

Paradigma

Publicación para y de la Facultad de Psicología

Creciendo como Comunidad



03 *Problemáticas socio-educativas de los niños con autismo*

39 *XVII Ciclo de cine crítico*

47 *Galería de fotos*

52 *Siguiendo a nuestros egresados*



Calidad en Educación a tu Alcance

#soyicest



INSTITUTO DE CIENCIAS Y
ESTUDIOS SUPERIORES DE
TAMAULIPAS A.C.

Bienvenidos a Paradigma

Estimados Alumnos y Docentes,

Nos encontramos en una edición más de nuestra revista, saludándoles la comunidad educativa de la Facultad de Psicología con el gusto de siempre.

Las investigaciones presentadas en este número pertenecen al área de la Educación Especial y precisamente uno de sus principales retos en México es la educación inclusiva. Los cambios originados a partir de la integración educativa han originado desconcierto entre los docentes principalmente por la falta de capacitación en temas de psicopatología infantil y una estructura bien sustentada para brindar las condiciones institucionales óptimas.

Una de las condiciones psicológicas que se han incrementado es el Autismo. "En México uno de cada 115 niños nace con espectro autista y la tendencia es que la cifra se acerque a la prevalencia que registra Estados Unidos en donde uno de cada 68 niños nace con esta condición, informó Gerardo Gaya Real, fundador y director de Iluminemos de Azul, A. C.

La realidad es que son más las familias que tienen una relación directa o indirecta con el autismo, por lo tanto, se requiere de mayor esfuerzo de la sociedad para provocar un interés más incluyente.

Nora Gabriela Torres Mendiola presenta, "Problemáticas Socio – Educativas de

los Niños con Autismo", muestra un panorama sobre la realidad a la que se enfrentan tanto los niños como los padres en su búsqueda por integrarlos a un sistema educativo integrador así como datos que lleven a la reflexión sobre la importancia de la formación del maestro en temas sobre este padecimiento.

Maximiliano Treviño Avalos presenta "Kung – Fu como complemento en la Terapia de Trastornos del Espectro Autista", el presente estudio abre la posibilidad de que mayor cantidad de personas conozcan los artes marciales tradicionales y los beneficios que estas conllevan, marcando una referencia en el tratamiento de pacientes con trastornos psicológicos para mejorar significativamente las conexiones neuromusculares.

Entre los eventos realizados en este semestre se encuentran el XVII Ciclo de Cine Crítico, utilizando como recurso la proyección cinematográfica para abordar diferentes tópicos y la Celebración del Día del Psicólogo con actividades académicas de gran interés para la comunidad estudiantil.

En la reflexión encontrarán un análisis del libro "Terapia de Juego" y las tradicionales secciones de galería de fotos y #HECHO PARA TRIUNFAR, #HECHO EN ICEST.

Lic. Lorena Juárez Orta, MTI.

Buzón

Nos encantará saber tu opinión y sugerencia sobre esta publicación, escríbenos a: paradigma@icest.edu.mx

Índice

03 - Problemáticas socio-educativas de los niños con autismo

39 - XVII Ciclo de cine crítico

47 - Galería de fotos

52 - Siguiendo a nuestros egresados

Directorio

Lic. Sandra L. Ávila Ramírez, M.E.
Rector

Lic. María del Socorro Moreno González,
M.C.A. Directora general de desarrollo académico

Lic. Rocío Quiroz Orozco, M.E.
Jefatura de la Lic. en Psicología



INVESTIGACIONES

RESUMEN

La presente investigación plantea la siguiente hipótesis: “El rechazo para pertenecer a las instituciones educativas, dificultad en las habilidades sociales y problemas de rendimiento académico son las principales problemáticas socio-educativas de los niños con autismo”

Objetivo: Identificar bien las principales problemáticas socio-educativas a las que se enfrentan los niños con autismo.

Material y Método: Se realizó la investigación durante el período comprendido de Septiembre 2015

Problemáticas socio-educativas de los niños con autismo

a Abril 2016, con una muestra de 30 maestros de entre 20 y 58 años de edad ambos sexos, cuyo requisito era estar impartiendo clases en una institución; 10 padres de familia que fueran padres de un niño con trastorno del espectro autista. Se utilizaron dos cuestionarios, elaborados por la investigadora: el primero dirigido a los padres de familia con 29 ítems y el segundo a los maestros con 30 reactivos ambos de opción múltiple.

Nora Gabriela Torres Mendiola
* Alumna Investigadora Univ. IGEST
Generación 2013 – 2016

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, se logró identificar que la capacitación de los maestros por parte de las instituciones o centros de trabajo, es una de las principales limitantes para la educación del niño dentro del espectro autista y a pesar de esto, el docente con iniciativa busca la información que requiere por lo que los niños van reflejando un mayor avance académico mientras que para los padres aún existe la insatisfacción con la sociedad pues es la que se encarga de incluir al niño en un ambiente social.

Palabras clave: Autismo, Habilidades socio - educativas, Sociedad.

INTRODUCCIÓN:

El increíble viaje de la vida comienza en el momento que es producida la fecundación mediante la composición del espermatozoide con el óvulo, se crea el nuevo ser humano distinto a todos los demás que han existido en la tierra. En ese instante se inicia una evolución vital nueva y desigual, que tiene la confianza de una vida en plenitud. En ese primer momento, la vida del inédito ser, debe obtener respeto y protección. Desde que se forma el nuevo patrimonio genético con la fecundación, se sabe que sólo le hace falta desarrollarse y crecer para convertirse en adulto.

Cuando se está esperando un bebé, la vida cambia por completo lo cual es una alegría para los padres y es obvio que empiezan a tener cuidados para que sus hijos nazcan sanos y sin complicaciones. Piensan que sus hijos llegarán más lejos de lo que ellos han llegado, que superarán

dificultades en su larga vida y que como padres siempre estarán cerca para apoyarlos. Pero que sucede cuando en los primeros años de vida se dan cuenta que su comportamiento no es el de un niño normal, que sus movimientos son repetitivos, su conducta no es como la de otros niños, su comunicación no es por medio de lenguaje, no existe el contacto físico y el contacto visual, algo dentro de la intuición les dice que no está bien lo que está pasando con el pequeño que esperan con ansias.

En la búsqueda de información con pediatras, la mayoría de ellos no tienen el conocimiento sobre cada característica de trastornos referentes al desarrollo del niño, solo tratan de canalizar con especialistas pues es algo más delicado y requiere de un diagnóstico con fundamentos.

Después del diagnóstico de autismo es cuando empieza el proceso de aceptación al hecho de tener un hijo con autismo y existen diversas respuestas a las que se les llama fases o etapas; shock, negación, depresión, realidad. Cuando son superadas las etapas de duelo entienden que es lo que realmente le pasa a su hijo y empiezan a ocuparse en vez de preocuparse.

En la cultura mexicana aún falta información acerca de los niños especiales puesto que se juzga antes de saber la problemática que está pasando el niño y sus padres. Hay instituciones en las que se permite la entrada a niños especiales pero no existe el personal capacitado para trabajar con ellos ni los programas adecuados para su desarrollo.

Otra problemática es que los compañeros que no son “especiales” traten de integrar a estos dentro de su entorno y que los respeten; eso también debería ser trabajo de la maestra al hacer que su grupo por cualquier dificultad que tenga, esté integrado y ante todo exista el respeto.

Se sabe que la educación solo se refuerza en la escuela y que en la casa es donde se enseña, pero en equipo con maestras, alumnos y padres de familia se puede lograr la unión y la aceptación dando información sobre la educación especial y como tratar a un niño que tiene estas características de comprender y sobrellevar por la familia: el autismo que hace referencia a una gran variedad de trastornos del desarrollo en los primeros años de vida, al cual los médicos llaman espectro autista.

Las personas que se encuentran dentro del espectro autista, se les dificulta hablar e interpretar el lenguaje desde pequeños. En ocasiones les es complicado participar en juegos y captar las reglas cuando son pequeños. Los adolescentes pueden tener dificultad para saber que ropa está de moda o como conversar con otros adolescentes.

Historia del Autismo

El autismo es identificado por primera vez en el año de 1943 por el Dr. Leo Kanner y hasta la década de los 80 se diagnosticaba en 102 de 10,000 nacimientos, a partir de la década de los 90 el diagnóstico de este síndrome experimentó un crecimiento enorme. Afecta sin hacer distinción en estatus socio económico y prevalece 5 veces más en niños que en niñas.

El autismo es el número uno en las discapacidades:

- Es la discapacidad de más grande crecimiento del mundo.
- Es la que genera más estrés en la familia.
- Es la discapacidad de tratamiento con más alto costo.

En el 2013 un grupo de diputados federales en San Lázaro que tienen hijos con autismo, estuvieron trabajando para generar una ley del autismo con el fin de que se canalicen los servicios adecuados para la atención del autismo. En Marzo del 2014 se aprobó la ley del autismo en México donde se generan las estrategias y acciones necesarias para una adecuada atención. Existen dos importantes asociaciones globales, Organización Mundial del Autismo y Autism Speaks.

El secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, trato de reforzar la participación e inclusión de las personas con autismo, con motivo de la celebración del Día Mundial de Concienciación sobre ese trastorno neurológico. “Insito a promover los derechos de las personas con autismo y que se asegure su plena participación e inclusión como miembros valiosos de la sociedad para que puedan contribuir a crear un futuro de dignidad y oportunidad para todos”.

El secretario general subrayó que los derechos, las perspectivas y el bienestar de las personas con autismo, y de todas las personas con discapacidad, deben formar parte de la nueva agenda de desarrollo aprobado por los líderes mundiales. “La participación

Problemáticas socio-educativas de los niños con autismo

en pie de igualdad y la activa intervención de las personas con autismo serán esenciales para lograr las sociedades inclusivas contempladas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible”.

La ONU aboga por incorporar la discapacidad en la nueva agenda de desarrollo adoptando un enfoque integral en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y programas en todas las esferas “para que no se perpetúe la desigualdad”. El autismo afectó a millones de personas en todo el mundo no se tiene comprensión de este en muchos países y que en “demasiadas sociedades” se siga excluyendo a las personas con autismo. Las actitudes de rechazo no solo constituyen una violación de los derechos humanos de las personas con el trastorno sino que además suponen una enorme “pérdida” de potencial humano.

El Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo, el compromiso de las Naciones Unidas de “no dejar a nadie atrás”. “La transición a la edad adulta es especialmente delicada, y por eso las sociedades deben de invertir más recursos financieros para que los jóvenes con autismo puedan formar parte del histórico impulso de progreso de su generación”.

La Asamblea General declaró en 2007 por unanimidad el 2 de abril como Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo para poner de relieve la necesidad de mejorar la calidad de vida de los niños y adultos autistas, para que puedan tener una vida plena y digna.

Autismo

Es la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto.

El inicio del trastorno autista es anterior a los 3 años de edad. En algunos casos los padres explican que se preocuparon por el niño desde el nacimiento o muy poco después, dada su falta de interés por la interacción social.

En una minoría de casos el niño puede haberse desarrollado normalmente durante el primer año de vida (o incluso durante sus primeros 2 años). El trastorno autista tiene un curso continuo. En niños de edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en algunas áreas, interés creciente por la actividad social a medida que el niño alcanza la edad escolar.

Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que solo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta.

Las alteraciones que presentan los niños con autismo dependen de seis factores principales:

1. Asociación del autismo con el retraso mental.
2. La gravedad del trastorno que presentan.
3. La edad y el momento evolutivo.

4. El sexo.
5. La eficiencia y la adecuada utilización de tratamientos.
6. El compromiso de la familia.

Verdades con Respeto al Autismo

Deseo universal de los padres de conocer el diagnóstico lo más precozmente posible. Disminuye su angustia y facilita la intervención temprana. Autismo es un espectro amplio de trastornos y el reconocimiento limitado a los niños severamente afectados, impide el tratamiento a los que más se beneficiarían.

La psicosis es inexistente, antes de los 5 años y muy rara antes de los 10. La inmensa mayoría de los niños con diagnóstico de psicosis en nuestro medio son en realidad autistas. Todo profesional que trabaja con niños (y más aún el pediatra) debe conocer los síntomas que sugieren autismo y realizar la derivación lo antes posible. Nunca minimizar las preocupaciones de los padres.

El Autismo se da en todos los niveles cognitivos, más de un tercio de los individuos autistas poseen inteligencia normal o superior, es el resultado de una disfunción cerebral prenatal o postnatal temprana. Su etiología es muy diversa. El mal manejo por parte de los padres no es causante de autismo y su participación activa en el tratamiento es fundamental. Los niños con autismo mejoran notoriamente su comunicación, socialización y conducta con el tratamiento precoz y apropiado.

Áreas de Comunicación: No responde a su nombre, no puede decirme lo que quiere, está retrasado/a en su lenguaje, no sigue consignas, a veces parece sordo/a, a veces parece oír y otras no, no señala ni saluda, decía algunas palabras que ya perdió.

Área social: No presenta sonrisa social, prefiere jugar solo/a, busca las cosas por sí mismo/a, es muy independiente, tiene poco contacto ocular, está en su mundo, no nos presta atención, no se interesa en otros niños.

Área conductual: Berrinches, es hiperactivo/a, oposicional y no colabora, no sabe cómo jugar con los juguetes, repite las actividades una y otra vez, camina en punta de pies, está muy unido/a a ciertos objetos, pone las cosas en fila, es hipersensible a ciertas texturas o sonido, tiene movimientos raros.

Trastorno del Espectro Autista según El DSM-V Criterios Diagnósticos

Déficits persistentes en comunicación social e interacción social a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados

1. Déficits en reciprocidad socio-emocional; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.

Problemáticas socio-educativas de los niños con autismo

2. Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.

3. Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual: La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

A. Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses, que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

4. Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos (ejemplo, movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

5. Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado (ejemplo, malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

6. Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco (ejemplo, apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

7. Híper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (ejemplo, indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual: La severidad se basa en la alteración social y comunicativa, así como en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos.

B. Los síntomas deben estar presentes en el periodo de desarrollo temprano (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas)

C. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas a nivel social,

ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

D. Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia ocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

- Se acompaña o no de discapacidad intelectual.
- Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.
- Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido .

- Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

- Se asocia con catatonía .

Desarrollo del Niño Autista

El niño puede exteriorizar el rechazo al cambio de ambiente o modificaciones que se hagan a su rutina por más leves que sean, reaccionando con berrinches intensos y negándose a cualquier cambio. Existen los niños con autismo que se auto agreden con pared, muebles, y suelo, en ocasiones hacen pensar que son sordos ante ruidos fuertes. El niño da la impresión de estar solo aunque esté en una habitación llena de personas o incluso con más niños.

Comúnmente la educación adecuada, las terapias individuales y la ayuda psicológica aportan que la evolución sea positiva aunque a veces lenta. El grado en el que va evolucionando es dependiendo de la inteligencia del niño, de lo grave que sean sus síntomas, del desarrollo lingüístico y la asimilación familiar, los servicios educativos y terapéuticos son muy importantes en el avance del niño con autismo.

Desarrollo motor

Los logros de movimientos del niño autista los consigue casi al mismo tiempo que un niño con desarrollo normal, en ocasiones pueden ocurrir ligeros retrasos. La conducta motriz que presentan es anormal tienen repetición de movimientos determinados. Tienen continuos movimientos de balanceo hacia delante y hacia atrás. Aprecian

más la estimulación repetitiva de ellos mismos que la que les proporcionan externamente.

Desarrollo perceptivo

La aceptación del niño autista a su experiencia sensorial es extraña. En ocasiones se muestra como si no percibiera los ruidos, olores, o no sintiera el contacto de las personas que lo rodean. En momentos será todo lo contrario, como si se activaran todos sus sentidos y se diera cuenta de lo que está ocurriendo.

Desarrollo cognitivo

En la mayoría de los niños autistas hay un retardo intelectual, por debajo de 50. La dificultad que presentan es no aprovechar sus experiencias y utilizar las pasadas para razonar lo actual y prever futuras complicaciones o situaciones parecidas. Hay casos de niños capacitados intelectualmente que se acercan a familiares y les agradan los juegos que implican contacto físico.

Desarrollo de la comunicación

La mitad de los niños autistas no adquieren ningún tipo de habla funcional, y los que aprenden a hablar lo hacen de manera diferente. Si el lenguaje a la edad de 5 o 6 años es limitado el pronóstico para el futuro desarrollo es desfavorable. El lenguaje tiende a ser repetitivo. La comunicación no verbal para ellos no es comprensible los gestos y expresiones de las demás personas no logran interpretarlas, a las cuales pueden contestar inapropiadamente.

Aspectos del Desarrollo Humano que se Alteran

Las investigaciones de los psicólogos evolutivos en los últimos años nos proporcionan una imagen del desarrollo infantil que es muy útil contraponer con el autismo. La imagen indica que el autismo no es ni mucho menos una fase del desarrollo normal, como pretendía la psicoanalista Margaret Mahler (1968). Por tanto, no consiste en una regresión hacia un periodo primitivo del desarrollo humano, o una función en él. El periodo primitivo autista no existe. Los niños normales no son nunca autistas.

Por el contrario, los recién nacidos normales demuestran algunas capacidades sociales impresionantes, que solo se ponen de manifiesto en investigaciones finas y muy controladas sobre sus pautas de atención y acción. Se trata de capacidades de sintonizar preferentemente con los estímulos que brindan las personas (por ejemplo, prefieren estímulos visuales redondeados, estructurados, móviles, relativamente complejos y, con abultamientos, que son todas características de la cara humana) y responder armónicamente a esos estímulos, como cuando imitan (sí: los neonatos imitan asistemáticamente patrones como sacar la lengua o abrir la boca) o responden mediante movimientos, que a cámara lenta parecen una danza a la melodía del lenguaje a sus figuras de crianza.

Hacia los dos o tres meses, los bebés comienzan a fijarse en los matices más expresivos del rostro humano y se muestran capaces de compartir e

intercambiar expresiones emocionales. Trevarthen (1982), que ha analizado con finura los intercambios expresivos (sonrisas, vocalizaciones, gestos de tristeza, temor, sorpresa, etc.) entre los bebés y sus madres, usa un término muy expresivo para referirse a la capacidad que se pone de manifiesto en esas relaciones: intersubjetividad primaria. Esta sería una competencia de “sentir con”, que sería reflejo de una motivación fundamental e innata en el hombre: la de compartir la mente y entenderse con el otro. Las nociones y las relaciones somatónicas son las primeras puertas por las que los niños penetran en las mentes ajenas, gracias a esa especie de simpatía esencial que permite experimentar la misma emoción que el otro siente, en un intercambio mutuo.

Antes de llegar a los seis meses, los bebés normales desarrollan vínculos firmes con figuras de crianza, a las que reconocen. Se hacen capaces de anticipar conductas ajenas muy simples en rutinas habituales (como cuando levantan los bracitos al ir a ser tomados en brazos) y empiezan a interesarse mucho por las conductas de las personas. Los bebés de seis meses muestran un interés genuino por las conductas de sus madres.

Los de siete y ocho, ya capaces de sentarse, se interesan también muy activamente por los objetos. En el último trimestre del primer año, los bebés normales, muy sensibles a las “actitudes mentales” de los otros hacia los objetos (Hobson, 1995), se hacen cada vez más capaces de integrar sus “esquemas de objeto” y sus esquemas de persona” en

ciertas conductas de relación intencionada con las personas en relación con los objetos, a las que llamamos “comunicación”. Son conductas que tienen carácter signico, y que implican suspender la acción directa sobre los objetos, para convertir esa “acción en suspenso” en signo del interés por ellos o el deseo de obtenerlos (una acción en suspenso es extender la palma de la mano hacia el objeto deseado, sin tocarlo; otra, señalar con el dedo una cosa interesante). La ausencia de conductas comunicativas intencionadas es casi universal en los niños que luego son diagnosticados del trastorno. Pero además hay un índice sutil de la anomalía comunicativa de los autistas que consiste en la ausencia específica (o limitación grave) de un cierto tipo de comunicación: aquella a la que se denomina “protodeclarativa” (Curcio, 1978, Wetherby, 1986).

En el niño, los intentos más precoces de cambiar el mundo físico mediante la comunicación consisten en actos tales como levantar los bracitos, para ser levantados, o dirigir la palma de la mano a una pelota lejana, para obtenerla por medio del adulto. Y los más tempranos de cambiar el mundo mental en gestos como señalar objetos interesantes, para que el otro se interese por ellos. A los primeros intentos se les denomina “protoimperativos”, a los segundos “protodeclarativos”. Pues bien: la ausencia de protodeclarativos o declaraciones simbólicas en el niño autista es uno de los criterios diagnósticos más claros para detectar el trastorno (aunque naturalmente no es un criterio único, ni siquiera estrictamente necesario).

El Autismo en Sociedad

Los niños autistas su principal incapacidad es la interacción con otras personas, tienden a no permanecer cerca de sus padres y llegan a mostrar indiferencia cuando los familiares se ausentan por un tiempo.

Al explicar el comportamiento social de un niño autista no es nada fácil puesto que a veces parece ser un fracaso entre diferenciar personas y objetos en otras ocasiones muestra conciencia y logra diferenciar.

Una de las características es una aversión a los cambios, de cosas rutinarias o el orden de los objetos en una habitación, llegando a inquietarse sumamente con un ligero cambio. Lo que parece que ocurre es que el niño autista recuerda determinadas cosas que percibe con gran detalle porque parece centrarse en las sensaciones que recibe del ambiente e interpretarlo; notando cualquier alteración en estas cosas que le suministran sensaciones concretas.

La Sociedad con el Autismo

Antes de exigir agresivamente a la sociedad aceptación y respeto para los niños con autismo, se tiene que ofrecer información, educar sobre lo que es, no solo como definición o síntomas sino hablando sobre los retos que los niños y las familias enfrentan.

Educando y compartiendo las vivencias es como se puede lograr no solo combatir la gran falta de difusión de información realista sobre esta condición, y se puede lograr empatía para que la

sociedad comprenda lo que se vive.

Algo fundamental y primordial de que se conozca este problema es que tiene sus dificultades pero también sus cosas buenas. Un objetivo de las asociaciones es dar a conocer que el autismo no es una enfermedad sino una discapacidad que erróneamente se confunde.

La información del autismo no todos la saben y como sociedad a veces se juzga sin conocer las características y dificultades que se viven dentro del espectro autista.

La sociedad se siente con cierta incomodidad cuando los pequeños con autismo tienen conductas diferentes o bien no aprobadas por la sociedad y consideran que los padres lo más mínimo que pueden hacer es controlar la situación al instante. Seamos realistas la sociedad tiene el pensamiento que llegaran a casarse y hacer una familia, lo cual no es posible. Se cree que ellos perciben la vida de diferente forma y se piensa que la mayor dificultad para integrarse a la sociedad es la incapacidad de comunicación que tienen.

El aumento del conocimiento en la población general sobre autismo, puede generar una sospecha temprana por parte de familiares y profesionales de la salud e incluso de la sociedad, sin embargo la poca o nula educación que tiene la sociedad acerca de este tema conlleva a problemas para poder diagnosticarse y tratarse.

Los médicos pediatras son las personas de primer contacto con un niño autista y en muchas

ocasiones son los causales del tardado tratamiento por la falta de un diagnóstico preciso. Es necesario que el médico que ofrece atención primaria sea capaz de detectar comportamientos o signos sospechosos para iniciar el proceso diagnóstico y terapéutico del padecimiento.

La sociedad es uno de los primeros factores que discriminan a las familias, y también la que

limita a los niños con autismo a integrarse en la sociedad.

Los Trastornos del Espectro Autista una Discapacidad Social

Cada día más voces se refieren a los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA) como una discapacidad de tipo social, y ciertamente tiene mucho de social. No se habla de una cuestión de



salud física propiamente dicha, sino de una salud social. Uno de los mayores problemas a los que la persona con TEA se enfrenta es la exclusión social a todos los niveles, que en muchos casos abarca también a la familia. Este modelo errado de exclusión genera una serie de problemas sobrevenidos y que en un contexto social adecuado no existiría, no obstante la sociedad en la que la persona con TEA debe desenvolverse no suele estar preparada para la inclusión social de un concepto de diversidad tan “novedoso”. Y podemos entenderlo como novedoso ya que es algo desconocido, y por tanto al ser novedoso genera cierto reparo social. Una persona es excluida socialmente cuando no puede participar en actividades sociales a pesar de su deseo de participación.

Esta problemática se extiende a lo largo de la vida de la persona, desde la niñez a la vida adulta, desde el ámbito educativo al laboral, la brecha que esta exclusión genera puede ser muy difícil de salvar y crea un desamparo sostenido a la persona y una sensación de soledad y abandono a la familia. Inicialmente el término “Discapacidad social” se atribuía a personas que presentaban riesgo de exclusión social por motivos de pobreza, marginalidad, raza o pertenecientes a familias desestructuradas.

En suma, a las clases más bajas y olvidadas de la sociedad. Sin embargo, en el caso de las personas con Autismo o Asperger, este “nivel social” no es un aspecto concomitante en la exclusión social, es la dificultad para establecer canales de

interacción social según la norma cultural y aceptada del entorno en el que la persona vive un mínimo grado de dificultades. Por tanto, la “Discapacidad” de la persona no es algo atribuible a ella, sino más bien una imposición social.

El grupo social es, sencillamente, inaccesible a quienes presentan un TEA, otro de los factores que fomentan la exclusión social es el uso de las definiciones como atributo, se usa el diagnóstico como atributo genérico y definitorio, la utilización sostenida de la palabra “Autista” como definición global de la persona con autismo es un error conceptual de graves consecuencias. El autismo en sí mismo no puede definir a la persona, el uso del atributo como condicionante social conlleva el impulso de la exclusión, de la rareza social. Si se dice que alguien es alto, ese atributo no clasifica de forma genérica, pero si se dice que es autista sí clasificamos y de forma negativa.

La discapacidad la define el contexto ecológico de la persona y no el estado vital de la persona en sí misma. Como los Trastornos del Espectro del Autismo no se conocen, no se comprenden, y como no se comprenden no se contemplan. Esta situación conlleva la eliminación de la identidad propia de la persona con TEA, y esta supresión de la identidad desemboca en la marginalidad a todos los niveles. El derecho a una vida digna se convierte en el derecho a sobrevivir, todo un sinsentido en pleno siglo XXI.

La Educación del Niño Autista

Actualmente la educación es primordial para el autismo, dicha actividad educativa tiene

objetivos marcados:

- Desarrollar al máximo sus posibilidades y competencias.
- Favorecer un equilibrio personal lo más armonioso posible.
- Fomentar el bienestar emocional.
- Acercar a los niños autistas a un mundo humano de relaciones significativas.

El autismo en varios casos no tiene por qué venir incluida una incapacidad intelectual. El espectro abarca niños que tienen mayor dificultad u otros que cognitivamente se desarrollan normal.

Para los niños con autismo son favorables las instituciones educativas de menor tamaño y con menor alumnado por salón, son de mayor agrado las instituciones que estructuran su jornada escolar, a los compañeros de salón es importante proporcionarles la forma en la que pueden entender o claves para apoyarlo en sus actividades.

El concepto de estructura que es de gran importancia en la educación de autistas, implica varios aspectos:

- La necesidad de que el ambiente no sea excesivamente complejo sino, por el contrario, relativamente simple. Los niños autistas reciben un beneficio mayor cuando son educados en grupos muy pequeños que admitan un planeamiento muy personalizado de los objetivos y procedimientos educativos en un marco de relaciones simples y bilaterales.

- El ambiente debe facilitar la percepción y comprensión, por parte del niño, de relaciones contingentes entre sus propias conductas y las contingencias del medio, es decir, debe ser consistente en su respuesta a las conductas (funcionales o alteradas) del niño.

- El educador debe mantener una actitud directiva y no de laissez faire, estableciendo de forma clara y explícita sus objetos, procedimientos, métodos de registro, etc.

En lo que se refiere a contenidos se han propuesto principalmente dos alternativas:

1. Enfoque evolutivo: establece una secuencia de contenidos basada en los datos que poseen sobre el desarrollo normal del niño, y propone adecuar los objetivos educativos al nivel evolutivo del autista, tratando de recorrer, paso a paso, una secuencia lo más semejante posible a la que se da en la evolución normal.

2. Enfoque ecológico: parte de un análisis realista de los ambientes en los que vive la persona autista y establece objetivos encaminados a aumentar su capacidad para adaptarse funcionalmente a esos ambientes (domésticos, comunitarios, vocacionales, de ocio, etc.).

Se debe tener en cuenta que los maestros y maestras que están frente a grupo y que en el forman parte niños con este trastorno, deben de tener ayuda profesional especializada, es importante que se forme un equipo entre familia, maestros e institución para llevar a cabo un buen trabajo.

Powers (1992) ha señalado algunos de los componentes principales que deben tener los métodos educativos con niños autistas: deben ser estructurados y basados en los conocimientos desarrollados por la modificación de conducta. Deben ser evolutivos y adaptados a las características personales de los alumnos, funcionales y con una definición explícita de sistemas para la generalización, deben implicar a la familia y la comunidad, así como ser intensivos y precoces.

El Aprendizaje

Los niños con autismo deben adquirir las habilidades sociales y de comunicación, que no tienen, para poder relacionarse con sus iguales. Ellos no las pueden aprender por imitación, como otros niños. Hay que utilizar estrategias específicas para ellos. El ideal es una educación no especial sino especializada, en el marco de un colegio normal. Hay técnicas y métodos de enseñanza especializados para los niños con autismo porque tienen una característica especial, que son aprendices visuales. Por este motivo, se suele trabajar la relación imagen-objeto, porque en ocasiones los niños con autismo no hablan, en parte porque no relacionan las palabras con el objeto o el significado específico. No obstante, antes de llegar a este punto, hay que enseñarles a comunicarse y mucho antes, a tener interés en comunicarse, que es lo más difícil. Para ello, lo primero que hay que hacer es meterse en sus intereses, solo así se puede captar la atención de los niños con autismo.

Los niños con autismo van al colegio, ya sea un aula especial

de autismo integrada en un colegio normal o a un aula normal con algún tipo de apoyo. Pero el resto del día, los niños con autismo están con los padres y es importante estructurarles muy bien el día, que ellos sepan qué van a hacer por anticipado, porque no tienen sentido de la ubicación ni del tiempo. Por ello, se trabajan mucho con ellos las agendas con fotos primero, y luego con pictogramas, para que sepan cuando empiezan las cosas y cuando acaban. Las rutinas fijas les ayudan mucho y les dan seguridad. Por otra parte, a los niños con autismo les cuesta generar la imagen asociada a una palabra o a una acción, por lo que si la ven, ellos pueden interpretarla más fácilmente. Y por último, conviene dejarles sus ratitos de autoestimulación con luces o sonidos, si así lo necesitan, porque se tranquilizan mucho.

El Rendimiento Escolar del Niño con Autismo

El rendimiento escolar de los niños con autismo depende de muchos factores: la afectación, cuándo se empieza la terapia, como está de individualizada y personalizada esa terapia, cómo se involucran los padres, los profesionales y cómo se involucra el colegio y el profesorado.

Es necesario un trabajo extra en preparación de materiales y métodos de aprendizaje y no todos los colegios tienen esa disposición. No obstante, la evolución de un niño con autismo es impredecible, porque se pueden convertir en verdaderas esponjas.

El autismo y las actividades de

ocio y juego de los niños. Cada juego normal de los niños como jugar a pillar, al balón, etc. que el resto de los niños aprenden de forma fácil por imitación, a los niños con autismo les cuesta mucho aprender a jugar. Además, tienen intereses muy restringidos que, poco a poco, hay que trabajar para ampliar.

OBJETIVOS

Identificar las principales problemáticas socio-educativas a las que se enfrentan los niños con autismo.

MATERIAL Y MÉTODO:

La presente investigación se realizó en dos diferentes Centros Educativos de nivel básico pertenecientes al sector público ubicados en Cd. Madero, durante el período comprendido de Septiembre 2015 a Abril 2016, con una muestra de 30 maestros de entre 20 y 58 años de edad ambos sexos, cuyo requisito era estar impartiendo clases en una institución; 10 padres de familia entre los 29 y 48 años de edad, que fueran padres de un niño con trastorno del espectro autista.

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario para Padres

Autor: Investigadora

Número de reactivos: 29

Naturaleza de los reactivos: Opción múltiple.

Objetivo: Pretende medir si existe rechazo para que pertenezcan a las instituciones, la dificultad en las habilidades sociales y los problemas de rendimiento académico.

2. Cuestionario para Maestros

Autor: La investigadora

Número de reactivos: 30

Naturaleza de los reactivos: Opción múltiple.

Objetivo: Pretende medir si existe rechazo para que pertenezcan a las instituciones, la dificultad en las habilidades sociales y los problemas de rendimiento académico.

RESULTADOS:

Se logró identificar que existe una deficiencia en las instituciones por la falta de capacitación y motivación en los maestros para trabajar e integrar, lo que no permite que lleven a cabo una buena educación para los niños con TEA, sin embargo se encontró que los padres si observan avances académicos y apoyo de los compañeros.

Lo que aún sigue siendo difícil es el salir a fiestas, porque hay rechazo de la sociedad es por eso que los padres no están satisfechos con el entorno donde viven sus hijos. Se demostró que gracias a que se ha proporcionado información por los medios de comunicación, la sociedad conoce un poco más lo que viven las familias con un niño dentro del espectro autista.



Tablas y Gráficas

Instrumento #1

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES DE FAMILIA

Tabla No. 1

¿Cuál fue el diagnóstico del niño, dentro del espectro autista?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autismo	7	70%
Asperger	3	30%
Rett	0	0%
TOTAL	10	100%

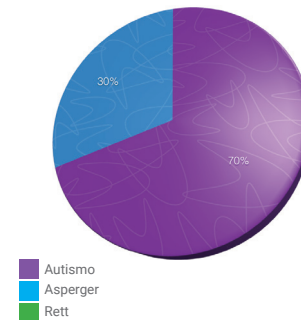


Tabla No. 2

¿Cómo considera que es la situación de salir a fiestas de cumpleaños?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Difícil	5	50%
Fácil	5	50%
Imposible	0	0%
TOTAL	10	100%

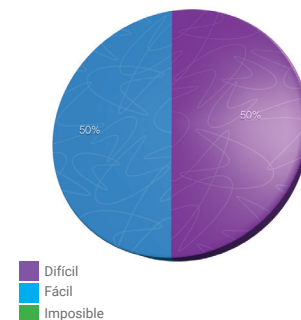


Tabla No. 3

¿Los demás niños buscan relacionarse con su hijo (a)?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	6	60%
A veces	3	30%
No	1	10%
TOTAL	10	100%

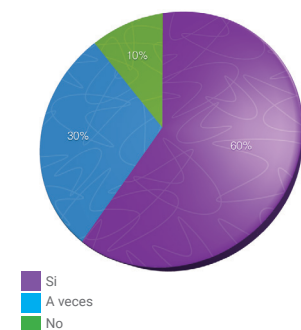


Tabla No. 4

¿Se siente satisfecho con la sociedad y el entorno en el que se desenvuelve su hijo (a)?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	7	70%
Si	3	30%
TOTAL	10	100%

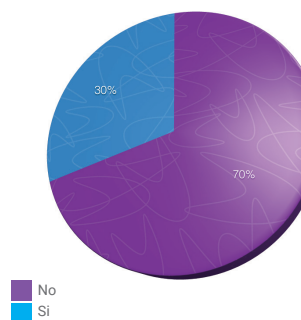
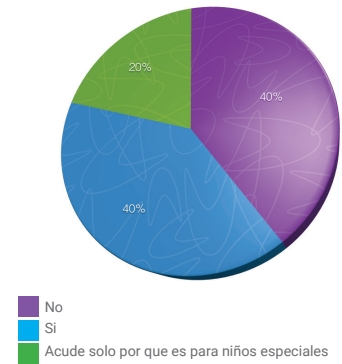


Tabla No. 5

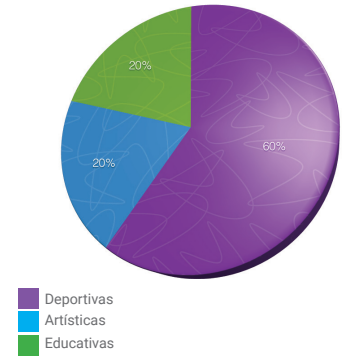
¿La institución a la cual acude su hijo (a) cuenta con programas especiales para atender sus necesidades?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	4	40%
Si	4	40%
Acude solo por que es para niños especiales	2	20%
TOTAL	10	100%

**Tabla No. 6**

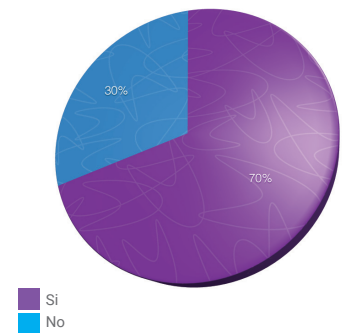
¿En qué área integra la maestra a su hijo?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deportivas	6	60%
Artísticas	2	20%
Educativas	2	20%
TOTAL	10	100%

**Tabla No. 7**

¿Sus compañeros de salón apoyan a su hijo (a) si tiene alguna dificultad?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	70%
No	3	30%
TOTAL	10	100%

**Instrumento #2**

CUESTIONARIO PARA LOS MAESTROS

Tabla No. 8

¿En su carrera le enseñaron a trabajar con niños especiales?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	19	63%
Si	11	37%
TOTAL	30	100%

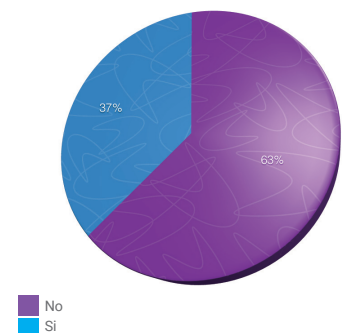
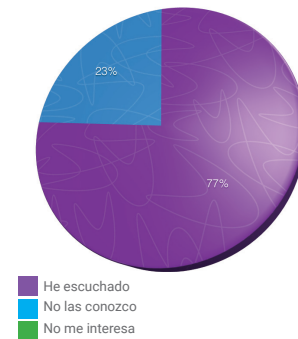


Tabla No. 9

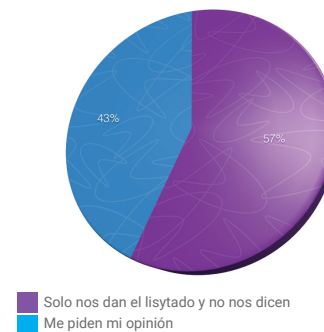
¿Conoce las características de los niños con TEA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
He escuchado	23	77%
No las conozco	7	23%
No me interesa	0	0%
TOTAL	30	100%

**Tabla No. 10**

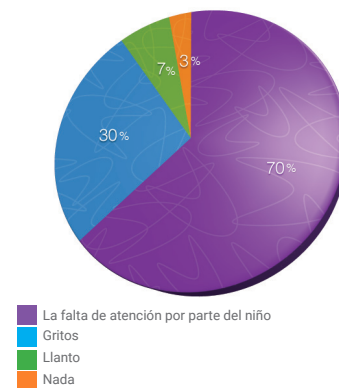
¿En la institución le piden consentimiento a cada maestra para que acepte en su salón a niños con discapacidad?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solo nos dan el listado y no nos dicen	17	57%
Me piden mi opinión	13	43%
TOTAL	30	100%

**Tabla No. 11**

¿Cuál es la conducta más interferente en el aula que ha tenido un niño con TEA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
La falta de atención por parte del niño	20	70%
Gritos	7	30%
Llanto	2	7%
Nada	1	3%
TOTAL	30	100%

**Tabla No. 12**

¿La institución cuenta con programas especiales para atender sus necesidades?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	16	70%
Cada maestra realiza el suyo	13	30%
No los manejan	1	3%
TOTAL	30	100%

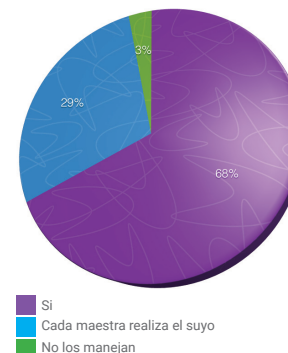
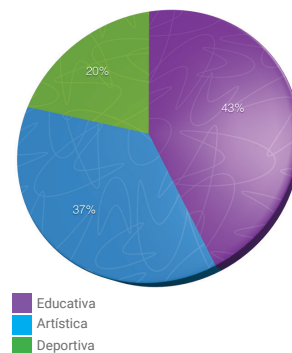


Tabla No. 13

¿En qué área integra al alumno TEA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Educativa	13	43%
Artística	11	37%
Deportiva	6	20%
TOTAL	30	100%



CONCLUSIONES

La capacitación de los maestros por parte de las instituciones o centros de trabajo, es una de las principales limitantes para la educación del niño dentro del espectro autista y a pesar de esto, el docente a iniciativa busca la información que requiere por lo que los niños van reflejando un mayor avance académico mientras que para los padres aún existe la insatisfacción con la sociedad pues es la que se encarga de incluir al niño en un ambiente social.

La Dr. María Montessori creadora del método Montessori mencionaba que todo educador debe seguir al niño, reconociendo las necesidades evolutivas y características de cada edad y construyendo un ambiente favorable, tanto físico como espiritual, para dar respuestas a esas necesidades. Los niños que padecen algún TEA del tipo que sea, no deben ser discriminados, y por ello el método Montessori de pedagogía puede suponer un gran avance en su educación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbaranne, J. Benjamín Un niño especial en la familia, Trillas.

ÁRIZ Amaya, Autora del libro 'La alegría muda de Mario' y colaboradora de ANA (Asociación Navarra de Autismo). <http://www.psicopedagogia.com/trastorno-generalizado-del-desarrollodsm4>

Quattrocchi, Silvia, Un ser humano, Editorial Cuatro Vientos, México.

Romero Silvia, García Ismael, González Yolanda, Méndez Juana María, Mendoza Fernando, Navarro María Elena. Estudios sobre educación básica y educación especial en México, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Editorial Universitaria Potosina.

María Theresa Abinader www.manitasporautismo.com familia

Sánchez Pedro, Cantón Mary B., Sevilla Dora E., Compendio De Educación Especial, Manual Moderno.

Shea Thomas, Bauer Anne Marie. Educación Especial. Segunda Edición, Editorial McGraw-Hill

www.neurologia.com Rev. Neurol 2010; 50 (Supl 3): S91-S99

www.iidc.indiana.edu/.../la-hora-de-comer-y-los-ninos-en-el-espectro-de

<http://autismodiario.org/>

<https://autismodiario.org/author/daniel/>

<https://www.facebook.com/ContgdYAutismo/posts/303150266462714>

<https://akroseducational.com/.../metodo-montessori-trastorno-del-espectro-metodologiadecroly.blogspot.com>

WEBGRAFÍA

<http://www.educacioninicial.com/EI/contenidos/00/0450/482.ASP>

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=2008>

<http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/1998/art08.2.06.pdf>

http://autismomx.org/nuevositio/wordpress/?page_id=619

<https://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/8.pdf>

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EFkkZAVuyAwogbbSEC.php>

<http://www.laprensagrafica.com/2016/04/02/la-onu-pide-reforzar-la-participacion-e-inclusion-de-las-personas-con-autismo#sthash.C17Evc4F.dpuf>

Kung – fu como complemento en la terapia de trastornos del espectro autista

RESUMEN

La presente investigación plantea la siguiente hipótesis: “El paciente con trastorno del espectro autista presenta una mejoría significativa en sus niveles de atención, mayores habilidades sociales y una notable disminución del estrés ante el contacto físico con la práctica del Kung Fu.”

Objetivo: Prevenir o reducir deformidades físicas, aliviar displacer e irritabilidad y generar conciencia corporal en cuanto a habilidades, capacidades y funciones.

Material y Método: Se realizó la investigación durante el período comprendido de Septiembre 2015 a Abril 2016, con una muestra de 3 sujetos con trastornos del espectro autista de edades entre los 7 a los 13 años de edad, se les brindó el programa de Kung Fu desde el 8 de enero del 2016 hasta 14 de abril del 2016, se les evaluó por medio del Test Gestáltico Visomotor Bender, para medir sus capacidades perceptomotoras y el Test de la Figura Humana para obtener rasgos de personalidad y autoestima.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos, se obtuvo una mejor reacción ante

estímulos externos, una mejor propiocepción sensorial en el espacio y un aumento de la seguridad.

Palabras clave: Autismo, Estrés, Habilidades Sociales, Kung Fu.

INTRODUCCIÓN:

Se conoce como trastorno del espectro autista a la condición neurológica y de desarrollo que afecta la manera en que la persona se comporta, interactúa, se comunica y aprende.

“Trastorno del espectro” porque diferentes pacientes pueden poseer una gran variedad de síntomas distintos. Este tipo de personas están restringidas de la capacidad para distinguir gestos, modulaciones, expresiones, todo aquello que enriquece la comunicación interpersonal, por lo que todo lo que se les diga se toma literal; presentan además comportamientos que se consideran fuera de las normas socialmente aceptables.

Volátil ante cualquier agente externo que represente un cambio en su día a día, además de obsesión por intereses muy poco usuales, como puede ser una fijación por la hora de llegada de los trenes, o colección de insectos, a un nivel tan alto, que se

Maximiliano Treviño Avalos

* Alumno Investigadora Univ.

ICEST Generación

2013 – 2016

privan del entorno para dedicarse solo a eso.

Además en algunos casos puede llegar a haber dificultad para fijar la atención en estímulos que no sean de interés, así como a seguir instrucciones, puede llegar a haber o no retraso mental, dependiendo del tipo de TEA que se presente.

Es por esto que muchas de las terapias que existen para esta clase de pacientes, de tipo cognitivo-conductual, brindan herramientas tales como,

el afrontar al paciente a situaciones sociales, desarrollar la capacidad de observación en los gestos a manera de asociación con la emoción.

Por lo que se busca brindar una alternativa de complemento que pueda ayudar al paciente con TEA a ser capaz de fijar la atención, ser consciente de su entorno, así como un desenvolvimiento social más natural, todo esto basándose en la práctica del arte marcial chino, el kung fu.

El kung fu engloba una cantidad enorme de estilos de pelea así también como meditaciones, filosofías, técnicas curativas; se le han comprobado múltiples beneficios tanto físicos como psicológicos; mejora en gran medida los procesos de



respiración y la circulación sanguínea, aumenta la habilidad de equilibrio, es un combatiente del estrés y la depresión, brinda disciplina así como denota aumento del autoestima en el practicante.

Mediante el ejercicio de este arte, se pretende aumentar las capacidades cognitivas y de observación del paciente, brindar ejercicios que puedan contrarrestar la ansiedad, elevar los niveles de tolerancia ante el fracaso y las situaciones sociales.

Trastornos del Espectro Autista

Hay tres síntomas comunes a todo el espectro, y se le conoce como la triada de impedimentos o deficiencias (“triad of impairments”) desde que el año 1979 Lorna Wing y Judith Gould los definieron en un estudio que por primera vez abarcaba un ámbito más amplio que el autismo clásico de Kanner. Los tres impedimentos son:

- Deficiencia social.
- Deficiencias de comunicación.
- Actividades obsesivas y miedo al cambio.

En realidad los dos primeros están muy relacionados y podrían agruparse en uno: deficiencias sociales y de comunicación.

a. Autismo

Los criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de Trastorno autista son:

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

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

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

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

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

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



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

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

(d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:

(1) Interacción social.

(2) Lenguaje utilizado en la comunicación social o

(3) Juego simbólico o imaginativo.

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

b. Síndrome de Rett.

El síndrome de Rett fue originalmente descrito por el médico austriaco Dr. Andreas Rett en 1966 como un trastorno neurológico que afectaba exclusivamente a mujeres. Sin embargo, se le reconoció mundialmente hasta mediados del decenio de 1980-89 después de que el Dr. Bengt Hagberg y sus colaboradores escribieron un artículo describiendo el cuadro clínico de este síndrome (Hagberg B. et al., 1983). En este escrito, los autores reconocieron el trabajo pionero de su descubridor, y en su honor nombraron este trastorno como síndrome de Rett,

Kung – fu como
complemento en la
terapia de trastornos
del espectro autista

nombre con el que esta patología es conocida hasta la fecha.

En la actualidad al síndrome de Rett se le define como un trastorno incapacitante del desarrollo neurológico, por lo que se le considera como un trastorno grave y generalizado del desarrollo.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV--TR, la característica esencial de este trastorno es el desarrollo de múltiples déficit específicos después de un periodo de funcionamiento normal en los primeros meses de vida.

Entre los 5 y 48 meses de edad se observa desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales adquiridas con anterioridad, y el desarrollo de movimientos manuales estereotipados específicos que semejan al acto de escribir o de lavarse las manos.

Se establecen importantes alteraciones en la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco, alteraciones graves en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, y retraso psicomotor grave. Para este trastorno existe el diagnóstico asociado de retardo mental profundo, alteraciones en el EEG y trastornos convulsivos.

c. Trastorno Desintegrativo Infantil.

El trastorno desintegrativo infantil fue identificado por vez primera por Theodore Heller en 1908, un especialista en educación especial vienés. Heller propuso el término "dementia infantiles"

para esta patología, dada su característica principal regresiva.

Los pacientes que el describió habían cursado con un desarrollo normal entre los 2 y 4 años de edad, después de la cual se iniciaba una pérdida progresiva de todas las habilidades y capacidades del desarrollo que, hasta ese momento, se habían desplegado.

En este rango de edades frecuentemente se observa una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas en todas las áreas del desarrollo.

d. Trastorno de Asperger.

El trastorno de Asperger fue descrito por vez primera por el pediatra vienés Hans Asperger (1943), quien describió el cuadro clínico a partir de sus observaciones realizadas con un grupo de niños admitidos en el hospital de Viena. Esta descripción lo llevó a identificar una nueva patología infantil a la que llamó "psicopatía autista". Las características clínicas más relevantes para esta patología eran las siguientes (Wing L, 1998):

1. La manifestación de la patología inicia aproximadamente a los tres años de edad o inclusive en edades más avanzadas.
2. El desarrollo lingüístico es adecuado y con frecuencia avanzado de acuerdo con lo esperado para su edad.
3. Se observan deficiencias en la comunicación pragmática.
4. Frecuentemente se detecta retraso en el desarrollo psicomotor al igual que torpeza

en la coordinación motriz.

5. Incapacidad para la reciprocidad social y emocional.

6. Se observan dificultades en la comunicación no verbal.

7. Presencia de comportamientos repetitivos, así como intereses obsesivos idiosincrásicos.

8. Existencia de estrategias cognitivas sofisticadas y pensamientos originales.

9. Pronóstico favorable en cuanto a la integración social.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSMIV-TR, las características esenciales de este trastorno son la presencia de conducta, intereses, y actividades restringidas y estereotipadas.

El trastorno puede generar déficit sociales, laborales y en otras áreas importantes de actividad del paciente.

No se observa retraso significativo ni alteraciones en la adquisición del lenguaje, aunque pueden encontrarse afectados aspectos más sutiles de la comunicación social.

En cuanto a los síntomas y trastornos asociados se encuentran torpeza motora, hiperactividad, inatención, y trastornos mentales incluyendo trastornos depresivos.

Habilidades Sociales.

La evolución ha dotado a los humanos de herramientas excelentes para la convivencia, herramientas que les permiten

comunicar y compartir sus deseos, emociones, sentimientos, y conocimientos, todo aquello que constituye la riqueza de la persona. Podemos decir que cada ser humano llega al mundo dotado de un conjunto de herramientas sociales.

Son unas habilidades que están tan dentro de cada cual, son tan naturales, que se hace difícil apreciar la maravilla que representan.

Como muchas otras cosas, estas cualidades sólo se aprecian cuando se echan en falta, y es lo que pasa en el caso del autismo. En realidad, si tuviésemos que resumir en un solo rasgo la principal carencia que padece la persona con un TEA —y que precisamente es lo que da nombre al autismo—, éste es la ausencia de las herramientas sociales. No se trata de que la persona con TEA no desee el contacto con los demás, lo que sucede es que le faltan las herramientas necesarias, especialmente la comunicación.

Para un niño o niña con TEA en edad escolar la comunicación suele limitarse al lenguaje verbal utilitario. Es incapaz de captar las insinuaciones, las deducciones por el contexto, las ironías, las metáforas, los dobles sentidos, las intenciones, los motivos, las bromas, las mentiras, los sentimientos que desprenden, los estados de ánimo, la reclamación de atención, el deseo de compartir sensaciones.

Con los años, dependiendo de la propia experiencia y de la ayuda que haya podido recibir, el paciente con TEA aprenderá a interpretar algunos

de estos significados, pero lo hará aplicando el intelecto lógico, deduciéndolo a partir de situaciones vividas, y no por la intuición natural como lo hace el resto del mundo.

Pero además, la mayor parte de la comunicación humana se produce de manera no verbal: los gestos, las miradas, las acciones, la sintonía de las posturas; o las modulaciones de la palabra: el tono de voz, el ritmo, los silencios; y todo esto dentro de un contexto de convenciones sociales que se supone que son de conocimiento general, y sin los cuales no resulta posible una correcta interpretación del mensaje.

El niño o niña con TEA no capta ninguna de estas señales. Está perdido en un mar de ruido —de sonidos, de acciones— en el que intenta navegar sin hundirse. La única solución la encuentra en el aislamiento. Sólo participará si puede explicar los conocimientos concretos que le interesan —que precisamente no suelen interesar mucho a los demás.

Funciones Ejecutivas.

El término funciones ejecutivas básicamente se refiere a "...la habilidad para prepararse para la realización de conductas complejas y su ejecución, que incluye la planeación, inhibición, flexibilidad mental, y la representación mental de tareas y metas" (Ozonoff S, McMahon E, 2000).

Las funciones ejecutivas representan acciones de alto nivel neurológico, las cuales se encuentran involucradas en el control voluntario consciente, así como en la conducta orientada a

metas futuras.

Típicamente se utilizan para la resolución de problemas poco frecuentes que incluyen operaciones mentales como planeación, atención sostenida, atención alterna, inhibición de respuestas inadecuadas prepotentes adquiridas, y memoria operativa de trabajo (memoria que permite que una cierta cantidad de información guíe la conducta y retenga el proceso y la meta de ésta).

A la patología de las funciones ejecutivas se le ha llamado disfunción ejecutiva o déficit de las funciones ejecutivas. Ésta ha sido encontrada consistentemente en las personas que padecen algún trastorno del espectro autista, sin importar la edad ni el nivel de funcionamiento. El déficit en las funciones ejecutivas explica en cierto grado las conductas repetitivas y rígidas, así como la incapacidad para el establecimiento de relaciones sociales, en vista de que éstas requieren flexibilidad mental, evaluación inmediata, y selección de respuestas apropiadas hacia información multidimensional. También explica las dificultades para entender la causalidad psicológica, las intenciones, los estados mentales propios y de otros, predecir y anticipar conductas, y entender y diferenciar las creencias y perspectivas del otro.

Integración Sensorial.

La integración sensorial es pieza clave en el desarrollo de la mente, el cerebro, y el cuerpo, es decir, se trata de la organización de las sensaciones para su uso.

Kung – fu como complemento en la terapia de trastornos del espectro autista

Los sentidos informan del entorno a través de las vías sensoriales, las cuales llegan directo al sistema nervioso central, en donde las sensaciones se perciben, se localizan, se asimilan, se organizan y se responde a estas.

El término de integración sensorial se refiere a la habilidad para integrar la información recibida no sólo de los cinco sentidos usualmente conocidos (llamados sentidos lejanos); sino también de los sentidos cercanos: el tacto o lo que se siente por medio de la piel (tacto, temperatura y movimiento), el sentido propioceptivo (lo que se siente a través de la posición), movimiento de músculos y articulaciones (esencialmente el espacio donde nuestro cuerpo se encuentra, y donde estamos en relación con la gravedad), y el sentido vestibular (información que el oído interno manda al cerebro en cuanto a equilibrio, posición corporal, gravedad y movimiento). En el caso de los trastornos del espectro autista, se ha observado que existe disfunción en la integración sensorial generada por una inconsistencia perceptual de base.

Teoría de la integración sensorial.

La Teoría de la integración sensorial fue creada para abordar problemas de aprendizaje en los niños. Se trata, más que de una técnica específica, de un enfoque terapéutico. Su creadora fue la doctora Jean Ayres, terapeuta ocupacional estadounidense, que formuló dicha Teoría de la integración sensorial a partir de sus propias investigaciones y estableció también la evaluación y el tratamiento de las disfunciones

de integración sensorial.

Ayres define la disfunción de integración sensorial como un mal funcionamiento de la organización de la información dentro del S.N.C., el cual no consigue organizar los impulsos sensoriales para poder darle al individuo una información adecuada y precisa sobre él mismo y su ambiente. Esta disfunción suele reflejarse en el comportamiento y en la coordinación motora.

Para entender esta definición, Ayres propone la siguiente analogía: el S.N.C. es como una ciudad y los impulsos nerviosos son como la circulación de los vehículos por sus calles. Un buen proceso de integración sensorial permite una circulación fluida y que todos lleguen a su destino rápidamente.

Una disfunción de la integración sensorial es un tipo de atasco en el cerebro. En la disfunción de integración sensorial, parte de la información sensorial queda atrapada en el atasco y algunas partes del sistema nervioso no reciben la información que necesitan para poder realizar su trabajo.

Es importante distinguir entre las disfunciones de integración sensorial y otras condiciones que pueden causar problemas de aprendizaje. Una disfunción de la integración sensorial es un mal funcionamiento y no una ausencia de función. Por ejemplo, la persona ciega no recibe información visual, lo cual es una ausencia de función. Una lesión en la parte del S.N.C. que dirige los músculos causa un problema neuro-muscular, lo cual no es una disfunción de integración

sensorial. Las disfunciones de la integración sensorial no son siempre la causa de los problemas académicos existentes, que pueden deberse a múltiples motivos como, por ejemplo, a una vida afectiva perturbada.

Según Ayres, las causas de disfunción de la integración sensorial podrían ser las siguientes: problemas durante el parto, factores hereditarios y químicos o bien una falta de estimulación sensorial. Los síntomas son la hiperactividad y la distracción, problemas de lenguaje, problemas de comportamiento, ligeros problemas de coordinación y de control postural y problemas de aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas).

La Teoría de la integración sensorial aplicada a niños que padecen este problema se basa en el hecho de que los estímulos vestibulares (los relacionados con el movimiento), los propioceptivos (los relacionados con los músculos y articulaciones) y los táctiles no

son interpretados por el sistema nervioso de estos pequeños de la misma manera que lo hace el sistema nervioso de la mayoría de las personas.

Las deficiencias en el procesamiento sensorial se manifiestan frecuentemente en comportamientos de búsqueda de estímulos o de evitación de estímulos.

En ambos casos, la consecuencia es que el niño se mueve mucho, lo cual interfiere tanto en su capacidad de prestar atención como en su comportamiento, que muchas veces no es el que los demás esperan de él. Asimismo, ese procesamiento sensorial anómalo provoca que al pequeño le resulte difícil filtrar, seleccionar los diversos estímulos sensoriales que recibe.

Porque atiende en la misma medida a la sensación de la ropa sobre su piel, que al ruido de un camión en la calle o a la voz de la maestra en clase. Es decir, su cerebro no es capaz de inhibir las



sensaciones sin relevancia para atender solamente a las que la tienen.

Dentro de la teoría de la integración sensorial se recalca la importancia de un desarrollo íntegro, para lograr una mejora significativa a nivel neuronal, muchas veces apoyada la terapia en lo que son actividades de índole deportiva y/o artística que permitan al paciente desarrollar sus sentidos kinestésicos, sus habilidades motoras y propiciar una mejoría en las conexiones sinápticas.

La presente investigación busca rescatar parte de esta teoría poniendo en marcha un programa que basado en el arte marcial tradicional chino conocido como kung fu pueda mejorar, significativamente estas conexiones neuro-musculares en los pacientes con TEA.

Kung Fu.

El kung fu como arte marcial tradicional proveniente de China, cuenta con elementos

que propician un aumento de masa muscular, discriminación sensorial de los estímulos, mejoría en la frecuencia cardiaca y respiratoria, además de tener toda una base teórica de movimientos y formas que ayudan al practicante a agudizar los sentidos, reducir el estrés, esclarecer la mente y mejorar la calidad.

Programa de Kung-fu en Terapia para Pacientes TEA

Dentro del gran mar de estilos y formas que abarcan el Kung- Fu, el programa se basa en mayor parte en los fundamentos de todas estas y principalmente en el estilo Chang Guan (puño largo).

El programa está compuesto de ejercicios que fortalecen el cuerpo tales como son las llamadas "posturas", ejercicios de respiración e introducción a la meditación como son las llamadas "tensiones", además de conjuntos y técnicas que ayudan a generar conciencia corporal y memoria muscular, como son los llamados "tantuis".



Kung – fu como complemento en la terapia de trastornos del espectro autista

Posturas

La eficacia de las técnicas depende de la solidez y dominio de las llamadas posturas, estas son la base de todas las ramas de Kung- fu, dichas posiciones fortalecen las piernas, mejoran la respiración y ayudan a esclarecer la mente.

- **Ma pu (posición de caballo):**

Las piernas deben formar un semicírculo como si se estuviera sentado en un caballo, espalda recta, respiración ventral (con el abdomen).



- **Kung Pu (posición del tigre):**

El pie delantero debe coincidir la rodilla con la posición de los dedos, la pierna trasera completamente estirada, con el pie trasero mirando hacia la parte de enfrente, los puños pueden ir engatillados o enfrente, respiración ventral.



- **Ti Hou pu (posición de la serpiente):**

El centro de gravedad se recarga sobre la pierna de apoyo, mientras la otra se estira todo lo posible, ambos pies rectos en un ángulo de 45 grados, mirada hacia donde se estira la pierna.



- **Jin Ji Tu Li (posición de la grulla):**

Posiblemente la más icónica y popular de las posiciones, se eleva la rodilla hasta la altura del corazón con la punta del pie mirando hacia el piso, y la pierna de soporte totalmente recta.



- **Su Lieu Pu (posición del águila):**

Esta posición distribuye el peso del cuerpo el 70% en la pierna trasera de apoyo y 30% en la pierna delantera, así como su

guardia que consta; la mano del lado de la pierna base hace una especie de palma cóncava a la altura del corazón, la otra hace un tajo hacia enfrente completamente extendida.

Respiración

La respiración es la única función del sistema nervioso autónomo que puede ser controlada y regulada por la conciencia, por lo tanto funciona como vínculo entre la dimensión psíquica y física del ser humano; es un puente de conexión entre la mente y el cuerpo.

La respiración, su ritmo y frecuencia, está íntimamente ligada a los estados mentales y emocionales que experimentamos en la vida cotidiana: el miedo la inhibe y la bloquea, la ansiedad la acelera, la tristeza la ralentiza, el estrés la entrecorta y el cansancio físico la fuerza. Cada uno de los patrones de respiración es el resultado de un estado de ánimo. A nivel psicosomático, las emociones consiguen desequilibrar la respiración y los ritmos vitales, sin embargo, desde la perspectiva somato psíquica, la persona puede reaccionar y responder reajustando y controlando voluntariamente la respiración.

El resultado es la recuperación del equilibrio emocional que proporciona calma y sosiego.

Respiración Ventral (Abdominal)

En la respiración abdominal, también llamada diafragmática, el abdomen se hincha y se deshinchas como si fuera un globo. Es la respiración innata, original y natural del ser humano,



se puede comprobar al observar como respira un bebé en la cuna.

Biomecánica de la respiración

Respirar con calidad consiste en distender y relajar la zona del bajo abdomen en la fase de inspiración, lo que facilita al músculo diafragmático moverse hacia abajo. De esta manera los pulmones disponen de más espacio en la parte inferior, entonces los lóbulos incrementan su dilatación y expansión y por tanto la capacidad de intercambio de oxígeno y anhídrido carbónico. El bajo abdomen se contrae en la fase de espiración y el diafragma vuelve a subir.

El diafragma es el único músculo del cuerpo humano que es paralelo al suelo. Tiene forma de cúpula o de paracaídas y está formado por tejidos tanto musculares como conjuntivos. Su forma de membrana permite el movimiento hacia cualquier dirección, manteniendo propiedades de elasticidad, contractilidad y deformabilidad en cualquier sentido.

El diafragma se engarza en diferentes músculos importantes para el movimiento y que pertenecen a las principales cadenas musculares. Une la parte delantera del cuerpo con la

de atrás, compensa la diferencia de presión entre la caja torácica y el abdomen y amortigua los desplazamientos de las vísceras. La función principal del diafragma es la respiratoria pero también la amortiguadora, la lordosante, lateroflexora y rotadora, coordinadora, cinética y estática, por tanto el diafragma y el sistema muscular del que forma parte es protagonista y define la función corporal.

Tiene un orificio en medio que no es contráctil, pues su misión es deslizarse alrededor del esófago, aorta, vena cava y nervios, estructuras éstas que no pueden ser colapsados en su funcionamiento.

El ciclo de inspiración y espiración siempre se realiza por la nariz que filtra, calienta y humedece el aire, de manera suave, muy lenta, continua y silenciosa. Notamos la entrada del aire en las fosas nasales, escuchamos el sonido que genera, la sensación táctil en las aletas, sentimos su temperatura, más fresca al inspirar y más cálida al espirar, como si la nariz fuera una ventana. Notamos la temperatura del aire por contraste. Tomamos consciencia como el aire, fino e ininterrumpido como un hilo de seda sube hasta el entrecejo y baja hasta el abdomen y recorre el mismo camino de regreso. El factor clave es prestar atención, darse cuenta y ser plenamente consciente de todo este proceso vital.

Pero la principal ventaja de la respiración abdominal es su rentabilidad energética, porque en la torácica interviene el trabajo de los músculos intercostales que consumen energía para abrir

y cerrar todas las costillas de la caja. Si habláramos en términos económicos, la respiración torácica requiere invertir oxígeno y energía para que el trabajo aeróbico de los músculos intercostales puedan bombear la caja torácica para obtener oxígeno y energía que vamos a reinvertir para movilizar de nuevo estos músculos, es decir todo esto se convierte en una rueda cuyo resultado es ganancia cero o muy poca rentabilidad.

En cambio en la respiración abdominal se requiere poca inversión de oxígeno y energía para movilizar el abdomen, pues se distiende gracias a la relajación, por lo que la rentabilidad en la obtención de oxígeno y energía es elevada. La respiración abdominal es rentable, con poca inversión energética se consigue mucho oxígeno y energía.

La contracción y distensión de la membrana diafragmática tiene claros beneficios físicos dado que ejerce una masaje a los riñones, al hígado, al bazo, al páncreas, así como a los órganos digestivos favoreciendo el movimiento peristáltico y la función de asimilación, también ayuda a un mejor funcionamiento del tránsito intestinal al estimular el intestino grueso, y, lo más importante es que reduce el trabajo del corazón dado que actúa a modo de bomba, o segundo corazón, sobre las venas aorta y cava en el bajo abdomen facilitando la circulación venosa hacia el corazón. El nervio neumogástrico, conocido como "vago", empieza en la caja craneal y desciende por el cuello y el tórax hasta llegar al abdomen. Recorre los sistemas cardiovascular, respiratorio y digestivo, innervando todos sus

órganos y glándulas. El nervio vago confiere sensibilidad a las mucosas respiratorias (faringe, laringe, esófago, tráquea, pulmones y bronquios) y transmite el ritmo, la fuerza y la frecuencia en la respiración. Es el nervio vago el que pone en comunicación el diafragma con el cerebro, entre psique y soma o soma y psique y transmite nerviosismo o sosiego, ira o calma.

Tipos de Respiraciones.

La respiración tonificante se aplica para activarse y energizarse en estados de apatía, desidia y pereza. La fase de inspiración es más larga e intensa que la fase de espiración, la mente se focaliza y toma plena conciencia en la inspiración.

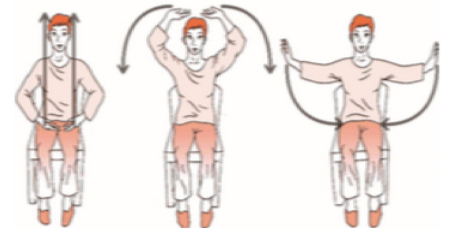
El método de tonificación consigue los siguientes efectos:

- Estimulación del Sistema Nervioso Simpático.
- Inhibición del Sistema Nervioso Parasimpático.
- Vasoconstricción periférica.
- Aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco.
- Broncodilatación.
- Segregación de neurotransmisores y hormonas adrenalina.
- Disminución del peristaltismo.
- Incremento del tono muscular
- Activación del metabolismo basal.

Este tipo de respiración, es

implementado en el programa mediante las tensiones conocidas como, pecho de hierro, alas de grulla.

La respiración equilibradora se aplica para regular las emociones y calmar la mente en nuestra vida cotidiana. Las fases de inspiración y espiración tienen la misma duración y la mente se focaliza y toma plena conciencia en el ciclo completo de respiración.

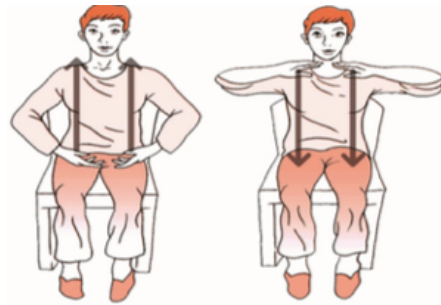


El método consigue los siguientes beneficios:

- Elimina el miedo.
- Alivia las preocupaciones.
- Disuelve la tristeza.
- Combate la depresión.
- Apaga la rabia y el enfado.
- Temple el mal carácter.
- Proporciona paz y sosiego.
- Mejora la atención y concentración.
- Afina la intuición.
- Induce la creatividad.
- Aumenta la confianza en sí mismo.
- Incrementa la autoestima.

Kung – fu como complemento en la terapia de trastornos del espectro autista

- Desarrolla el buen humor y la alegría de vivir.



Esta respiración es la más trabajada ya que también permite fijar la atención más equilibradamente y elevar los niveles de concentración.

Esta respiración se implementa en el programa a través de las tensiones; separando cielo y tierra, tigre blanco.

OBJETIVO:

Prevenir o reducir deformidades físicas, aliviar displacer e irritabilidad y generar conciencia corporal en cuanto a habilidades, capacidades y funciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó la investigación durante el período comprendido de Septiembre 2015 a Abril 2016, con una muestra 3 sujetos con trastornos del espectro autista de edades entre los 7 a los 13 años de edad, nivel socioeconómico medio bajo-medio, diagnosticados con alguno de los trastornos del espectro autista, que supieran leer y escribir.

Instrumentos: Se les evaluó por medio del Test Gestáltico Visomotor Bender, para medir sus capacidades perceptomotoras y

el Test de la Figura Humana para obtener rasgos de personalidad y autoestima.

Procedimiento: Una vez evaluados se les brindó el programa de Kung Fu desde el 8 de enero del 2016 hasta 14 de abril del 2016, en dos sesiones semanales por espacio de 2 horas y posteriormente se aplicó el Postest.

RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados obtenidos, se lograron identificar rasgos comunes entre los pacientes con TEA, como son una agresividad guardada no manifestada, dificultades en la coordinación visomotora, niveles de desarrollo visomotor bajo comparado con otros pares de su edad.

Mediante el programa basado en kung-fu, se encontró una respuesta a los estímulos vestibulares más eficiente y rápida, una mejor en las habilidades sociales, pudiendo interrelacionar mejor entre sus pares.

Paciente No. 1

DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA

CARACTERÍSTICA	1 APLICACIÓN	2 APLICACIÓN
Asimetría	X	
Manos grandes		
Figura grande		
Transparencia		
Brazos largos		
Omisión de la nariz		
Omisión del cuello		

Paciente No. 2

CARACTERÍSTICA	1 APLICACIÓN	2 APLICACIÓN
Asimetría	X	
Manos grandes	X	
Figura grande		
Transparencia		
Brazos largos		
Omisión de la nariz		
Omisión del cuello		X

Paciente No. 3

CARACTERÍSTICA	1 APLICACIÓN	2 APLICACIÓN
Asimetría		
Manos grandes		
Figura grande	X	
Transparencia	X	
Brazos largos	X	
Omisión de la nariz	X	X
Omisión del cuello	X	X

TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER

PACIENTE	PRETEST NIVEL DE DESARROLLO	POSTEST NIVEL DE DESARROLLO
Paciente 1 (12 años)	7 años 6 meses a 7 años 11 meses	8 años a 8 años 11 meses
Paciente 2 (7 años)	7 años a 7 años 5 meses	8 años a 8 años 5 meses
Paciente 3 (10 años)	5 años a 5 años 1 mes	5 años 4 meses a 5 años 5 meses

CONCLUSIONES

La autora Jean Ayres, en su teoría de la integración sensorial, marca que una mejora puede ser posible mediante la estimulación de los sentidos kinestésicos que permiten una mejor conexión de la vía sináptica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beaudry, I. (s.f.). Portal de terapia ocupacional pediátrica. Obtenido de <http://www.ibeaudry.com/s5/integracion-sensorial/>

Deletrea, E. (s.f.). Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. Málaga : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España.

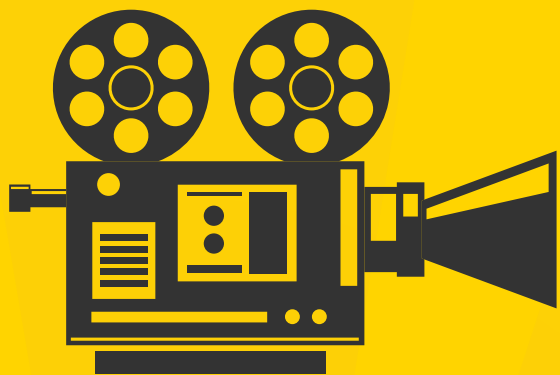
Elledge, S. (2006). The fundamentals of Shaolin Kung Fu. E.U.

Faustro, S. C. (17 de 12 de 2015). Bases del Kung Fu e Historia. (M. Treviño, Entrevistador)

Frances, A. (1995). Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. Masson.

Paredes, C. C. (2007). Trastornos del espectro autista. Ciudad de México.: Manual moderno.

Révil, S. (Dirección). (2012). El cerebro de Hugo [Película].



EVENTOS

XVII CICLO

DE CINE CRÍTICO

SHOW TIME



Título Original: La Piel Que Habito

Director: Pedro Almodóvar

País: España

Año: 2011

Género: Drama, Suspenso

Reseña: Robert Ledgard (Antonio Banderas) es un eminente cirujano plástico que realiza sus experimentos en su clínica privada, El Cigarral. Desde que su mujer y su hija murieran, vive obsesionado con la creación de un nuevo tipo de piel, al que ha denominado G.A.L. La comunidad científica no permite esos experimentos, pero él, de forma clandestina, ha seguido realizándolos por su cuenta gracias a una cobaya, una joven, Vera (Elena Anaya) la que mantiene retenida y que se ha convertido en el centro de su vida. Pero Vera oculta un secreto y quiere venganza por todo lo que el doctor Legrand ha hecho con ella. Los dos viven encerrados en la mansión del cirujano junto a la servil Marilia (Marisa Paredes) que es en realidad la madre de Robert. El equilibrio del trío protagonista se verá alterado cuando una tarde de carnaval se presente en la casa otro de los hijos de Marilia, Zeca (Roberto Álamo), disfrazado de tigre, arrollando por donde pase y creando confusión en el delicado microclima de relaciones que se ha establecido. A partir de ese momento, nada volverá a ser lo mismo para ninguno de ellos.

Tópicos analizados: Duelo, Manipulación, Identidad, Trastornos psicológicos, Cambio de sexo.



Título Original: Crash

Director: Paul Haggis

País: Estados Unidos

Año: 2005

Género: Drama

Reseña: El descubrimiento del cuerpo de un hombre brutalmente asesinado en una cuneta hará que las vidas de varias personas se entrecrucen en Los Ángeles. Un policía veterano y racista (Matt Dillon), su compañero novato e idealista (Ryan Phillippe), una ama de casa de tez clara (Sandra Bullock) esposa del fiscal del distrito (Brendan Fraser), un tendero persa, una pareja adinerada de afroamericanos (Thandie Newton y Terrence Howard).

Tópicos analizados: Racismo, Estereotipos, Ignorancia, Esperanza.

Here come the grandparents...

There go the rules.



Billy
CRYSTAL Bette
MIDLER



Marisa
TOMEI Tom
EVERETT SCOTT

PARENTAL GUIDANCE

TWENTIETH CENTURY FOX AND WALDEN MEDIA PRESENT A CHERNIN ENTERTAINMENT AND FACE PRODUCTIONS, INC. PRODUCTION "PARENTAL GUIDANCE" BILLY CRYSTAL BETTE MIDLER MARISA TOMEI TOM EVERETT SCOTT DALEE MADISON COSTUME DESIGNER JULIA MICHELS EXECUTIVE PRODUCERS MARIS SHARANN JIM KENT DEVIDA EXECUTIVE PRODUCERS DAVID J. BOMBA DIRECTOR OF PHOTOGRAPHY DEAN SEMLER, A.C.S. / ASC EXECUTIVE PRODUCERS KEVIN HALLORAN BOXING DAY PRODUCED BY BILLY CRYSTAL PETER CHERNIN DYLAN CLARK WRITTEN BY WILSA ABBADO & JOE SYRACUSE DIRECTED BY ANDY FICKMAN

Título Original: Parental Guidance

Director: Andy Fickman

País: Estados Unidos

Año: 2012

Género: Comedia

Reseña: El abuelo de la vieja escuela Artie (Billy Crystal), acostumbrado a estar siempre al mando, encuentra a su par cuando él y su esposa Diane

(Bette Midler), a quien le encanta complacer a los demás, aceptan cuidar a sus tres nietos cuando sus padres hiperactivos como helicópteros (Marisa Tomei, Tom Everett Scott) salen a trabajar. Pero cuando los problemas del siglo 21 chocan con los métodos de la vieja escuela de Artie y Diane de reglas estrictas, mucho amor y juegos anticuados, es aprender a ser flexible - y no mantenerse firme - lo que hace que una familia se mantenga unida.

Tópicos analizados: Modelos de Paternidad, Estilos de crianza, Niños sobreestimulados, Influencia de los abuelos en la crianza de los hijos.

CELEBRACIÓN DEL DÍA DEL PSICOLOGO



CONFERENCIA:

Depresión infantil

Dr. Ademar Silva

Echeveste



CONFERENCIA:

Asociación Dr. Sonrisas



TALLER:

Desconectándome de lo

virtual conectándome

con mis emociones

Lic. Lorena Juárez Orta

ANÁLISIS DE LECTURA POR LA LIC. LORENA JUÁREZ ORTA MTI

Nombre del libro: Terapia de Juego

Nombre del autor: Virginia M. Axline

País: México, D. F.

Editorial: DIANA

Año: Última edición Mayo 2001

I Abstract

Virginia Axline nos muestra en su libro "Terapia de Juego" que para los niños es fundamental el juego como terapia, ya que les permite entrar en una experiencia que les brinda la oportunidad de realizar prácticas para la vida diaria en un espacio seguro, liberador. Se da énfasis a la terapia de juego no directiva que permite la liberación del menor para que logre el reconocimiento del sí mismo en un espacio sin barreras y de acogimiento.

Dentro del proceso no directivo, la piedra angular es la relación que el terapeuta establece con el niño. Virginia demuestra que con sencillez y franqueza se puede establecer un vínculo amigable donde el proceso parte para que sea fructífero y es así como los casos de niños presentados desde el primer momento, logran sentir la confianza o el vínculo necesario para tenderle la mano y dirigirse al cuarto de juegos aún sin conocerle. El ser amigable incluye definitivamente aceptar al niño quien puede romper muchas estructuras socialmente aprobadas.

II Glosario

Aceptación: actitud del terapeuta para comprender al cliente tal como es, otorgándole la libertad de poder utilizar la hora de orientación en la manera que él considere más apropiada.

Autorrealización: impulso hacia la madurez, la independencia y la autodirección.

Cuarto de terapia de juego: es un lugar que propicia el crecimiento. Dentro de la seguridad de este cuarto en donde el niño es la persona más importante, donde él controla la situación y a sí mismo, donde nadie le dice lo que debe hacer,

nadie lo critica, nadie lo regaña ni sugiere o lo obliga y nadie se entromete en su vida privada, siente, de momento, que ahí puede extender sus alas y verse frente a frente, ya que es aceptado por completo.

Estructuración: método cuidadosamente planeado para introducir al niño en un medio de expresión personal que trae consigo liberar sentimientos y adquirir un mayor conocimiento de sí mismo.

Individuo adaptado: es aquel que no encuentra muchos obstáculos en su camino y al cual se le ha dado la oportunidad y el derecho de ser libre e independiente.

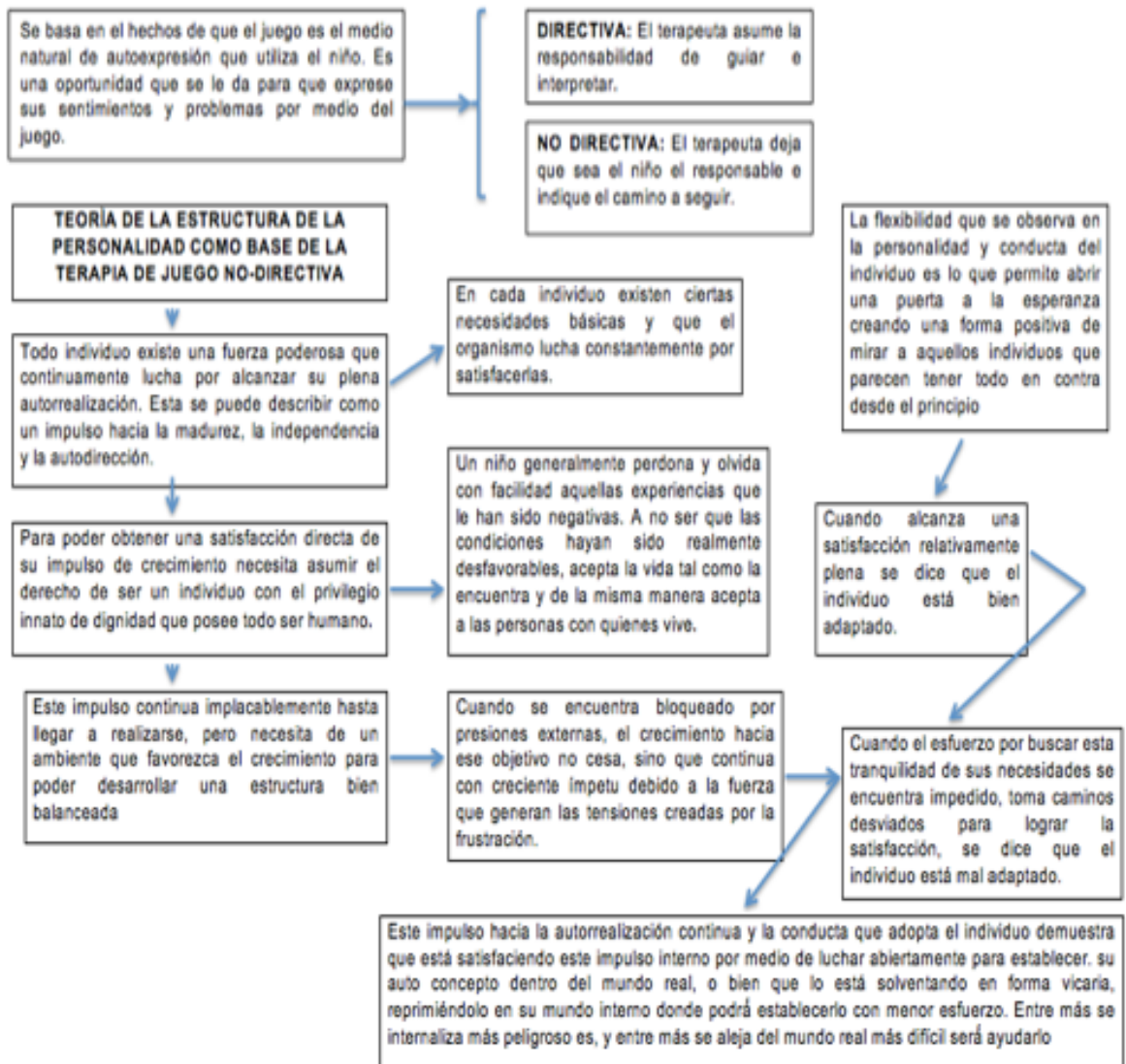
Individuo mal adaptado: es aquel que sea cual fuere la razón, le ha sido negado el derecho de obtener esa libertad sin esfuerzo.

Juguetes: constituyen el medio de expresión del niño y son materiales que generalmente son considerados como propios del niño.

Terapia de juego: es una oportunidad que se le da para que exprese sus sentimientos y problemas por medio del juego, basado en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño.

Terapia no-directiva: se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no sólo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria.

Yo verdadero: es lo que somos y nadie lo puede cambiar



TERAPIA NO DIRECTIVA

se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura.

Da "permisividad" al individuo de ser él mismo, acepta completamente su Yo sin evaluación ni presión para que cambie; reconoce y clarifica las actitudes emocionales expresadas reflejando lo que el cliente expresa. Debido al proceso mismo, ofrece al individuo la oportunidad de ser él mismo, de aprender a conocerse, de poder trazar su curso de acción abierta y francamente.

Está basada en una teoría positiva de las habilidades que posee el individuo. No limita ningún aspecto de crecimiento individual. Es una terapia abierta, activa, que comienza en la etapa en que está el individuo y permite que ésta llegue hasta donde él es capaz de hacerla.

Los distintos tipos de conducta inadaptada tales como el sonar despierto, retraimiento, compensación, identificación, proyección, regresión, represión y demás mecanismos a los que se les nombra como características de la desadaptación, parecen ser manifestaciones e los intentos del yo interno para aproximarse a la realización de su auto concepto, pero de una forma encubierta.

El individuo reacciona de una determinada forma debido a la configuración total de todas sus experiencias. Su reacción es un complejo gravoso que necesita clarificarse, ser objetivo, poder aceptarse y también desarrollar el sentido de responsabilidad para hacer algo al respecto.

TERAPIA DE JUEGO NO DIRECTIVA

- El juego constituye el medio natural de autoexpresión, por lo que el individuo seleccionará lo que es más importante para él cuando esté preparado para hacerlo.
- Es centrada en el cliente ya que él es la fuente del poder vital que dirige al crecimiento dentro de sí mismo.
- El tipo de relación que se establece entre el terapeuta y el niño, es lo que hace posible que el niño pueda revelar su Yo verdadero al ser aceptado por el terapeuta.
- Debido a esta misma aceptación, crece un poco su confianza en sí mismo y aumenta su capacidad para extender los límites de la expresión de su personalidad.
- El terapeuta es sensible a lo que el niño siente y expresa a través de sus juegos y verbalizaciones y, al reflejarle de una cierta manera estas actitudes expresadas emocionalmente, le ayuda a comprenderse mejor a sí mismo.
- Respeto al niño y cree en su habilidad para bastarse por sí solo y convertirse en un individuo más maduro e independiente si se le da la oportunidad de hacerlo.

La teoría de Carl R. Rogers es una orientación no-directiva más que una técnica es una filosofía básica sobre la capacidad humana que enfatiza la habilidad que existe en todo individuo para ser auto directivo.

Las técnicas de la terapia de juego no-directiva pueden aplicarse también a grupos, una experiencia no-directiva a la que se agrega el elemento de evaluación contemporánea de la conducta más las reacciones entre las diferentes personalidades, introduce un elemento muy realista, ya que el niño vive en un mundo con otros niños tiene que tomar en cuenta las reacciones de otros individuos y aprender a ser considerados con los sentimientos de los demás

CUARTO DE JUEGOS, MATERIALES Y EL TERAPEUTA

- La habitación debe ser adaptada contra ruidos, si eso es posible.
- Se debe disponer de un fregadero con agua caliente y fría, en la habitación.
- Las ventanas deberán estar resguardadas por enrejados o cortinas.
- Las paredes y pisos deberán ser protegidos con un material de fácil limpieza y que resista la arcilla, la pintura el agua y el constante golpeteo.

Materiales de juego que han sido utilizados con diferentes grados de éxito incluyen: botellas para alimento infantil; una familia de muñecos; una casa de muñecas amueblada; soldados de juguete; materiales domésticos de juego, incluyendo mesa, sillas, catre, cama de muñecas, estufa, vajijas de hojalata, sartenes, cucharas, vestidos de muñecas, cordel de tender, pinzas para la ropa, y cesto para la misma; una muñeca diddee; una muñeca grande de trapo; titeres; un escenario para titeres; tizas de colores; arcilla, pinturas; arena; agua; pistolas de juguete; juego de palas; mazo de madera; muñecas de papel, autos pequeños; aeroplanos; una mesa; un caballete de pintor; una mesa recubierta de esmalte para dibujar y hacer trabajos con arcilla; un teléfono de juguete; estantes; una palangana; una pequeña escoba; un trapeador; trapos; papel para dibujar; papel para pintar; periódicos viejos; papel barato para cortar; fotografías de personas, casa, animales y otros objetos; canastas vacías de bayas para hacerlas pedazos. Los juegos de damas han sido utilizados con cierto éxito.

Terapeuta: Tener habilidad para poner atención, sensibilidad y, más aun, de una excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo. Es necesario el entendimiento y un genuino interés en el niño. Debe ser permisivo y accesible en todo momento. ¡Tata con sencillez y honestidad. Posee una bondadosa paciencia y sentido del humor que relaja al niño, lo tranquiliza, y lo alienta a compartir con él su mundo interior. Es una persona madura que reconoce la responsabilidad que se le ha confiado cuando acepta el trabajo con un niño. Debe gustar de los niños y conocerlos a fondo. El terapeuta es profesional en su trato con el niño, conserva las citas con él tan puntualmente como lo haría con un adulto, no anula las entrevistas a menos que sea absolutamente necesario, no termina los contactos sin tomar en cuenta los sentimientos del niño o informarle con anticipación para que no se sienta rechazado. Tomar notas de las actividades y conversaciones que se desarrollan en el cuarto de juegos, desarrollando también su capacidad para comprender el comportamiento de los niños, así como lograr una mayor sensibilidad ante los sentimientos y actitudes que aquellos expresan en su juego. Estas notas y todos los expedientes relacionados en el transcurso de la terapia deben ser confidenciales, y cuando se discutan por razones profesionales deberán ser lo suficientemente cubiertos para que nadie se vea turbado en forma alguna.

LOS 8 PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TERAPIA DE JUEGO

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue.
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
8. El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación.



III Aporte de esta lectura a mi vida personal

Recordarme diariamente la importancia de ser congruentes para una mejor salud emocional.

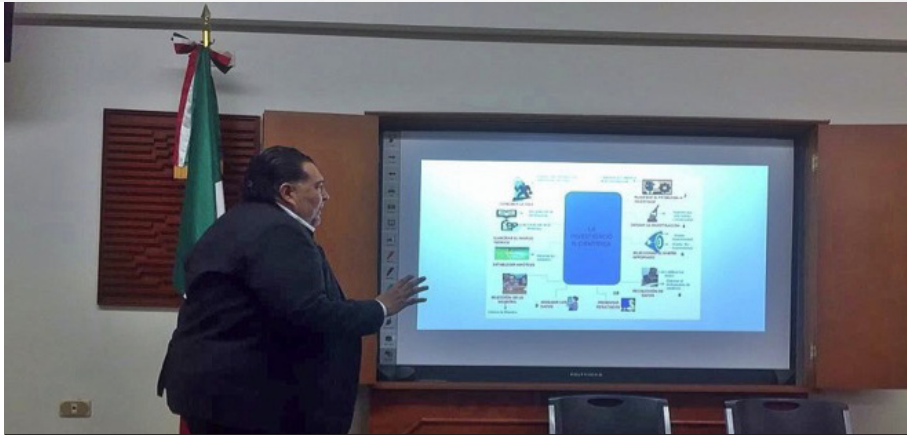
IV Aporte de la lectura a mi formación profesional

Es una herramienta útil para ayudar a los niños a encontrarse a sí mismos

GALERÍA DE FOTOS



25 de marzo 2017



29 de marzo 2017
Conferencia Lic. Javier Luna.



29 de marzo 2017
Conferencia Lic. Javier Luna.



31 de marzo 2017
Exposición de réplicas de investigación por alumnos de 5to cuat. de psicología.



18 de abril 2017
Participación de los alumnos de 2do cuat. en el 1er concurso de habilidades y competencias sociales.



18 de abril 2017
Participación de los alumnos de 2do cuat. en el 1er concurso de habilidades y competencias sociales.



20 de abril 2017
Participación de los alumnos de 2do cuat. en la expoemprendedores.



20 de abril 2017

Participación de los alumnos de 2do cuat. en la expoemprendedores.



20 de abril 2017

Participación de los alumnos de 2do cuat. en la expoemprendedores.



20 de abril 2017

Participación de los alumnos de 2do cuat. en la expoemprendedores.



8 de junio 2017

Participación de la lic. rosa minerva moreno martínez me. con la conferencia "sexualidad para padres de niños especiales.



8 de junio 2017

Participación de la lic. rosa minerva moreno martínez me. con la conferencia "sexualidad para padres de niños especiales.



29 de junio 2017

Participación de la lic. clara del c. rodríguez cabriales en el programa "tocando vidas" hablando sobre "los retos de la familia"



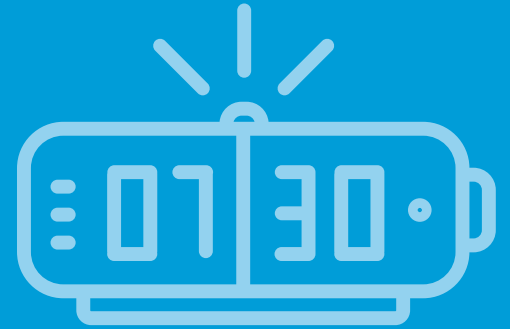
HECHO PARA
TRIUNFAR
HECHO EN ICEST



SIGUIENDO A NUESTROS
EGRESADOS

LIC. MARÍA CECILIA SAUCEDO GONZÁLEZ
COORDINADOR DE TUTORIAS DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DEL ICEST
GENERACIÓN 2010 - 2013





Paradigma

Publicación para y de la Facultad de Psicología

Creciendo como Comunidad

<http://www.icest.edu.mx/paradigma>

