone hasta la cintura después de que usted se los proporciona.
7. Se pone completamente los pantalones por sí mismo.

Ponerse calcetines

0. No puede ponerse los calcetines.
1. Se sube los calcetines desde los tobillos.
2. Se sube los calcetines desde el talón.
3. Se sube los calcetines desde los dedos de los pies.
4. Se pone los calcetines completamente, con el talón en la posición correcta.

Ponerse un suéter

0. No puede ponerse un suéter.
1. Se baja el suéter desde la cabeza después de que se le coloca en ésta.
2. Se baja el suéter desde la cabeza y una vez que usted ha introducido los brazos en las manga; luego, baja el suéter hasta la cintura.
3. Se baja el suéter desde la cabeza e introduce el brazo en una de las mangas.
4. Se baja el suéter desde la cabeza e introduce ambos brazos en las mangas.
5. Se pone completamente el suéter después de que usted se lo proporciona.
6. Toma el suéter y se lo pone completamente por sí solo.

Ponerse una blusa, camisa o abrigo con botones al frente (no incluye abotonar)

0. No puede ponerse una blusa o camisa con botones al frente.
1. Toma ambos lados al frente de la camisa y los une después de que usted introduce sus brazos en las mangas de la prenda.
2. Introduce el brazo en una manga después de que usted introduce el otro brazo en la otra manga.
3. Introduce ambos brazos por las mangas cuando le sostiene la camisa.
4. Toma la camisa cuando se le extiende sobre la cama e introduce el brazo en una de las mangas.
5. Toma la camisa cuando se le extiende sobre la cama e introduce ambos brazos en las mangas.
6. Se pone la camisa completamente cuando se le extiende sobre la cama.
7. Toma la camisa del cajón o el gancho y se la pone completamente.

Ponerse zapatos

0. No puede ponerse los zapatos
1. Introduce el pie en el zapato, después de que se le coloca sobre el talón.
2. Coloca el zapato sobre el talón después de que se le coloca sobre sus dedos
3. Desliza los dedos dentro del zapato y termina después de que se le coloca este sobre la planta del pie.
4. Se pone el zapato después de que se lo proporcionan.
5. Se pone los zapatos.
6. Se pone cada zapato en el pie correcto por si solo.
7. Se pone los zapatos y une las correas adhesivas.

Colocarse el cinturón

0. No puede introducir el cinturón en las trabillas del pantalón.
1. Introduce el cinturón en las trabillas una vez que usted empieza.
2. Introduce el cinturón sólo en una o dos trabillas.
3. Introduce el cinturón en todas las trabillas sin ponerse el pantalón.
4. Introduce el cinturón en todas las trabillas con el pantalón puesto.

Unir cierre

0. No puede unir las dos partes del cierre
1. Necesita que usted sostenga la parte donde introduce el pasador del cierre.
2. Sostiene una de las partes e inserta el pasador, con instrucciones.
3. Introduce pasador, lo sostiene firmemente y sube el cierre, con instrucciones.
4. Acciona completamente el cierre sin necesidad de ayuda.

Subir cierre

0. No puede subir cierre.
1. Sube el cierre frontal de una prenda (mientras usted sostiene el botón) después de que usted sube una parte a la altura del pecho.
2. Sube el cierre (mientras usted sostiene el botón) después de que usted lo inicia.
3. Sostiene el botón y tira con la otra mano mientras usted une las dos partes del cierre.

Abotonarse

0. No puede abotonarse.
1. Termina de introducir el botón con una mano después de que usted inserta una parte del mismo en el ojal.
2. Introduce el botón mientras usted abre el ojal.
3. Introduce una parte del botón al ojal y lo termina de insertar usando ambas manos.
4. Introduce botones grandes en ojal a simple vista.
5. Introduce botones pequeños en ojal a simple vista.
6. Abotona toda una camisa o blusa sólo con instrucciones verbales.
7. Abotona toda una camisa o blusa de manera completa e independiente.

Atar agujetas de los zapatos

0. No puede atar las agujetas de los zapatos.
1. Tira de ambos extremos para ajustar las agujetas.
2. Hace primer nudo.
3. Hace el primer dobléz del moño.
4. Hace segundo dobléz del moño.
5. Ata completamente las agujetas de los zapatos.
6. Enhebra, hace nudos y ata las agujetas de los zapatos sin ninguna ayuda.

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Secarse las manos

0. No puede realizar ninguno de los pasos implicados en secarse las manos.
1. Se seca las palmas de las manos mientras usted sostiene la toalla.
2. Se seca el dorso de las manos mientras usted sostiene la toalla.
3. Se seca las palmas de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
4. Se seca el dorso de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
5. Se seca las manos completamente por sí solo.

Lavarse las manos

0. No puede realizar ningún paso del lavado de manos.
1. Abre la llave del agua.
2. Cierra la llave del agua.
3. Se enjabona y frota las manos con su ayuda.
4. Elimina el jabón de las manos.
5. Se enjabona y frota las manos por sí solo.
6. Se lava las manos completamente por sí solo.

Cepillarse los dientes

0. No puede realizar ningún paso del cepillado de dientes.
1. Coloca pasta en el cepillo con ayuda física.
2. Coloca pasta en el cepillo sin ayuda.
3. Se cepilla los dientes mientras usted lo guía con sus manos.

4. Se cepilla los dientes frontales.
5. Se cepilla la parte trasera de la dentadura.
6. Abre la llave y llena el vaso con ayuda física.
7. Abre la llave y llena el vaso sin ayuda.
8. Escupe el agua.
9. Se cepilla los dientes completamente por sí solo (además de colocar pasta en el cepillo).

Lavarse la cara

0. No puede realizar ningún paso del lavado del rostro.
1. Se lava todas las partes de su cara cuando usted guía sus manos.
2. Se lava algunas partes del rostro cuando usted le indica dónde lavarse.
3. Se lava todas las partes de la cara.
4. Se lava y enjuaga el rostro completamente por sí solo.

Bañarse-secarse

0. No puede realizar ningún paso de la tarea de secarse.
1. Se seca la parte superior del cuerpo con ayuda física.
2. Se seca las partes inferior y trasera del cuerpo con ayuda física.
3. Se seca la parte superior del cuerpo cuando usted le indica dónde secarse.
4. Se seca las partes inferior y trasera del cuerpo cuando usted le indica dónde secarse.
5. Se seca la parte superior del cuerpo por sí solo.
6. Se seca completamente por sí solo.

Bañarse –lavarse

0. No puede realizar ninguno de los pasos del baño.
1. Se enjuaga el jabón con ayuda física.
2. Se enjuaga el jabón por sí solo.
3. Se lava la parte superior del cuerpo con ayuda física.
4. Se lava las partes inferior y trasera con ayuda física.
5. Se lava la parte superior del cuerpo cuando usted le indica dónde lavarse.
6. Se lava las partes inferior y trasera del cuerpo cuando usted le indica dónde lavarse.
7. Se lava la parte superior del cuerpo por sí solo.
8. Se lava la parte inferior del cuerpo por sí solo.

Cepillar el cabello

0. No puede realizar ninguno de los pasos del cepillado del cabello.
1. Se cepilla el cabello mientras usted lo guía con las manos.
2. Se cepilla el cabello cuando usted le indica dónde cepillarse.
3. Se cepilla completamente el cabello por sí solo.

Lavarse el cabello

0. No puede realizar ninguno de los pasos implicados en lavarse el cabello.
1. Se seca el cabello con su ayuda.
2. Se humedece y seca el cabello con su ayuda.
3. Elimina el champú del cabello con su ayuda.
4. Produce espuma en el cabello con su ayuda.
5. Elimina el champú del cabello por sí solo.
6. Produce espuma en el cabello por sí solo.
7. Vierte champú en la mano y lo distribuye en el cabello por sí solo.
8. Se seca el cabello por sí solo.
9. Se lava completamente el cabello por sí solo.

Anexo 6. Habilidades de cuidado personal por enseñar**Evaluación de prioridades**

Coloque en forma de lista las diez habilidades que considera más importantes que el adolescente adquiera. Colóquelas de mayor a menor grado de importancia.

Habilidad que requiere aprender el joven	Motivo
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Anexo 7. Programa para el desarrollo de habilidades de autocuidado

Este programa va dirigido a dos adolescentes con autismo, de 12 a 18 años, en los resultados que arrojan las evaluaciones realizadas se marcan como prioritario enseñar las habilidades descritas a continuación.

Para poder realizar este programa se utilizaron las siguientes técnicas de modificación de conducta:

- Modelamiento o imitación
- Moldeamiento
 - Por aproximaciones sucesivas
 - Por encadenamiento

Objetivo general: Que los adolescentes con autismo realicen de forma independiente actividades para su cuidado personal.

Este programa incluye las siguientes actividades:

Habilidades de alimentación:

- Comer con tenedor
- Cortar con cuchillo

Habilidades de vestido.

- Ponerse calcetines
- Ponerse zapatos
- Atar agujetas

Habilidades de higiene personal

- Secarse las manos
- Lavarse las manos
- Cepillarse los dientes
- Lavarse la cara
- Cepillar el cabello

HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

Objetivo específico: que el adolescente utilice adecuadamente el tenedor y el cuchillo para comer.

Material:

- Cuchillo
- Tenedor
- Cuchara
- Plato
- Diversos alimentos

Programa: Comer con tenedor

Objetivos operativos:

- Identifica el tenedor
- Diferencia el tenedor del cuchillo y la cuchara.
- Sostiene el tenedor
- Pincha el alimento con tenedor, con ayuda física
- Pincha el alimento con tenedor, dando instrucciones.
- Consume alimentos suaves con tenedor sin ayuda de ningún tipo.
- Consume diversos alimentos con tenedor sin ayuda de ningún tipo.

Actividades:

1. Preparación del escenario

Comenzar con un plato hondo de plástico en vez de un plato extendido, ya que esto facilitara la tarea de pinchar. Un mantel de succión o una toalla de papel evitarán que el plato se deslice. Emplear alimentos que pueda cortarse en trozos suficientemente pequeños como para pincharse; por ejemplo: pollo, zanahorias, waffles. Evite alimentos como las papas cocidas o hamburguesas, los cuales se deshacen cuando se pinchan con el tenedor.

2. Actividades parte 1

Situarse detrás del adolescente y coloque un tenedor en su mano si esto resulta demasiado difícil para el adolescente, ello no impedirá que aprenda a comer con este utensilio tomándolo de otra manera. Coloque la otra mano del adolescente frente al plato a fin de mantener este en un solo lugar.

Oriente al adolescente a lo largo de los siguientes pasos:

1. Colocar la mano del adolescente guiándolo a pinchar un trozo de alimento con el tenedor.
2. Retirar la mano mientras el adolescente se lleva el tenedor a la boca.
3. Colocar nuevamente el tenedor en el plato, ayude con la mano a pinchar otro trozo de alimento. Diga: " ¡Muy bien estas comiendo con tenedor!

Continuar con este procedimiento hasta terminar de comer.

Cuando el adolescente haya aprendido a usar de esta forma con ayuda física, de esta forma deberá reducir gradualmente su intervención y proceder a iniciar la segunda parte del programa.

Actividades parte 2

Repetir cada uno de los siguientes pasos hasta que pueda realizarlo con facilidad durante cuatro o cinco comidas consecutivas.

1. Guíe al adolescente para pinchar el alimento colocando la mano en su muñeca.
2. Guíe al adolescente colocando la mano en su antebrazo.
3. Guíe al adolescente colocando la mano hasta su codo.
4. Retire la mano de una sola vez y manténgase listo para ayudar cada vez que lo necesite hasta que pueda usar el tenedor por si solo. Para entonces habrá dominado esta actividad.

Ahora el adolescente puede pinchar alimentos dentro de un plato hondo, comenzar a usar un plato extendido.

Programa: Cortar con cuchillo

Objetivos operativos:

- Identifica el cuchillo
- Diferencia el cuchillo del tenedor y la cuchara.
- Termina de cortar los alimentos con ayuda después de que se inician los cortes.
- Realiza todos los pasos de cortar alimentos con ayuda.
- Termina de cortar por si solo alimentos cortados parcialmente.
- Corta completamente los alimentos (ayudando a sostener el alimento con el tenedor)
- Sostiene firmemente el tenedor (después de que se ha colocado este en el alimento), mientras corta con el cuchillo.
- Pincha el alimento con el tenedor, corta completamente cuando se le indica que lo haga.
- Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente sin necesidad de ayuda ni recordatorios.

Actividades

1. Preparación del escenario

Comenzar con alimentos que puedan cortarse fácilmente, como panques, hamburguesas, calabazas, pescado, rebanadas de jamón y salchichas.

Usar un cuchillo de mesa que pueda sostener con facilidad.

Colocar un mantel de hule o una toalla de papel bajo el plato para evitar que este se mueva.

Las horas de la comida representan la mejor ocasión para enseñar esta tarea. Hacer que el adolescente corte toda su ración de carne al empezar la comida.

Use una silla suficientemente alta para que el adolescente pueda sentarse con comodidad.

Repita cada uno de los siguientes pasos prestando al sujeto una ayuda cada vez menor hasta que pueda realizarlo exitosamente sin ayuda física durante tres o cuatro sesiones consecutivas. Solo entonces deberá iniciar el siguiente paso.

1. Situarse detrás del adolescente colocar el cuchillo y el tenedor en sus manos. Dependiendo de que el sujeto sea zurdo o diestro, coloque el cuchillo en la mano que más utilice, la cual suele ser la más fuerte. Coloque sus manos sobre las de él y corte la mayor parte de trozos de alimento. Retirar las manos y diga: "corta tus alimentos", permite que termine de realizar esta tarea por si solo. No olvide elogiar. Diga: "¡muy bien, has cortado tus alimentos!". Nota quizá tenga que ayudar al adolescente a sostener el tenedor más tiempo del requerido para sostener el cuchillo.

2. Repita el paso uno. Esta vez, deberá retirar las manos antes y permitir al adolescente que realice por si mismo una cantidad cada vez mayor de pasos. Recuerde elogiarlo cuando logre cortar exitosamente sus alimentos.
3. Colocar el cuchillo y el tenedor en las manos del adolescente retire las manos e indique verbalmente las siguientes instrucciones: "corta tus alimentos". Elogiar por terminar la tarea. Diga: "¡muy bien, has cortado tus alimentos!".
4. Indicar verbalmente al adolescente la siguiente instrucción: "toma el cuchillo y el tenedor". Ayúdelo a tomar dichos utensilios en posición de cortar. Nota cuando haya cortado un trozo, es posible que requiera ayuda para tomar el cuchillo y tenedor al cortar el siguiente trozo.

Cuando el adolescente pueda cortar los alimentos con instrucciones verbales, comience a eliminar éstas, una a la vez, hasta que logre dominar esta tarea. Más tarde, cuando sirva alimentos más difíciles de cortar (costillas o carne de res), quizá necesite volver a prestar ayuda en la realización de algunos pasos.

HABILIDADES DE VESTIDO

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades para vestirse y desvestirse adecuadamente de manera independiente.

Ponerse calcetines

Objetivos operativos:

- Identifica los calcetines
- Diferencia los calcetines de otras prendas de vestir.
- Introduce el calcetín en su pie
- Sube el calcetín desde el talón.
- Sube el calcetín desde los dedos de los pies.
- Se pone los calcetines completamente, con el talón en la posición correcta.

Actividades:

1. Preparación del escenario:

- Emplear calcetines holgados.
- Sentarse junto a él adolescente en la cama, el piso o una silla, dependiendo de lo que resulte más cómodo para él.
- Aplicar este programa para ambos calcetines al menos una vez por cada sesión de enseñanza.
- Repetir cada paso, presentando cada vez menos ayuda, hasta que pueda realizarlo durante 4 o 5 sesiones consecutivas sin su ayuda física.
- Sólo entonces podrá iniciar el siguiente paso. Tenga a la mano la recompensa que le proporcionará.

2. Actividades del programa

1. Con el adolescente sentado, introducir un calcetín hasta el tobillo. Luego ayudar a introducir los dedos pulgares dentro de la prenda y a tirar de la misma, prestar la ayuda física que sea necesaria. Diga: "¡Muy bien, te has puesto un calcetín", para luego brindar una recompensa.

2. Tirar del calcetín hasta el talón. Diga: "Ponte el calcetín", prestando, como siempre, la ayuda que sea necesaria. Luego diga: "Muy bien, te has puesto el calcetín" y proporciónale una recompensa.
3. Introducir el calcetín de manera que apenas cubra los dedos del pie. Diga: "Ponte el calcetín, proporcionándole la ayuda necesaria. Luego diga: ¡Muy bien, te has puesto el calcetín!", recompensando este esfuerzo de manera inmediata.
4. Entregar el calcetín y llevar las manos del adolescente hacia el pie, indicando: "Ponte el calcetín", brindando la ayuda que considere necesaria. Cuando haya logrado ponerse el calcetín, diga: "¡Muy bien, te has puesto el calcetín", para luego recompensar este logro.

Recuerde que los progresos se consiguen lentamente, por lo que, en términos generales, deberá disminuir de manera gradual la ayuda física a medida que brinde instrucciones verbales y elogios.

Ponerse zapatos

Objetivos operativos:

- Identifica el zapato
- Introduce el pie en el zapato, después de que se le coloca sobre el talón.
- Coloca el zapato sobre el talón después de que se le coloca sobre sus dedos
- Desliza los dedos dentro del zapato y termina después de que se le coloca este sobre la planta del pie.
- Se pone el zapato después de que se lo proporcionan.
- Se pone los zapatos.
- Se pone cada zapato en el pie correcto por si solo.
- Se pone los zapatos y une las correas adhesivas.

Actividades:

1. Preparación del escenario

- Usar mocasines o zapatos de agujeta baja (los zapatos deportivos son demasiado ceñidos y difíciles de manipular para el aprendizaje).
- Respecto de los zapatos de agujeta, asegúrese de aflojar bien las agujetas y de levantar la lengüeta.
- Sentarse junto a él adolescente sobre la cama, el piso o una silla, dependiendo de lo que resulte más cómodo para él.
- Aplicar el programa para ambos zapatos al menos una vez durante cada sesión de enseñanza.
- Tenga a mano la recompensa que habrá de brindar

2. Actividades parte 1

Tomar al adolescente de la mano, guiar a través de los siguientes pasos:

- Colocar el zapato, con la suela hacia abajo, en la palma de la mano contraria del adolescente. Diga: "Ponte el zapato".
- Deslizar el zapato sobre los dedos.
- Colocar el dedo índice de la otra mano del adolescente (de la mano izquierda si está por poner el zapato izquierdo) en el talón, ayudándole a introducir el resto del pie en el zapato.
- Colocar este pie sobre el piso y ayudar al adolescente a presionar a fin de comprobar que entró completamente en el zapato. La incorporación del adolescente

puede servir para esto último. Diga: "¡Muy bien, te has puesto el zapato! Reforzando de la manera que haya seleccionado. Ahora usted deberá encargarse de atar las agujetas.

Cuando el adolescente pueda ponerse los zapatos correctamente con ayuda física, es tiempo de comenzar a enseñarle este procedimiento paso a paso. Vaya a la parte 2.

3. Actividades parte 2

Para empezar, deberá guiar con la mano a él adolescente para realizar los pasos 1, 2 Y 3.

- Retirar las manos y hacer que realice el paso 4 (presionar el pie contra el piso); diga: "Ponte el zapato". Oriéntelo si lo considera necesario.
- Cuando el zapato este puesto, diga: "¡Bien, te has puesto el zapato!", y proporcione una recompensa por su éxito.
- Cuando el sujeto logre realizar el cuarto paso (durante 4 a 5 sesiones), retire las manos a partir del segundo paso.
- En el paso 3 (introducir el zapato en el talón con el dedo índice), brinde ayuda cuando lo juzgue necesario. Este es el paso más difícil, por lo que pueden requerirse varias sesiones antes de iniciar el siguiente paso.

Continuar de esta forma, retirando las manos un paso a la vez cada vez que logre dominar un procedimiento, hasta que pueda ponerse los zapatos correctamente sin necesidad de ayuda física.

En estos momentos, es posible que aún necesite estimular la realización de cada paso mediante la instrucción: "Ponte los zapatos", Deberá reducir gradualmente sus instrucciones, a fin e que logre realizar todos los pasos de manera independiente.

Atar agujetas

Objetivos operativos:

- Tira de ambos extremos para ajustar las agujetas.
- Hace primer nudo.
- Hace el primer dobléz del moño.
- Hace segundo dobléz del moño.
- Ata completamente las agujetas de los zapatos.
- Enhebra, hace nudos y ata las agujetas de los zapatos sin ninguna ayuda.

Preparación del escenario:

- Usar dos pares de agujetas de 30 cm., uno blanco y el otro negro. Cortar una cuarta parte de cada agujeta y deséchela.
- Atar los extremos cortados de una agujeta blanca y una negra a fin de formar una sola agujeta. Unir los extremos cortados de las otras dos agujetas para el segundo zapato.
- Anudar cada agujeta de modo que la agujeta mayormente negra se encuentre en el pie izquierdo de él adolescente (al tener puesto el zapato) y la agujeta mayormente blanca en su pie derecho.
- Escoger una posición (sentado en una silla, erguido con un pie en un escalón o una inclinado en una silla) que resulte cómoda para él adolescente.
- Aplique el programa a la hora en que el sujeto acostumbre ponerse los zapatos.
- Asimismo, organice sesiones de practica con un zapato sobre la mesa, en la misma posición que si se tratara del pie de él adolescente (es decir, el talón vuelto hacia este y, en el otro extremo, los dedos del pie).

- Asegúrese primero de atar el zapato de práctica con una agujeta blanca y una negra.
- Aquí se halla un programa difícil de aplicar, por lo que deberá practicarlo usted mismo y otros miembros de su familia a fin de que se familiaricen con sus pasos antes de enseñarlo. Tenga a mano la recompensa que habrá de ofrecer.

Actividades

Atado del primer nudo

1. Tomar una agujeta en cada mano, entre los dedos índice y pulgar (blanco en la izquierda, negro en la derecha), tirando firmemente de ambas. Luego suéltelas.
2. Cruza la agujeta blanca en dirección del tacón del zapato y déjelo caer. Cruce la agujeta negra sobre su contraparte blanca y suéltela.
3. Levantar la punta de la agujeta negra con la mano derecha. Coloque la punta de la agujeta negra bajo la agujeta blanca, tirando de ella en dirección de los dedos del pie, luego suéltela.
4. Levantar la punta de la agujeta blanca con la mano izquierda y de la agujeta negra con la mano derecha. Tire firmemente de ambas agujetas, luego suéltelas.

Repetir cada paso, prestando cada vez menos ayuda, hasta que el adolescente pueda realizarlo durante 4 o 5 sesiones consecutivas sin su ayuda física. Solo entonces podrá iniciar el siguiente paso.

Realice usted mismo los pasos 1 a 3 a modo de ilustración para el adolescente. Enseguida, ayúdelo a levantar la punta de la agujeta blanca con la mano izquierda y la agujeta negra con la mano derecha, diciendo: "Tira de ellas"; brinde la ayuda que juzgue necesaria. Luego diga: "¡Muy bien, lograste hacer el nudo!", brindar una recompensa.

Deberá encargarse de realizar los pasos 1 y 2. Ayude a tomar la punta de la agujeta negra con la mano derecha y a extenderla bajo la agujeta blanca con dirección de los dedos del pie. Verbalmente, ordénele que "tire de ellos con fuerza. Elogiar y recompensar cuando termine de formar el nudo.

Continuar de la misma forma, realizando un paso menos cada vez que logre dominar un procedimiento, hasta que pueda formar el primer nudo sin necesidad de ayuda física. Enseguida, empiece a enseñar como formar un moño.

Formar el moño:

- Usar los dedos pulgar e índice de la mano izquierda para tomar la agujeta negra a una distancia de dos terceras partes del nudo.
- Emplear los dedos pulgar e índice de la mano derecha para sostener la misma agujeta a dos terceras partes de distancia del nudo.
- Formar un doblez usando la mano derecha para sostener la parte inferior de la agujeta negra, a la altura del nudo.
- Hacer que el adolescente sostenga con firmeza la parte inferior del doblez formando con la agujeta negra con los dedos pulgar e índice de la mano derecha, retirando enseguida la mano izquierda.
- Colocar el doblez negro recién formado sobre la agujeta blanca, de forma tal que quede sobre el zapato con el doblez negro hacia los lados y apuntando al lado izquierdo del zapato.
- Tomar la agujeta blanca con la mano derecha, colocándola sobre el doblez negro con el extremo de la agujeta blanca apuntando hacia los dedos del pie. Luego suelte

dicha agujeta.

- Sostenga el doblez negro con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda, muy cerca del nudo.
- Colocar el dedo índice de la mano derecha sobre la agujeta blanca a una tercera parte de distancia del nudo (el extremo de la agujeta blanca sigue apuntando a los dedos del pie).
- Introducir la agujeta blanca en la abertura trasera de la agujeta negra, dirigiéndola hacia el tacón del zapato. Retire el dedo índice de la mano derecha.
- Recoja el doblez blanco recién formado con los dedos pulgar e índice de la mano derecha y tire firmemente de ambos.

Repetir cada paso, prestando cada vez menos ayuda, hasta que el adolescente pueda realizarlo durante 4 o 5 sesiones consecutivas sin su ayuda física. Solo entonces deberá iniciar el siguiente paso.

Enseñe al adolescente a formar el moño de la misma forma en que le enseñó a formar el primer nudo.

- Comenzar realizando todos los pasos, con excepción del último. Brinde las instrucciones y la ayuda física necesarias con cada paso que aprenda. Sus instrucciones deberán expresarse en términos claros: "tira de la agujeta", "sostén el moño", "sostenlo ahí", "tira de ambos moños".

No olvide elogiar y recompensar cada paso aprendido hasta que el adolescente haya dominado esta nueva y difícil tarea. Cuando el adolescente haya aprendido a sujetarse los zapatos con agujetas blancas y negra, utilice agujetas de un mismo color, brindando la ayuda que juzgue necesaria.

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

Secarse las manos

Objetivos operativos:

- Identifica la toalla
- Se seca las palmas de las manos mientras se le sostiene la toalla
- Se seca el dorso de las manos mientras se le sostiene la toalla
- Se seca las palmas de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
- Se seca el dorso de las manos sosteniendo la toalla él mismo.
- Se seca las manos completamente por sí solo.

Preparación del escenario

- Usar una toalla grande.
- Pliéguela alrededor del toallero y una los dos lados que penden con un imperdible (seguro), a fin de que la toalla no se deslice y caiga del toallero.
- Cerciórese de que el toallero se encuentra a una altura suficientemente para el sujeto alcance con facilidad. De no ser así, utilice un escalón en el que pueda apoyarse.

- Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar.

Actividades parte 1

Colocando las manos sobre las de él adolescente, guíelo a través de los siguientes pasos:

1. Coloque una de sus manos detrás de la toalla.
2. Seque la palma de la otra mano.
3. Voltee la mano y limpie el dorso de esta.
4. Coloque la mano seca detrás de la toalla.
5. Seque la palma de la otra mano.
6. Voltee la mano y limpie el dorso de esta. Diga: "¡Muy bien, te has secado las manos!", para luego proporcionarle un premio especial por su cooperación.

Cuando el adolescente pueda secarse las manos correctamente con su ayuda física, deberá comenzar a disminuir esta. Pase a la parte 2.

Actividades parte 2

- Primero realice los pasos 1 a 5 con sus manos guiando las de él adolescente. Luego, retire sus manos y, guiándolo de ser necesario, con la mano en el codo de él adolescente haga que realice el paso 6. Diga: "¡Buen chico, te has secado las manos!" Proporciónale una recompensa especial por sus esfuerzos.
- Cuando el joven pueda realizar el paso 6 durante 4 a 5 sesiones consecutivas, retire las manos después del paso 4 y haga que realice los pasos 5 y 6, prestando ayuda si lo juzga necesario.
- Continúe de esta forma, retirando las manos en cada paso que logre dominar hasta que pueda cumplir con la totalidad de la tarea.

Lavarse las manos

Objetivos operativos:

- Identifica jabón
- Abre la llave del agua.
- Cierra la llave del agua.
- Se enjabona y frota las manos con su ayuda.
- Se enjabona y frota las manos por sí solo.
- Se lava las manos completamente por sí solo.

Juegos con agua

Los juegos con agua representan una forma adecuada de acostumbrar a él adolescente a sentir el agua corriente bajo las manos antes de comenzar el programa de lavado de manos. Coloque varios recipientes de plástico en una paila de plástico con un poco de agua. Ayúdelo a llenar los recipientes y a verter el agua sobre las manos. En este ejercicio deberá usar agua fría, ya que él adolescente aprenderá a lavarse las manos con el agua a esta temperatura.

Use una barra de jabón cuyo tamaño sea adecuado para las manos del sujeto. Enséñele a recoger el jabón del agua y a colocarlo dentro de un recipiente; esto le servirá para asir, sostener y soltar un artículo resbaladizo y húmedo como la barra de jabón. Los juegos con agua facilitarán la tarea de lavarse las manos.

Asimismo, en las semanas o meses que precedan al inicio de la enseñanza de lavada de manos, cuando usted se encargue de lavar sus manos, siga la secuencia de pasos que

presenta en este programa. Después, la enseñanza resultará mucho más fácil.

Actividades

1. Preparación del escenario

- Cada vez que las manos de él adolescente deban ser lavadas representa una ocasión adecuada para enseñar esta habilidad.
- Corte una barra de jabón a fin de que se adapte a la palma de la mano de él sujeto; así, él podrá manipular más fácilmente el jabón. Además, los jabones nuevos son más fáciles de asir y sostener.
- Use una jabonera, un paño húmedo o una toalla de papel para impedir que el jabón se deslice hacia afuera del lavabo.
- Marque la llave del agua con cinta adhesiva de color o barniz para uñas. (Si sólo cuenta con un grifo para el agua caliente y fría, deberá ajustar la temperatura del líquido para él sujeto antes de empezar cada sesión de enseñanza.)
- Tenga a la mano las recompensas que habrá de utilizar en las sesiones

Actividades parte 1

Sitúese detrás de él sujeto y con las manos sobre las suyas, guíelo a través de los siguientes pasos.

1. Abrir la llave del agua fría.
2. Llevar ambas manos bajo el chorro del agua; diga: "Lávate las manos".
3. Ayúdelo a tomar el jabón usando una o ambas manos. Lo que resulte más fácil.
4. Frotar el jabón entre las palmas de sus manos. El mejor método consiste en hacer que sostenga el jabón con una mano y frote la otra mano contra aquel, para luego cambiar de mano.
5. Colocar nuevamente el jabón en el lavabo.
6. Frotar el dorso de una mano con la palma jabonada de la otra mano.
7. Repetir el procedimiento anterior para el dorso de la otra mano.
8. Colocar ambas manos bajo el chorro de agua y enjuague sus manos, frotándolas hasta que desaparezca la espuma del jabón. Diga: "¡Muy bien, te has lavado las manos! Ahora cerramos la llave del agua". Ayúdele a cerrar el grifo.

Nota: Siempre emplee el mismo orden de manos al realizar los pasos 4, 6 Y 7, ya que esta rutina tornara más fácil el aprendizaje. Para algunas niños, cerrar la llave del agua puede ser gratificante por si mismo. Si él sujeto disfruta de esta tarea, correcto. De otro modo, quizás sea necesario proporcionar un premio especial a fin de reforzar el proceso de aprendizaje.

Actividades parte 2

- Cuando el adolescente domine un paso y pueda realizarlo de manera adecuada sin ayuda física durante 4 o 5 sesiones consecutivas, es tiempo de regresar al siguiente paso.
- Guíe a él sujeto a través de los pasos 1 a 7 de la parte 1. Luego, retire las manos y ayúdelo si lo juzga necesario para enjuagarse las manos (paso 8). (ayúdelo colocando las manos en sus codos a fin de dirigirlas hacia el chorro del agua.) Luego diga: "¡Muy bien, te has lavado las manos!". Si es necesario, ayúdele a cerrar la llave del agua, para luego recompensarlo como se merece.
- Cuando haya dominado el paso 8, retire las manos después del paso 6 y brinde la ayuda que juzgue necesaria (la mano en su codo) para frotar el dorso de una mano con la palma jabonada de la otra mano, diciendo: "lávate las manos". Ahora podrá concluir esta tarea al enjuagarse las manos. Si es necesario, ayúdele a cerrar el grifo

del agua. Luego diga: "¡Muy bien, te has lavado las manos!", recompensándolo de inmediato. Continúe enseñando cada paso de acuerdo con la secuencia.

Cepillarse los dientes

Objetivos operativos:

- Identificar cepillo de dientes
- Identificar pasta de dientes
- Coloca la pasta en el cepillo con ayuda física
- Coloca la pasta en el cepillo sin ayuda
- Cepilla los dientes mientras usted lo guía con sus manos.
- Cepilla los dientes frontales.
- Cepilla la parte trasera de la dentadura.
- Abre la llave y llena el vaso con ayuda física
- Abre la llave y llena el vaso sin ayuda
- Enjuaga los dientes con ayuda física
- Enjuaga los dientes sin ayuda
- Escupe el agua
- Cepilla los dientes completamente por sí solo (además de colocar pasta en el cepillo).

Actividades

1. Preparación del escenario

- Use un cepillo dental suave y creado especialmente para niños. Si el cepillo es duro, colóquelo bajo un chorro de agua caliente a fin de suavizarlo. Use una pasta dental de sabores (que no sean penetrantes ni picantes); en este sentido, hay marcas especiales para niños. Prepare el cepillo agregando la pasta dental usted misma.
- Después de cada comida y antes de irse a la cama constituyen momentos adecuados para enseñar esta habilidad. Sitúese detrás o junto a él sujeto mientras lo guía.
- Tenga en mente la siguiente regla: cepille en la dirección en que crecen los dientes, es decir, hacia abajo en los dientes superiores y hacia arriba en los dientes inferiores.
- Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar.
- Coloque el cepillo dental en la mano del adolescente y guíelo físicamente a través de los pasos que se describen a continuación durante 4 a 5 sesiones consecutivas. Recuerde elogiar y premiar su cooperación. Enseguida, proceda a enseñar los pasos que se presentan como parte del programa.

2. Programa

1. Diga: "muéstrame los dientes". Usted deberá mostrar sus dientes mientras el sujeto mira al espejo. (Abra los labios y sonría sin separar los dientes). Diga: "Muy bien, puedo ver tus dientes"
2. Colocar el cepillo dental sobre los dientes frontales. Cepille describiendo un movimiento ascendente y descendente, diciendo: "Cepillamos hacia arriba y hacia abajo". Continúe cepillando en ambas direcciones, para la parte frontal de la dentadura, en el lado izquierdo de la boca, y nuevamente de atrás hacia los dientes frontales.
3. Retirar el cepillo dental de la boca de él sujeto voltee su muñeca de modo que el cepillo apunte hacia el lado derecho de la boca. Coloque el cepillo en los dientes y cepille con movimiento ascendente y descendente en dicho lado de la boca. Retire el cepillo, proporcione un sorbo de agua para enjuagarle interior de la boca y diga:

"escupe". Modele este procedimiento en caso de que él sujeto no sepa como hacerlo.

4. Diga: "abre una boca grande", para luego mostrar a él sujeto su propia imagen en el espejo. Cepille las partes inferior y trasera de los dientes superiores del lado izquierdo con un movimiento de atrás hacia delante y a la inversa, diciendo: "cepilla hacia atrás y hacia delante". Aplique el mismo procedimiento en el lado derecho de la boca. Retire el cepillo y proporcione un sorbo de agua para enjuagar la boca.
5. Diga: "abre una boca grande otra vez". Cepille la parte anterior de los dientes inferiores, primero a la izquierda y después a la derecha, mientras dice: "cepilla hacia atrás y hacia adelante". Retire el cepillo y proporcione un sorbo de agua para enjuagar la boca. Elógielo con las siguientes palabras: "Muy bien, te has cepillado los dientes!", brindándole algo especial para jugar como premio a su cooperación"

Con la mano sobre la de él adolescente, realice los pasos 1 a 4 con él; luego, al llegar al paso 5, guíelo de la siguiente manera:

1. Con la mano en su muñeca durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
2. Con la mano en su antebrazo durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
3. Con la mano en su codo durante 4 a 5 sesiones de enseñanza.
4. Retire la mano, señale con el dedo el área por cepillar y brinde instrucciones verbales a lo largo de cada paso.

Con las manos sobre las de él sujeto, realice los pasos 1 a 3, luego guíelo como se explico anteriormente al llegar al paso 4; ahora podrá terminar simplemente con sus instrucciones. Continué de esta manera, paso a paso, hasta que pueda cepillarse los dientes sin ningún tipo de ayuda física, simplemente mediante instrucciones verbales.

Cuando él sujeto pueda cepillarse los dientes con sus instrucciones verbales, comience a discontinuarlas, una a la vez, hasta que pueda lavarse los dientes de manera independiente, tan solo conque se le diga: "lávate los dientes". Para entonces, podrá enseñarle a preparar el cepillo y a limpiarlo después del cepillado.

Lavarse la cara

Objetivos operativos:

- Identifica la cara
- Se enjabona todas las partes de su cara cuando se le guía con sus manos.
- Se enjabona algunas partes del rostro cuando se le indica dónde.
- Se lava todas las partes de su cara cuando se le guía con sus manos.
- Se lava algunas partes del rostro cuando se le indica dónde lavarse.
- Se lava todas las partes de la cara.
- Se lava y enjuaga el rostro completamente por sí solo.

Actividades

1. Preparación del escenario

- Colocar al adolescente frente a un espejo a fin de que perciba sus propios movimientos, mantenga la atención y la tarea por realizar le resulte más interesante. De ser necesario, use un escalón de base amplia para que su hijo alcance el lavabo.
- Comience a enseñar después de las comidas. Para él adolescente, resulta mas fácil percatarse de que su rostro esta limpio si puede verlo sucio antes de lavarse. Cuando tanto usted como él sujeto se familiaricen con este programa, cada ocasión en la que lave su rostro se convertirá en una sesión de enseñanza.
- Espere a usar el jabón hasta que él adolescente aprenda a limpiarse bien el rostro

con un paño húmedo. Moje el paño, pliéguelo y envuelva con ella mano de él sujeto, como si se tratara de un guante. Tenga a la mano la recompensa que habrá de utilizar.

Actividades parte 1

Sitúese detrás de él sujeto. Coloque la mano sobre la suya y guíelo a través de los siguientes pasos, proporcionando instrucciones verbales en cada paso.

1. Frote una de sus mejillas con el paño. Diga: "lava tu mejilla".
2. Frote su mentón y diga: "lava tu mentón".
3. Frote la otra mejilla y diga: "lava tu mejilla".
4. Frote el labio superior y la boca, y diga: "lava tu boca".
5. Frote su nariz y diga: "lava tu nariz".
6. Frote su frente y diga: "lava tu frente".

Diga: "Muy bien, te has lavado el rostro", brindándole una recompensa especial por su cooperación. Cuando él sujeto pueda lavarse el rostro con ayuda física, es tiempo de enseñarle esta habilidad paso a paso. Vaya a la parte 2.

Actividades parte 2

Cuando el sujeto pueda realizar correctamente uno de los pasos sin su ayuda durante 4 o 5 sesiones consecutivas, debe iniciar el siguiente paso.

- 1 Con la mano sobre la de él adolescente, guíelo a través de los pasos 1 a 5 de la parte 1. Luego, retire la mano y diga: "lávate la frente", señalando con el dedo dicha parte. Brinde la ayuda que juzgue necesaria. Quizá tenga que retirarla de manera gradual, esto es, guiar desde la muñeca y después desde el codo. Cuando haya terminado, diga: "¡muy bien, te has lavado la cara!", y recompense su esfuerzo.
- 2 Retire la mano después del Paso 4 y diga: "lávate la nariz". Señale dicha parte con el dedo. Brinde la ayuda que juzgue necesaria. Cuando se haya lavado la nariz, señale su frente con el dedo y diga: "lávate la frente", Cuando haya terminado, diga: "¡Muy bien, te has lavado la cara!", para luego proporcionar una recompensa.
- 3 Continué de esta forma, retirando la mano cada vez que logre dominar un paso, hasta que pueda lavarse el rostro sin ayuda física. Para entonces, aun deberá prestarle ayuda señalando con el dedo cada parte del rostro y emitiendo instrucciones verbales.
- 4 Discontinué gradualmente, la ayuda que presta señalando con el dedo cada vez menos pero sin abandonar las instrucciones verbales. Cuando él sujeto pueda lavarse el rostro con solo sus indicaciones verbales, comience a suprimirlas una a la vez, hasta que pueda realizar sin su ayuda todos los pasos que componen esta habilidad. I

Cepillar el cabello

Objetivos operativos:

- Identifica peine y cepillo
- Cepilla el cabello mientras lo guía con las manos.
- Cepilla el cabello cuando usted le indica dónde cepillarse.
- Cepilla completamente el cabello por sí solo.

Actividades

1. Preparación del escenario

- Antes de empezar, separe el cabello de él adolescente. Ponga el cepillo en su mano de forma que no le represente ningún esfuerzo sostenerlo.
- Enséñele a cepillarse el cabello frente a un espejo, lo cual brinda motivación, así como algo para modelar mientras usted lo orienta. Colóquese detrás de este, de modo que ambos puedan mirarse en el espejo. Practique el cepillado del cabello cuando este no este enredado (p. ej. después de lavarse el cabello no es un momento adecuado)
- Tenga a la mano la recompensa que habrá de proporcionar.
- Comience cepillando el cabello de él sujeto mientras él participa. Siga todos los pasos presentados en el orden mostrado durante 4 a 5 sesiones de enseñanza. Recuerde elogiar y premiar todo esfuerzo de cooperación (mirar en el espejo, mantenerse quieta, etc.). Luego, comience a disminuir su ayuda, según se indica en el programa.

2. Programa

- 1 Si el adolescente toma el cepillo con la mano derecha, cepille el lado izquierdo de su cabello. Comience en el punto de separación, cepillando en dirección del lado izquierdo de la cabeza. Diga: "cepíllate el cabello". Durante las primeras sesiones, asegúrese de que su orientación sea lenta y fácil evite tirar con demasiada fuerza de los cabellos enredados, ya que el dolor que esto produce podría reducir el interés del sujeto.
- 2 Siga la trayectoria del cepillo con la mano libre del adolescente diga: "Alisa tu cabello".
- 3 Acerque la mano de él adolescente con el cepillo a la cabeza. Diga: "péinate". cepille la parte posterior del cabello con tres cepilladas largas. Siga cada cepillada con un movimiento de alisamiento con la mano libre de él, diciendo: "Alisa tu cabello".
- 4 Cepille el lado derecho, alisando el cabello con la mano libre de él sujeto después de cada cepillada. Con cada movimiento, diga: "péinate" y luego: "alísate el cabello". Cuando termine, elógielo. Diga: "¡Excelente! Lograste peinarte el cabello". indíquele cual bien luce.

Repita cada paso hasta que él adolescente lo realice correctamente y parezca dispuesto a hacer mas sin su ayuda.

Asegúrese de que le permite realizar la mayor parte de las tareas. Guíelo a través de los siguientes pasos:

1. Con la mano en su muñeca.
2. Con la mano en su antebrazo.
3. Con la mano en su codo.
4. Guíelo sin usar las manos, pero proporcionando instrucciones verbales. Al principio, quizá tenga que señalar las áreas que necesitan cepillarse.
5. Sin otra instrucción que no sea proporcionarle el cepillo e indicarle: "cepíllate el cabello".

Recuerde, los progresos se consiguen lentamente. Usted deberá proporcionarle cada vez menos ayuda (sin disminuir los elogios y las recompensas) a lo largo del programa de enseñanza. Cuando él adolescente pueda cepillarse completamente el cabello por si solo, siga elogiándolo, ya que esto le servirá para hacer de esta habilidad una parte de su rutina diaria. Cuando haya dominado el uso del cepillo, utilice el mismo procedimiento enseñarle a utilizar el peine.

Anexo 8. Análisis de tareas para cada actividad

HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

Adolescente:

Actividad: Comer con tenedor

Objetivo específico: que el adolescente utilice adecuadamente el tenedor y el cuchillo para comer.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica el tenedor																				
Diferencia el tenedor del cuchillo y la cuchara.																				
Sostiene el tenedor																				
Pincha el alimento con tenedor, con ayuda física																				
Pincha el alimento con tenedor, dando instrucciones.																				
Consume alimentos suaves con tenedor sin ayuda de ningún tipo.																				
Consume diversos alimentos con tenedor sin ayuda de ningún tipo.																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ALIMENTACIÓN

Adolescente:

Actividad: Cortar con cuchillo

Objetivo específico: que el adolescente utilice adecuadamente el tenedor y el cuchillo para comer.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica el cuchillo																				
Diferencia el cuchillo del tenedor y la cuchara																				
Termina de cortar los alimentos con ayuda, después de que se inician los cortes																				
Realiza todos los pasos de cortar alimentos con ayuda																				
Termina de cortar por si solo alimentos cortados parcialmente																				
Corta completamente los alimentos (ayudando a sostener el alimento con el tenedor)																				
Sostiene firme el tenedor (después de que se ha colocado este en el alimento), mientras corta con el cuchillo																				
Pincha el alimento con el tenedor, corta completamente cuando se le indica que lo haga																				
Utiliza el cuchillo de forma completa e independiente																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE VESTIDO

Adolescente:

Actividad: Ponerse calcetines

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades para vestirse y desvestirse adecuadamente de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica los calcetines																				
Diferencia los calcetines de otras prendas de vestir																				
Introduce el calcetín en su pie																				
Sube el calcetín desde el talón																				
Sube el calcetín desde los dedos de los pies																				
Se pone los calcetines completamente con el talón en la posición correcta																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE VESTIDO

Adolescente:

Actividad: Ponerse zapatos

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades para vestirse y desvestirse adecuadamente de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica el zapato																				
Introduce el pie en el zapato, después de que se le coloca sobre el talón.																				
Coloca el zapato sobre el talón después de que se coloca sobre sus dedos.																				
Desliza los dedos dentro del zapato y termina después de que se le coloca este sobre la planta del pie.																				
Se pone el zapato después de que se lo proporcionan.																				
Se pone el zapato.																				
Se pone cada zapato en el pie correcto por sí solo.																				
Se pone los zapatos y une las correas adhesivas																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE VESTIDO

Adolescente:

Actividad: Atar agujetas

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades para vestirse y desvestirse adecuadamente de manera independiente.

		Noviembre																				
Fecha		5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	
Objetivos operativos:		d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	
Tira de ambos extremos para ajustar las agujetas																						1
Hace primer nudo																						0
Hace el primer dobléz del moño																						0
Hace segundo dobléz del moño																						0
Ata completamente las agujetas de los zapatos																						0
Enhebra, hace nudos y ata las agujetas de los zapatos sin ninguna ayuda.																						0
Pasos dominados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Adolescente:

Actividad: Secarse las manos

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

		Noviembre																				
Fecha		5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	
Objetivos operativos:		d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20	
Identifica la toalla																						
Se seca las palmas de las manos mientras se le sostiene la toalla.																						
Se seca el dorso de las manos mientras se le sostiene la toalla.																						
Se seca las palmas de las manos sosteniendo la toalla el mismo																						
Se seca el dorso de las manos sosteniendo la toalla el mismo.																						
Se seca las manos completamente por sí solo.																						
Pasos dominados		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Adolescente:

Actividad: Lavarse las manos

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica jabón																				
Abre la llave del agua																				
Cierra la llave del agua																				
Se enjabona y frota las manos con ayuda																				
Elimina jabón de las manos																				
Se enjabona y frota las manos por sí solo.																				
Se lava las manos completamente por sí solo																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Adolescente:

Actividad: Lavarse la cara

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica la cara.																				
Se enjabona todas las partes de su cara mientras se le guía con sus manos.																				
Se lava todas las partes de su cara cuando se le guía con sus manos.																				
Se enjabona algunas partes de su rostro cuando se le indica dónde.																				
Se lava algunas partes de su rostro cuando se le indica dónde lavarse.																				
Se lava todas las partes de su cara.																				
Se lava y enjuaga el rostro completamente por sí solo.																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Adolescente:

Actividad: cepillarse los dientes

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica cepillo de dientes.																				
Identifica pasta de dientes.																				
Coloca la pasta en el cepillo con ayuda física																				
Coloca la pasta en el cepillo sin ayuda																				
Cepilla los dientes mientras se le guía con la mano.																				
Cepilla los dientes frontales.																				
Cepilla la parte trasera de la dentadura.																				
Abre la llave y llena el vaso con ayuda física																				
Abre la llave y llena el vaso sin ayuda.																				
Enjuaga los dientes con ayuda física.																				
Enjuaga los dientes sin ayuda.																				
Escupe el agua.																				
Cepilla los dientes completamente por sí solo (además de colocar pasta en el cepillo)																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace

HABILIDADES DE ASEO PERSONAL

Adolescente:

Actividad: Cepillarse el cabello

Objetivo específico: Que el adolescente desarrolle habilidades de aseo personal y las realice de manera independiente.

Fecha	Noviembre																			
	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30
Objetivos operativos:	d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	d10	d11	d12	d13	d14	d15	d16	d17	d18	d19	d20
Identifica peine y cepillo.																				
Cepilla el cabello mientras se le guía con las manos.																				
Cepilla el cabello cuando se le indica donde cepillarse.																				
Cepilla completamente el cabello por sí solo.																				
Pasos dominados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Para evaluar se utilizan los siguientes rangos:

0-No lo hace

1-Lo hace