



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Evitación experiencial en la crianza en cuidadores de niños con TEA”

Tesis para obtener el grado de
Maestra en Psicología

Fabiola Terrazas Domínguez
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de
Dra. Bertha Musi Lechuga

Co Dirección de Tesis
Dr. Daniel Quiñonez Meléndez

Sínodo
Dr. José Alonso Olivas Ávila- Presidente
Dra. Marisela Gutiérrez Vega- Secretaria
Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez- Vocal

Ciudad Juárez, Chihuahua, 23 de octubre del 2024



Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Instituto de Ciencias Sociales y Administración
Departamento de Ciencias Sociales
Maestría en Psicología

“Evitación experiencial en la crianza en cuidadores de niños con TEA”

Tesis para obtener el grado de
Maestría en Psicología

Fabiola Terrazas Domínguez
Becada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Bajo la dirección de
Dra. Bertha Musi Lechuga

Co Dirección de Tesis
Dr. Daniel Quiñonez Meléndez

Sínodo

Dr. José Alonso Olivas Ávila- Presidente
Dra. Marisela Gutiérrez Vega- Secretaria
Dra. Sarah Margarita Chávez Valdez- Vocal

Ciudad Juárez, Chihuahua, 23 de octubre del 2024

*A mi familia, en especial a mis
pequeños Iván y Sebastián.*

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Doctora Bertha Musi-Lechuga y mi co-director, el Doctor Daniel Quiñonez-Meléndez, quienes, a pesar de la distancia, el poco tiempo y las adversidades, pudieron otorgar su guía, invaluable apoyo y conocimiento en esta investigación.

A mis docentes, con quienes cursé las horas de trabajo que lograron nutrir las bases para el desarrollo de este trabajo, especialmente a las Doctoras Marisela Gutiérrez-Vega y Ana Del Refugio Cervantes-Herrera, por darme más del tiempo indicado, apoyo, paciencia, su sabiduría y espacio.

A mis compañeros y compañeras que lograron hacer el transcurso de estos dos años de maestría algo ameno, agradable y llevadero, así como por su apoyo, contención y todas las risas. Los llevo conmigo siempre.

A mi familia y mi pareja Alec Briones, por motivarme a seguir superándome, por darme su apoyo incondicional y levantar los ánimos cuando sentía que no podía más.

ÍNDICE

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Evitación experiencial en la crianza en cuidadores de niños con TEA	9
Definición y manifestaciones de la conducta disruptiva en el TEA	10
Principales retos para los cuidadores	14
TEA, crianza y modelos terapéuticos	16
Carencia en las habilidades de crianza y evitación experiencial	17
Terapias contextuales	19
La terapia de aceptación y compromiso (ACT), fusión cognitiva y evitación experiencial.....	20
Flexibilidad psicológica	21
Hexaflex	22
Aceptación	23
Defusión cognitiva	23
Yo como contexto	24
Atención flexible al presente	24
Valores	24
Compromiso de la acción	25
Aplicaciones prácticas de la ACT.....	27
Terapia de aceptación y compromiso como una propuesta para la evitación experiencial en la crianza	27
Intervenciones basadas en ACT para cuidadores	28

Objetivos e hipótesis	31
Objetivo General	31
Objetivos específicos.....	31
Hipótesis.....	31
Método	32
Diseño de intervención	32
Participantes	32
Criterios de inclusión.....	32
Criterios de exclusión.....	32
Escenario.....	32
Instrumentos.....	33
Cuestionario de aceptación parental (6-PAQ)	33
Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II)	33
Aspectos éticos para considerar	34
Procedimiento	35
Resultados	42
Pilotaje	42
Intervencion	44
Discusión	47
Conclusiones	51
Referencias	53
Anexos	61

EVITACIÓN EXPERIENCIAL EN LA CRIANZA EN CUIDADORES DE NIÑOS CON TEA

Resumen

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es conocido por ser un trastorno del neurodesarrollo con ciertas deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción en diversos contextos, patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Se estima que entre el 50% y 70% de la población de personas con TEA son propensas a presentar irregularidades relacionadas con el desarrollo.

Esto para los cuidadores implica distintas consecuencias a nivel emocional, iniciando por eventos considerados críticos durante el diagnóstico y cambios drásticos en el estilo de vida. El hecho de no tratar la condición psicoemocional de los cuidadores puede generar dificultades internas que les imposibiliten ejercer la crianza de manera adecuada, lo que genera en el individuo una necesidad de evadir la situación, que se conoce como evitación experiencial en la crianza.

Para ello se llevó a cabo una intervención con el objetivo de establecer el efecto de un programa de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso dirigido a la disminución de la evitación experiencial en la crianza. Se concluye que la intervención desde el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso para cuidadores de menores con autismo de Lozano-Segura et al (2017) fue adaptada y aplicada con éxito en población mexicana y se encontró un índice significativo ($z = -2.201$, $p = .028$) en la disminución de la evitación experiencial en la crianza y una disminución estadísticamente significativa en la variable de evitación experiencial, ($z = -2.394$, $p = .017$).

Palabras clave: Evitación experiencial en la crianza, Terapia de Aceptación y Compromiso, Trastorno del espectro autista, Crianza.

Experiential Avoidance in Parenting in Caregivers of Children with ASD

Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is known to be a neurodevelopmental disorder with certain persistent deficiencies in social communication and interaction in various contexts, restrictive and repetitive patterns of behavior, interests or activities. It is estimated that between 50% and 70% of the population of people with ASD are prone to development-related irregularities.

For caregivers, this implies different consequences on an emotional level, starting with events considered critical during the diagnosis and drastic changes in lifestyle. Failure to treat the psychoemotional condition of caregivers can generate internal difficulties that make it impossible for them to parent appropriately, which generates in the individual a need to evade the situation, which is known as experiential avoidance in parenting.

For this, an intervention was carried out with the objective of establishing the effect of an intervention program based on Acceptance and Commitment Therapy aimed at reducing experiential avoidance in parenting. It is concluded that the intervention from the Acceptance and Commitment Therapy model for caregivers of minors with autism by Lozano-Segura et al (2017) was adapted and applied successfully in the Mexican population and a significant index was found ($z = -2.201$, $p = .028$) in the decrease in experiential avoidance in parenting and a statistically significant decrease in the experiential avoidance variable, ($z = -2.394$, $p = .017$).

Keywords: Experiential avoidance in parenting, Acceptance and Commitment Therapy, Autism spectrum disorder, Parenting.

Keywords: Experiential avoidance in parenting, Acceptance and Commitment Therapy, Autism spectrum disorder, Parenting

Evitación experiencial en la crianza en cuidadores de niños con TEA

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo el cual se presenta aproximadamente en 1 de cada 100 niños a nivel mundial (Organización mundial de la salud, 2022). Si se compara con las cifras de los estadísticos de 2010, donde la incidencia era de 1 de cada 166, se puede observar una notable tendencia al aumento de casos. Además de que en la actualidad es evidente que existe un aumento en la demanda de atención médica, psicológica y nutricional para esta población (Ramírez, 2013). Hasta 2016 se corrobora que en México la población de personas con TEA corresponde al 0.87%, es decir que al menos 1 de cada 115 niños en México está diagnosticado con TEA (Fombonne, 2016).

El TEA ha sido ampliamente explorado en múltiples ramas de la salud, actualmente existe evidencia que indica que el TEA es en parte de origen multifactorial, por un lado, se han encontrado indicios genéticos que tienen coincidencias en algunos grupos de individuos con esta condición. Así mismo también existen coincidencias ambientales dentro del desarrollo en esta población, lo que genera distintos niveles de severidad, por lo que su detección tiene variaciones distintas de caso a caso (Celis y Ochoa, 2022; Oviedo et al, 2015). Así mismo, se sabe que al menos el 25% de los niños con TEA, presentará alteraciones significativas en ámbitos evolutivos en algún momento de su vida (Forteza et al., 2013). Por lo tanto, las diferentes dificultades que presentan las personas con TEA, suelen ser resultado de la alteración de múltiples procesos cognitivos, tales como la integración de imágenes mentales, el uso de la imaginación, abstracción y simbolización. Lo que puede desembocar en una dificultad adaptativa en las conductas necesarias para el desarrollo de habilidades sociales, emocionales o de autorregulación (Reynoso et al., 2017; Vaca, 2015).

Aunado a esto, es importante agregar que el TEA podría no ser detectado sino hasta un momento en específico, donde la demanda del ambiente manifieste las necesidades relacionadas con el trastorno, por ejemplo, limitaciones en la autonomía, comunicación, entre otras (Canal et al., 2006; Hervás, 2022). También resulta importante resaltar que el TEA, como su nombre lo indica, es un espectro, esto se establece en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), dicha característica indica, que el TEA se manifestará en umbrales diferentes de persona a persona, por lo que no es característico por una serie de cualidades únicas en todos los casos. Sin embargo, algunas de las principales afecciones visibles de este trastorno son, dificultad para desarrollar habilidades relacionadas a lo socioemocional o a la interacción social recíproca, así como patrones conductuales repetitivos y restrictivos, los cuales son evidentes en la rutina e intereses de las personas con TEA.

Definición y manifestaciones de la conducta disruptiva en el TEA.

Hervás y Rueda (2018) afirman que en un rango del 50 al 70% de la población de personas con TEA son propensas a presentar irregularidades relacionadas con el desarrollo, ya que las comorbilidades relacionadas a los problemas de salud mental o problemas de conducta son frecuentes en estos individuos. Dentro de las dificultades conductuales más complejas que pudiera manifestar un niño con TEA se pueden encontrar las conductas disruptivas, las cuales se definen como un proceso que irrumpe en las dinámicas sociales y que exige el cumplimiento inmediato de la demanda a través de procesos que podrían llegar a ser agresivos (Castillo y Grau, 2016).

Existen tres clasificaciones distintas de conducta disruptiva, primeramente, se describen las conductas destructivas, las cuales son aquellas relacionadas a las autolesiones, agresiones a

los demás y destrucción de la propiedad. También existen las conductas interferentes, las cuales se relacionan con la obstrucción u obstaculización de los procesos de aprendizaje, tal como gritar, risas y entre otra variedad de sonidos, tirarse al suelo, llorar, entre otros. Por último, se encuentran las conductas restrictivas, las cuales le impiden al individuo utilizar las oportunidades normalizadas de su contexto, esto se relaciona principalmente con la falta de interacción con fenómenos naturales de su ambiente, por falta de interés o por el excesivo interés en cosas opuestas, se caracterizan por tener componentes compulsivos (Castillo y Grau, 2016).

Una característica de interés de las conductas disruptivas es la disminución del juicio en las acciones o en las consecuencias de éstas, por lo que, puede haber múltiples afectaciones. Algunas de las más significativas son la exclusión de grupos sociales, esto debido a que la conducta se percibe como un fenómeno que altera el orden normal de la interacción entre individuos. De aquí, se generan dificultades que podrían incurrir con el desarrollo, el aprendizaje y la socialización (Emerson, 1995). Así mismo también hay eventos que atentan contra la integridad física y emocional de los individuos que rodean a la conducta disruptiva, y es que se aproxima que dentro del medio donde se desarrolla la conducta, habrá una alta posibilidad que esta incremente no solo las veces que se presenta, sino la intensidad y duración de los episodios (Freidin et al, 2005). Sí se contextualiza esta información en el hecho de que existen conductas de tipo destructivo, entonces el desenlace no se vuelve muy prometedor, ya que el desarrollo de conductas disruptivas podría implicar el uso de comportamiento verbal hostil, mordidas, golpes, patadas, rasguños, heridas, fracturas, traumatismos, entre otros. En casos donde se llega a los extremos de estas situaciones, se han encontrado consecuencias relacionadas con la hospitalización, necesidad de rehabilitación física o consecuencias permanentes como ceguera, daño neuronal agudo e incluso muerte (Gómez y Cuña, 2017; Ramírez, 2015).

Por lo tanto, se estima que las circunstancias que pueden detonar la conducta disruptiva pueden llegar a ser eventos cotidianos que representen cambios en la rutina de la persona o en la manera en la que esta interactúa. En algunos otros casos también es relativo a cuestiones internas del individuo, tales como la presencia de malestar o dolor y la incapacidad de manifestar de manera más adaptativa lo que le ocurre (Tamarit, 2005).

Así mismo, la conducta disruptiva no tendrá limitaciones de tiempo y espacio en el momento del surgimiento, es decir, que la persona no considera estos elementos en la ejecución del acto, sino que la conducta solo surge si los detonantes se presentan. Dichos detonantes pueden tener lugar en la escuela, la casa, el centro comercial, el auto o cualquier espacio donde se presente una demanda que no se pueda cumplir, ya sea no obtener algo que desea, como dulces o premios, o donde se dé una demanda que la persona no desee llevar a cabo, tal como comerse los vegetales o guardar los juguetes. Bajo esta lógica, los detonantes aguardan en un sinnúmero de situaciones cotidianas, lo que implica que este proceso puede presentarse múltiples veces a lo largo de un solo día (Ison, 2001; Ison-Zintilini y Morelato-Giménez, 2008).

Según Skinner (1970), es necesario analizar el contexto y la totalidad del proceso conductual para comprenderlo, y así lograr generar estrategias de cambio para los mecanismos y que estos se vuelvan un proceso funcional para el individuo. En este caso, ese proceso irá de la mano no solo con el individuo que la ejecuta, sino con la manera en la que el ambiente donde se desarrolla interactúa con estos comportamientos, ya que lo que vuelve efectivo el desarrollo de la conducta disruptiva, estará directamente relacionado con los reforzadores que obtenga de esta interacción, y no dependerá tanto de que tan adaptativa sea, tanto para el individuo que genera la conducta como para los componentes de su entorno.

Por lo tanto, el ambiente estará compuesto por aquellos individuos que presencian la conducta disruptiva, es importante conocer que las percepciones y acciones que estos desarrollen a partir de su convivencia con este evento, influirá directamente con los resultados de toda la dinámica que involucra la conducta disruptiva y su adquisición como herramienta de comunicación. Es decir, entre más situaciones logre resolver el individuo a través de la conducta disruptiva, más dependerá de esta como una herramienta usual en su día a día (Skinner,1975). Aunado a la adquisición, también se encuentra el proceso de generalización de la conducta, donde la persona proyectará esta dinámica para resolver más de una situación, es decir que es altamente probable que se tengan eventos relacionados, con la autolesión, lesión a otros, evitación e interrupciones constantes en más de una situación, aunque no se relacionen entre sí. También es importante considerar que algunos estudios sobre conducta disruptiva indican, que es un fenómeno que tiende a aumentar su intensidad, es decir, que el individuo buscará potenciar la efectividad de su estrategia cuando esta no del resultado esperado, lo que puede generar situaciones de riesgo, tanto para la persona que desarrolla la conducta disruptiva como para las que conforman su entorno (Franco et al, 2014; Ison-Zintilini y Morelato-Giménez, 2008).

Por lo tanto, resulta muy importante contemplar las consecuencias en la salud mental que genera la diaria convivencia con la conducta disruptiva. Por lo que, resulta conveniente analizar lo que ocurre a los cuidadores primarios en estas circunstancias, ya que existen estudios que señalan que el cuidado de una persona que cursa con alguna condición crónica y dificultades conductuales, podrían generar un desgaste considerable, conflictos con los miembros del grupo familiar, así como otras consecuencias considerables en la salud física y mental del cuidador (Villavicencio et al., 2020).

Principales retos para los cuidadores de niños con TEA.

Durán-Bouza et al (2011) afirman que aproximadamente el 74% de los cuidadores principales experimentan cambios de impacto e importancia considerable en más de un ámbito vivencial, esto como resultado de criar a una persona con TEA. Por lo que el primer reto que se encuentran los cuidadores es la adaptación a su nuevo estilo de vida una vez que se convierten en padres o madres. Las investigaciones señalan que las familias donde existe al menos un integrante con TEA, representan un esfuerzo económico extra que las familias que no poseen integrantes con TEA. Este esfuerzo económico puede oscilar entre el 12% y el 64% adicional. A esto se agregan aún más factores, como el hecho de que estas familias dependerán en más de una ocasión de instancias de apoyo institucional formal, ya sea de área médica, nutricional, terapia psicológica, ocupacional o emocional. El principal problema con esta situación se fijará en la disponibilidad y accesibilidad de estos servicios para esta población.

Con relación a estos factores, se agregan dificultades emocionales del cuidador cuando recibe información referente a sospechas de diagnóstico, así como cuando recibe el diagnóstico en sí. La literatura indica que, para muchos cuidadores recibir un diagnóstico de autismo de uno de sus hijos es un evento crítico, donde la persona puede tener sentimientos de culpa, deformación de la percepción de las habilidades o cualidades de su hijo, rechazo de manera inconsciente, tendencias al narcisismo en la crianza y conductas relacionadas a la negación o al rechazo hacia la comunidad. Además, suelen vivir inquietudes sobre el futuro o visiones fatalistas relacionadas a cuestiones económicas, disminución de oportunidades laborales, educativas y el rechazo social (Hernández, 2014; Villavicencio et al., 2018).

En conjunto, se puede decir que la crianza de una persona diagnosticada con autismo en edad temprana representa una dificultad multidimensional para la mayoría de los cuidadores. En

investigaciones sobre el impacto en los cuidadores respecto a la crianza de menores con TEA, es posible observar niveles elevados de estrés parental crónico, los cuales se han relacionado ampliamente con la sobrecarga de trabajo que representa el cuidado diario y de larga duración, donde la severidad de la condición juega un rol importante, por lo que, si la situación no recibe intervención, la condición crónica del estrés generaría inevitablemente cuadros depresivos y ansiosos en los cuidadores (Durán-Bouza et al., 2011). Por lo tanto, criar a un menor en estas condiciones puede ser retador, y existe una alta probabilidad de que se presente un estado de estrés y ansiedad constante, el cual pudiera propiciar aún más dificultades que soluciones, ya que este proceso entorpece la cualidad para comprender la condición, lo que genera que las estrategias que podrían ayudar a mejorar la situación no sean aparentes para los cuidadores (Pérez et al., 2009).

Uno de los principales retos para los cuidadores, involucra la permanencia o instalación de conductas poco adaptativas en sus hijos, como lo es la conducta disruptiva, ya que esta tiene sus inicios en mecanismos que requieren de condiciones específicas en la crianza para su alojamiento, un ejemplo, cuidadores con niveles altos de estrés y ansiedad con poco conocimiento sobre el TEA y la conducta disruptiva, lo que genera que ejerzan técnicas poco efectivas como, ceder, gritar, o incluso violencia física ante la conducta disruptiva con tal de contener la situación, lo que resulta en una solución no muy efectiva (Castillo y Grau, 2016; Gómez, 2006; Nieves y Ausecha, 2017).

TEA, crianza y modelos terapéuticos.

A lo largo del tiempo se ha explorado como mejorar las condiciones y por lo tanto la calidad de vida de las personas con TEA a través de intervenciones psicológicas. Las primeras intervenciones donde se considera a los cuidadores como parte fundamental para el desarrollo de estas intervenciones tiene su lugar en los años 80's, donde para vigorizar las pruebas de evaluación diagnóstica se usaban métodos de observación indirecta a través de los cuidadores para analizar los rasgos más relevantes de la condición, dando como resultado las listas de comprobación, las cuales permiten complementar la información diagnóstica (Balbuena, 2007).

Este tipo de procesos dio pauta a la inclusión de la familia, principalmente cuidadores, en el desarrollo de intervenciones venideras, como la metodología de Tratamiento y Educación de Niños con Autismo y Problemas Asociados de Comunicación (TEACCH), este es un método que permite implementar alternativas de comunicación verbal, dirigiendo el proceso a pictogramas que permiten un mejor desenvolvimiento y fluidez del proceso comunicativo de la persona con dificultades en la comunicación (Sanz-Cervera et al, 2018). Dentro de estos hallazgos sobre intervencion en población de personas con TEA y sus familias, también existe el precedente del desarrollo de análisis conductual aplicado o (técnicas ABA) las cuales son un modelo ampliamente utilizado en personas con TEA, ya que se conoce su eficacia para tratar dificultades relacionadas a conductas desadaptativas, debido a que en la propuesta del modelo se consigna el aumento de conductas que provean de habilidad al individuo, es decir, conductas adaptativas, y la disminución progresiva de las conductas que perturben al individuo, sus principales elementos son los reforzadores y la extinción de la conducta (Piñeros-Ortiz y Toro-Herrera, 2012).

La inclusión de los cuidadores en el proceso, aprendizaje y aplicación de técnicas de este tipo elevó la eficacia de las intervenciones y mejoró el nivel de bienestar en los cuidadores

involucrados, trayendo en el proceso esperanza en el futuro y disminución del estrés parental (Sanz-Cervera et al., 2018). Así mismo se hizo un énfasis en la importancia que tiene para el desarrollo adecuado de las intervenciones el hecho de educar sobre la condición y además implementar prácticas adecuadas para la crianza de las personas con TEA, es decir, enfatizar los cambios que se aplican sobre aquellas variaciones que pudiera tener de una crianza tradicional o hacia una persona sin TEA (Delgado y Arias 2021).

Sin embargo, aún con todos los beneficios que otorgan estas intervenciones, existe un área que pareciera insignificante o que se invisibiliza en comparación con las intervenciones dedicadas a los procesos conductuales de los menores con TEA, esta área es la referente a aquella que genera intervenciones que proceden a tener un impacto en el estado emocional de los cuidadores y la influencia de esta en el proceso de crianza. Anteriormente se abordó la variable de estrés del cuidador y de las diferentes causas que perpetúan esta incidencia, si se analizan las intervenciones dedicadas a los menores con TEA, estas proponen adaptar las conductas de los menores por una más adaptativas, sin abordar más allá temas que podrían aumentar el impacto tal como el estado emocional de los cuidadores o la psicoeducación parental.

Carencia en las habilidades de crianza y evitación experiencial.

El hecho de no tratar la condición psicoemocional de los cuidadores puede generar dificultades internas que les imposibiliten ejercer la crianza y responsabilidades relacionadas a esta de manera adecuada, aunque reciban entrenamiento dirigido a sus habilidades parentales (Cuervo, 2010). Es decir, que se genera una dificultad para experimentar las emociones aledañas a la crianza y genera en el individuo una necesidad de evadir la situación. En cuestiones teóricas, dentro de la teoría de la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) a este fenómeno se le conoce como evitación experiencial (García et al., 2016). Esto implica, que por más efectiva que

sea la intervención conductual, si el cuidador experimenta evitación experiencial en los procesos relacionados a la crianza o al TEA, será muy probable que este evada la aplicación y generalización de los aprendizajes o estrategias de crianza, lo cual trunca el proceso de desarrollo de los menores con TEA severamente, ya que se requiere de la práctica en el contexto real para mantener los logros adquiridos (Vera-Merchán y Valdivieso-López, 2022).

Esta respuesta evitativa, pudiera no solo agudizar los problemas de conducta, sino mantener al cuidador en constante evitación o deserción de la intervención psicológica por dificultades relacionadas a la aceptación de la condición y su habilidad para gestionar las cuestiones emocionales derivadas de su propio proceso de crianza, esto debido a que la temática central de los procedimientos se direccionan en mejorar las habilidades con las que se debe de intervenir el fenómeno conductual, función que la evitación experiencial debilita (De Melo et al, 2019).

Debido a las dificultades planteadas anteriormente, se considera necesario atender a las necesidades emocionales del cuidador antes de enseñar o mostrar técnicas de crianza favorables. Ya que la probabilidad de que aprenda o aplique los conocimientos disminuye severamente si el individuo experimenta dificultades relacionadas a la evitación experiencial. Un modelo que propone la intervención oportuna de esta condición es la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes et al., (2014) la cual pertenece a la corriente conocida como terapias contextuales o terapias de tercera ola.

Terapias contextuales.

Las terapias contextuales o terapias conductuales de tercera generación son un grupo de terapias que se desarrollan en la década de los 80's, estas tienen en común la visión y la función que tiene el contexto en los pensamientos y conducta del individuo. Surge entonces un énfasis en el análisis de la conducta verbal y de cómo esta define la manera en la que el individuo se relaciona con su propia realidad, es decir, como construye sus dinámicas a través de lo que simbolizan estas acciones para sí mismo. A diferencia de las terapias cognitivas o terapias de segunda generación, las terapias contextuales buscan descomponer la alteración psicológica que ocasiona dificultades para el individuo a través de su contexto verbal (Hayes et al, 2008).

Para Zych et al, (2012) la utilidad de las intervenciones basadas en terapias de tercera ola es de gran utilidad, ya que propone que se rescatan elementos funcionales de modelos antecesores y los integra centrándose en la función que tiene el contexto en el individuo y como los elementos desarrollados como la aceptación, defusión cognitiva y perspectiva de valores se agregan permitiendo dar al individuo una visión en dirección a sus propios valores y no a como se lo dicta el ambiente.

Otros autores proponen que la funcionalidad de este conjunto de terapias se fundamenta en la filosofía de su propio contenido, ya que se solidifica en el desarrollo de la teoría del propio lenguaje del individuo y de su cognición para mejorar la percepción del yo en el entorno, permitiendo así confrontar la construcción a la que se somete la evitación experiencial y promueve tratamientos basados en investigación básica y ensayos controlados (Luciano y Valdivia, 2006).

La terapia de aceptación y compromiso (ACT), fusión cognitiva y evitación experiencial.

Hayes et al, (1999) proponen que la ACT es un enfoque multidimensional que se relaciona con el desarrollo científico entre la teoría y la práctica, es decir que permite desarrollar ejes teóricos estructurados en principios conductuales basados en el método científico y qué, además, incorpora elementos intrínsecos aledaños al humano como, el pensamiento, las emociones y hace un análisis en como estos se relacionan entre sí.

La premisa de este modelo indica que tener sentimientos y pensamientos desagradables es parte de la vida, y lo más saludable es experimentar las sensaciones en el momento sin fusionarse cognitivamente con ellas. Por lo que propone permitir un espacio de sensación plena y análisis del pensamiento y la emoción como un proceso que alude a la flexibilidad psicológica. Sin embargo, la condición patológica inicia con el establecimiento de que el ser humano evita por naturaleza lo desagradable, esto por supuesto hace inclusión a los pensamientos y emociones desagradables. A este fenómeno, se le nombró desde las etapas iniciales de la ACT trastorno de evitación experiencial, que se conoce principalmente por una disposición poco tolerante al malestar y a una búsqueda inmediata de cesar la sensación desagradable, incluso aunque este proceso le lleve a desarrollar más malestar (Luciano, 2016). Este proceso puede llevar al individuo a generar conductas anticipatorias a dichos pensamientos y emociones para contrarrestar el malestar que estas le generan. Por lo que el impacto que pudiera tener el desarrollo de esta evitación constante es un desgaste sin precedentes, por lo tanto, habrá desencadenamiento de conductas constantes de evitación y huida ante los estímulos que considere aversivos, sin considerar de manera objetiva la funcionalidad de esa conducta. El inicio de la evitación experiencial tiene lugar en un proceso conocido como fusión cognitiva (Hayes et al, 2008).

La fusión cognitiva es un proceso mediante el cual el individuo sostiene la veracidad de sus pensamientos como la única realidad y por lo tanto se fusiona con ellos, sin cuestionar el origen o la construcción de donde viene el pensamiento. Entonces el individuo pierde la capacidad para distinguir entre las narraciones construidas por su propia consciencia y por las construcciones creadas unilateralmente por el contexto, uniendo sólidamente todo en una sola visión compactada. Esto indica que existe una alta probabilidad de que el individuo siga sin cuestionamientos a constructos sociales que le son transmitidos a través del lenguaje y que están previamente establecidos y reforzados en su contexto actual, por lo que el individuo se guiará por lo que dictaminen las reglas y normas del entorno (Hayes et al, 2014).

Este proceso en general causa malestar en el individuo, ya que, en lugar de ocuparse en sus propias metas o valores, establece o rige su conducta en evitar y suprimir los sentimientos negativos, lo que puede generar sensación de estancamiento, despersonalización, depresión y síntomas ansiosos, debido a que la voluntad del ser es sometida no a su propio juicio, sino a sus temores y el control aversivo, que es dominado por la conducta de evitación y huida (Roush et al, 2019). La ACT propone que la alternativa a la fusión es la defusión y la alternativa de la evitación experiencial es la aceptación, ambos conceptos están ligados en un proceso compuesto de 6 elementos que en conjunto generan flexibilidad psicológica (Hayes, 2014).

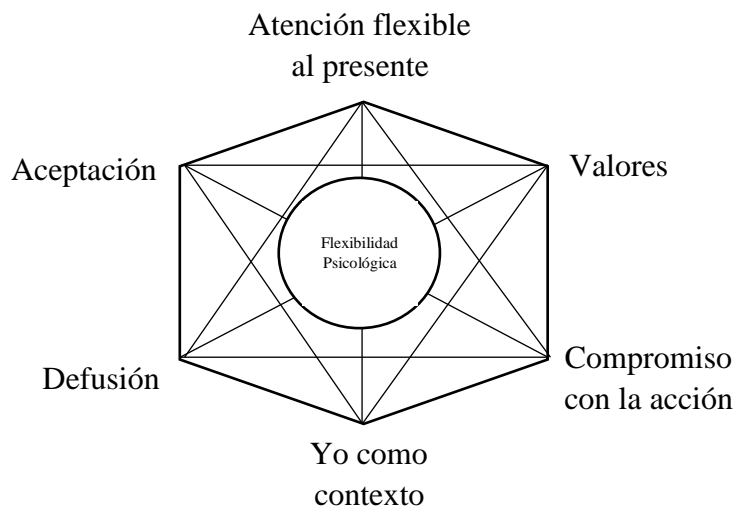
Flexibilidad psicológica.

Según Luciano (2016) corresponde a aquella función que adquiere el ser una vez que logra diferenciar los orígenes de la propia conducta, es decir, que conoce las causantes y construcciones cognitivas que detonan su actuar y es capaz de reflexionar sobre los orígenes de la manera en que funciona, al hacerlo se vuelve observador de su propio proceso conductual, permitiéndose dirigir sus conductas hacia lo que establecen sus valores, volviendo este un proceso satisfactorio en

cuestión del control de sí mismo. Para lograr este proceso, se requiere entablar habilidad en el conocimiento de seis elementos que integran a la flexibilidad psicológica, los cuales corresponden a los elementos que se postulan en el Hexaflex (Hayes et al, 1999).

Figura 1

Hexaflex.



Nota. El diagrama muestra Modelo explicativo de la flexibilidad psicología según la ACT a través de los seis elementos que la componen. Adaptado y traducido de "Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families" (p. 384), Por L. Coyne, 2011, *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20.

Hexaflex.

Bajo la propuesta de los elementos que generan flexibilidad psicológica, también devino una herramienta que se desarrolla dentro de la ACT, la cual es referente a "un hexágono cuyos vértices mostrarían los seis focos de intervención interconectados (contacto con el momento

presente, aceptación, defusión, Yo contexto, Valores, y Acciones con significado) con el objetivo de generar flexibilidad” (Luciano, 2016, p. 6).

Aunque estos elementos se desarrollan de manera individual, funcionan en unión como muestra la figura 1 ya que el proceso que da lugar a la flexibilidad psicológica se sostiene de los 6 elementos componentes funcionando a la vez, desarrollando así las habilidades competentes para la disminución de la disfunción que genera la evitación experiencial (Franqueza, 2017).

Aceptación.

Previamente se menciona que para lograr la disminución de la evitación experiencial es necesario que exista aceptación. Este proceso es la posición cognitiva de estar dispuesto a vivir las emociones sin presentar resistencia a este proceso, y comprendiendo la temporalidad del suceso, es decir, que la sensación no será eterna, sino que, al permitirse manifestarse, podrá desvanecerse una vez que cumpla su función. El proceso de aceptación implica entonces no enfocarse en cambiar la manera o la frecuencia con la que se presenta el estímulo desagradable, sino en vivirlo con la consciencia de que no es necesario controlar el evento y verlo con apertura, curiosidad y atención a lo que genera en uno mismo (Hayes et al, 2008; Luciano y valdivia, 2006;).

Defusión cognitiva.

Puede definirse como una técnica que se usa para concientizar al individuo de sus propios pensamientos y como estos impactan en él. Ya que propone que la dinámica en la que el individuo se relaciona con sus pensamientos es la clave de su propio malestar. En este punto sería necesario ilustrar este proceso con ejemplos para ampliar su comprensión. Hayes (2008) propone que cuando se presenta un pensamiento negativo y el individuo tiende a creer por absoluto que este es en efecto cierto, entonces este se ha fusionado cognitivamente con su pensamiento. La defusión es precisamente lo opuesto, es cuestionar la razón de ese pensamiento sin darlo por hecho, es saber

de dónde se construye y comprender la diferencia entre el pensamiento y la evidencia. Por ejemplo, cuando un individuo se plantea a sí mismo de manera cognitiva o verbal que es malo, este está teniendo un momento de afirmación que permite la fusión cognitiva. Un ejercicio que permitirá su respectiva defusión, tiene lugar en la función de analizar el contenido cognitivo de manera que cambie a “tengo un pensamiento de que soy mala persona”. Según la literatura, este proceso puede reducir la credibilidad de eventos que el individuo aprendió de su contexto y permite el desarrollo del análisis de las consecuencias del evento en sí mismo sin fatalizarse (Hayes, 2008).

Yo como contexto.

Este proceso se refiere a la capacidad de reflexionar uno mismo (el Yo) sobre su propio proceso cognitivo y emocional, lo que le permite interiorizar y contemplar las mejores decisiones para sí mismo (Vargas y Ramírez, 2012). Este proceso se construye a través de la experiencia y a su vez de la retroalimentación de su propio contexto, entonces a través de la conducta verbal, el individuo expresa su construcción del yo. Algo fundamental será indagar siempre en los contenidos que se establecen desde el contexto hacia el individuo y que tan apegado es a estas creencias, debido a que es posible estar en contacto constante con la propia experiencia sin fusionarse con ellas. Entre más apego presente el individuo a la visión propia por medio del exterior, menos consciente y menos control obtendrá del yo (Hayes 2015).

Atención flexible al presente.

Hace alusión a la capacidad que tiene el individuo de colocar sus procesos atencionales al momento actual sin deliberar en el pasado y el futuro cuando se estén viviendo emociones o pensamientos desagradables. La atención consciente al presente permite al individuo utilizar las herramientas de aceptación y defusión, sin esta habilidad, es bastante probable que la persona no pueda tener aceptación de la situación actual y por lo tanto no podrá defusionar los pensamientos

que vengan del mismo. Entonces, se plantea que cuando una persona piensa excesivamente en solucionar un problema que aún no se le presenta, o en las cosas que haría si algo no le hubiese ocurrido, entonces pierde momentos de presencia en el aquí y ahora, esto tiende a generar problemas para ser consciente de la propia conducta y de modificarla. Se estima que esto ocurre debido a que, en este proceso de desatención al presente, el individuo permite involuntariamente que estímulos externos tomen el control, lo que resulta en un proceso de alto costo para sí mismo. Esta habilidad se fortalece en su mayoría con ejercicios relacionados a la relajación, respiración y mindfulness (Hayes et al, 2015).

Valores.

Estos tienen la función de conformar a lo que el individuo le atribuye valor o valoración en función de sus propios intereses. Son aquellos procesos internos del individuo que definen el rumbo de la conducta, es decir aquello que refuerza la conducta del individuo internamente. La importancia de establecer los valores se dirige hacia la comprensión del desarrollo de sus propias conductas y en como estas poseen una dirección que siempre se enlaza con valores intrínsecos del individuo, si este se permite vivir fusión cognitiva, es probable que comience a orillar sus propios valores para priorizar aquellos que aquejan en los pensamientos. El clarificar los valores del individuo, le permite tomar responsabilidad por aquellas conductas que surjan, permitiéndole crear una consciencia plena del yo y dirigir así sus acciones hacia aquello que construye para sí mismo y no lo que el contexto le indica (Luciano y Valdivia, 2006).

Compromiso de la acción.

Este proceso es aquel que permite poner los valores establecidos como prioridad. Para ello su principal herramienta son las metáforas que permiten al individuo apropiarse de sus propios procesos y conductas a través de la conducta verbal, así como comprender la forma en la que el

lenguaje influye en la manera en la que percibimos y establecemos los valores centrales en el yo. Así mismo se acompaña de ensayos conductuales que permitan poner en práctica aquellos valores que no se desarrollan a causa de la evitación experiencial (Hayes, 2015; Luciano y Valdivia 2006).

Aplicaciones prácticas de la ACT.

Desde el surgimiento del modelo, se han efectuado dudas sobre la efectividad de sus técnicas y la manera en la que interviene. Desde sus inicios Hayes (1999) ha propuesto que la estructura en la que interviene la ACT es precisamente lo que le permite ser tan dinámica, ya que utiliza elementos tanto intrínsecos como extrínsecos del individuo para modificar la conducta a través de sus propias percepciones fusionadas y le enseña como moldear aquellos valores que no le son de utilidad, permitiéndole adaptarse de manera personalizada a su propio entorno.

La efectividad y la generalización de este modelo ha sido evaluado y se ha demostrado que es efectivo para intervenir diferentes condiciones psicológicas, tal como: depresión, conducta suicida, comportamiento autolesivo, estigma, abuso de sustancias, dolor crónico, ansiedad, psicosis, adicción al tabaco, prejuicio, estrés laboral, burnout, autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas o terminales (diabetes, cáncer, epilepsia, entre otras), trastorno obsesivo-compulsivo, tricotilomanía, entre otras. Esto es evidente a través de un meta-análisis donde se analizan 21 estudios controlados de manera aleatorizada donde se analiza ACT vs otros modelos de intervención, obteniendo mejores índices de mejoría con ACT en la mayoría de los casos (Hayes et al., 2008).

Terapia de aceptación y compromiso como una propuesta para la evitación experiencial en la crianza.

Recapitulando sobre los temas de crianza y como se postula que la evitación experiencial pudiera ser el elemento que falta de intervenir en algunos casos de cuidadores con dificultades en sus habilidades de crianza, es importante resaltar que el modelo se ha aplicado para situaciones de aceptación sobre condiciones que no se pueden cambiar, como su premisa lo anuncia, obteniendo resultados favorables en los pensamientos de aquellos que se desarrollan bajo el

supuesto de que alguna situación es terrible y no se puede hacer nada al respecto, tal y como se menciona previamente sobre los cuidadores que reciben diagnósticos de sus hijos.

Es posible que el hecho de que el enfoque normalice aquellas situaciones que no son siempre ideales y, además, permita dar una visión de aceptación ante el hecho de que hay malestar generado por las diferentes problemáticas que se afrontan como cuidadores, sea lo que permita acceder a un cambio a través de los valores, la aceptación y el compromiso con la situación, y lo que ayude a mejorar la situación emocional de muchos cuidadores (Barraca, 2007; Vera-Merchán y Valdivieso-López, 2022).

Intervenciones basadas en ACT para cuidadores.

En la literatura relevante a intervenciones basadas en terapia de aceptación y compromiso, existe una dirección establecida hacia diferentes problemáticas y contextos. Lo que es de importancia en este caso, es la aplicación de este modelo a familias y personas a cargo del cuidado de menores, cuyo objetivo se centre la adquisición de habilidades en la flexibilidad psicológica, lo que permitiría un mejor desenvolvimiento del núcleo familiar.

En los estudios aplicados en poblaciones conformadas por cuidadores con evidentes déficits de habilidades de crianza, donde las situaciones relacionadas al maltrato, abuso físico o negligencia eran cotidianas, la aplicación de la ACT aumentó considerablemente la adherencia al tratamiento de los cuidadores y demostró a través de resultados de evaluaciones cuantitativas, un aumento significativo en las puntuaciones relevantes al cuidado parental y al trato del menor. Además, en evaluaciones relacionadas a lo cualitativo se reflejó mejoría en la convivencia familiar, el incremento de la frecuencia de los comportamientos adaptativos de los menores pertenecientes a estas familias, y que las disminuciones de los comportamientos desadaptativos se reduce a cero durante las primeras sesiones de la intervención (Gómez et al.,2012). Aunque la población infantil

de este estudio no menciona como criterio activo en la investigación que los menores presenten rasgos de TEA o conducta disruptiva, es observable un elemento importante, y es que los participantes que rigen la crianza, a través de la intervención en ACT, logran desarrollar habilidades que, al estar presentes en el contexto del menor le permiten a éste aumentar sus conductas adaptativas y disminuir las conductas desadaptativas.

En otras intervenciones en ACT, Lobato (2021) realiza una intervención de 3 sesiones de 3 horas cada una, en una población de 151 cuidadores de menores con discapacidad intelectual, aplicando metodología de estudio descriptivo y correlacional retrospectivo. La cual se evaluó a través de cuatro cuestionarios, que permitieron determinar si existía inflexibilidad psicológica parental, lo que derivaría en una crianza inflexible. Los resultados indican que a partir de la segunda semana de entrenamiento se genera un aumento significativo de las habilidades relacionadas con el apoyo/ acompañamiento y un decremento significativo de las interacciones etiquetadas como punitivas u hostiles. Lobato asegura que la ACT es eficaz para la disminución de conductas hostiles relacionadas a la crianza y por tanto se logra apartar de la dinámica familiar la retroalimentación de la agresividad, lo que permite eliminar la replicación de conductas desadaptativas, con base en esto, propone que fuese un elemento eficaz para la disminución de la conducta disruptiva si se combina ACT con programas de modificación conductual.

La combinación de la ACT en conjunto de otros modelos cognitivos o conductuales es algo que se ha utilizado para mejorar las habilidades de crianza de los cuidadores de menores que presentan trastornos del neurodesarrollo. Existen múltiples intervenciones mixtas en las cuales es posible explorar los seguimientos a casos de menores que presentaban conductas disruptivas de alta frecuencia y se concluye que las aplicaciones de ACT en combinación con otros modelos como la terapia de interacción padres-hijos (PCIT) o el análisis conductual aplicado (ABA), ha

demostrado resultados favorables a largo plazo, específicamente en individuos a cargo de la crianza de menores con algún trastorno del cual se derivan dificultades conductuales, tal como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Opositorista Desafiante, Trastorno del Espectro Autista (TEA), Discapacidad Intelectual, entre otros. Aunque la ACT no se considera el elemento central de las intervenciones, sino un modelo adecuado para potenciar los efectos de adherencia al tratamiento, la combinación de modelos terapéuticos logró mantener a largo plazo resultados favorables, ya que la ACT les brindó a los cuidadores herramientas relacionadas con la flexibilidad psicológica, esto permite adherirse a la aplicación continua de diversas técnicas para intervenir en la contingencia emocional y conductual del menor, resultando así en una mejoría en la conducta prosocial y una reducción de las problemáticas conductuales graves a largo plazo. Consiguiendo una mejoría en la dinámica familiar no solo en los cuidadores y el menor, sino entre el niño y sus hermanos, aunque no se trabajara directamente en esta interacción (Ascanio-Velasco et al., 2018; Ferro-García et al., 2017).

Lozano-Segura et al (2017) proponen intervenir con ACT en cuidadores de menores con TEA para mejorar la convivencia familiar y escolar. Esta intervención consta de dos fases, primeramente, realizan una revisión bibliográfica, con el principal objetivo fijado en encontrar un enfoque con propiedades adecuadas para esta población, derivado a este proceso proponen que un modelo que se adecúa a las necesidades de esta población es la ACT, debido a sus conceptos basados en sentir los procesos vivenciales tal como son y no como el ideal que se forma a partir de la expectativa de convertirse en padre o madre. A raíz de esto desarrollan una propuesta de intervención de 4 sesiones, donde se propone trabajar la inflexibilidad psicológica de los cuidadores, ya que proponen que es este elemento el que imposibilita a los cuidadores desarrollar o adquirir habilidades dirigidas a una crianza más adecuada.

Objetivos e hipótesis.

Objetivo General.

Establecer el efecto de un programa de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso dirigido a cuidadores primarios de menores con TEA para la disminución de la evitación experiencial en la crianza.

Objetivos específicos.

Adaptar para población mexicana un programa de intervención dirigido a disminuir la evitación experiencial en la crianza de menores con TEA.

Efectuar la intervención en la población objetivo.

Comparar los puntajes para establecer el efecto del programa de intervención en los cuidadores de menores con TEA.

Hipótesis.

H1: Existe un cambio en la evitación experiencial en la crianza posterior a la intervención con Terapia de Aceptación y compromiso.

H0: No existe un cambio en la evitación experiencial en la crianza posterior a la intervención con Terapia de Aceptación y compromiso.

Método.

Diseño de intervención.

El enfoque está basado en la teoría de diseños de investigación de Shadish (2002) la cual se desarrolló con un enfoque cuantitativo de diseño cuasiexperimental con grupo control. Para la evaluación cuantitativa de esta intervención se hará una medición pretest y posttest de los instrumentos que se proponen.

Participantes.

La principal característica que debe incluir la muestra poblacional a la que se dirige esta intervención, es estar a cargo de la crianza de al menos un menor entre 2 y 16 años con TEA. La principal fuente de búsqueda de estos participantes son asociaciones civiles o centros de terapia específicos donde traten la sintomatología de los menores con TEA.

Criterios de inclusión.

Desempeñar el rol de cuidador de un menor con TEA con diagnóstico.

No estar en proceso terapéutico de manera activa ni durante los últimos 3 meses.

Criterios de exclusión.

No desempeñar el rol de cuidador de un menor con TEA con diagnóstico.

Estar en proceso terapéutico de manera activa o durante los últimos 3 meses.

Escenario.

Se contemplaron asociaciones civiles o centros de terapia específicos donde traten la sintomatología de los menores con TEA. Una vez dentro se ubicó un espacio que brindara la privacidad requerida para lograr una adecuada apertura en cuestiones emocionales. Además, se requirió la reducción en mayor medida de estímulos auditivos o visuales que pudieran resultar distractores para los participantes, por lo que se planteó que la estética del espacio debía de

incluir en sus especificaciones colores sobrios, buena iluminación y ventilación, y que en su interior cuenten con sillas formando un círculo, logrando así que todos los participantes puedan interactuar frente a frente con el agente que dirige la intervención. Se incluyeron elementos como una mesa con bocado, botellas de agua y pañuelos, con la intención de que pudieran apoyar con el rapport hacia los participantes, así como reconfortar en situaciones de apertura emocional desbordante como llanto o agitación.

Instrumentos.

Cuestionario de aceptación parental (6-PAQ).

Este instrumento fue desarrollado por Greene et al, (2015), tiene una consistencia interna de 0,84 en su versión original. La escala consta de 18 ítems que ayudan a evaluar procesos psicológicos relacionados con el Hexaflex, este es una herramienta que permite visualizar seis procesos psicológicos relacionadas con la ACT, tales como: Aceptación, defusión cognitiva, atención plena, yo como contexto, valores y acciones comprometidas.

Se responde a través de una escala Likert de cuatro puntos que van desde nunca o muy en desacuerdo (1 y 2 puntos respectivamente) hasta siempre o muy de acuerdo (4 y 3 puntos respectivamente). Bajo esta lógica se establece que entre mayor puntuación se tenga, entonces existe una mayor inflexibilidad psicológica.

Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II).

Este instrumento fue creado originalmente por Hayes et al, (2004) el cual cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.70, con una estructura de un solo factor. Estructuralmente se distingue por ser una escala auto aplicable de diez reactivos tipo Likert con 7 opciones de respuesta que van desde 0 nunca hasta 7 siempre. Esta escala principalmente se dirige a la medición de la evitación experiencial. Para este estudio se utilizará

la versión adaptada por Patrón (2009) en el sur de México, la cual obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89, con estructura de un solo factor.

Aspectos éticos para considerar.

Se considera que uno de los puntos más importantes relacionados a la aplicación del protocolo, es la participación voluntaria de sus participantes, por lo que uno de los principales aspectos éticos que se consideran, es el cumplimiento adecuado del consentimiento informado, donde se de lectura de los derechos del participante tales como su confidencialidad, y que la naturaleza de la intervención tiene como parte de su desarrollo el apego a una instancia académica, donde se hará el uso confidencial de sus datos y resultados.

Además, es importante aclarar que el participante tiene disposición a cambiar de opinión sobre su participación en todo momento, y se incluyen aspectos relacionados al bienestar, integridad y dignidad del participante asegurando que no se corre ningún peligro exponencial por su participación, sino por el contrario, se espera que el participante adquiera beneficios de esta intervención. Finalmente se espera que todos los puntos queden en completa claridad antes de comenzar con cualquier tipo de intervención.

Otro punto relevante es la pertenencia a cualquiera de los grupos donde se manipula la intervención ya que se debe de aclarar que sin importar a cuál grupo pertenezca, ambos grupos al final obtendrán el mismo beneficio en caso de que la intervención resulte tener resultados beneficiosos, de lo contrario se darán alternativas para acudir a complementar la formación de la intervención.

Procedimiento.

El programa de intervención se presentó ante el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, y se obtuvo el dictamen favorable en el protocolo de investigación CEI-2023-1-11. Por lo que se procedió a propagar la información del taller a través de posters y posts en redes sociales. Se publicitó en escuelas, centros de terapia y consultorios de atención neurológica infantil con el fin de llegar a cuidadores primarios y causarles interés en participar.

Se obtuvo una respuesta de 113 cuidadores interesados en participar, a quienes se procedió a contactar vía telefónica posterior a su registro. Se generó un único grupo que tuvo la función de grupo experimental para el pilotaje y dos grupos que serían intervenidos posterior al pilotaje, los cuales tendrían la función de grupo experimental y grupo control. El grupo de pilotaje, así como los dos grupos posteriores fueron medidos previo y posterior a la intervención, sin embargo, el grupo control no recibió tratamiento durante las mediciones, ya que se consideró que están en lista de espera.

Una vez finalizada la convocatoria y selección de los participantes, se les citó de manera presencial para generar lectura y firma al consentimiento informado, así como la asignación de un folio que permitiera asegurar la confidencialidad de la participación. En el momento en el que fue aceptado el consentimiento de participación se realizó la aplicación del pretest, una vez concluida la medición se inició con la intervención, la cual se resume en la tabla 1.

Tabla 1

Adaptación a población mexicana de la propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar, de Lozano-Segura, et al (2018).

Sesión	Objetivo	Descripción	Tarea	Horas
Sentando las bases. Principios educativos generales.	Sentar las bases del taller con principios educativos básicos. Donde se concrete la autonomía que deberán desarrollar sus hijos.	Se presentarán metáforas en ACT que tendrán como objetivo abrir el debate y la reflexión sobre algún aspecto de las dificultades encontradas anteriormente.	En la semana deberá tener presentes los momentos en los que son conscientes que no están actuando en la dirección que consideran mejor para sus hijos.	2
Valores y barreras psicológicas.	Analizar las barreras que les impiden desarrollar sus propios valores y la importancia de la paciencia.	Analizar los resultados de la tarea anterior para averiguar cuáles son las barreras que impiden el desarrollo de los valores.	Modificar y fortalecer las acciones con sus hijos que refuercen la dirección de sus valores.	2
Sesión terapéutica.	Aprender a tolerar y aceptar los pensamientos negativos e incorporarlos en nuestro día a día como una parte más de nuestra condición de ser humano.	Se comenzará un debate introduciendo preguntas sobre la tolerancia al malestar. Se usarán metáforas para mencionar los valores. Después se hablará sobre el manejo de los pensamientos negativos.	Los cuidadores deben decidir acciones que les acerquen un poco más a algunos de los valores que tienen como madres o padres.	2
Seguimiento y evaluación de las acciones realizadas. (post-Test)	Llegar a una reflexión global sobre lo aprendido en las sesiones anteriores y sobre las dificultades en el emprendimiento de modificaciones que han implementado en las últimas sesiones.	Dar un cierre con las reflexiones a las que llegaron los participantes se pretende que el fin sea motivar al cambio y la aplicación de lo que está en continuidad con los valores que los representan.	Reflexionar sobre aquellas conductas propias que generan más dificultad y la función que tienen dentro del ambiente.	2

Para lograr el cumplimiento de los objetivos, se estableció que la intervención se divida en varias fases y para lo cual se ha planificado la intervención de la siguiente manera.

Sesión 1: Sentando las bases, conociendo al grupo (Pre-test).

Duración: 120 minutos.

Objetivo: Dar presentación al programa de intervención, lectura y firma del consentimiento informado, aplicación de los instrumentos de medición para establecer la línea base. Así como hacer una introducción a los temas requeridos para el desarrollo inicial de la psicoeducación para los cuidadores.

Procedimiento: Realizar rapport con los integrantes a través de compartir las expectativas de la intervención por parte de los participantes y sensibilizarlos a través de una breve charla sobre la naturaleza del proceso. Una vez concluido esto se dará lectura del consentimiento informado para aclarar cualquier duda que proceda del mismo para después firmarlo. una vez firmado se aplicarán las escalas de medición, dicha aplicación tiene una duración aproximada de 15 a 20 minutos. La introducción a los temas requiere una definición de lo que implica que un niño tenga TEA y como impacta en el núcleo familiar, específicamente en el propio. Se procederá a operacionalizar las conductas relacionadas con la evitación que los cuidadores puedan presentar para poder darle identificación al fenómeno en su proceso de crianza. Posteriormente se presentan metáforas del manual de Propuesta de Intervención en Familiares de Niños con TEA desde ACT para Mejorar la Convivencia Familiar y Escolar, de Lozano-Segura et al, (2018), las cuales se leen en voz alta para los participantes de la intervención con el fin de comenzar un debate o reflexión sobre las dificultades encontradas en el desarrollo de la crianza. El objetivo consiste en que este debate genere en los cuidadores el concepto sobre el posible origen de las

conductas denominadas problema. A continuación, se aplicará un set de preguntas que permitan comprender la importancia que implica que los hijos desarrollen autonomía e independencia.

Cierre: se procederá a dar un cierre a partir de la expectativa generada por los cuidadores y la brindada por el programa, permitiendo mantener un ambiente relacionado a la esperanza y optimismo sobre la intervención. Así como tener presentes los momentos en los que no están actuando en la dirección que consideran mejor para sus hijos.

Material utilizado: Sillas, pañuelos desechables, planeación de la sesión con los puntos que se deberán recorrer, tabla sujeta papel, plumas de color azul, consentimiento informado, instrumentos, formatos con resumen de información para cuidadores.

Sesión 2: valores y barreras psicológicas.

Duración: 120 minutos

Objetivo: analizar las barreras que les impiden desarrollar sus propios valores y la importancia de la paciencia.

Procedimiento: Se analizarán los resultados de la actividad anterior para averiguar cuáles son las barreras que impiden el desarrollo de los valores, en conjunto con una participación grupal al respecto. Posteriormente se aplicará un cuestionario de evaluación de valores educativos y familiares con el fin de comprender en donde se encuentran las limitantes para la aplicación de dichos valores. Después se hará un breve paréntesis donde se hablará de la importancia de la paciencia en el proceso de crianza, a partir de la metáfora del jardín, donde se ven los diferentes rasgos de la crianza como los esfuerzos que hace un jardinero para cuidar su jardín, y se visualiza el resultado de su esfuerzo según cómo se vea el jardín, el cual representa los resultados de la crianza.

Cierre: se hará hincapié en comprender la importancia del desarrollo de la paciencia y la tolerancia en uno mismo para poder llevar a cabo un proceso adecuado de crianza e implementar los valores que se quiere implementar a los hijos. Finalmente se cerrará la sesión con el desarrollo de la tarea para la casa, la cual consistirá en redactar los valores que sus hijos logran seguir, los cuáles habrán sido detectados previamente en el cuestionario.

Material utilizado: planeación de la sesión, diario, sillas, pañuelos desechables.

Sesión 3: sesión terapéutica.

Duración: 120 minutos

Objetivo: aprender a tolerar y aceptar los pensamientos negativos, aceptarlos incorporarlos en nuestro día a día.

Procedimiento: Se abrirá el debate introduciendo preguntas a los participantes sobre la tolerancia al malestar. Para lo cual una vez más se recurrirá al uso de metáforas para hacer mención sobre los valores a los que no se les presta mucha atención en uno mismo. Después vendrá un momento de enseñanza sobre el control y el problema de mantenerlo. Enseguida se hablará sobre el manejo de los pensamientos negativos a través de la metáfora del elefante rosa y las arenas movedizas, las cuales tienen el objetivo de demostrar cómo cuanto más control se quiere tener sobre un concepto más se pierde, lo más adecuado es dejar fluir el pensamiento, sin fusionarse con él.

Cierre: se implementa la tarea donde los padres deben decidir acciones que se comprometen a realizar que les acerquen un poco más a algunos de los valores que tienen como padres y que quieren dejar en sus hijos. Estos valores deberán anotarlos en una hoja nueva del diario.

Recordar sobre el rellenado del auto registro ya que se usará a partir de la sexta sesión.

Material utilizado: planeación de la sesión como diario, sillas, pañuelos desechables.

Sesión 4: Seguimiento y evaluación de las acciones realizadas (cierre y aplicación de Post-Test).

Duración: 120 minutos

Objetivo: Llegar a la reflexión global sobre lo aprendido en las sesiones anteriores para poder hacer una compilación de experiencias.

Procedimiento: en esta sesión se creará un cierre a partir de las reflexiones a las que llegaron los participantes. Se compartirán además las experiencias de lo útil y lo no útil que aportó este taller a sus vidas, los participantes deben llegar al fin de que la continuidad de la aplicación de los valores que se vieron en este taller son la clave para manejar una mejor habilidad en la crianza.

Cierre: en este punto se agradece a los cuidadores por su valiosa participación en el taller y se les solicita que brinden retroalimentación sobre lo que les hubiera gustado que se abordara y lo que no les pareció tan útil para futuras referencias y mejoras en la intervención. Dar un cierre con las retroalimentaciones que el cuidador crea necesarias y aplicación de post test

Material utilizado: diario, sillas, mesa de bocado (la cual incluirá diferentes postres pequeños, botellas de agua y pequeños bocadillos salados.), pañuelos desechables, AAQ-II, el Cuestionario de aceptación parental (6-PAQ).

Para lograr en tiempo y forma los objetivos de la intervención se ha planificado el desarrollo de esta, dividida en los pasos que se requieren seguir para lograr su adecuada implementación con todos los requerimientos que se solicitan para lograr mantener adecuados los lineamientos de aplicación que se conceden para su correcto desarrollo.

Resultados.

Pilotaje.

Inicialmente se reclutó la muestra para iniciar con una intervención piloto, la cual se conformó de 15 participantes de los cuales 13 son mujeres y 2 son hombres. Todos se desempeñan como cuidadores primarios de niños diagnosticados con TEA, además se corrobora que todos los menores acuden a terapia en distintos centros terapéuticos de la ciudad. Las edades de los cuidadores del grupo oscilan entre los 27 y los 53 años con una media de 35.50 (DE=8.7). Al menos una de las participantes de los 15 integrantes, reportó recibir terapia psicológica, por lo que se incluye en la intervención, pero se excluyen sus datos del análisis estadístico.

Una vez concluida la intervención, se recopilaron los datos y se asimilaron en el programa estadístico SPSS versión 22, donde se ejecutó un análisis de homogeneidad de los datos a través de la prueba Shapiro-Wilks, en donde la significancia de la variable evitación experiencial en el pretest fue significativa ($p=.702$). La variable evitación experiencial en el posttest mostró ser significativa ($p=.219$). Sin embargo, aunque esto sea indicativo de la selección de una prueba paramétrica, existe evidencia que indica que cuando una muestra es <30 sujetos, lo más adecuado es optar por un análisis no paramétrico (Bautista-Díaz et al., 2020; Mayorga-Ponce et al, 2022).

Los datos recolectados durante la aplicación piloto de la intervención son mediciones pre y post test sin grupo control. El primer cúmulo de datos que se sometió a análisis estadístico, fueron las mediciones obtenidas con el 6-PAQ, a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, ya que esta permite comparar los datos obtenidos en mediciones pre y post test. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la disminución en la variable evitación experiencial en la crianza de los

participantes ($z = 2.201$, $p = 0.028$) entre el pretest y el postest. El número total de diferencias positivas fue de 0 y el total de diferencias negativas fue de 6. El tamaño de efecto fue de $r = 0.89$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 3

Resultados del pilotaje con la prueba Wilcoxon del 6-PAQ

	N	Media	Desviación estándar	Z	Sig	r
Pretest	6	36.17	5.193	-2.201 ^b	.028	0.89
Postest		26.83	7.055			

Tabla 4

Resultados del pilotaje con la prueba Wilcoxon del 6-PAQ (Rangos)

	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	6	21.00
Rangos positivos	0	.00

Enseguida se analizaron los datos correspondientes al instrumento AAQ-II, el cual tiene una estructura conceptual similar al 6-PAQ, esta similitud se buscó con el fin de analizar la veracidad de los datos obtenidos previamente. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon muestra que existe una diferencia estadísticamente significativa en la evitación experiencial de los participantes ($z = -2.041$, $p = 0.041$) entre el pretest y el postest. El número total de diferencias positivas fue de 0, el total de diferencias negativas fue de 5 y un empate. El tamaño de efecto fue de $r = 0.83$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 5

Resultados del pilotaje de la prueba Wilcoxon del AAQ-II

	N	Media	Desviación estándar	Z	Sig	R
Pretest	6	34.33	2.875	-2.041 ^b	.041	0.83
Postest		32.67	3.011			

Tabla 6

Resultados del pilotaje de la prueba Wilcoxon del AAQ-II (Rangos)

	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	5	15.00
Rangos positivos	0	.00
Empates	1	

Intervención.

A partir de estos datos, aunque fueron satisfactorios, se propuso hacer un cambio muy específico sobre el tipo de muestra para una posterior aplicación, que tuviera características más homogéneas dirigidas al estilo de crianza y tipo de terapia que llevaban los menores con TEA. Una de las principales características que diferencia a la muestra experimental de la intervención de la del pilotaje, es que los participantes tenían una experiencia más concreta en cuestiones terapéuticas, ya que se confirmó que esta muestra de cuidadores tenía al menos un año de tiempo concurrido desde el diagnóstico de sus hijos hasta el momento de la intervención, así como la característica de que todos los menores acuden a un centro de terapia que centra el aprendizaje y el control de conducta a través de metodología ABA.

En esta segunda aplicación se obtuvo una muestra total de 6 participantes en el grupo experimental, donde el menor tenía la edad de 19 años y el mayor 50 años, con una media grupal de 36.1 (DE= 13.19), con 5 mujeres y un hombre. Mientras en el grupo control había 11 participantes donde el menor tenía 32 años y el mayor 42, con una media grupal de 36.78 (DE= 3.4) , con 10 mujeres y un hombre.

Se realizó el análisis de normalidad, Shapiro Wilks, en donde la significancia de la variable evitación experiencial en la crianza durante el pretest fue significativa ($p= .041$), mientras la variable evitación experiencial en la crianza durante el posttest mostró un valor no significativo ($p= .712$), sin embargo, al tener una muestra pequeña se decide proceder con análisis no paramétricos (Bautista-Díaz et al., 2020; Mayorga-Ponce et al, 2022). De igual manera las variables evitación experiencial pretest y evitación experiencial posttest arrojaron datos no significativos ($p= .265$, $p=.158$ respectivamente), sugiriendo el uso de pruebas

paramétricas, sin embargo, se toma la decisión de proceder con pruebas no paramétricas dado el pequeño grupo de la muestra (Bautista-Díaz et al., 2020; Mayorga-Ponce et al, 2022).

Se analizaron las variables evitación experiencial en la crianza en el pretest y postest usando la prueba de signos Wilcoxon, para comparar el pre y post de cada una de las variables usando medidas repetidas puesto que cada sujeto participó en ambas mediciones. En el caso de la evitación experiencial en la crianza se encontró un índice significativo ($z = -2.201$, $p = .028$) El tamaño de efecto fue de $r = 0.89$, lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992). Así mismo, si se contempla la variable de evitación experiencial, es posible observar un cambio significativo ($z = -2.394$, $p = .017$). El tamaño de efecto fue de $r = 0.98$ lo que indica un tamaño del efecto grande (Cohen, 1992).

Tabla 7

Resultados de la intervención de la prueba Wilcoxon del 6-PAQ

	N	Media	Desviación estándar	Z	Sig	r
Pretest	6	44.7	4.6	-2.201 ^b	.028	0.89
Postest		37.67	5.1			

Tabla 8

Resultados de la intervención de la prueba Wilcoxon del AAQ-II

	N	Media	Desviación estándar	Z	Sig	r
Pretest	6	34.33	2.875	-2.394	.017	0.98
Postest		32.67	3.011			

Se procedió a analizar las diferencias entre el grupo control y experimental, para lo cual se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney, en donde se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental en ambas variables, evitación experiencial y evitación experiencial en la crianza, ($U = 16$, $p = .192$; $U = 18$, $p = .288$), respectivamente. Lo que indica que ambos grupos, control y experimental no muestran diferencias previas a la intervención.

Los resultados también mostraron que no hubo diferencias estadísticamente significativas después de la intervención entre grupo control y grupo experimental, para la variable evitación experiencial en la crianza en el posttest $U= 21.5$, $p= .515$, y para evitación experiencial en el posttest se encontró $U= 17.5$, $p=.26$.

Tabla 9

Comparación de resultados de grupo control vs grupo experimental con la prueba U de Mann-Whitney

		U	Sig.
Pretest	Evitación experiencial	16	.192
	Evitación experiencial en la crianza	18	.288
Posttest	Evitación experiencial	21.5	.515
	Evitación experiencial en la crianza	17.5	.26

Discusión

La presente intervención pretende mostrar los efectos de un tratamiento basado en Terapia de Aceptación y Compromiso en la variable de evitación experiencial en la crianza de cuidadores de menores con TEA. Según los resultados cuantitativos existieron cambios significativos en las mediciones de la evitación experiencial en la crianza. En complemento a esto, es importante mencionar que durante el cierre, los participantes dieron una retroalimentación verbalizada sobre su experiencia de la intervención, las cuales permiten observar los cambios generados en los cuidadores no solo en las dimensiones medidas, sino en un sentido experiencial, donde los participantes indicaron poder identificar algunas sensaciones displacenteras relacionadas al proceso emocional de crianza, lo que genera que, al poder nombrar de manera específica un suceso interno, se simplifica el proceso de flexibilidad cognitiva, ya que los cuidadores pueden identificar y regular las sensaciones relacionadas con la evitación experiencial y así disminuirlas.

Por lo que, la evitación de emociones displacenteras deja de dirigir el proceso de crianza, y se vuelven emociones aledañas que con la aceptación, permiten que el proceso de aprendizaje y desarrollo de técnicas efectivas sea más fluido, ya que las emociones displacenteras como el enojo y la frustración pasan a segundo plano al ser detectadas y aceptadas dentro del contexto de crianza, dejando así a los cuidadores en un sentido receptivo sobre la adquisición de nuevas herramientas que les permitan ejercer una crianza más efectiva para las condiciones específicas de sus hijos.

Así mismo, es importante mencionar el cambio aplicado en la muestra de la intervención, ya que con base en cambios relacionados a la homogeneidad de la muestra, se pudo demostrar que este es un elemento relacionado con la atrición experimental, ya que el abandono que se tuvo

en el pilotaje fue abundante, y cuando se tomaron en cuenta las características relacionadas con el estilo de crianza y con el tiempo de diagnóstico para la conformación del grupo experimental en la intervención, se reportó que ninguno de los participantes abandonó súbitamente el grupo, como ocurrió en la intervención del pilotaje.

Algunas de las limitantes que propone este estudio es la pérdida de participantes. Inicialmente se convocaron 113 personas interesadas, de las cuales, la mayoría, aunque mostró disposición, mencionaron no tener la disponibilidad de 4 fines de semanas consecutivos para estar presentes, por lo que la muestra se redujo considerablemente. Para la formación del grupo del pilotaje, se contaba con la asistencia de 20 participantes para la conformación del grupo experimental, contando con la asistencia inicial de 14, a lo largo de las 4 sesiones se tuvieron pérdidas significativas de muestra, finalizando únicamente con 6 participantes.

Se teoriza según algunos datos vivenciales recopilados a lo largo de las sesiones, que esta disminución podría deberse a que los participantes requerían acudir a terceras personas que se hicieran cargo del cuidado de sus hijos, dicha condición interpone una barrera compleja ya que como se menciona anteriormente, el hecho de que un niño requiera cuidados adicionales implica un esfuerzo adicional en el pago y búsqueda de personas capacitadas que puedan estar disponibles para dicha actividad.

Así mismo, este fenómeno no podría ser la causa general en todos los casos, ya que esto tiene base en múltiples factores, tales como la severidad del trastorno, la capacidad de ingreso económico en la familia y la disposición de terceros para realizar el cuidado de los menores.

Por lo que se propone que otra de las posibles causas de la disminución de participantes se relaciona con la evitación experiencial (Luciano y Hayes, 2001). Ya que al tratar temas que para algunos pudieran resultar abrumadores, la teoría indica que su solución aparente sería

retirarse para no evocar aquellas emociones que pudieran ser desagradables, por lo que se propone que una solución pudiera ser el brindar sesiones individualizadas a aquellos que no se sientan cómodos en tratar dichos temas de manera grupal, por lo que, sería adecuado diseñar un tamizaje que permita visibilizar dichas características, para lograr su adecuada canalización. Así mismo, se recomienda psicoeducar sobre el fenómeno de evitación experiencial antes de abordar cualquier tema relacionado con el TEA o las emociones.

Otra condición evidente en este pilotaje es que algunas de las participantes indicaban sentir una carga principalmente por ejercer el cargo total de la crianza, lo que implicaba un desgaste no relacionado a un manejo poco adecuado de las emociones y pensamientos como lo indicaría la evitación experiencial, sino algo que se veía más cercano al síndrome de cuidador quemado, el cual se define como “estrés, cansancio y agotamiento físico que se producen como consecuencia del día a día en los cuidados de la persona dependiente. Con frecuencia, el cuidador puede tener la sensación de impotencia y de no tenerlo todo bajo control” (Mora, 2017 p. 86). Por lo que es probable que, aunque se mejoró la condición relacionada con la evitación experiencial, si la situación relacionada con la distribución de los roles de cuidado no muestra cambios, la intervención podría resultar no muy enriquecedora en este tipo de casos.

En la comparación de intervenciones, es decir del pilotaje con la intervención, surgen datos interesantes que podrían llegar a contrapuntar las condiciones de esta muestra. Inicialmente, la población del pilotaje no hacía una distinción entre el tipo de terapia que tuvieran los menores, por lo que se encontraron cuidadores en rangos vivenciales muy distintos dentro del grupo experimental del pilotaje. Existían cuidadores que tenían poco tiempo de haber obtenido un diagnóstico, así como personas que ya tenían adolescentes con autismo que habían sido diagnosticados a edades tempranas. De este tipo de muestra se encontró un punto de

inflexión en el grupo, debido a que quienes tenían más tiempo y experiencia en el proceso de crianza de una persona con TEA, tenían procesos emocionales más desensibilizados que aquellos que recién habían recibido el diagnóstico.

Se teoriza que una de las probables fuentes de deserción se encuentra precisamente en las expectativas y testimonios que se comparten en este tipo de intervenciones, ya que, aunque es probable que algunos ya no presenten evitación experiencial de las emociones poco placenteras del tema del autismo, existen quienes aún sienten que es un tema delicado, por lo que insinuar este tipo de experiencias, resulta abrumador para algunas personas.

Conclusiones.

Con base a lo estipulado en apartados anteriores, se concluye que la intervención desde el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso para cuidadores de menores con autismo de Lozano-Segura et al (2017) fue adaptada y aplicada con éxito en población mexicana.

Así mismo, con relación al objetivo general y objetivos específicos planteados, tales como establecer el efecto de un programa de intervención basado en Terapia de Aceptación y Compromiso dirigido a cuidadores primarios de menores con TEA para la disminución de la evitación experiencial en la crianza, fue alcanzado exitosamente ya que la evidencia establece cambios en las mediciones pre y post en ambas intervenciones.

Por tanto, es posible afirmar que existe evidencia concreta que confirma una disminución en la evitación experiencial en la crianza, ya que esta variable siguió la dirección esperada, lo que indicaría que se acepta la hipótesis de investigación, la cual plantea que existe un cambio en la evitación experiencial en la crianza posterior a la intervención con Terapia de Aceptación y Compromiso. Este cambio permite a los cuidadores desarrollar habilidades concordantes a sus valores para la crianza de sus hijos, lo que cimienta el desarrollo funcional de técnicas de crianza dirigidas a procesos regulatorios que permitan mejorar los vínculos y la convivencia en los integrantes de la familia.

Para el desarrollo de futuras intervenciones se propone aplicar un tamizaje en los interesados donde se analice la formación de grupos, es decir, que la mayoría del grupo se conforme de rangos similares, tales como: tiempo transcurrido desde la obtención de diagnóstico, presencia de evitación experiencial en la crianza en los cuidadores, nivel de severidad y edades de los menores.

Así mismo, se propone la consideración de un espacio con personas capacitadas que puedan llevar a cabo el cuidado de los menores mientras sus cuidadores toman el taller, la consideración del desarrollo de esta implementación, brindaría una disminución del abandono por esta cuestión y brindaría a los cuidadores la seguridad de que sus hijos se encuentran cerca y a salvo mientras ellos asisten a la intervención, lo que permitirá una mejor inmersión en los temas a desarrollar, por lo tanto, un mejor aprovechamiento.

Por último, se considera especialmente importante tomar en cuenta la variable de síndrome de cuidador quemado en futuras intervenciones y desarrollos teóricos sobre esta población, ya que es un fenómeno que podría verse similar a la evitación experiencial, sin embargo tiene diferencias que radican más en el estilo de vida y carga de trabajo que en la conformación cognitiva, como la evitación experiencial, por lo que aunque pudieran estar relacionadas, no son elementos causales uno del otro, ni son el mismo elemento, sino que se trata de dos fenómenos distintos.

Referencias

- Ascanio-Velasco, L., & Ferro-García, R., (2018). Combinando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con graves problemas de conducta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(1), 57-62.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balbuena Rivera, F. (2007). Breve revisión histórica del autismo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(2), 61–81.
- Barraca, M, J. (2007). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). fundamentos, aplicación en el contexto clínico y áreas de desarrollo. *Miscelánea Comillas*, 65(127), 761–781.
- Bautista-Díaz, M. L., Victoria-Rodríguez, E., Vargas-Estrella, L. B., & Hernández-Chamosa, C. C. (2020). Pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas: su clasificación, objetivos y características. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud*, , 9(17), 78-81. <https://doi.org/10.29057/icsa.v9i17.6293>
- Canal, B, R., García, P, P., Touriño, A, E., Santos, B, J., Martín, C, M. V., Ferrari, M, J., Martínez V, M., Guisuraga, F, Z., Boada, M, L., Rey, F., Franco, M, M., Fuentes, B, J. & Posada de la Paz, M. (2006). La detección precoz del autismo. *Psychosocial Intervention*, 15(1), 29-47.
- Castillo, R, A., & Grau, R, C. (2016). Conductas disruptivas en el alumnado con TEA: estudio de un caso. *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 31(2), 1–22.
- Celis, G. & Ochoa, C. (2022). Autism Spectrum Disorder (ASD). *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 7-20. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.1.02>

- Cohen, J. (1992). Statistical Power Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98-101. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10768783>
- Coyne, L., Mchugh, L., & Martinez, E. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents, and Families. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 20. 379-99. DOI: 10.1016/j.chc.2011.01.010
- Cuervo, M, A. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socio afectivo en la infancia. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 6(1), 111-121.
- De Melo, P, F., Alcantud, M, F., & Oliver, A. (2019). Adherencia al tratamiento de los cuidadores de niños con Trastorno del Espectro Autista. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 7(2), 145–157. <https://doi.org/10.30552/ejpad.v7i2.116>
- Delgado, S, E. N., & Arias, G, W. L. (2021). Estilos de crianza en niños con trastorno del espectro autista (TEA) que presentan conductas disruptivas: estudio de casos durante la pandemia del covid-19. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 15(1), 199–228.
- Durán-Bouza, M., García-Fernández, M., Fernández-Méndez, J. C., Martínez-Díez, A. M., & García-Fernández, J. (2011). La crianza de niños con TEA y sus efectos sobre los cuidadores principales en R, Quevedo-Blasco & V. J. Quevedo-Blasco (Ed.), *Situación actual de la psicología clínica*. (pp.28-30). Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)
- Emerson, E., & Einfeld, S. L. (2011). *Challenging behaviour*. Cambridge University Press.
- Ferro-García, R., Ascanio-Velasco, L., & Valero-Aguayo, L. (2017). Integrando la terapia de aceptación y compromiso con la terapia de interacción padres-hijos en un niño con

- trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(1), 33-40.
- Fombonne, E., Marcin, C., Manero, A. C., Bruno, R., Diaz, C., Villalobos, M., Ramsay, K. & Nealy B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, Mexico: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5).
<https://doi.org/10.1007/s10803-016-2696-6>
- Franco, N. N., Pérez, N. M. A., & de Dios, P. M. J. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 149-156.
- Franquesa, A. (2017). *Defusión mindfulness y valores personales*. [Tesis de doctorado]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Freidin, E., Trejo, M & Mustaca, A. (2005). Efecto del sobre aprendizaje en la extinción y restablecimiento de la respuesta consumatoria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 167-180.
- Gómez, A. A. C. (2006). Los padres en la psicoterapia de los niños. *Pensamiento Psicológico*, 2(6), 103–113.
- Gómez, I., Hódar, J. C., García Barranco, M. R., & Martínez, M. D. M. (2012). Intervención en valores con familias de riesgo social desde la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 38(157-158), 39-58.
- Gómez, M. C., & Cuña, A. R. (2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas. *Educação Por Escrito*, 8(2), 278–293.
<https://doi.org/10.15448/2179-8435.2017.2.27976>

- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Acceptance and commitment therapy: Model, data, and extension to the prevention of suicide. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *10*(1), 81-104.
- Hayes, S. C., Strosahl, S., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K., Wilson, K.G. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychol Rec* *54*, 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hernández Zepeda, G. M. (2014). *Reacciones de los padres de familia ante el diagnóstico de discapacidad* [Tesis de posgrado]. Universidad Rafael Landívar.
- Hervás, A. (2022). Género femenino y autismo: infra detección y mis diagnósticos. *Medicina (Buenos Aires)*, *82*, 37-42.
- Hervás, A. & Rueda, I. (2018). Alteraciones de conducta en los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, *66*(1), 31-38.
- Ison, M. S. (2001). Training in social skills: An alternative technique for handling disruptive child behavior. *Psychological Reports*, *88*(3), 903 -911.
- Ison-Zintilini, M, S., & Morelato-Giménez, G, S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, *7*(2), 357-367.

- Nieves, Z, A. & Ausecha, D, I. (del 20 al 30 de abril del 2017). *Importancia de las pautas de crianza y comunicación asertiva entre padres e hijos para transformar las expresiones agresivas en expresiones de amor propio dentro del aula*. [Presentación en papel]. VII Congreso virtual iberoamericano de calidad en educación virtual y a distancia, Bogotá, Colombia.
- Lobato, C, D. (2021). *Eficacia de un programa de intervención grupal basado en la terapia de aceptación y compromiso en familiares de hijos/as con discapacidad intelectual* [Tesis de doctorado], Universidad Europea de Madrid.
- Lozano-Segura, M. C., Manzano-León, A., Yanicelli, C. C., & Aguilera-Ruiz, C. (2017). Propuesta de intervención en familiares de niños con TEA desde ACT para mejorar la convivencia familiar y escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 45-55.
- Luciano, S, M, C. (2016). *Análisis y Modificación de Conducta*, 42, 165-66.
<https://doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2791>
- Luciano, S, M. C., Blarrina, M. B. P., Salas, S. V., & Martínez, O. G. (2006). Avances desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 173-202.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial [Trauma of experiential avoidance]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109–157.
- Luciano, S, M. C., & Valdivia, S, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) 1. Fundamentos, características y evidencia. *Papeles Del Psicólogo*, 27(2), 79–91.

- Mayorga-Ponce, R.B., Graciano-Ventura, D., Hernández, A., Moctezuma-Jiménez, P., Pérez-Galindo, B. & Roldan-Carpio, A. (2022). Cuadro comparativo de Análisis Paramétrico y No Paramétrico. *Educación y Salud*, 10(22), 90-93
- Mora, V, M. (2017). El Síndrome del cuidador quemado: Aspectos que repercuten en él y cómo prevenirlo. *Publicaciones Didácticas*, 85, 86-88.
- Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo del 2022). *Autismo*. Recuperado el día 02 de octubre del 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Oviedo, N., Manuel-Apolinar, L., De la Chesnaye, E. & Guerra-Araiza, C. (2015). Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. *Boletín médico del hospital infantil de México*, 72(1), 5-14.
- Piñeros-Ortiz, S. E., & Toro-Herrera, S. M. (2012). Conceptos generales sobre ABA en niños con trastorno del espectro autista. *Revista de la Facultad de Medicina*, 60(1), 60-66.
- Pérez, P, A., García, O, L., Rodríguez, S, E., Losada, B,A., Porras, S, N., & Gómez, M, M, A. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención primaria*, 41(11), 621-628.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.005>
- Ramírez, O. & Mogollón, D. (2013). El estrés de crianza en madres de hijos con la condición de autismo severo (CAS). *Revista Multidisciplinaria Dialógica*, 10(1), 66-93
- Ramírez, P, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y Trastorno negativista desafiante. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 45-54.

- Reynoso, C., Rangel, M. J., & Melgar, V. (2017). El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 214-222.
- Roush, J. F., Brown, S. L., Mitchell, S. M., & Cukrowicz, K. C. (2019). Experiential avoidance, cognitive fusion, and suicide ideation among psychiatric inpatients: The role of thwarted interpersonal needs. *Psychotherapy Research*, 29(4), 514-523.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1395923>
- Sanz-Cervera, P., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., & Tárraga-Mínguez, R. (2018). Efectividad de las intervenciones basadas en metodología TEACCH en el trastorno del espectro autista: un estudio de revisión. *Papeles Del Psicólogo*, 39(1), 40–50.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton, Mifflin and Company.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana: una psicología científica*. Fontanella.
- Skinner, B. F., & Ardilla, R. (1975). *Sobre el conductismo*. Fontanella.
- Tamarit, J. (2005). Claves para la comprensión e intervención ante las conductas desafiantes en personas con discapacidades del desarrollo. I Congreso Iberoamericano sobre Discapacidad, Familia y Comunidad. *España: FEAPS*.
- Vacas, U, S. (2015). Aspectos diferenciales en el desarrollo comunicativo de las personas con autismo. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(2), 1-13.

- Vargas, L. & Henderson, R. (2012). Terapia de Aceptación y Compromiso: Descripción General De una Aproximación con Énfasis en los Valores Personales. *Revista de Ciencias Sociales*, 4(138), 101-110.
- Vera-Merchán, L. A., & Valdivieso-López, I. P. (2022). Ciencias de la Salud Artículo de Investigación. *Polo Del Conocimiento*, 7(6), 249–266.
<https://doi.org/10.23857/pc.v7i6.4072>
- Villavicencio-Aguilar, C. E., Armijos, P, T. R., y Castro, P, M. C. (2020). Conductas disruptivas infantiles y estilos de crianza. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(1), 139–150.
<https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.13113>
- Villavicencio-Aguilar, C. E., Romero Morocho, M., Criollo Armijos, M., & Peñaloza Peñaloza, W. L. (2018). Discapacidad y familia: Desgaste emocional. *Academo Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(1), 89–98.
<https://doi.org/10.30545/academo.2018.ene-jun.10>
- Zych, I., Buena-Casal, G., Sierra, J. C., & Gómez-Rodríguez, S. (2012). El conocimiento y la difusión de las Terapias conductuales de tercera generación en psicólogos españoles. *Anales de Psicología*, 28(1), 11–18. <https://doi.org/10.6018/analesps>

Anexos

Anexo 1. Adaptación para población mexicana del Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ)

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Lea cuidadosamente cada una de las siguientes afirmaciones. Luego, elija la respuesta o la descripción que mejor describa sus pensamientos, sentimientos o estilo de interactuar con su hijo. Ninguna de las cosas que se dicen es verdadera ni falsa, sencillamente, usted estará más de acuerdo con unas cosas que con otras. Sus respuestas deben reflejar sus sentimientos y reacciones más consistentes que han estado presentes en los últimos meses.

1 = Muy desacuerdo/nunca; 2 = Desacuerdo/poco frecuente; 3 = De acuerdo/con frecuencia; 4 = Muy de acuerdo/siempre

Ejemplo:

Sería horrible que mi hijo hiciera un berrinche en público. 1 2 3 4

	1	2	3	4
1. Cuando interactúo con mi hijo, me enfoco en pasar tiempo juntos	1	2	3	4
2. Soy constante en la manera de educar a mis hijos	1	2	3	4
3. Prefiero ceder en algo con mi hijo antes de que haga una escena en público	1	2	3	4
4. Me molesto si las cosas no salen a mi manera cuando me relaciono con mi hijo	1	2	3	4
5. Tengo claros mis valores relacionados con la forma de educar a mis hijos	1	2	3	4
6. Si alguien me critica como padre/madre, debe ser que soy un mal padre/madre	1	2	3	4
7. La crianza de mi hijo se basa en lo que es importante para mí como padre o madre y no en cómo me siento en ese momento	1	2	3	4
8. Siento que mi mente está en otro sitio cuando estoy jugando con mi hijo	1	2	3	4
9. Cuando mi hijo se porta mal, me siento atrapado en mis emociones en lugar de tratar su comportamiento	1	2	3	4
10. Mis acciones como padre/madre son coherentes con mis valores	1	2	3	4
11. Tengo pensamientos negativos sobre mí mismo cuando mi hijo se porta mal	1	2	3	4
12. Es difícil iniciar o mantener una rutina porque no quiero enfrentarme a las reacciones de mi hijo	1	2	3	4
13. Cuando mi manera de educar no funciona como esperaba me siento un fracasado	1	2	3	4
14. Evito llevar a mi hijo a las tiendas por miedo a su comportamiento	1	2	3	4
15. Soy capaz de sacrificar mi comodidad por una disciplina efectiva	1	2	3	4
16. Soy un mal padre/madre cuando mi hijo se porta mal	1	2	3	4
17. Suelo planificar mi día y pensar en las cosas que tengo que hacer mientras paso tiempo con mi hijo	1	2	3	4
18. Tengo claros valores como padre/madre que guían mi interacción con mi hijo	1	2	3	4

Anexo 2. Poster del taller

Taller de habilidades emocionales para cuidadores de niños con autismo.**Duración:** 4 sesiones (1 por semana)**Fecha de inicio:** sábado, 7 de octubre del 2023**Horario:** 5:00-7:00pm (aproximado)***Taller sin costo*****Incluye material y Coffe break
cupo limitado****Requisitos:**

Estar a cargo del cuidado de un niño o niña con autismo que esté entre los 3 y 16 años.

Registro

"El reconocimiento de la labor del cuidador es imprescindible para superar las dificultades"

Rosario Paniagua

Espera unos días después del registro para ser contactado.

Anexo 3. Dictamen favorable del Comité de Ética en la Investigación.

Resolución CEI-2023-1-828


Ciudad Juárez, Chihuahua, a 23 de marzo de 2023

Fabiola Terrazas Domínguez
Dra. Bertha Musi Lechuga
Presente.

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2023-1-11, denominado "Manejo de conductas disruptivas en menores con TEA, desde una visión de aceptación y compromiso", resolvió:

Dictamen favorable

Atentamente
"Por una vida científica
Por una ciencia vital"



Dra. Gwendolyne Peraza Mercado
Presidente del Comité de Ética en la
Investigación



Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez
Secretaria del Comité de Ética
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

Anexo 4. Consentimiento informado

Carta de consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación “Taller de habilidades emocionales para cuidadores de menores con autismo” que tiene como objetivo establecer el efecto de la aplicación de un programa de intervención basado en terapia de aceptación y compromiso (ACT), con el fin de aumentar las habilidades de crianza en los cuidadores de menores con Trastorno del espectro Autista.

Su participación consiste en formar parte de los grupos que se intervendrán en un taller para la adquisición de habilidades de crianza, el cual se conforma de 4 sesiones, con duración de 90 a 120 min cada sesión. Donde el participante deberá de ser cuidador de al menos un menor con TEA. Además, se considera importante que el participante no se encuentre en algún proceso terapéutico, taller o interacciones parecidas.

Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos es una posible exposición a la conducta disruptiva del menor al que están a cargo, ya que parte de la intervención es aplicar lo aprendido durante el taller de manera práctica. Sin embargo, se prevé que el cuidador esté supervisado en todo momento por el terapeuta que le mostrará las técnicas previamente.

El estudio presenta los siguientes beneficios, en primera instancia es importante mencionar que no tendrá costo de inscripción, por lo que la participación no se restringe a lo económico. Además, se darán herramientas prácticas y teóricas que permitan la base a un desarrollo de habilidades de crianza al cuidador, lo que les permitirá fomentar una mejor dinámica en su núcleo familiar. Y los investigadores se comprometen a dar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación con explora tu potencial a.c, fundación unidos por el autismo a.c y Los ojos de dios a.c. Se me ha garantizado que se protegerá la privacidad con el uso de números de folio y no con los nombres reales de los participantes en la publicación de los resultados. Además, estoy informado sobre mi derecho a solicitar la destrucción o el anonimato de los registros o partes de registros que pudieran considerarse particularmente delicados, como fotografías, cintas de video o de audio, en cuanto a la ley de Transparencia y protección de datos personales de sujetos obligados.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha _____ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

Nombre, firma y/o huella digital del/la participante o responsable legal

Nombre y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el participante: _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM-004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con la Dra. Bertha Musi Lechuga Responsable del Proyecto, al teléfono 656-133-2656 y al correo electrónico bmusi@uacj.mx

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. Fany Thelma Solís Rodríguez, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos gperaza@uacj.mx y fany.solis@uacj.mx

Anexo 6. Permiso para uso y validación del instrumento Parental Acceptance Questionnaire (6-PAQ)

Re: 6-PAQ validation in mexico

Michael Twohig <michael.twohig@usu.edu>

Dom 30/04/2023 20:40

Para: FABIOLA TERRAZAS DOMINGUEZ <al228467@alumnos.uacj.mx>

Yes, you have our permission.

From: FABIOLA TERRAZAS DOMINGUEZ <al228467@alumnos.uacj.mx>

Date: Thursday, April 27, 2023 at 2:01 PM

To: Michael Twohig <michael.twohig@usu.edu>

Subject: 6-PAQ validation in mexico

Good day

It is a pleasure to greet you and I take this opportunity to introduce myself. My name is Fabiola Terrazas-Domínguez and I am a student of the master's degree in psychology at La universidad autónoma de Ciudad Juárez, in Chihuahua, Mexico.

I am working on a project related to parenting skills, in a review I found your instrument called "parental acceptance 6-PAQ" and it would be very useful for my research, so I kindly request your permission to validate it in Mexico, based on the translation and validation carried out by Juan Miguel Fluja Contreras, Azucena García Palacios and Inmaculada Gómez Becerra in Spain.

Without further ado for the moment, I thank you in advance and I wish you a nice day.

Lic. Fabiola Terrazas-Domínguez