



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO

ESTUDIO DE CASOS DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTORA

RIOS CARRASCO, ROCIO

ASESORA

LIC. ROCHA CHAVARRIA, FLOR

LIMA – PERÚ

2018

A todas las personas que trabajan con
niños con TEA, a ellos mi total
admiración.

A Dios, a mis padres, a mi hermana
Luisa y a Víctor por su apoyo
incondicional para llegar hasta aquí.

Resumen

La Organización Mundial de la Salud OMS (2017) reporta que, a nivel mundial, uno de cada 160 niños presenta el trastorno del espectro autista, siendo esta la cifra media, ya que en algunos países la prevalencia observada varía considerablemente puntualizando que las medias son más altas en los países con ingresos bajos. Además, afirma que en los últimos 50 años la prevalencia mundial va aumentando, debido a que existe una mayor conciencia, mejores criterios y herramientas diagnósticas.

Esta investigación se realizó en el distrito de Marcona, provincia de Nasca Departamento de Ica. Donde existen muchos casos de niños con TEA reportados.

A pesar de que estos casos ya fueron diagnosticados, no se conoce con certeza el motivo de su aparición (TEA) por eso se busca investigar:

¿Cuáles son las causas que influyen en la aparición del TEA, cuáles son sus principales características y cómo afrontan los padres de los niños con TEA?

El objetivo de esta investigación fue explicar de manera detallada y profunda las características que condicionan la aparición del TEA. Por eso se trabajó con cuatro casos con niños con TEA en la ciudad de Marcona, departamento de Ica.

El presente estudio realizado está basado en una investigación de tipo cualitativa para rescatar datos descriptivos en base a los testimonios y palabras de los participantes. A través de las entrevistas con las madres se obtuvo la información de niños con TEA de la ciudad de Marcona. Los resultados hallados en esta investigación fueron de acuerdo a los objetivos específicos:

1.- El autismo posee causas multifactoriales es decir que los aspectos genéticos, ambientales, sociales pueden determinar la aparición del autismo, debido a que, dentro de la procedencia de los casos, existen por el lado paterno trastornos de tipo autista, dificultades en el lenguaje.

2.- Las características en común del TEA en los casos estudiados, son: lenguaje nulo o escaso, parecer no escuchar o entender.

3.- Se puede deducir que las madres de esta investigación se sobrepusieron paulatinamente ante el impacto que causó el diagnóstico de sus hijos. Cada una tomó diferente tiempo para sobreponerse del duelo.

4.- Se recomienda iniciar lo antes posible, las terapias recomendadas son: terapia de lenguaje, terapia ocupacional, terapia conductual, (modelos de intervención especializada para niños con TEA).

Términos claves:

Autismo, TEA (trastorno del espectro autismo), casos, síntomas, actitudes, padres.

Abstract

The Autism and the disorders associated with it since its origin and classification have aroused controversy in the international scientific community and this last decade has not been the exception, the most controversial initiative was taken by the American Psychiatric Association (APA) (2013) when The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, groups as Autism Spectrum Disorder (ASD) to disorders, Autism, Asperger's and Developmental Disorders not specified as indicated by the DSM IV.

This research was conducted in the district of Marcona, province of Nasca Department of Ica. Where there are many cases of children with ASD reported.

Although these cases have already been diagnosed, the reason for their appearance (ASD) is not known with certainty, so research is sought:

What are the causes that influence the appearance of ASD, what are its main characteristics and how do parents of children with ASD face?

The objective of this investigation was to explain in a detailed and profound way the characteristics that condition the appearance of ASD. That is why we worked with four cases with children with ASD in the city of Marcona, department of Ica.

The present study is based on a qualitative research to rescue descriptive data based on the testimonies and words of the participants. Through the interviews with the mothers, information was obtained on children with ASD from the city of Marcona. The results found in this research were according to the specific objectives:

1.- The autism has multifactorial causes that is to say that the genetic, environmental, social aspects can determine the appearance of the autism, since within the origin of the cases, there exist by the paternal side disorders of autistic type, difficulties in the language.

2.- The characteristics in common of the TEA in the cases studied are: null or scarce language, seeming not to hear or understand, little interest in contact with others, inadequate visual contact, stereotyped movements in the first years of the child's life.

3.- Can be deduced that the mothers of this research gradually overcame the impact caused by the diagnosis of their children. Each one took different time to overcome the duel.

4.- It is recommended to start as soon as possible, the recommended therapies are: language therapies, occupational therapy, psychological therapy, specialized intervention models for children with ASD.

Key terms:

Autism, ASD (autism spectrum disorder), cases, symptoms, attitudes, parents.

Introducción

Los trastornos del espectro autista (TEA) componen una agrupación de alteraciones del neurodesarrollo que afectan de manera global diferentes funciones cerebrales superiores de la persona, como el nivel intelectual, el desarrollo del lenguaje y la interacción social.

Los TEA, están experimentando un notorio protagonismo en la visibilidad social y que ha demostrado un creciente interés en los últimos años, justamente por la difusión en los criterios diagnósticos de los manuales oficiales (CIE, DSM) y por qué aún se sabe poco del porqué de su aparición y su tratamiento. Existe en la actualidad múltiples estudios, investigaciones acerca del autismo dándonos importantes aportaciones para conocer más acerca del TEA. También se sabe que las instituciones de salud pública básica donde los padres de familia suelen recurrir para la atención primaria de los hijos poseen mínimos conocimientos acerca de los trastornos del desarrollo infantil, llevando a un gran atraso en descubrir e identificar signos o anomalías en su desarrollo. Es por ello la gran importancia investigar acerca del trastorno del espectro autista.

Este trabajo presenta los siguientes capítulos: En el capítulo I se presenta el planteamiento de la investigación, el problema, los objetivos, a justificación, los alcances y limitaciones de la misma, además del marco teórico. También se abordan los temas metodológicos. En el capítulo II se abordan los aspectos teóricos relacionados al trastorno del espectro autista, sus antecedentes nacionales e internacionales. Así como también se habla de las teorías relacionadas a ella. En el capítulo III se aborda el tipo de metodología usada en dicha investigación. Esta investigación es cualitativa, se trabajó mediante el estudio de casos. En el capítulo IV se produce el análisis y discusión de los resultados.

INDICE

Resumen	iv
Abstract	vi
Introducción	viii
INDICE	ix
INDICE DE CUADROS	xii
INDICE DE TABLAS	xii
INDICE DE FIGURAS	xii
CAPÍTULO I	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción de la realidad problemática	13
1.2. Formulación del problema	15
1.2.1. Problema principal	15
1.2.2. Problemas secundarios	15
1.3. Objetivos de la investigación	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16
1.4. Justificación de la investigación	17
1.4.1. Importancia de la investigación	17
1.5. Limitaciones de la investigación	18
CAPÍTULO II	19
MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes	19
2.1.1. Antecedentes Internacionales	19
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.2. Bases teóricas	27
2.2.1. Conceptos y definiciones	27

2.2.2.	Teorías acerca del Autismo	30
2.2.3.	Categorías del autismo y subtipos	32
2.2.4.	Características de los Trastornos de Espectro Autista	37
2.2.5.	Prevalencia del trastorno del espectro autista	41
2.2.6.	Causas de riesgo de los TEA	42
2.2.7.	Diagnóstico de los TEA	43
2.2.8.	Las Necesidades Educativas Especiales de las personas con TEA	46
2.3.	Definición de términos básicos	50
CAPÍTULO III		53
METODOLOGÍA		53
3.1.	Diseño metodológico	53
3.2.	Población y muestra	55
3.2.1.	Población	55
3.2.2.	Muestra (Participantes)	55
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4.	Unidades de análisis	57
3.5.	Aspectos éticos	58
3.6.	Procedimientos	58
3.7.	Análisis de la Información	59
CAPÍTULO IV		60
ANÁLISIS Y DISCUSION		60
4.1.	Análisis descriptivo de los casos	61
4.1.1.	Antecedentes genéticos	61
4.1.2.	Primeros signos del TEA en los casos	65
4.1.3.	Principales características según DSM-V	69
4.1.4.	Actitudes y comportamiento de los padres frente al TEA	73
4.2.	Análisis sistémico y Discusión	78

4.2.1.	A cerca de los antecedentes	78
4.2.2.	Con respecto a los síntomas.	79
4.2.3.	Sentimientos que experimentaron los padres	79
4.2.4.	Análisis psicológico del comportamiento de los padres	81
4.3.	Conocimientos hallados y teoría emergente	82
4.3.1.	Primeras Sospechas: informarse inmediatamente	82
4.3.2.	Información detallada del TEA	83
4.3.3.	Comparta lo que siente, asimile el TEA	83
4.3.4.	Instituciones para ayudar en el tratamiento del TEA	84
4.3.5.	Triada de apoyo para el avance del niño con TEA	84
4.3.6.	Terapias o tratamiento sugeridos en el TEA	85
CONCLUSIONES		87
RECOMENDACIONES		89
REFERENCIAS		98
ANEXOS		107

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. <i>Niveles de gravedad del TEA según DSM-V</i>	69
Cuadro 3: <i>Cuadro de primeros signos y características de TEA en los casos vistos.</i>	72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Datos socio-demográficos de los participantes del estudio madres y niños</i>	56
--	----

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Antecedentes familiares del Caso 1 “Facundo”	61
Figura 2. Antecedentes familiares del Caso 2 “Gian”	63
Figura 3 Antecedentes familiares del Caso 3 “June”	63
Figura 4. Antecedentes familiares del Caso 4 “Jesús”	64

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El Autismo y los trastornos asociados a él desde su origen y clasificación han despertado controversias en la comunidad científica internacional y esta última década no ha sido la excepción, la iniciativa más controversial la tomó la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2013) cuando en el manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, agrupa como trastorno del espectro autista (TEA) a los trastornos, Autismo, Asperger y Trastornos del desarrollo no especificado según antes señalado por el DSM IV.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2017) reporta que, a nivel mundial, uno de cada 160 niños presenta el trastorno del espectro autista, siendo esta la cifra media, ya que en algunos países la prevalencia observada varía considerablemente puntualizando que las medias son más altas en los países con ingresos bajos. Además, afirma que en los últimos 50 años la prevalencia mundial va aumentando, debido a que existe una mayor conciencia, mejores criterios y herramientas diagnósticas.

Las causas del autismo no están definidas totalmente atribuyendo su etiología a diversas circunstancias, que incluyen factores ambientales, biológicos y genéticos, todos estos factores sientan las bases para que el niño sea más propenso a padecer el trastorno, de todas estas causas, el factor genético juega el papel importante en el desarrollo del trastorno.

Respecto a la prevalencia del TEA no existen reportes estadísticos exactos en el Perú, pero existen aproximadamente 2809 casos inscritos en el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad CONADIS (Plan Nacional para las personas con Trastornos del Espectro Autista 2016).

Un niño con autismo, es un niño con una acentuada dificultad para socializar, expresarse y controlar sus conductas. Happé (2007), presenta esta misma condición para los niños con TEA en la Clasificación del DSM -IV, por ello debido a esta condición del niño, los padres presentan múltiples dificultades para comunicarse con él, trayendo consigo diversos problemas familiares, económicos y emocionales. En las últimas décadas diferentes estudios reportan que el nacimiento de un niño con cualquier problema o discapacidad termina creando resultados negativos en el ámbito familiar, tales como estrés y depresión parental según puntualizan Baxter, Cummins y Yiolitis (2000).

Duarte, Martínez y et al. (2008) reportaron que tener un hijo autista es un factor estresante que lo que afecta en las relaciones entre padres e hijos. Campbell y Figueroa (2001) explican que la relación de los padres de niños autistas con su hijo genera un deterioro en las relaciones familiares. También se debe considerar el hecho de que hay muchas limitaciones en el tratamiento de éstas familias y sus hijos. Murphy y et al. (2000) confirman rasgos particulares en los miembros de las familias con niños autistas, manifestando factores de tensión en las mismas. Por su parte Gómez, Anaya, López y et

al. (2012) afirman que “los tipos de personalidad más propensos de padres de niños con autismo son, pasivo-agresivo e histriónico, seguidos de dependientes y obsesivo compulsivos”.

En la provincia de Nazca y específicamente en el distrito de Marcona, existen varios casos de niños con algún tipo de autismo, algunos han sido reportados otros no, dentro de los casos que se han reportado, algunos se atienden en el seguro ESSALUD, otros en centros particulares, algunos están incluidos en el centro de educación básica regular CEBE del distrito. De estos casos reportados se ha tomado cuatro casos de niños con autismo, para la presente investigación, por tanto, es de interés ahondar las investigaciones dentro de esta realidad y tratar de encontrar algunos datos nuevos que permitan comprender, abordar y tratar mejor esta condición.

Por lo expuesto anteriormente consideramos importante el estudio de cuatro casos de niños con Trastorno de Espectro Autista en Marcona.

1.2. Formulación del problema

Considerando lo descrito en la realidad problemática, se plantea el problema de investigación de la siguiente manera.

1.2.1. Problema principal

¿Cuáles son las causas que influyen en la aparición del TEA, cuáles son sus principales características y cómo afrontan los padres de los niños con TEA?

1.2.2. Problemas secundarios

- ¿Cuáles son los aspectos genéticos que hace que aparezca el TEA?

- ¿Cuáles fueron los primeros signos del TEA en los casos estudiados, así como las principales características según el DSM-V?
- ¿Cuáles son las principales actitudes y reacciones de los padres y demás familiares frente al TEA en los casos estudiados?
- ¿Cuáles son los criterios para orientar a los padres respecto al manejo y superación del TEA en sus menores hijos?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Explicar de manera detallada y profunda, las causas que influyen en la aparición del TEA, cuáles son sus características principales y cómo afrontan los padres de los niños con TEA.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características genéticas que condicionan la aparición el TEA.
- Describir cuales fueron los primeros signos del TEA en los casos estudiados, así como las principales características según el DSMV.
- Determinar las principales actitudes y reacciones de los padres y demás familiares frente al TEA en los casos estudiados.
- Describir criterios para orientar a los padres respecto al manejo y superación del TEA en sus menores hijos.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Importancia de la investigación

El estudio es importante porque permitirá estudiar los casos del TEA a profundidad, considerando las causas que la condicionan tales como los factores familiares, genéticos, ambientales y sociales; además se estudiará sus manifestaciones, características, etiología y desarrollo; así como las actitudes y la forma como afrontan los padres de los niños que padecen este trastorno; también se analizará cómo serán los efectos de este trastorno en la vida futura del niño y cuáles deberían ser las actitudes y la manera de afrontar el futuro, por los padres de los niños que sufren dicho trastorno.

La investigación además es importante desde la perspectiva teórica porque se abordará el estudio del autismo desde una metodología cualitativa y mediante la técnica del estudio de casos; el cual permitirá extraer información de los antecedentes genéticos, de la dinámica familiar y de los efectos en la vida de los niños con autismo, en base a hechos reales observados en la investigación y revisar con lo que dice el manual DSM-V. Por otro lado, desde la perspectiva social, permitirá conocer cómo se desarrollan las actitudes y el modo de afrontamiento de los padres respecto a sus hijos con TEA y cómo actúa el entorno familiar frente al niño con TEA y los medios y facilidades que ofrecen las entidades de salud del estado y el privado.

Finalmente, el estudio se justifica porque los resultados de la investigación podrán utilizarse para el beneficio de los padres, especialmente de las madres de los niños con TEA en Marcona, y se le podrá inculcar actitudes positivas y mecanismos de búsqueda de ayuda profesional y social que les permitan un afrontamiento positivo del TEA.

1.5. Limitaciones de la investigación

Presenta limitación de tipo geográfico ya que el estudio se realizará con niños que padecen trastorno del espectro autista residentes en Marcona, no abarca a la población de la provincia de Nazca, tampoco es a nivel departamental, ni nacional.

Presento limitación con respecto a la disposición de los padres de familia, en el sentido de la duración del tiempo en las sesiones pactadas en las entrevistas para la investigación

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Hartley, DaWalt y Schultz (2017) efectuaron una investigación en EUA, denominada “Las experiencias cotidianas de padres de niños con TEA vs. Niños sin TEA” utilizó el método cuantitativo y fue de nivel descriptivo, examinó las experiencias diarias de 174 parejas que tenían un niño con TEA y a 179 parejas que tenían un niño sin discapacidad y su asociación con los padres de niños afectados en el mismo día. Los padres completaron un diario de 14 días en los que informaron el tiempo con la pareja, apoyo de la pareja, y un par de interacciones positivas y negativas y el nivel de afecto positivo y negativo. Se llevaron a cabo en un solo sentido el análisis multivariado de covarianza y modelos multinivel diádico. Los padres de niños con TEA reportaron menos tiempo con la pareja, menor apoyo de la pareja, y un menor número de interacciones positivas de pareja que el grupo de comparación. Las experiencias en pareja diarias negativas fueron más fuertemente asociados con los padres afectados con niños con TEA en comparación al otro grupo.

Jiménez (2016) efectuó una investigación cuantitativa de nivel descriptivo, relacionada con los trastornos del espectro autista (TEA) en España, que tuvo el objetivo de conocer el impacto que supone el diagnóstico de TEA sobre la resiliencia y validar la Escala de Resiliencia (RS) que se usó. Para ello evaluó la resiliencia con la escala RS en un grupo de 128 padres de niños con y sin TEA. En la investigación halló que el TEA supone un impacto emocional en los padres que se traduce en un alto grado de estrés y dificultades de adaptación. Además, descubrió que la resiliencia es una capacidad positiva de afrontar y adaptarse exitosamente a esa situación traumática, que se puede promover y desarrollar para mejorar la adaptación familiar al trastorno y favorecer el desarrollo del niño. Además, la capacidad resiliente está modulada tanto por características y factores del individuo como por factores del entorno familiar y social.

Los resultados muestran la importancia de los factores protectores familiares y sociales en la predicción de la adaptación al TEA, pero no avalan el papel de la resiliencia en la misma ni la modulación de la resiliencia por parte de los factores protectores. Se discutió la validez de la escala RS para medir el actual constructo de resiliencia, concluyendo que esta medida individual de resiliencia no responde adecuadamente a la compleja realidad del constructo resiliencia, y que se deben desarrollar nuevos instrumentos de evaluación que engloben los factores del entorno del sujeto.

Gonzales. (2014) ejecutó una investigación exploratoria y mixta, en Costa Rica, sobre “Percepción de las madres de niños y niñas con condición espectro autista que asisten a olimpiadas especiales y los factores que aumentan el nivel de estrés.” Para ello elaboró un instrumento con el cual entrevistó a 17 madres de niño entre 3 y 8 años de edad cronológica que asisten a las olimpiadas especiales para conocer el estrés y autocuidado. En los resultados halló que la falta de apoyo social, la dependencia y las características propias de este trastorno tienen consecuencias sobre la salud física y mental, por lo que producen

síntomas de estrés, asimismo la carga laboral de los cuidadores contribuye en su cuidado personal.

Fernández-Mayoralas, Fernández-Perrone y Fernández-Jaén (2013). Estudiaron la epidemiología y etiología del Trastorno de Espectro Autista. El estudio es de tipo bibliográfico utilizando la Base de Datos Medline y PsycINFO, con los términos Asperger's disorder, Asperger syndrome, autism, autism spectrum disorder, autistic disorder. Después del análisis de los estudios publicados en la base de datos, se concluye afirmando que el TEA engloba un grupo de enfermedades que se caracterizan por la alteración interacción social, escasa actividad imaginativa, alteración de la comunicación verbal y no verbal, así como comportamientos estereotipados y repetitivos; así mismo, se le considera un trastorno con enorme complejidad desde un punto de vista clínico y neurológico; también, se halla que gran cantidad de estudios que la asocian el factores genético, como la elevada edad de la madre y el padre, también se asocia altos porcentajes de niños con TEA en familias con antecedentes del trastorno, finalmente se afirman que existe una heterogeneidad genética en el TEA.

Gallardo (2013), en Madrid, en un estudio bibliográfico sobre la exclusividad de los síntomas del Trastorno de Espectro Autista, en niños de Madrid. El estudio indica que existe mayor prevalencia en los varones con aparición de los primeros síntomas en los primeros tres años de vida, siendo su diagnóstico clínico, pues carece de biomarcadores, además es importante precisar que los síntomas no son exclusivos del TEA, estando asociados a otros trastornos y problemas clínicos, en ese sentido se reportado en la literatura científica dos tipos de sintomatología, las que afectan cualidades funcionales y no funcionales, también existen estudios que indican que una intervención precoz, intensiva y personalizada, hace que el diagnóstico que los signos y síntomas sean mínimos o desaparezcan.

Beck (2012). En New York, el estudio, avanza la identificación de algunas raíces genéticas del autismo, en un estudio bibliométrico. El estudio concluye que el 20% de los casos de autismo están relacionados con las alteraciones genéticas conocidas hoy en con la ciencia y con otras no detectadas por la neurociencias, según el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en EEUU, afirma que el TEA no puede ser detectado por ningún examen de sangre, tomografía cerebral; sin embargo, cuando un niño ya es diagnosticado con TEA sobre los síntomas y pruebas del comportamiento, se les puede abordar buscando una etiología genética, finalmente los expertos afirman que este trastorno nunca debería ser diagnosticado únicamente basado en exámenes genéticos

Pérez (2012) en la investigación que efectuó en España, para lograr el diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico, evaluó la personalidad de dos grupos de padres, uno de niños diagnosticados como autistas y otro de niños que no habían sido diagnosticados con algún trastorno psicológico, de lenguaje o de comportamiento, para detectar la prevalencia de rasgos de personalidad que se presentaban en cada grupo y comparar si existía una diferencia en los rasgos de personalidad entre dichos grupos. Utilizó el Cuestionario del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R por sus siglas en inglés) y la Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes (BPRS – CA por sus siglas en inglés). Los resultados indicaron una sensibilidad en las escalas: esquizoide, dependiente, obsesivo compulsivo, pasivo agresivo, histriónico, narcisista, borderline y rasgos de desorden conductual. Concluyó que la prevalencia mayor de rasgos obsesivos compulsivos, dependientes y pasivo agresivo, posiblemente se deben a factores relacionados con la crianza de estos niños.

Pérez, I. (2010). En Puerto Rico, en un estudio bibliográfico conceptualiza al autismo como una compleja condición genética que consiste de un conglomerado de desórdenes denominados como trastornos del espectro autista, los cuales afectan a los varones cuatro

veces más que a las mujeres, además es único y diferente en cada niño, variando los síntomas en la intensidad y cronicidad, fluctuando entre leves a severos, en función de cada caso.

Basa (2010) Investigó el estrés parental con hijos autistas en Argentina, fue un estudio descriptivo comparativo, tuvo como objetivo comparar los niveles de estrés en padres y madres de hijos con autismo y sin autismo. La muestra estuvo conformada por 72 individuos de ambos sexos, donde se dividen en 36 padres cuyos hijos tiene autismo y 36 que no presentan autismo. El instrumento empleado fue la escala de estrés parental la cual cuenta con 120 ítems divididos en 13 sub-escalas. Los resultados indican que los padres cuyos hijos tiene autismo presentan más estrés parental ($p < 0.05$). A comparación de los padres que no tienen. Además, se encontró diferencias significativas ($p < 0,05$) y una predominancia en la sub-escala dificultad en la conducta del hijo, a diferencia de los padres cuyos hijos no estaban diagnosticados con autismo, los segundos presentaron una predominancia en la sub-escala dificultad en el rol padre/madre.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rojas (2017), desarrolló una investigación sobre “Creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo de educación especial de Lima sur”, fue una investigación cuantitativa y de nivel descriptiva, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo en Centros Especiales. Tuvo una muestra de 52 padres que completaron el cuestionario de creencias erróneas y el cuestionario del cumplimiento del cuidador. Los resultados indican que existe una relación altamente significativa ($p < 0.01$) entre los niveles de las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador, es así que el 42.3% de padres de niños con autismo presenta un nivel de cumplimiento regular en la atención a sus hijos, así mismo el nivel de creencias erróneas y cumplimiento del cuidador que predomina en la

muestra es moderado y regular, por último se encontraron diferencias significativas en los niveles de creencias erróneas y el área de etiología según edad, mientras que no se hallaron diferencias significativas según género, grado de instrucción y estado civil para las creencias erróneas y el cumplimiento del cuidador.

Ávila (2016), investigó los niveles de estrés percibido y percepción de la autoeficacia en madres de niños con habilidades especiales, en Lima. Fue una investigación cuantitativa de nivel correlacional, la muestra estuvo conformada por 88 madres de familia, de las cuales 28 tenían un hijo con espectro autista, 9 con síndrome de Down, 21 con parálisis cerebral y 30 con otros trastornos. Los instrumentos que se utilizaron fueron la escala de Escala de Estrés percibido y la Escala de Autoeficacia de Baessler y Shwarzer. Los resultados indican que existe mayor nivel de estrés en las madres de niños con trastorno del espectro autista no llegando a ser significativa ($p=0.288$) y con una correlación inversa.

Casimiro (2016), realizó una investigación sobre “Bienestar Psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres”. El estudio fue cuantitativo y descriptivo comparativo, tuvo como propósito comparar el Bienestar Psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres. La muestra está conformada por 92 madres de niños entre los 3 y 11 años de edad, diagnosticados con TEA y que residen dentro de Lima Metropolitana. Los tres centros especializados son diferenciados como A ($n=32$), B ($n=31$) y C ($n=29$). Las madres respondieron a la versión reducida de la escala de Bienestar Psicológico elaborada por Díaz. Los resultados de esta investigación demostraron que, existen diferencias significativas en el Bienestar Psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres, donde se evidencia que el servicio brindado por el centro A refleja un menor Bienestar Psicológico, mientras

que el servicio brindado en los centros B y C refleja un mejor Bienestar Psicológico en las madres de niños con TEA.

Demos (2015), ejecutó una investigación en Lima sobre, las representaciones del autismo en padres de hijos autistas profundizando en la representación del autismo y su etiología, la representación de las dificultades del autismo, la representación del hijo autista, y la representación del futuro del hijo autista. El estudio fue cualitativo y examinó las representaciones sobre el espectro del trastorno autista de ocho padres de hijos diagnosticados con autismo, pertenecientes a una escuela de educación especial de Lima. La investigación concluye sugiriendo que existe una forma predominante de representar el autismo como un mal funcionamiento que genera solipsismo, dificultades y retos, y predominaría una atribución interna de la etiología. Las dificultades del autismo percibidas por los padres, se representarían como retos y demanda de tiempo. El hijo autista sería representado como un ser amado, pero con una condición anormal que se rechaza, entrelazándose sentimientos de amor y orgullo, con frustración, culpa, miedo y otras emociones negativas. Los padres pasarían por un proceso de adaptación de las expectativas iniciales de un hijo ideal, a las nuevas condiciones de un hijo con autismo. Los padres se representarían el futuro de sus hijos autista de forma incierta, entrelazándose un optimismo moderado con temor y ansiedad, en particular el momento en que no puedan hacerse cargo de sus hijos autistas.

Jara (2014), realizó un estudio cualitativo en Lima, “Experiencia emocional en hermanos adolescentes de niños con trastorno del espectro autista”, tuvo como objetivo explorar la vivencia de los hermanos de niños con Trastorno del Espectro Autista durante una etapa tan crucial en la vida de cada persona como es la adolescencia. Para ello, se realizó un estudio de casos con un análisis cualitativo de los mismos. Se entrevistó a 4 adolescentes y a sus respectivos padres en un total de tres entrevistas, una con uno de los padres y dos con

el adolescente. Para la recolección de información, se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, una guía de entrevista y un instrumento de frases incompletas que fue aplicada durante la segunda entrevista con el adolescente. Los resultados muestran que los adolescentes tienden a sentir emociones de ira, de tristeza y de culpa, pero también de cariño, alegría y esperanza, el estudio concluye recomendando que una comunicación adecuada con los padres y una evolución favorable del hermano con TEA en las terapias, favorezca en el adolescente un manejo afectivo más saludable.

Vega (2014), hizo un estudio cuantitativo descriptivo en Chimbote que tuvo como objetivo, determinar el clima social familiar de niños diagnosticados con autismo, la población estuvo conformada por 20 padres de familia de 20 niños que cumplían el diagnóstico de autismo. Se utilizó como instrumento la Escala del Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos y E.J. Trickett. Los resultados indicaron que la mayoría de los niños se ubican en un nivel bajo y muy bajo del clima social familiar (75%). Análogamente en las dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad se ubican en un nivel bajo, (75%, 70% y 75%, respectivamente). Del mismo modo las áreas: de cohesión, actuación, autonomía y organización se ubican en un nivel bajo; el área de expresividad, en un nivel muy bajo. El autor concluye que la mayoría de los niños provenientes de familias extensas son los que se ubican en mejores niveles, en comparación con los que provienen de familia nuclear y monoparental

Gonzales (2012), estudió la relación entre estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista en Lima. Fue una investigación cuantitativa y descriptiva. La muestra estuvo conformada por 52 padres de familia cuyos hijos fueron diagnosticados con trastorno espectro autista. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de estrés parental PSI- SF y el cuestionario COPE. Los resultados indican que existe una relación moderada entre los componentes malestar moderno y los

componentes estrategia supresión de actividades componentes, desenganche conductual y negación; y una relación negativa con el componente estrategia búsqueda de apoyo social por razones emocionales.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Conceptos y definiciones

La etimología del término 'autismo' deriva del idioma griego, específicamente de *autos*, que significa por cuenta propia, e *ismo*, un sufijo que denota acción o estado. El termino autismo fue introducido por primera vez por el psiquiatra suizo Eugen Bleuer (1912) al describir un comportamiento atípico de pacientes esquizofrénicos.

Kanner (1943) describía a los niños autistas con “falta de contacto con las personas, ensimismamiento y soledad emocional”. Kanner (1950) para los años siguientes decía que el autismo se define por las alteraciones cualitativas en la interacción social a menudo se manifiestan como deterioro marcado en la mirada o en gestos comunicativos, expresiones faciales inadecuadas o limitadas, incapacidad para desarrollar relaciones con sus pares, una disminución marcada en la tendencia a compartir intereses con otros de manera espontánea, y la falta de reciprocidad social o emocional entre otras características.

López, Rivas y Taboada (2009) definen el autismo como un trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con su inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como con unos patrones

del comportamiento restringido, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad.

Para la Confederación Española de Autismo (FESPAU, 2012) el autismo es una alteración que se da en el neurodesarrollo de competencias sociales, comunicativas y lingüísticas y de las habilidades para la simbolización y la flexibilidad.

El Ministerio de Educación del Perú (2013) en la Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con TEA, los trastornos del espectro autista (TEA), también considerados generalizados del desarrollo (TGD), son “un conjunto de problemas cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal”. Entonces podemos definir el Trastorno del espectro Autista, como una alteración compleja del desarrollo infantil, y que afecta la capacidad del niño para comunicarse e interactuar con los demás.

Etapas de duelo

Elizabeth Kûber-Ross (1962) en la publicación de su libro “Sobre la muerte y el morir”, introduce cinco etapas del duelo. Este modelo tiene lugar de forma sucesiva, según la autora en primer lugar pasamos por la fase de negación luego por la fase de la ira, la negociación, así como la fase de depresión y por último la de aceptación de la pérdida.

Negación

La negación de la pérdida es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después de esta reacción también aparece un estado de shock o embotellamiento emocional e incluso cognitivo. Esta fase implica

estrictamente la negación de la pérdida, esto no siempre sucede, sino que puede manifestarse de un modo más difuso o abstracto.

Ira

El fin de la negación va acompañado a sentimientos de frustración y de impotencia con respecto a la propia capacidad de modificar las consecuencias de la pérdida. Esta frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira, como sucede en general y no solo durante el duelo. En esta etapa de ira la persona busca atribuir la culpa de la pérdida a algún factor, puede ser una persona o incluso uno mismo.

Negociación

En la fase de negociación la persona guarda la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación. Así en lo pacientes terminales intentan explorar opciones de tratamiento a pesar de saber que no existe cura posible, o quienes creen que podrán volver con su pareja si empiezan a comportarse de otra manera.

Depresión

En esta fase las personas empiezan a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, y esto genera sentimientos de tristeza y de desesperanza junto con otros síntomas típicos de los estados depresivos, como el aislamiento social o la falta de motivación. La pérdida de un ser querido, de enfrentarse a la propia muerte y otras causas del duelo puede hacer que la vida deje de tener sentido para nosotros, al menos durante un tiempo.

Aceptación

Esta fase se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida, y por tanto del proceso de duelo. En los casos en que el duelo es debido a una enfermedad terminal suelen darse reflexiones con respecto a la propia vida, vista en retrospectiva una vez se acerca el final.

2.2.2. Teorías acerca del Autismo

Existen varias teorías con diversos enfoques acerca de los trastornos de espectro autista, de acuerdo a la bibliografía revisada, los más importantes son:

a. Teoría de la Mente

La teoría de la mente es un concepto acuñado por Premack y Woodruff (1978), es la atribución de estados mentales a uno mismo y a los demás. Así también es la capacidad para comprender la existencia de pensamientos, deseos, sentimientos, ideas, creencias, etc. Según esta teoría la mayoría de personas con TEA, padecen de una especie de “ceguera” la cual no le permite entender a los demás e incluso a ellos mismos. Esta dificultad podría responder muchos de los déficits que presentan los TEA en el ámbito social y de comunicación. Asimismo, la dificultad en la teoría de la mente en personas con TEA suele aparecer desde el comienzo de la vida con déficit en atención conjunta, en el primer año de nacido y sigue con la adquisición atípica de algunas capacidades relacionadas. Un ejemplo sería la relación existente entre los déficits en Teoría de la mente y la capacidad de regulación de nuestras propias emociones. (Laurent & Rubin, 2004; Rieffe et al. 2011;).

b. Teoría de la Coherencia Central Débil

Esta teoría psicológica dice que las personas no autistas tienen una manera natural de integrar la información que observan de un todo, mientras que las personas con autismo suelen observar de manera fragmentada, percibiendo los detalles en vez del todo. Esta forma de percibir la información incrementa el déficit en el ámbito socio-emocional. La falta de influencia del contexto y la débil motivación para buscar su significado se llama Coherencia Central Débil y pertenecería a una de las características de las personas con autismo. (Frith, 1989; Happe, 1999)

c. Teoría de empatía y sistematización

Simon Baron-Cohen habla de esta teoría, que está basada en las dificultades que poseen las personas con autismo en la comunicación y en las relaciones interpersonales. Estas dificultades serían por la falta de empatía, ya que las personas con autismo tendrían una capacidad intacta o superior a la medida en la capacidad de sistematización (Baron-Cohen, 2003; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004; Baron-Cohen et al., 2007).

Esta teoría, así como la teoría de la coherencia central débil dice que en el autismo se da un estilo cognitivo distinto en el cual la atención hacia los detalles es lo que más pesa. Para la teoría de coherencia central débil esta percepción a los detalles es algo negativo al no percibir estímulos de un todo sin embargo para la teoría de la empatía- sistematización, la atención al detalle vendría hacer una característica positiva que llevaría a entender los sistemas.

La teoría del cerebro masculino extremo (Baron-Cohen et al., 2005^a) plantea que el género del individuo posee una gran influencia en la empatía y sistematización,

ya que las mujeres han salido mejor en pruebas de empatía en cambio los hombres salen mejor en las de sistematización. También Baron-Cohen y su equipo han observado niveles elevados de testosterona en personas con autismo.

d. La teoría genética

Se considera que el autismo tiene una fuerte base genética, y se cree que existe 15 genes relacionados con el trastorno (Abrahams & Geschwind, 2008; Geschwind, 2011). De un lado se ha comprobado que las mutaciones estructurales en algunos genes poseen riesgo para que aparezca el trastorno, así también el riesgo es alto cuando existe un hermano con autismo (Jorde et al., 1991).

2.2.3. Categorías del autismo y subtipos

Las clasificaciones diagnósticas del Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría tenían al autismo y sus trastornos asociados dentro de la clasificación de “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD) esta categoría de los trastornos generalizados del desarrollo se subdividen en: **Trastorno Autista**, manifestaciones en mayor o menor grado en interacción social, comunicación y repertorio restringido de intereses y comportamientos; **Trastorno de Rett**, se diferencia en que solo se da en niñas e implica una rápida regresión motora y de la conducta antes de los 4 años (con estereotipa características como la de “lavarse las manos”); **Trastorno desintegrativo Infantil**, es un trastorno muy poco frecuente en el que después de un desarrollo inicial normal se desencadena, tras los 2 años y antes de los 10 años, una pérdida de las habilidades adquiridas anteriormente.; **Trastorno de Asperger**, incapacidad para establecer relaciones sociales adecuadas a su edad de desarrollo, junto con una rigidez mental y comportamental. Diferenciándose del trastorno autista

porque presenta un desarrollo lingüístico aparentemente normal y sin existencia de discapacidad intelectual; **Trastornos generalizados del desarrollo no especificado** (incluido autismo atípico), agrupa todos los casos en los que no coinciden claramente con los cuadros anteriores, o bien se presentan en forma incompleta o inapropiada los síntomas de autismo o cuanto a edad de inicio o existencia de sintomatología subliminal.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2017), hace referencia a los trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

Autismo Infantil, definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta antes de los tres años y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restrictiva que se subdivide en:

Autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo en que el desarrollo anormal o alterado se presenta únicamente después de los tres años de edad o en que faltan anomalías suficientemente demostradas en una o dos de las tres áreas de psicopatología requeridas para el diagnóstico de autismo (la interacción social, el trastorno de la comunicación y el comportamiento restrictivo, estereotipado y repetitivo). Suele presentarse en individuos con retraso profundo cuyo bajo nivel de rendimiento favorece la manifestación del comportamiento desviado específico requeridos para el diagnóstico del autismo.

Síndrome de Rett; trastorno descrito hasta ahora solo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología. El desarrollo temprano es aparentemente normal o casi normal,

pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los siete meses y los dos años de edad. Las características principales son: pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipas consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación.

Otros trastornos desintegrativo de la infancia; trastorno profundo del desarrollo (distinto del síndrome de Rett) definido por la presencia de una etapa previa de desarrollo normal antes del comienzo del trastorno, por una fase bien definida de pérdida de capacidades previamente adquiridas, que tiene lugar en el curso de pocos meses y que afecta como mínimo a varias áreas del desarrollo, junto con la aparición de anomalías típicas del comportamiento social y de la comunicación.

Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados; se incluye aquí sin embargo porque los niños con retraso mental (CI inferior a 50), con problemas importantes de hiperactividad y déficit de atención tienen con frecuencia un comportamiento estereotipado. Además, estos niños no suelen beneficiarse de un tratamiento con fármacos estimulantes (al contrario de aquellos de CI en el rango normal) al que puedan responder con reacciones disforicas intensas (a veces con inhibiciones psicomotriz) y en la adolescencia la hiperactividad tiende a ser reemplazada por una hipoactividad (una forma que no es frecuente en los niños hiperkinéticos con inteligencia normal) Este síndrome suele acompañarse de tipos variados de retrasos del desarrollo, ya sean específicos o generalizados.

Síndrome de Asperger; trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de déficit cualitativo de la interacción social propia del autismo,

además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipo y repertorio de actividades e intereses. Difiere sin embargo del autismo en que no hay déficits o retrasos del lenguaje o del desarrollo cognoscitivo. La mayoría de los afectados son de inteligencia normal, pero suelen marcadamente torpes desde el punto de vista motor. El trastorno se presenta con preferente en varones (en proporción aproximada de 8 a 1). Parece muy probable que al menos algunos casos sean formas leves de autismo, pero no hay certeza de esto sea así en todos los casos. La tendencia es que las anomalías persistan en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son tendencia es que las anomalías persisten en la adolescencia y en la vida adulta, de tal manera que parecen rasgos individuales que no son modificados por influencias ambientales. Ocasionalmente aparecen episodios psicóticos en el inicio de la vida adulta. Otros trastornos generalizados del desarrollo; trastorno generalizado del desarrollo sin especificación; otros trastornos del desarrollo psicológico; trastornos del desarrollo psicológico, no especificado.

El autismo según la APA (2000) y Artigás (2011) es un conjunto de trastornos del neurodesarrollo que comparten una gran amplitud de expresiones clínicas, pero tienen las siguientes características comunes:

- Relación social: dificultades en el desarrollo de la interacción social recíproca.
- Comunicación: dificultades en el desarrollo del lenguaje, tanto en la comprensión como expresión del mismo y en la comunicación verbal y no verbal.
- Intereses: restringidos y conductas repetitivas, restrictivas y estereotipadas.

Sin embargo, aunque ya se introduce la idea del continuo dentro de los TGD, esa definición categorial de los trastornos autistas no ha respondido a la enorme

variabilidad que apuntan Wing (1998) o Rivière (1998), produciéndose solapamientos entre las distintas categorías propuestas. También se ha dado concomitancia con otros trastornos ajenos a TGD pero que comparten algún rasgo de la triada de Wing que son (1) trastorno de la reciprocidad social, (2) trastorno de la comunicación verbal y no verbal, y (3) ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. Posteriormente añadió los patrones repetitivos de actividad e intereses.

Así, se ha llegado a una consideración dimensional de estos trastornos, que refleja mejor la heterogeneidad de este grupo de trastornos, y que concluye en la concepción de Trastornos del Espectro Autista (TEA) como una única categoría diagnóstica. El término TEA resalta la noción dimensional de un continuo. Este concepto facilita la comprensión de la realidad social de estos trastornos e impulsa el establecimiento de diferentes apoyos para las personas afectadas y sus familiares. Así se recoge recientemente en la quinta y última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Además, en esta quinta versión del DSM se reducen a dos las dimensiones que definen el espectro autista: Déficits en interacción y comunicación y Patrones repetitivos y restringidos de conducta.

Martos (2008), realiza una interesante distinción en el uso de los términos “trastorno generalizado del desarrollo” y “trastorno del espectro autista”, postulando que el primero alude más bien a un enfoque categorial propio de las clasificaciones internacionales (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría [DSM] y la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]), que definen categorías diagnósticas diferenciadas cuyos elementos se organizarían

alrededor de aspectos prototípicos. Por su parte el término “trastorno del espectro autista” resalta la noción dimensional de un continuo reflejado en el concepto de espectro, englobando diferentes clasificaciones diagnósticas referentes a los grupos o subgrupos de trastornos del espectro autista. Dicho de otro modo, ambos términos corresponden a dos planos de explicación diferentes, siendo el primero parte de un sistema categorial y el segundo de un sistema multidimensional de comprensión.

Por su parte Rivière (1998) señala seis factores principales de los que depende la naturaleza y expresión concreta de las alteraciones que presentan las personas con espectro autista en las dimensiones que siempre están alteradas:

- La asociación o no del autismo con retraso mental más o menos severo.
- La gravedad del trastorno que presentan.
- La edad (el momento evolutivo) de la persona con autismo.
- La edad (el momento evolutivo) de la persona con autismo.
- El sexo: el trastorno autista afecta con menos frecuencia, pero con mayor grado de alteración, a mujeres que a hombres.
- La adecuación y eficiencia de los tratamientos utilizados y de las experiencias de aprendizaje.
- El compromiso y apoyo de la familia

2.2.4. Características de los Trastornos de Espectro Autista

El centro para prevención y control de enfermedades (2014), dice que los pacientes con TEA presentan las siguientes características:

- No señalan los objetos para demostrar su interés (por ejemplo, no señalan un avión que pasa volando).
- No miran los objetos cuando otra persona los señala.
- Tienen dificultad para relacionarse con los demás o no manifiestan ningún interés por otras personas.
- Evitan el contacto visual y quieren estar solos.
- Tienen dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.
- Prefieren que no se los abrace, o abrazan a otras personas sólo cuando ellos quieren.
- Parecen no estar conscientes cuando otras personas les hablan pero responden a otros sonidos.
- Están muy interesados en las personas, pero no saben cómo hablar, jugar ni relacionarse con ellas.
- Repiten o imitan palabras o frases que se les dicen, o bien, repiten palabras o frases en lugar del lenguaje normal.
- Tienen dificultades para expresar sus necesidades con palabras o movimientos habituales.
- No juegan juegos de simulación (por ejemplo, no juegan a “darle de comer” a un muñeco).

- Repiten acciones una y otra vez.
- Tienen dificultades para adaptarse cuando hay un cambio en la rutina.
- Tienen reacciones poco habituales al olor, el gusto, el aspecto, el tacto o el sonido de las cosas.
- Pierden las destrezas que antes tenían (por ejemplo, dejar de decir palabras que antes usaban).

Por su parte National Institute of Mental Health (2016), sostiene que las personas con estos trastornos pueden presentar los siguientes síntomas y signos:

- Repetir ciertas conductas o tener comportamientos inusuales.
- Tener demasiado interés en ciertas cosas, como en objetos en movimiento o partes de objetos
- Tener un interés intenso y prolongado en ciertos temas, como números, detalles o datos.
- Molestarse por algún cambio leve de rutina o por estar en un entorno nuevo o que los estimule demasiado.
- Hacer poco contacto visual o hacerlo de manera errática.
- Tender a mirar o escuchar menos a las personas a su alrededor.
- Rara vez intentar compartir los objetos o actividades que les gustan señalándolos o mostrándolos a otros.
- Responder de forma inusual cuando otras personas muestran ira, angustia o afecto.

- No responder o demorarse para responder a su nombre u otros intentos verbales para captar su atención.
- Tener dificultad para seguir las conversaciones.
- A menudo, hablar por largo tiempo sobre un tema favorito, pero sin permitir que otros tengan la oportunidad de responder o sin darse cuenta cuando los demás reaccionan con indiferencia.
- Repetir palabras o frases que escuchan, un comportamiento llamado ecolalia.
- Usar palabras que parecen extrañas, fuera de lugar o que tienen un significado especial que solo entienden los que conocen la forma de comunicarse de esa persona.
- Tener expresiones faciales, movimientos y gestos que no coinciden con lo que están diciendo.
- Tener un tono inusual de voz que puede sonar como si estuvieran cantando o un tono monótono y similar al de un robot.
- Tener problemas para comprender el punto de vista de otra persona, lo que les impide predecir o entender las acciones de otras personas.

Asimismo, las personas con un trastorno del espectro autista pueden tener otras dificultades, como sensibilidad sensorial (sensibilidad a la luz, el ruido, las texturas de la ropa o la temperatura), trastornos del sueño, problemas de digestión e irritabilidad. También pueden tener muchas fortalezas y habilidades. Por ejemplo, las personas con un trastorno del espectro autista pueden:

- Tener una inteligencia superior a la media.

- Ser capaces de aprender cosas en detalle y recordar la información por largos períodos.
- Tener una gran memoria visual y auditiva.
- Sobresalir en matemáticas, ciencia, música y arte.

2.2.5. Prevalencia del trastorno del espectro autista

La prevalencia de TEA ha aumentado de forma alarmante desde los años setenta, cuando se calculaba una prevalencia de 5/10000. Ha ido creciendo la prevalencia hasta fijarse en alrededor de 1 de cada 88 niños en 2008, de los que el 44% es trastorno autista, el 9% es trastorno de Asperger y el 47% restante son otros trastornos del espectro autista según Centros para la prevención y control de enfermedades - CDC, (2014). Este incremento en la prevalencia se correlaciona con un incremento en el número de profesionales dedicados a su diagnóstico y tratamiento y al de investigadores dedicados a su conocimiento.

En su informe de la red de monitorización sobre autismo y discapacidades del desarrollo, el CDC identificó en 2008 una prevalencia en Estados Unidos de 11,3 por 1000 niños/as de 8 años (1 de cada 88). Esta prevalencia varía en función del sexo, de modo en los varones es de 18,4 por 1000 (1 cada 54) y en las mujeres 4 por 1000 (1 cada 252). Además, este informe destaca el incremento de esa tasa de prevalencia de 2008 en un 23% respecto al mismo informe de 2006 y de un 78% respecto al informe de 2002, lo que nos da una idea de la importancia de trabajar en el abordaje de estos trastornos.

Wing y Gould (1979) cuando estudiaron la incidencia de deficiencia social severa en una población amplia, observaron que todos los niños que presentaban una

deficiencia social severa también tenían los síntomas principales del autismo. El autismo nuclear tan sólo estaba presente en un 4,8 cada 10.000, mientras que cuanto menor es el cociente intelectual, más frecuentes son los rasgos de espectro autista, hasta el punto de encontrar una incidencia de 22,1 cada 10.000, prácticamente cinco veces más que la incidencia nuclear de autismo. Por tanto, los niños que están afectados por dificultades similares en la reciprocidad social y la comunicación.

2.2.6. Causas de riesgo de los TEA

Los trastornos del espectro autista son afecciones físicas relacionadas con una biología y química anormales en el cerebro, cuyas causas exactas aún se desconocen. Se presume que hay una combinación de factores químicos y ambientales que causan el desarrollo de alguno de estos trastornos.

Se otorga mayor interés a los factores genéticos, se cree que están vinculados a la debilidad de ciertos cromosomas, como el síndrome del cromosoma X frágil o la esclerosis tuberosa, muchos investigadores se están concentrando en cómo los genes interactúan entre sí y con factores ambientales, tales como los problemas médicos familiares, la edad de los padres y otros factores demográficos, y las complicaciones durante el parto o el embarazo; por ejemplo es mucho más probable que los gemelos idénticos tengan ambos autismo en comparación con los gemelos fraternos (mellizos) o con los hermanos. De manera similar, las anomalías del lenguaje son más comunes en familiares de niños autistas e igualmente las anomalías cromosómicas y otros problemas del sistema nervioso (neurológicos) también son más comunes en las familias con autismo.

El Instituto Nacional de la Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Schriver (NICHD, por sus siglas en inglés), señala que las personas con

autismo tienen pequeños cambios, llamados mutaciones, en muchos de estos genes. Sin embargo, la relación entre las mutaciones genéticas y el autismo es compleja.

La mayoría de las personas con autismo tienen mutaciones y combinaciones de mutaciones diferentes. No todas las personas presentan cambios en cada uno de los genes que los científicos han vinculado al TEA.

Muchas personas sin autismo o síntomas autistas también tienen algunas de estas mutaciones genéticas que los científicos han vinculado al autismo. Esta evidencia significa que las diferentes mutaciones genéticas probablemente tengan roles diferentes en el TEA. Por ejemplo, determinadas mutaciones o combinaciones de mutaciones podrían: Provocar síntomas específicos del TEA, controlar cuán leves o graves son estos síntomas, aumentar la propensión al autismo. Esto significa que alguien con una de estas mutaciones genéticas corre más riesgo de tener autismo que una persona sin la mutación.

También se ha hecho descarte respecto a que son las consecuencias de vacunas, sin embargo, la Academia Estadounidense de Pediatría y El Instituto de Medicina (IM) están de acuerdo en que ninguna vacuna o componente de alguna vacuna sea responsable del número de niños que actualmente están siendo diagnosticados con autismo. Ellos concluyen que los beneficios de las vacunas superan a los riesgos.

2.2.7. Diagnóstico de los TEA

Para un adecuado diagnóstico debe formarse un equipo que incluya un psicólogo, un neurólogo, un psiquiatra, un logopeda u otros profesionales

experimentados en el diagnóstico del TEA para efectuar una adecuada y certera evaluación. El diagnóstico puede diferenciarse si es a un niño o a un adulto.

Diagnóstico en niños

La Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda que a todos los niños se les haga una prueba de detección del TEA durante las visitas de control de salud a los 18 meses y a los 24 meses.

La evaluación puede calificar el nivel cognitivo del niño, el nivel de lenguaje, su conducta adaptativa (habilidades adecuadas en relación con la edad necesaria para completar las actividades diarias independientemente, por ejemplo, alimentarse, vestirse y asearse), los niveles de audición, imágenes cerebrales y exámenes genéticos.

Para el Centro para el control y la prevención de Enfermedades (CDC) La evaluación para el diagnóstico puede hacerse en dos etapas:

1° Evaluación del desarrollo general durante los chequeos periódicos del niño, en esta evaluación se puede medir las siguientes habilidades:

- Cognitivas o del pensamiento
- Del lenguaje y
- Actividades cotidianas independiente y apropiada para la edad, como comer, vestirse o ir al baño, etc.

Algunos instrumentos de detección combinan información de los padres con observaciones del niño realizadas por el médico.

Los instrumentos de detección para los infantes y niños en edad preescolar incluyen:

- ✓ Lista de verificación para el autismo en los infantes (CHAT, por sus siglas en inglés).
- ✓ Lista de verificación modificada para el autismo en los infantes (M-CHAT, por sus siglas en inglés).
- ✓ Herramienta de detección del autismo en niños de dos años (STAT, por sus siglas en inglés)
- ✓ Cuestionario de comunicación social (SCQ, por sus siglas en inglés)
- ✓ Escalas de conducta comunicativa y simbólica (CSBS, por sus siglas en inglés).

2° Evaluación diagnóstica integral

El segundo paso del diagnóstico es una evaluación integral. Esta revisión minuciosa puede incluir observar el comportamiento y el desarrollo del niño, y entrevistar a los padres. Es posible que también incluya una evaluación de la audición y la vista, pruebas genéticas, neurológicas y otras pruebas médicas.

Se puede recurrir a los siguientes servicios médicos:

- Pediatras del desarrollo (médicos que tienen una capacitación especial en el desarrollo de los niños y en los niños con necesidades especiales)
- Neurólogos pediatras (médicos que tratan el cerebro, la columna vertebral y los nervios)
- Psicólogos o psiquiatras para niños (médicos que saben sobre la mente humana)

En niños más grandes y los adolescentes se deben evaluar para determinar si tienen un trastorno del espectro autista cuando uno de los padres o un profesor expresa sus inquietudes basadas en la observación de su comportamiento social, comunicativo y al jugar. Para detectar el TEA leve o síndrome de Asperger en los niños mayores, se puede depender de instrumentos de detección diferentes, como:

- ✓ Cuestionario de exploración del espectro autista (ASSQ, por sus siglas en inglés)
- ✓ Escala australiana para el síndrome de Asperger (ASAS, por sus siglas en inglés)
- ✓ Test infantil del síndrome de Asperger (CAST, por sus siglas en inglés).²⁵

Diagnóstico en Adultos

No es fácil diagnosticar un trastorno del espectro autista en los adultos. Algunos de los síntomas de estos trastornos en los adultos pueden coincidir con los síntomas de otros trastornos de salud mental, como la esquizofrenia o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Sin embargo, lograr un diagnóstico correcto de un trastorno del espectro autista en un adulto puede ayudar a esa persona a entender ciertas dificultades que haya tenido en el pasado, identificar sus fortalezas y obtener el tipo adecuado de ayuda.

2.2.8. Las Necesidades Educativas Especiales de las personas con TEA

Según el Ministerio de Educación (2015), un alumno tiene necesidades educativas especiales cuando presenta dificultades mayores que el resto de los alumnos para acceder a los aprendizajes que se determinan en el currículo que le corresponde por su edad.

Como los TEA constituyen un espectro, es necesario que en base al nivel de complejidad y la cantidad de dimensiones en que se encuentra el niño se pueden plantear estrategias para la educación de los niños, la Universidad Internacional de Valencia (2017) considera que como el autismo es un trastorno generalizado del desarrollo (TGD) de origen biológico y un importante componente genético que afecta cualitativamente a diversas funciones psicológicas del individuo tales como; interacción social, comunicación verbal y no verbal, simbolización e imaginación, modos de comportamiento rígidos, inflexibles y estereotipados y unos intereses restringidos y obsesivos, por ello los niños con TEA o TGD va a presentar, en mayor o menor grado, problemas en las siguientes áreas:

- *Problemas de interacción social*, consistentes en un cierto grado de aislamiento y falta de contacto social y afectivo con las personas, así como carencia de empatía e incapacidad para expresar sus propios sentimientos.
- *Alteraciones de conducta*, conductas repetitivas o disruptivas y obsesión por ciertos temas normalmente de escaso interés para el resto, como series de números o la posición de estrellas y planetas.
- *Alteraciones cognitivas*, que afectan principalmente a aspectos relacionados con la abstracción, la función simbólica, el lenguaje, la atención y la memoria.
- *Déficit en la comunicación y el lenguaje* (verbal o no verbal), que puede ser inexistente o presentar importantes anomalías en la intencionalidad o el significado.
- *Problemas motrices*, con grandes variaciones entre un caso y otro se observan problemas de movimiento y coordinación.

El Ministerio de Educación, para determinar el grado o gravedad del trastorno, existe una prueba que es el IDEA (Inventario del Espectro Autista), para evaluar las capacidades y dificultades de los niños con TEA. Esta prueba ha establecido cuatro niveles de gravedad y doce dimensiones que son las siguientes:

- 1.- Trastornos de relaciones sociales.
- 2.- Trastornos de las capacidades de referencia conjunta.
- 3.- Trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas
- 4.- Trastornos de las funciones comunicativas.
- 5.- Trastornos del lenguaje expresivo
- 6.- Trastornos del lenguaje receptivo
- 7.- Trastornos de la anticipación.
- 8.- Trastornos de la flexibilidad mental y comportamental
- 9.- Trastornos del sentido de la actividad propia.
- 10.- Trastorno de la ficción y de la imaginación
- 11.- Trastornos de la imitación.
- 12.- Trastornos de la suspensión (capacidad de crear significantes)

En base a la evaluación de esta prueba se pueda ubicar a cada paciente la ubicación en que se encuentra dentro del amplio espectro, lo que conlleva a una gran diversidad de niveles en cuanto a capacidades y competencias. Los expertos consideran que lo más beneficioso para estos niños, a excepción de los casos más

severos, es que realicen su educación en el aula ordinaria. Asimismo, plantean que en los centros educativos se debe actuar en cuatro ámbitos de acción que son:

- Los objetivos de la educación.
- La adaptación de los currículos.
- Los criterios metodológicos y
- Las actividades a realizar.

Objetivos de la educación:

El objetivo principal sería paliar, potenciar y mejorar en la medida de lo posible las alteraciones en el plano cognitivo, intelectual y social de estos alumnos. Este objetivo principal a su vez contemplaría otros objetivos generales tales como:

- Potenciar al máximo la autonomía e independencia personal de los chicos y chicas.
- Desarrollar el autocontrol de la propia conducta y su adecuación al entorno.
- Mejorar las habilidades sociales de los alumnos, fomentando su capacidad de desenvolvimiento en el entorno y de comprensión y seguimiento de las normas, claves y convencionalismos sociales y emocionales.
- Desarrollar estrategias de comunicación funcional, espontánea y generalizada.
- Fomentar la intención comunicativa y la reciprocidad en la comunicación.
- Desarrollar procesos cognitivos básicos como el pensamiento abstracto, la atención y la memoria.

Criterios metodológicos

La metodología de aprendizaje utilizada debe, por un lado, adaptarse al ritmo y las dificultades en el plano cognitivo, comunicacional y social del niño y por otro, incidir en la experimentación y el contacto con los demás y el entorno, ya que es la mejor forma de romper el hermetismo que caracteriza a estos chicos y facilitar el aprendizaje funcional.

Actividades específicas

Las actividades enfocadas a niños autistas deben ser muy funcionales, estar muy bien organizadas y estructuradas y destacar por la claridad y la sencillez. En cuanto a los materiales, se debe procurar que por sí solos muestren al niño las tareas que debe realizar. Los apoyos visuales (dibujos, fotos, carteles) son muy útiles en niños autistas como guía y elemento no solo recordatorio, sino también de refuerzo motivacional de las acciones y tareas diarias.

Adaptación curricular

En base a estos objetivos, el equipo docente del centro debe realizar una adaptación personalizada del currículo en función de los siguientes aspectos:

- El grado y tipo de autismo del alumno y sus características y potencialidad.
- Las posibilidades de desarrollo funcional de cada niño.
- La evolución del alumno.
- El entorno familiar y social del alumno o alumna.

- El contexto educativo en el que se encuentra inmerso niño: capacidades en personal e infraestructura del centro, posibilidad de que reciba atención y apoyo extraescolar, etc.

2.3. Definición de términos básicos

Autismo

Trastorno del desarrollo que causa retrasos o problemas en muchas habilidades diferentes desde la infancia a la adultez de la persona, afectando principalmente su área social. (Frith 1991)

Trastornos del espectro autista

Los TEA trastornos del espectro autista son un grupo de afecciones caracterizadas por algún grado de alteración del comportamiento social, la comunicación y el lenguaje, y por un repertorio de intereses y actividades restringido, estereotipado y repetitivo. OMS (2017)

Factores genéticos

Son condiciones que existen en la estructura genética de los cromosomas del embrión.

Retraso del Lenguaje

Es una dificultad que retrasa la adquisición del lenguaje en niños que no tienen pérdida de audición ni ninguna otra causa de retraso en su desarrollo. Instituto Nacional de la sordera y otros trastornos de la comunicación (NIDCD, por sus siglas en ingles)

Duelo

Proceso psicológico al que nos enfrentamos tras la pérdida, consiste en la adaptación emocional a estas, si bien se trata de una experiencia compleja que engloba también factores fisiológicos, cognitivos y comportamentales Elizabeth Kübler -Ross. (1969)

CIE-10

Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental 10ma revisión. Realizada por la OMS (Organización Mundial de la Salud)

DSM-5

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, publicado por la APA (American Psychiatric Association), y es el referente en salud mental mundial.

Entorno familiar

Nos referimos al entorno familiar a todos los miembros de la familia del niño que de alguna manera participan en su cuidado o colaboran indirectamente con él. Se considera principalmente a los padres, luego a hermanos, tíos o abuelos. MINEDU (2015)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño metodológico

El método de investigación que se empleó fue cualitativo, según Taylor y Bogdan (1986) citado por Rodríguez, Gil y García (1996), la investigación cualitativa es aquella que produce datos descriptivos en base a las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. Agrega que en este tipo de investigación el investigador ve el escenario y a las personas desde una perspectiva holística, es decir las personas y los escenarios no se les ve como variables, sino como un todo integrado. Asimismo, Miles y Huberman (1994) citado por Rodríguez y otros (ibid), en la investigación cualitativa, el papel del investigador es alcanzar una visión holística (sistémica, amplia, integrada) del contexto y del objeto de estudio; su lógica, su ordenaciones e interacciones, su funcionamiento, su normas implícitas y explícitas. La tarea fundamental es explicar cómo las personas comprenden, narran, actúan y manejan sus situaciones cotidianas y la fuente principal de los datos son las expresiones, las palabras de las personas que se toman en las entrevistas y observaciones.

Adicionalmente el método a utilizar dentro de la metodología cualitativa, es el método de casos, que consiste en estudiar de manera exhaustiva hechos puntuales para encontrar nuevos conocimientos. Hernández, Fernández y Baptista (2013) y Martínez (2011) dice que el estudio de casos es una investigación que mediante los procesos cuantitativo, cualitativo o mixto; analiza profundamente una unidad para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar teoría. También se define como una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad; que es visto y analizado como una entidad integral. Agrega que según Stake (2000), Yin (2003), Creswell (2005) y Mertens (2005) en un estudio de caso debe haber triangulación de fuentes de datos y pueden utilizarse diferentes herramientas como: documentos, archivos, historias clínicas, entrevistas, observación, artefactos, grupos de enfoque, cuestionarios y otros.

Finalmente, el tipo de investigación según Bernal (2006) es aplicada porque los conocimientos son obtenidos y aplicados de y en la investigación basándose en casos reales y es de campo porque el estudio se hace en los lugares donde se manifiestan y residen las personas que a la vez son los casos y tanto a los que la padecen como a los familiares se les orientará y ayudará en el tratamiento y manejo de sus respectivos casos con los resultados que se halle en la presente investigación.

La presente investigación tuvo como objetivo explicar de manera detallada, y profunda los factores que condicionan la aparición del TEA, cuáles son sus características principales y cómo afrontan los padres de los niños con TEA. Para ello se realizó una investigación cualitativa donde se aplicó una entrevista en profundidad a las madres de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista en la ciudad de Marcona.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población de este estudio estuvo formada por los niños diagnosticados con autismo que residen en el distrito de Marcona de la provincia de Nazca, departamento de Ica.

3.2.2. Muestra (Participantes)

La investigación cualitativa no requiere grandes muestras, por tanto, la muestra estuvo representada por 4 niños con diagnóstico de autismo que asisten regularmente a consulta médica en el distrito de Marcona y provincia de Nazca, departamento de Ica.

Las características de los participantes y de sus respectivas madres se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 1. *Datos socio-demográficos de los participantes del estudio madres y niños*

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS NIÑOS				
Datos	Niño 01	Niño 02	Niño 03	Niño 04
Sexo	M	M	M	M
Edad	4	7	4	10
Escolaridad	Inicial 3	1ro de primaria	Inicial 3	Cebe 3 grado
Vive con	Papa y mamá	Papa y mama	Papa y mamá	Papa y mama
No de hermanos	0	2	0	1
Nivel o grado del Trastorno	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 2
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE				
Datos	Madre 01	Madre 02	Madre 03	Madre 04
Edad	29	38	38	37
Escolaridad	Superior	Técnica	Secundaria	Secundaria
Ocupación	Independiente	Ama de casa	Independiente	Ama de casa

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue mediante las siguientes técnicas; análisis documental de sus historias clínicas, la entrevista en profundidad y la observación.

Con las entrevistas a profundidad, se buscó entender las percepciones, actitudes, sentimientos y conocimientos de las personas (Patton, 1990), para ello se planteó preguntas abiertas que permitieron acceder a información profunda y basta para el análisis de cada caso, de manera natural (Kerlinger y Lee, 2002).

Se elaboró una guía de entrevista de profundidad que complementó a la información de la anamnesis la misma que abarcó las siguientes áreas temáticas:

- Antecedentes genéticos.
- Historia familiar.
- Actitudes iniciales de los padres hacia el diagnóstico del TEA.
- Actitudes y conductas del contexto familiar.
- Experiencia emocional y sentimiento alrededor del TEA.
- Actitudes posteriores al TEA y afrontamiento actual.

Así como también se tomaron las siguientes pruebas psicométricas

- Test de desarrollo psicomotor TEPSI
- Escala de Inteligencia de Wechler Wppsi-III
- Escala de maduración social de Vineland
- Inventario de Espectro Autista de A. Riviere (IDEA)

3.4. Unidades de análisis

En la investigación cualitativa no se definen variables, dimensiones ni indicadores; sin embargo, fue necesario definir las unidades de análisis de la investigación. Para la investigación se definieron las siguientes unidades de análisis:

- *Antecedentes genéticos*, a través de los datos que proporcionen los padres, en la anamnesis y la historia clínica.
- *Primeros signos y características del TEA*, para descubrir similitudes y diferencias en los cuatro casos analizados, así como las principales características según el DSM-V.

- *Actitudes y comportamiento de los padres y entorno familiar*, para ver cómo afrontan la condición de sus menores hijos y la forma como ayudan a superar o manejar el TEA y sus planes de acción de cara al futuro.

3.5. Aspectos éticos

Se tomaron en consideración los siguientes aspectos éticos en la investigación.

- Se informó a los padres acerca de la naturaleza y los objetivos de la investigación que se iba a desarrollar.
- Se tuvo el consentimiento escrito de los padres para desarrollar la investigación.
- Se guardó el anonimato de los nombres de cada niño-caso.
- Se aceptó y no se presionó sobre alguna información que se abstuvieron de proporcionar.
- Se guardó la confidencialidad de la información y no se reveló datos que pudieran afectarlo moral, psicológica o socialmente.
- Se tomaron en cuenta las normas éticas establecidas por el Colegio de Psicólogos del Perú y las que establece el código de ética de la American Psychological Association (APA).

3.6. Procedimientos

Luego de que los padres firmaran el consentimiento; se les informó a los padres de familia acerca de la investigación y se pactó el número de entrevistas que requerían, se coordinó previamente el lugar y hora donde se iniciaron las entrevistas. Posteriormente se realizó las entrevistas en distintos horarios según disponían las madres.

3.7. Análisis de la Información

En el transcurso de esta investigación los datos obtenidos en las entrevistas se dividieron y ordenaron por temas según la unidad de análisis, luego la información fue analizada para extraer los resultados, los cuales se contrastaron entre sí para hallar factores comunes o diferencias importantes.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan el análisis obtenido de acuerdo a los objetivos de la investigación:

- Identificar las características genéticas que condicionan la aparición del TEA.
- Describir cuáles fueron los primeros signos del TEA en los casos estudiados, así como las principales características según el DSMV.
- Determinar las principales actitudes y reacciones de los padres y demás familiares frente al TEA en los casos estudiados.
- Describir criterios para orientar a los padres respecto al manejo y superación del TEA en sus menores hijos.

Son presentados junto a las verbalizaciones representativas de las madres entrevistadas, resaltando en primera instancia la historia de los niños relatada por las madres, así como las respuestas obtenidas en las entrevistas y siguiendo el orden de acuerdo a los objetivos específicos, empezando por:

4.1. Análisis descriptivo de los casos

4.1.1. Antecedentes genéticos

Caso N°1: “Facundo”

“Facundo” es un niño de 4 años de edad, está en nivel inicial. La madre tiene 29 años y el padre tiene 29 años.

Padre: en la investigación de los familiares paternos, se halló a dos primos de lado paterno (hombre y mujer) que presentaron características muy parecidas al autismo según lo refiere la madre. La prima actualmente tiene 32 años y presenta característica de algún tipo de autismo o asperger y el segundo caso (primo) tiene 19 años con características de conducta hiperactiva, asimismo tenía conductas atípicas cuando estaba en el colegio, similar a la de la hermana.

Madre: Por parte de la madre no presenta ningún familiar o antecedente de TEA. La madre afirma que: *“mi esposo presenta conductas autistas, siempre se aísla, no le gusta salir mucho, no tiene muchos amigos y a veces es cerrado”*. *Yo creo que él es asperger también” (dice sonriendo)*.

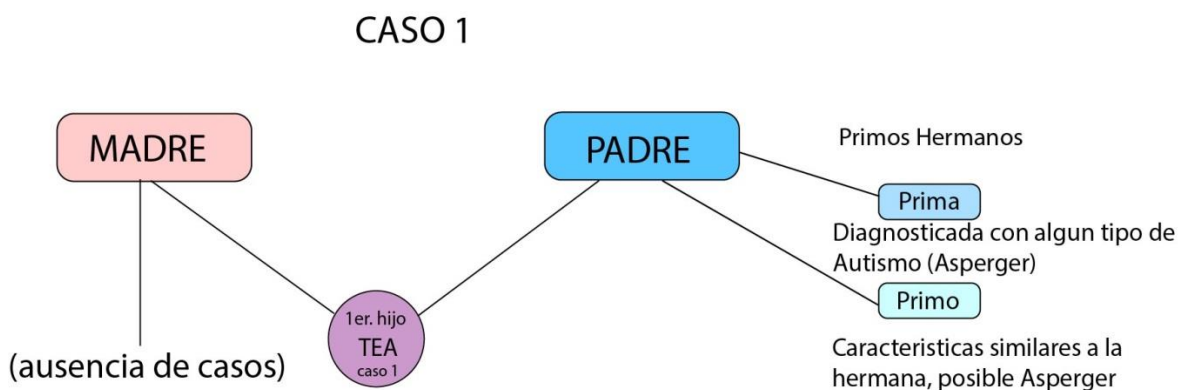


Figura 1. Antecedentes familiares del Caso 1 “Facundo”

Caso N°2: “Gian”

“Gian” es un niño de 7 años de edad, cursa el primer grado. La madre tiene 38 años y el padre tiene 40 años.

Padre: se halló un sobrino con Síndrome de Down por parte de su primo hermano. A sí mismo el padre tuvo retraso en el lenguaje en sus primeros años, poco a poco fue superando a medida de los años, actualmente no suele salir mucho de casa, posee pobres habilidades sociales según refiere la esposa.

Madre: Por parte de la madre su primer hijo tuvo dificultades en la articulación de las palabras y llevo terapia de lenguaje. También la madre tuvo problemas en la articulación de algunas palabras actualmente posee dificultades con la letra “R” y en la pronuncia de algunas palabras.

Por otro lado, la madre sospecha que su esposo tiene actitudes anormales, ella dice que: “es un hombre que no socializa, es bien cerrado, de repente por eso mi hijo es así. Él es *medio autista creo*”, refiriéndose a su esposo dice la madre indignada. Por otra parte, afirma que luego de las vacunas tuvo un cambio conductual como hacer más berrinches o cambios de humor.

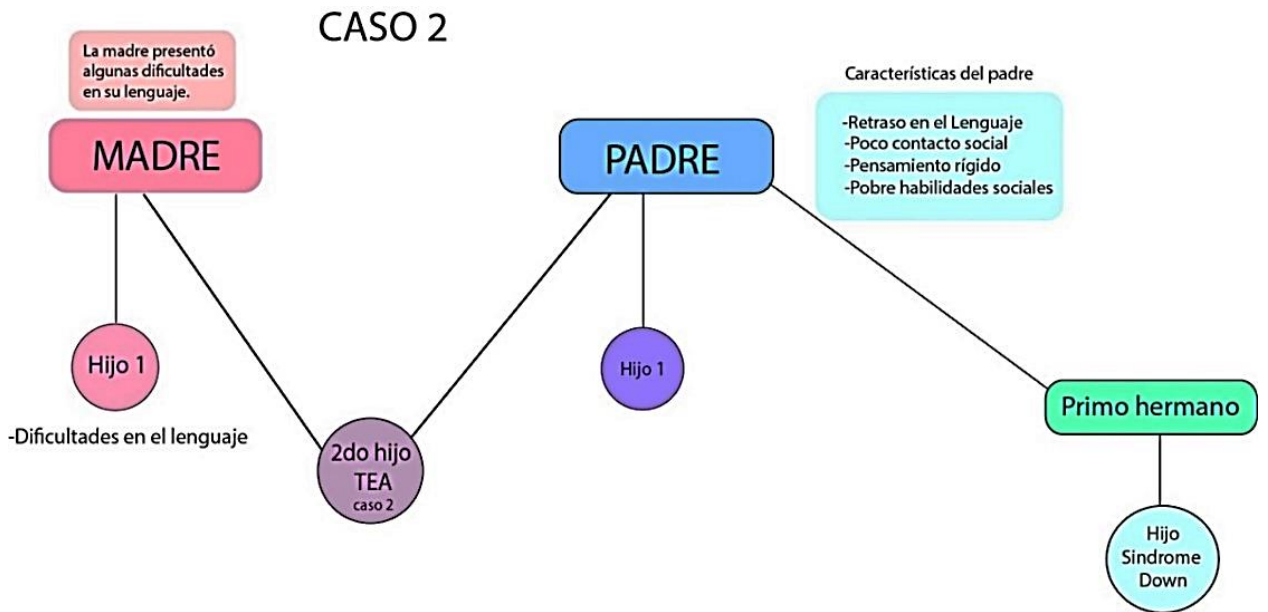


Figura 2. Antecedentes familiares del Caso 2 “Gian”

Caso N°3: “June”

“June” es un niño de 4 años de edad, actualmente está en inicial. La madre tiene 38 años y el padre tiene 41 años.

Según la madre no hay ningún caso de similar índole. Afirma que por parte de su esposo tampoco ha escuchado casos de similar índole.

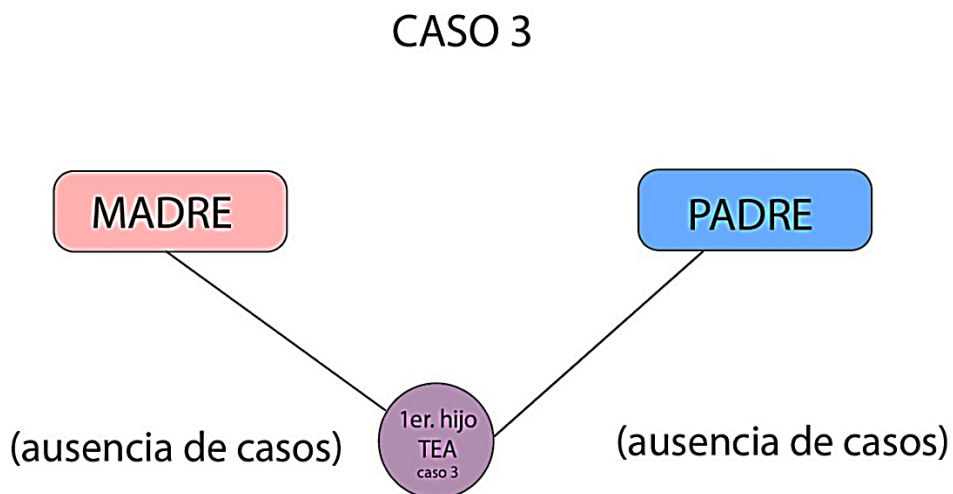


Figura 3 Antecedentes familiares del Caso 3 “June”

Caso 4: “Jesús”

“Jesús” es un niño de 10 años de edad, actualmente estudia en un CEBE colegio de educación básica especial. La madre tiene 37 años y el padre tiene 43 años.

Padre: se encontró que la hermana, los sobrinos (hijos de la hermana) presentaron retraso en el lenguaje que fueron superados mediante la terapia de lenguaje que siguieron en los primeros años de vida.

Madre: No presenta ningún familiar o antecedente. La madre indica que no sabe si hay casos similares en su familia, sin embargo, dice que tiene sobrinos de parte de su esposo que tuvieron problemas de lenguaje, la madre dice *“mi esposo no habla mucho no le gusta salir, no socializa, quiere estar solo en la casa”*. También la madre afirma que luego de las vacunas su niño empezó a retroceder, a cambiar mucho.

CASO 4

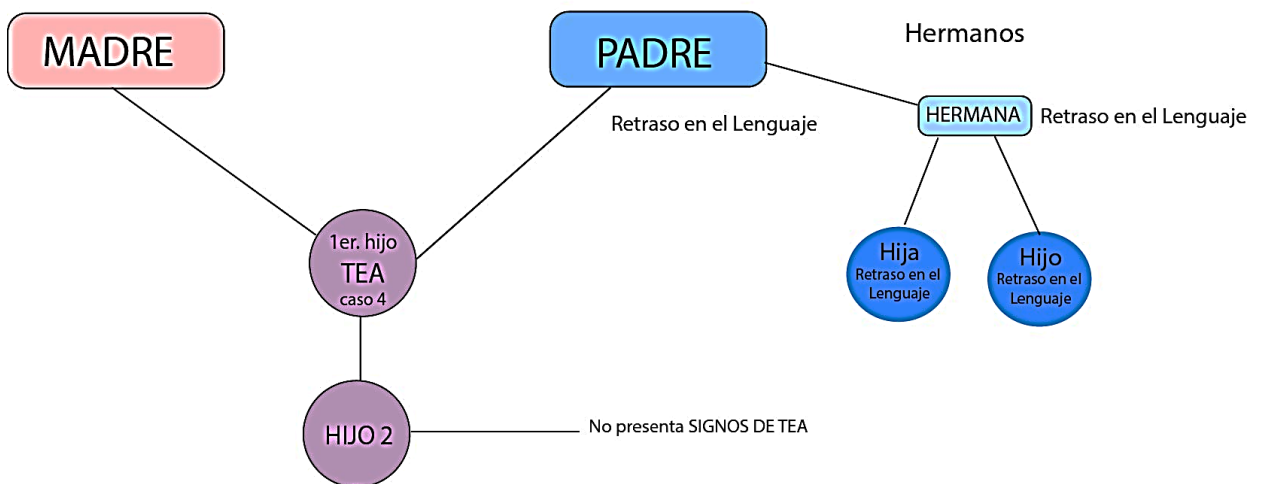


Figura 4. Antecedentes familiares del Caso 4 “Jesús”

4.1.2. Primeros signos del TEA en los casos

Caso N°1 “Facundo”

Los primeros signos se presentaron antes de cumplir los 2 años cuando el niño asistía a la cuna-guardería, la mamá empezó a comparar el desarrollo de su hijo con otros niños de su misma edad, la mamá relata que el lenguaje de los otros niños era más fluido y que usaban más palabras, en cambio su hijo decía: mamá, papá, y algunas pocas palabras, poco o nada comprensible para los demás, así como sus berrinches eran más marcados, la madre empezaba a sospechar y a observar que su niño se resistía hacer algunas cosas como participar en actividades del centro como usar disfraces, o interactuar con otros niños. La mamá notaba más la diferencia, hasta que el niño fue evaluado en el área de Lenguaje, donde le informaron que tenía retraso en el lenguaje y que presentaba signos de TEA. Este comentario hizo que la mamá inicie la búsqueda de información por internet acerca del trastorno.

Los primeros síntomas que se manifestaron fueron (Antes de cumplir los 2 años aproximadamente):

- Conducta hostil al pedir cosas.
- Lenguaje escaso. (Mamá, papá, agua)
- Lenguaje repetitivo (ecolalia)
- Comunicación mínima del niño hacia los demás.
- Berrinches incontrolables.

- Poco interés hacia las actividades del centro, uso de disfraces, actividades de compartir cosas entre los demás niños.
- Parecía no entender lo que se le decía.

Caso N° 2 “Gian”

Los padres nunca sospecharon nada, la madre pensaba que su hijo estaba sobreprotegido y mimado y por eso lo veían diferente (los familiares), la madre empezó a escuchar consejos de sus cuñadas haciéndole saber que veían características extrañas (escaso contacto visual y social) a los 18 meses de edad aproximadamente, sin embargo la suegra y cuñada insisten en que veían características de TEA, según información que buscaron en internet insistieron a la madre para que el niño sea evaluado e insisten que el niño tiene “algo”, la madre cede a la insistencia y antes de cumplir los 2 años el niño es diagnosticado con TEA.

Los primeros síntomas fueron (A partir de los 18 meses):

- Escaso lenguaje (silabas)
- No había interés en los demás o el contacto social (mirada, no responder a su nombre)
- Aislamiento

Caso N°3 “June”

La madre inicia las sospechas a partir de los 8 meses aproximadamente el niño ya no cumplía con los ítems de control de su desarrollo, también la madre observaba que el niño presentaba ciertas conductas como: movimientos

estereotipados, risas sin razón, aleteos. Al cumplir un año estas conductas se incrementaron, haciéndole insistir en buscar información. Consultó con los pediatras y nadie le daba razón, decían que era muy pequeño para saber el porqué de sus conductas, había que esperar más tiempo y que posiblemente era algo pasajero. La madre empezó a buscar información en internet y encontró que las conductas que presentaba su hijo pertenecían al trastorno del Espectro Autista, se preocupó mucho, iniciando la búsqueda de profesionales que le puedan guiar.

Los primeros signos fueron: (A partir de los 8 meses)

- Aleteos, movimientos estereotipados
- Risas sin razón.
- Falta de expresiones en el rostro.
- Retraso en la motricidad gruesa.
- Falta de contacto visual, o responder a su nombre.
- No había ningún tipo de lenguaje.

Caso N°4 “Jesús”

La madre al ser primeriza tuvo muchos cuidados con su hijo, ella afirma que lo sobreprotegía, pensaba que de esa manera no le pasaría nada a su hijo, según la madre relata: *“No quería que se ensucie, no quería que gateé en el piso o intentara coger algo, yo le daba todo a su mano”*.

La madre recuerda que un día que visitaron el hospital, un médico observó al niño y quedó sorprendido porque el niño estaba babeando y emitía sonidos como

balbuceos, el médico le hace una pregunta a la madre acerca de la edad del niño, y ella le dice que tiene 1 año 8 meses, inicia algunas preguntas acerca de la comunicación y el lenguaje del menor, la madre responde que casi no habla, el médico le dijo literalmente a la madre “ *es una mala señal que no se comunique* ” el médico le indica que trate de evaluarlo lo antes posible, (psicología, psiquiatría) en ese momento la madre se preocupó, y buscó atención para su niño. La madre también dice que su niño tuvo un cambio en su desarrollo o que ya no fue el mismo a partir de la vacuna de 2 años, ella dijo: “*De ahí ya empezó a retroceder*”, esto sucedió antes que le diagnosticaran TEA.

Los primeros signos fueron: (A partir de los 20 meses)

- Lenguaje escaso solo gorgojeo, de las sílabas, ma, pa, etc.
- Babeo
- Movimientos estereotipados. (manos)
- Escaso contacto visual, no responde a su nombre.
- Se mostraba hipersensible.
- Retraso en su motricidad gruesa.

4.1.3. Principales características según DSM-V

El DSM-V, posee dos dimensiones que definen el espectro autista, así como tres niveles de gravedad que a continuación se muestra en el cuadro.

Cuadro 1. Niveles de gravedad del TEA según DSM-V

Categoría	Comunicación Social	Comportamiento restringidos y repetitivos
Grado 1 “Necesita ayuda”	Sin ayuda en situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros personales. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación, pero cuya conversación amplía con otras personas falla y cuyos intentos de hace amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamientos la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa dificultad para cambiar de foco.
Grado 2 “Necesita ayuda notable”	Diferencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y novedad problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ inicio limitado de interacciones se limita a intereses sociales y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observar casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal causan alteraciones graves del funcionamiento inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace realiza estrategias inhabituales solo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos /repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa dificultad para cambiar de foco.

Los cuatro casos investigados han sido diagnosticados con TEA respectivamente antes de los 3 años cumplidos. A continuación, se describe en qué grado se ubica cada niño de los cuatro casos.

En el caso N°1 según el **DSM-V**, “Facundo” pertenecería al nivel 1 (necesita ayuda).

Presenta deficiencias en el área Comunicación social e interacción social:

- Comunicación verbal poco integrada.
- Deficiencias en la comprensión.

En el caso N°2 según el **DSM-V**, “Gian” pertenecería al nivel 1 (necesita ayuda). Presenta deficiencias en el área Comunicación social e interacción social:

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
- Comunicación verbal poco integrada.
- Dificultades para comprender relaciones y mantenerlas.

En el caso N°3 según el **DSM-V**, “June” pertenecería en el nivel 2 (necesita ayuda notable).

Presenta deficiencias en el área Comunicación social e interacción social:

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
- Comunicación verbal poco integrada.
- Dificultades para comprender relaciones y mantenerlas.

Patrones restrictivos y repetitivos

- Movimiento, estereotipadas motrices simples.
- Hipoactividad a los estímulos sensoriales.

En el caso N°4 según el **DSM -V**, “Jesús” pertenecería en el nivel 2 (necesita ayuda notable).

Presenta deficiencias en el área Comunicación social e interacción social:

- Deficiencias en la reciprocidad socioemocional.
- Comunicación verbal poco integrada.
- Dificultades para comprender relaciones y mantenerlas.

Patrones restrictivos y repetitivos

- Movimiento, estereotipadas motrices simples.
- Hipoactividad a los estímulos sensoriales.

A continuación, presentamos algunas similitudes y diferencias de los primeros signos de los 4 casos:

Cuadro 2: Cuadro de primeros signos y características de TEA en los casos vistos.

CASO / Síntomas	1	2	3	4	Similitudes	Diferencias
Conducta hostil	x					Solo el caso 1: Presentó esta característica (Primeros síntomas)
Lenguaje nulo o escaso	x	x	x	x	Los 4 casos presentaron este síntoma.	
Ecolalia	x					Solo el caso 1: Presentó este síntoma
Comunicación inadecuada para su edad.	x	x				
Berrinches	x	x				
Poco interés para iniciar contacto con los demás.	x	x	x	x	Los 4 casos presentaron este síntoma.	
Aislamiento		x				Solo el caso 2: Presentó esta característica.
Parecía no escuchar o entender	x	x	x	x	Los 4 casos presentaron este síntoma.	
Falta de contacto visual		x	x	x	3 casos se presentaron este síntoma	
Movimientos estereotipados (Aleteos, movimientos de brazos) o todo el cuerpo.		x	x	x	3 casos se presentaron este síntoma	
Risas sin razón			x			Solo el caso 3: Presentó este síntoma
Retraso en la motricidad gruesa			x	x		
Hipo-Hipersensibilidad a texturas, olores, otro		x	x	x	3 casos presentaron este síntoma	

4.1.4. Actitudes y comportamiento de los padres frente al TEA

Caso N°1 “Facundo”

Los padres al enterarse de la condición de su hijo no sabían que era el TEA, lo habían escuchado a lo lejos sin embargo no sabían de que trataba; si es que era algo que se podía manejar y curar. Tuvieron reacciones distintas la madre intento asimilar el TEA, trato de no sentir tristeza, sin embargo, se sintió triste y acongojada se llenó de dudas e incertidumbres es por eso que inicio búsquedas de información en internet y estuvo preguntando a profesionales ligados en el tema, mientras que el esposo hasta el día que se le solicitó la entrevista cree que su niño no es autista, que su problema es solo el lenguaje, el padre dice:

“yo no lo veo como otros niños autistas, yo lo veo normal, solo que en su lenguaje allí sí necesita ayuda, pero no lo veo autista o como dicen”.

Refiriéndose a otros niños autistas que dice a ver visto. Mientras la madre dice:

“Cuando el doctor me dijo, yo pensé, hay que hacer algo, hay que vivir en otro lugar, hay que hacerle otras pruebas, pero hay que hacer algo”.

En cuanto a los familiares cercanos no se daban cuenta o no lo diferenciaban de otros niños, cuando la familia se enteró solo dieron muestras de cariño hacia el niño, mostrando apoyo, animando a los padres que sigan las terapias, para que mejore.

Aunque el padre no está totalmente de acuerdo con el diagnóstico de su hijo, la madre dice que respeta su opinión y que no será motivo de peleas entre ellos.

Sin embargo, a pesar de las diferentes opiniones entre los padres, ella se muestra optimista en cuanto a su niño, dice que en el colegio le va bien en cuanto a sus avances en el colegio. La madre dice que los meses en terapia (leguaje) han sido positivos, ambos padres se muestran optimistas en ese sentido. La madre dice: *“a mí me gustaría que mi hijo siga avanzando, es en lo que ahora nos vamos a enfocar, quisiera que siga así, también quiero que vaya a la universidad, estudie una carrera”*

Caso N° 2 “Gian”

Al inicio los padres nunca fueron conscientes de que el niño tuviera alguna dificultad. La alarma es dada por alguien de la familia (cuñada) fue la primera en darse cuenta que algo no iba bien en el niño. Tuvieron un proceso para aceptar el diagnóstico. La madre dice que no lo podía aceptar, acudió a un segundo doctor a pedir otra opinión, pero el doctor le dijo que no busque más, que no pierda más tiempo que su hijo era un niño con TEA y que empiece a darle terapia. En ese momento, la madre dijo:

“Yo me quería morir”, me deprimí, “me bajoneé”, y lo peor que sola, porque mi esposo no me apoyaba, el nunca aceptó el diagnóstico. Encima tenía razón el doctor ya había perdido tiempo”

Pero poco a poco fue aceptando el diagnóstico, tuvo que pedir información sobre las terapias cada vez fue involucrándose más con el TEA y a medida que recibía información de los especialistas mejor entendía de que se trataba.

La madre por un tiempo se sintió desanimada y deprimida, poco a poco fue entendiendo, y asimilando el TEA, mientras el padre se negaba a aceptar el

diagnostico, minimizando las dificultades de tenia su hijo, señalándolo como un niño sobreprotegido y mimado por su madre.

El padre entiende las dificultades de su hijo, pero no termina por aceptar el diagnostico ni quiere comprender acerca del tratamiento que necesita su hijo (terapias). La madre se siente frustrada ante la actitud del esposo. Aunque la madre se esfuerza por lograr que su niño avance en el área académica y en las diversas actividades escolares, la madre se mostró insatisfecha, y dijo:

“me da cólera...quisiera recuperar el tiempo perdido (2 años), quisiera que se nivele como los demás niños”. Ella asegura que han perdido tiempo hasta descubrir el diagnóstico y desde que empezó a entender el tratamiento del niño, de no haber demorado, su hijo estaría mejor.

En cuanto a su entorno familiar, la madre prefiere mantenerse alejada de los familiares cercanos, como abuelos, tíos, la madre dice: *“Los tíos se muestran amables claro por allí hay uno que otro que lo trata tosco por ser hombre supuestamente, pero sus primas lo tratan bien, le hablan despacio haciéndose entender y tratan de jugar con él cuándo vienen, que son pocas veces”*, la madre prefiere no frecuentarlos y lograr menos encuentros familiares, aunque se muestren amables.

Caso N°3 “June”

Los padres no observaron nada raro en los primeros meses del bebe, sin embargo a los 8 meses de edad, la madre sospechaba que algo no andaba bien pues él bebe empezó a tener ciertas conductas (movimientos estereotipados, risas sin razón, no había contacto visual), y esto se incrementaba a medida que pasaban las

semanas, a los 10 meses consultó con médicos pero no le daban respuesta, la madre no se conformaba con las respuestas y empezó a buscar información en internet, es allí donde por primera vez se entera del TEA comprobando que su hijo tenía muchas características de un niño autista, la madre se alerta, se angustia y busca ayuda mediante una consulta psicológica, donde también le dicen que podría ser autista pero le recomiendan que el niño sea evaluado integralmente y así lo hizo, al evaluarlo los médicos de diferentes áreas le confirman que su niño era autista, la madre se sintió triste, angustiada, llora; ella ya lo sospechaba, mientras el padre minimizo el problema, no reaccionaba, no opinaba; la madre dice: *“Bueno me sentí triste, muy triste lo único que me quedaba era seguir todo lo que me decía el médico, en cuanto a sus terapias”*

Mientras la madre iba asimilando los cambios, el padre no mostraba interés aparentemente. Dice la madre: *“Su papá no dice nada, solo lo engríe, no me apoya, cuando le digo que lo corrija no me hace caso”*.

La madre cree que su niño debe volver a recibir terapias, pero se muestra desanimada por la falta de apoyo en casa, dice que como ambos trabajan no hay tiempo para su hijo, también dice que en el distrito no hay todas las terapias necesarias, ella dijo:

“si recibiera todas las terapias estaría mejor. No hay quien me ayude a llevarle a terapia, por eso mi hijo esta así.

Los padres presentan conflictos al no ponerse de acuerdo para que su niño mejore, la madre dice: *“si estuviera sola... uy mi hijo estaría mejor”*. La madre se expresa algo desanimada a falta de ayuda de su esposo. En cuanto a los demás familiares, la abuela materna es la que más se dedica a su nieto siendo, el principal

apoyo de los padres. Los demás familiares no están muy enterados del diagnóstico, tienen poco contacto solo se muestran cariñosos con el niño, no dan su opinión se mantienen alejados. Los familiares del esposo no frecuentan mucho a la familia, saben que posee dificultades pero las visitas son esporádicas.

Caso N°4 “Jesús”

Los padres al ser alertados del TEA por la profesora del aula, se sintieron angustiados, la madre increpo a la profesora por no darle la noticia antes. La madre dijo: *“me dio cólera que la profesora no me avisara que mi hijo no hacía nada en la cuna, ¿porque recién me avisa? después de casi 2 meses”* la madre también mostro rechazo cuando la profesora le dijo que su hijo podría ser autista. la madre pensó: *“está loca, me está mintiendo”* al leer un folleto de información del autismo que le dio la profesora. Luego viajaron a la ciudad de Lima para que el niño sea evaluado, al confirmarle el diagnóstico del TEA, la madre se sintió devastada, angustiada, triste, no aceptaba el diagnóstico. La madre dijo: *“estaba deprimida un buen tiempo, parecía muerta en vida”*. *Poco a poco con la ayuda de las profesoras y las mamás del CEBE (Lima), pude empezar a asimilarlo”* (el TEA)

En este tiempo sufrieron mucho, sobre todo ella, le afecto más la noticia, según la madre, también le afecto la noticia al padre, sin embargo, por su forma de ser callado, o poco expresivo no parecía, pero estuvo al tanto de todo desde siempre.

La madre dijo: *“El TEA al principio nos causó sufrimiento, pero después entendimos que nada nos iba a robar la felicidad a mí y mi familia”*. Luego de entender y asimilar la condición de su hijo, la madre buscó información y empezó llevarlo a terapia, los padres se muestran algo optimistas, aunque el avance fue lento, continuó llevando terapias (lenguaje/ocupacional) hasta los 6 años, aunque el niño

no mostró un avance significativo la madre se muestra esperanzada que mejorará. Los padres han decidido luchar para mantenerse unidos. La madre habla de su segundo hijo y dice: “*él no es (autista)*” refiriéndose a su segundo hijo de año y once meses, al mismo tiempo sintiéndose aliviada.

En cuanto a la familia, la abuela materna anima a la madre a ser perseverante diciéndole que hay otros casos peores que otras madres afrontan en cuanto a los demás familiares como abuelos, tíos y primos se muestran comprensivos con el niño al relacionarse, sin embargo, algunos familiares prefieren mantener distancia del niño, por su falta de comunicación prefieren no tener contacto verbal para no hacerle sentir mal por su falta de lenguaje (piensa la madre).

4.2. Análisis sistémico y Discusión

4.2.1. A cerca de los antecedentes

De acuerdo lo que se expone en párrafos precedentes del caso N° 1 y a lo que se muestra en la Figura, N° 1. Existen sospechas de antecedentes familiares del TEA por parte del padre.

De acuerdo lo que se expone en párrafos precedentes del caso N°2 y a lo que se muestra en la Figura N° 2. Existen antecedentes familiares por parte del padre ya que, éste tuvo retraso en el lenguaje, poco contacto social, pensamiento rígido y pocas habilidades sociales, del mismo modo la madre, presentó algunos problemas de lenguaje, así como su primer hijo presentó dificultades en su lenguaje.

De acuerdo lo que se expone en párrafos precedentes del caso N° 3 y a lo que se muestra en la Figura N° 3, no existen antecedentes familiares por parte del padre, ni de la madre.

De acuerdo lo que se expone en párrafos precedentes del caso N° 4 y a lo que se muestra en la Figura N° 4, existen antecedentes familiares por parte del padre ya que éste tiene una hermana con trastornos de lenguaje que tuvieron dos hijos que también tienen retraso en el lenguaje y ellos recibieron terapia de lenguaje.

4.2.2. Con respecto a los síntomas.

Con respecto a los primeros signos de los casos vistos se concluye que los principales síntomas iniciales de los cuatro casos fueron:

- Lenguaje nulo o escaso.
- Parecer no escuchar o entender.
- Poco interés para iniciar contacto con los demás.

4.2.3. Sentimientos que experimentaron los padres

Las madres dijeron que experimentaron algunos sentimientos durante el proceso de conocer el diagnóstico:

- **Incertidumbre, confusión:** los padres se sintieron confundidos frente a la noticia de la condición de su hijo, sintieron incertidumbre al saber del diagnóstico, al ser un trastorno aún desconocido por ellos.
- **Tristeza:** los padres de familia y en especial las madres sintieron tristeza al saber que su hijo iba a tener una serie de dificultades toda su vida y al enterarse de la condición TEA, esta tristeza en algunos casos se volvió depresión en el caso de las madres pues tomaron la noticia como algo negativo que pasaban en sus vidas, en los casos mencionados se pudo superar este episodio.

- **Ira y rabia:** Los padres experimentaron estos sentimientos al enfrentarse a la noticia que su hijo iba a tener ciertas dificultades, inexplicables y dolorosas. En los casos mencionados algunas madres buscaron culpables por no enterarse a tiempo de la condición de su hijo. Aunque se suele experimentar este tipo de sentimientos, no sirve de nada buscar responsables, asumir lo que es real dará pie a una pronta superación del problema.
- **Indiferencia:** algunos padres se mostraron indiferentes ante la situación que experimentaba su familia, es una manera de rechazar el diagnóstico de su hijo. Lamentablemente este tipo de sentimiento trae muchas consecuencias para un entorno familiar, pues al vivir este tipo de experiencia se requiere el apoyo emocional de la pareja, para sobrellevar lo que están viviendo.
- **Optimismo, esperanza:** en casi todos los casos las madres pensaron que si su hijo recibía terapia las cosas mejorarían.

En tres de los cuatro casos, los padres se mostraron incrédulos, indiferentes frente al TEA, según relatan las madres, quienes piensan que, si ellos no actuaran así, las cosas estarían mejor refiriéndose al avance de sus hijos, en cambio en el caso N°1, el padre se muestra involucrado al igual que la madre del avance de su hijo, aunque no esté de acuerdo con el diagnóstico en su totalidad.

En el caso N°1 y N°4 las madres se muestran optimistas cada una en los diferentes casos, en el caso N°1 el optimismo es porque el niño ha mejorado considerablemente por las terapias recibidas. En el caso 4, la madre se siente esperanzada en creer que si su niño recibe terapias mejorará. Las madres de los cuatro casos se muestran accesibles a mejorar o esforzarse en el avance de su hijo. Solo el padre de caso 1 se involucra y está al tanto del avance de su hijo.

En el caso N°2 y N° 4 las madres dijeron que se sintieron deprimidas, devastadas, se sintieron morir al enterarse del diagnóstico, y que les costó mucho (emocionalmente) asimilar la noticia. Solo en el caso N°1 la madre a pesar del impacto siempre buscó soluciones, información y tuvo el apoyo del esposo.

Para las madres de los casos N°2 y N°4 los testimonios de profesionales y madres de familia motivaron y fueron de apoyo emocional para la superación del duelo que les produjo el diagnóstico.

En N°3 de los N°4 casos, según afirman las madres los padres habrían tenido problemas en cada uno de la relación de pareja a causa del difícil manejo emocional, la frustración, la falta de apoyo y perseverancia que implica cada caso de los niños mencionados.

4.2.4. Análisis psicológico del comportamiento de los padres

En el ámbito cognitivo: Las madres no sabían nada acerca del autismo, al enterarse de la condición real se llenaron de dudas, confusiones, miedos; creándose interrogantes acerca del futuro de sus hijos, las mamás pensaron que mediante la terapia sus hijos iban a mejorar. Algunos de los padres tomaron la decisión de buscar servicios especializados, pensaron que, mediante la intervención, su hijo mejoraría. Los padres en su totalidad están de acuerdo que sus niños deben recibir **diversas terapias para la mejora y el avance de sus niños con TEA.**

En el ámbito emotivo afectivo: Todas las madres se sintieron impactadas con la noticia, sintieron frustración, tristeza, desamparo, pena, insatisfacción para algunas madres asimilar el diagnóstico fue duro, complicado y difícil, para una de las madres fue como algo que se puede dar solución, ellas se sienten un poco más

tranquilas porque al pasar el tiempo sus niños han avanzado cada uno en diferentes modos, aunque no todas tienen motivación para seguir adecuadamente el tratamiento (diversas terapias), se sienten esperanzadas acerca del avance de sus hijos.

En el ámbito conductual: En todos los casos, los padres acudieron a un servicio médico especializado para buscar el diagnóstico, así como también buscaron información por internet y siguieron las pautas o tratamientos que se les recomendó inicialmente. Realizaron viajes fuera del distrito para obtener tratamientos para sus hijos, uno de los casos viajó constantemente a seguir terapias fuera del distrito, así como otro de los casos se fue a vivir por un tiempo a la ciudad de Lima, para que reciba el tratamiento respectivo. Luego los padres buscaron colegios especializados para sus hijos algunos con mayor éxito que otros, algunos los llevaron a terapia (lenguaje y ocupacional). Actualmente no todos llevan las terapias recomendadas.

4.3. Conocimientos hallados y teoría emergente

Criterios de orientación para manejar y superar el TEA para padres

De acuerdo con lo visto en los casos anteriores se busca dar orientación a los padres de familia que puedan tener este tipo de situaciones en el futuro.

A continuación, seis criterios para orientar a los padres con niños con TEA.

4.3.1. Primeras Sospechas: Consultar inmediatamente

Ante sospechas de conductas inusuales en bebés o niños pequeños se deberá buscar información mediante una consulta pediátrica o neuro-pediátrica lo cual dará luces ante la problemática si es que existiera. Según el Plan Nacional para Personas con Espectro Autista (Conadis 2017) se diagnostica por las manifestaciones

conductuales; no se le puede detectar a través de pruebas clínicas, sino conductuales. Al ser una condición neuro-evolutiva, y la presentación clínica puede cambiar según el estadio evolutivo y la edad que tenga el individuo afectado. Si no se contara con ese tipo de servicio en la ciudad que se radica, buscar información en Internet o en centros como Centro de Educación Básica Especial CEBE (de su localidad) a cerca de las signos o características de su menor hijo la información que se consiga será clave para buscar la problemática o el diagnóstico.

4.3.2. Información detallada del TEA

Cuando tenga el diagnóstico confirmado de TEA (por una institución especializada) se debe informar con el profesional de la salud pertinente, que explique de manera detallada que tratamiento o terapias debe seguir el menor. También debe dialogar con su pareja o persona cercana a Ud. o familiar de confianza, no debe guardar el tema para uno solo(a), el problema compartido hará que se exponga mejor y se encuentre más soluciones.

4.3.3. Comparta lo que siente, asimile el TEA

Según la Guía Básica para Familias que han recibido un diagnóstico de autismo para su hijo o hija (Salamanca 2007) recomienda a los padres lo siguiente: Hablar de lo que sucede, cuidar nuestra salud y bienestar, tener ideas y actitudes positivas, buscar apoyo social, buscar servicios, recursos (para el TEA) y ser pacientes. Por eso coincidimos en que los padres no deben dejar de hablar con alguna persona de confianza (pareja, familiar, amigos) hable de cómo le impactó la noticia, si le causa tristeza si se siente deprimido, hable de lo que siente con alguien, si los padres no pueden manejar el diagnóstico, busque ayuda profesional. Busque personas o familias que tienen hijos con este tipo de condición o dificultad de similar índole

comparte experiencias con madres que ya han experimentado casos parecidos, busque orientación para su familia, que les ayude abordar, asimilar y sobrellevar la condición de TEA de su menor hijo(a).

4.3.4. Instituciones para ayudar en el tratamiento del TEA

Buscar en que institución del estado se puede recurrir para encontrar profesionales especializados para tratar el TEA como en centros de salud (MINSA) o el seguro médico (ESALUD) Centro Educación Básica Regular (CEBE), instituciones privadas como ASPAU o instituciones que difunda acerca del TEA. De esta manera los padres de familia podrán acceder al tratamiento o seguir las diversas terapias que corresponde.

4.3.5. Triada de apoyo para el avance del niño con TEA

Dar seguimiento al avance en el tratamiento de su menor, no todos los casos son iguales, y no todos los niños evolucionan del mismo modo. Coordinar con el centro de estudios acerca de cómo debería ser la enseñanza o qué tipo de enseñanza se debe priorizar o recibir el niño. Es importante que se trabaje con una triada de apoyo, que los conformarían:

- **Padres del niño:** como principales figuras de seguimiento del avance del niño, saber qué nivel ha alcanzado; que terapia hace más efecto, que terapia le ha costado tener más éxito al niño o que área tiene más dificultad.
- **Profesores:** El profesor de aula quien es uno de los principales testigos del avance del niño, observador de sus principales dificultades como la adaptación a un grupo regular o no, dificultades de aprendizaje, manejo de la conducta, entre otras

dificultades. También será quien comunique a los padres de como aprende el niño con TEA y que terapias deben dar prioridad los padres.

- **Profesionales (terapistas):** Los terapistas, serán los que intervienen en las principales dificultades del niño con TEA, como, por ejemplo: Área de Lenguaje, física, ocupacional, conductual, aprendizaje, etc. Ellos determinaran las tareas o ejercicios que necesite el niño y recomendaran a los padres y profesores para que exista una continuación en lo trabajado en terapia con cada niño. De esta manera se puede trabajar mediante esta triada de apoyo con un niño con TEA.

4.3.6. Terapias o tratamiento sugeridos en el TEA

Según el Instituto para el desarrollo infantil. ARIE, dispone una propuesta para el tratamiento con niños con TEA, incluye las siguientes especialidades:

- **Atención Neurológica**, para la evaluación, diagnóstico, seguimiento y manejo de la comorbilidad.
- **Terapia de Lenguaje**, para las alteraciones del lenguaje y la comunicación de los niños con TEA.
- **Psicología**, realiza intervenciones de modificación de conducta, terapia emocional y juego terapéutico.
- **Terapia Ocupacional**, intervienen para lograr la incorporación de nuevas habilidades que mejoren la adaptación al entorno familiar y social, regulen las alteraciones sensoriales y buscar la independencia funcional.

Mientras que para la Asociación de Padres y Amigos de Personas con autismo ASPAU, propone también las siguientes terapias y talleres:

- Atención Psicológica.

- Terapia de Lenguaje.
- Programas de adaptación al Jardín.
- Taller psicopedagógico conductual.
- Taller de aprendizaje.
- Modificación de conducta.

El centro de Educación “Caminito” ABA Perú recomienda las siguientes terapias especializadas:

- La terapia ABA es considerada por muchos expertos como el abordaje terapéutico más eficaz para los niños con autismo. Este método aborda lo siguiente:
 - o Utilización del lenguaje y la comprensión.
 - o Desarrollo de las habilidades sociales de interacción terapéutica más eficaz para los niños con autismo.
- Sistema de comunicación por intercambio de Imágenes PECS

Se utiliza como un sistema de comunicación alternativa y aumentativa, se trabajan en diferentes fases.

- A través del método TEACCH, tiene como objetivo reforzar las tareas realizadas en el colegio, así como incrementar la motivación y la habilidad del alumno para explorar y aprender. Utiliza el canal visual.

CONCLUSIONES

- 1.- Mediante esta investigación podemos conocer que el autismo posee causas multifactoriales es decir que los aspectos genéticos, aspectos ambientales entre otros aspectos pueden determinar la aparición del autismo, ya que dentro de la procedencia de los casos, existen del lado paterno, familiares que presentaron sospechas de trastornos de tipo autista, retraso y dificultades en el lenguaje, pensamientos cerrados o rígidos, conductas de pobre contacto y falta de interés social en el relato de las madres con respecto a los padres.
- 2.- Se puede determinar que los primeros síntomas del TEA en los casos estudiados, son: lenguaje nulo o escaso, parecer no escuchar o entender, poco interés al contacto con los demás, inadecuado contacto visual, movimientos estereotipados en los primeros años de vida del niño. El Manual de Diagnóstico y Estadístico el DSM-V brinda 2 áreas de análisis para identificar si el niño presenta dichas características y tres niveles de gravedad, así como también especificaciones si está asociado a otro tipo de trastorno del desarrollo, ya que cada niño diagnosticado con TEA, presentan diferente tipo de características.
- 3.- Se puede deducir que las madres de esta investigación se sobrepusieron paulatinamente ante el impacto que implica el TEA cada un tomo diferente tiempo para recuperarse. Es un factor importante el acompañamiento emocional para afrontar el TEA. En la totalidad de los casos, las madres afrontan actualmente la condición de su hijo con esperanza.
- 4.- Se recomienda a los padres mediante seis criterios donde se trata de dar una serie de pasos a seguir ante el TEA

- Ante sospechas de conductas inusuales en bebés o niños pequeños se deberá buscar información mediante una consulta médica.
- Cuando tenga el diagnóstico confirmado de TEA (por una institución especializada) se debe informar con el profesional de la salud pertinente, que explique de manera detallada que tratamiento o terapias debe seguir el menor.
- Los padres no deben dejar de hablar con alguna persona de confianza (pareja, familiar, amigos) hable de cómo le impacta la noticia, si le causa tristeza si se siente deprimido, hable de lo que siente con alguien, si los padres no pueden manejar el diagnóstico, busque ayuda profesional.
- Buscar en que institución del estado se puede recurrir para encontrar información y profesionales especializados para tratar el TEA.
- Dar seguimiento al avance en el tratamiento de su menor, no todos los casos son iguales, y no todos los niños evolucionan del mismo modo. Es importante que se trabaje con una triada de apoyo, que los conformarían: Padres de Familia, Profesores de la Escuela, Terapistas.
- Buscar instituciones que propongan una intervención especializada en base a terapias o modelos de intervención para el TEA.

RECOMENDACIONES

- 1.- En torno a la investigación realizada se requiere profundizar la búsqueda de factores de riesgo que hacen que una persona tenga más probabilidades de presentar el trastorno del espectro autista (TEA) u otros trastornos del desarrollo nos ayudará a conocer más acerca de las causas, así saber que personas poseen más riesgo.
2. También se debe tomar en cuenta que mientras más rápido se descubra el diagnóstico del TEA, más pronto se iniciara el tratamiento.
3. Campañas informativas a poblaciones en general, acerca de ¿qué es el AUTISMO o TEA? Su tratamiento e intervención. Así también hacer una ruta de chequeo (cuando tengan sospechas) donde los padres sepan que pasos deben seguir para llegar al diagnóstico de su hijo(a).
4. Se recomienda capacitar a los colegios (directores, profesores) para incluir a los niños con autismo, siempre que su nivel de gravedad permita al acceso a la educación básica regular.
5. Se recomienda a los centros de salud del gobierno (postas) o el seguro social; tener una cartilla o tríptico informativo donde exista información para que los padres de familia, o demás familiares puedan enterarse de los primeros signos del TEA.
6. Se adjunta en este trabajo, sesiones de intervención para los niños de esta investigación en los niveles 1 y 2 de gravedad.

El programa de intervención propuesta posee 7 sesiones de trabajo con una duración de 30 a 35 minutos, que se ha dividido en 3 sesiones para los niños de los casos

Nº1 y Nº2 que presentan nivel de gravedad 1 del T.E.A. y 4 sesiones para los niños de los Casos Nº3 y Nº4 que presentan nivel 2 de gravedad del T.E.A.

Recursos:

- -Ambiente sin distracciones, ni ruidos.
- -Mesa y sillas, mueble donde se guardan los juguetes.
- -Materiales: Imágenes (varios), laminas, pictogramas, material audiovisual, laptop, pelota, flash cards, animales de juguetes, burbujas, rompecabezas, cubos de madera, vasos apilables, otros.

Sesión 1

Objetivo General: Mejorar el contacto social e iniciar juegos con otros niños.

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Incentivar al niño para que participe en actividad de juegos grupales, mostrarle que es una actividad divertida.	Mostrar al niño mediante un video donde se visualice a niños en una actividad familiar o en algún juego. Ejemplo: “la lleva” o “ la pesca” estimulando visualmente al niño.	La profesional muestra al niño el video, para que observe la actividad.	Material audiovisual Laptop o Tablet.	10 minutos.
Desarrollo	Lograr que el niño imite la actividad o juego.	Modelado	La profesional tratará de imitar el juego o la actividad vista en el video. Luego invitará y orientará al niño a jugar, reforzando lo aprendido.		15 minutos
Salida	Reforzar la actividad aprendida durante la sesión.	Reforzadores y estímulos positivos	La profesional vuelva a dar el estímulo al niño reforzando lo aprendido.		10 minutos

Cuadro de Sesión 1 para los niños del nivel de gravedad 1

Sesión 2

Objetivo General: Incrementar la comunicación y el lenguaje verbal

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Lograr que el niño preste atención, entendiendo las indicaciones y la historia relatada.	Mediante una historia que le sea familiar tipo cuento o en video Ejemplo: Los 3 chanchitos	La profesional muestra o relata al niño el cuento de manera sencilla de esta manera pueda entenderlo.	Cuento Video Laptop o Tablet.	10 minutos
Desarrollo	Lograr que el niño responda menos a una de las preguntas de la historia.	Al finalizar la historia se le hará una a dos preguntas al niño mostrándole la imagen de apoyo a manera de estímulo.	La profesional le hará una pregunta acerca de los personajes del cuento y del mensaje de la historia. ¿Qué animal son los personajes del cuento	Laminas o dibujos relacionadas al cuento	15 minutos
Salida	Reforzar la respuesta que da el niño.	Reforzador	Si responde correctamente se le dará un premio, si el niño no responde se le dice la respuesta y la profesional le dice al niño que repita la respuesta correcta.	Sticker varios llamativos	10 minutos

Cuadro de sesión 2 para los niños del nivel de gravedad 1

Sesión 3

Objetivo General: Mejorar la autonomía del niño mediante responsabilidades

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Lograr que el niño ponga atención a las imágenes y entienda la secuencia	Mediante las 3 imágenes de una secuencia el niño visualizara el modelo a seguir	Se mostrará 3 imágenes donde: 1- Imagen donde hay un niño eligiendo un juguete 2-Imagen de un niño jugando con el juguete elegido 3-Imagen de un niño que está guardando el juguete.	Láminas de secuencias. (varios)	10 minutos
Desarrollo	Lograr que el niño imite la secuencia y guarde el juguete que utilizo	Que el niño siga el modelo de las imágenes(secuencia)	Se le hará elegir un juguete de su preferencia, luego jugara y cuando termine se le dirá que lo guarde.	Juguete que tenga piezas como: Rompecabezas o cubos de madera	15 minutos
Salida	Reforzar lo mostrado	Reforzador	Si el niño guardo el juguete s ele dirá: “Muy bien”, ahora elige el siguiente”	Otro juguete de su agrado.	5 minutos

Cuadro de sesión 3 para los niños del nivel de gravedad 1

Sesión 1

Sesiones de trabajo para los niños del caso N°3 y N°4 que poseen nivel 2 de gravedad del TEA.

Objetivo General: Establecer contacto visual y reforzar su atención.

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Estimular la atención a través de la escucha activa.	Se coloca al niño a una distancia de 50cm. Se le llama por su nombre en 5 ocasiones diciéndole “mírame”	El niño tiene que mirar en un intervalo de 10 a 15 segundos entre cada llamado si responde se le presentara 5 objetos (que le llamen atención) y se le da la misma instrucción “mira esto” señalando los objetos.	Tarjetas de colores y juguetes	5 minutos
Desarrollo	Desarrollar la concentración a través de las tarjetas	Instigación	Se le llama de igual manera como se hizo anteriormente, reforzando cada respuesta de contacto visual.	-Bolitas(cuentas) botella. -Instrumento de sonido tipo cascabel -Vasos para apilar -Ganchos de ropa -Instrumento tipo laser o linterna.	15 minutos
Salida	Reforzar la atención aprendida durante la sesión.	Reforzadores y estímulos positivos	Se señalan las tarjetas u objetos distantes (1 a 2 metros) con la instrucción “mira el...” se le da la respuesta de ser necesario	Tarjetas de colores y juguetes	10 minutos

Cuadro de sesión 1 para los niños del nivel de gravedad 2

Sesión 2

Objetivo General: Que el niño responda correctamente ante cualquier instrucción de la lista 1 con una latencia no mayor a 5 segundos.

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Lograr que el niño preste atención y comprenda las indicaciones	Se le enseña con movimientos llamativos para que haga lo mismo.	Se trabaja con una lista de 5 conductas cada instrucción se da 2 veces.	Lista de instrucciones y objetos: 1- Ponte de pie 2- Ven 3-Levanta los brazos 4-Baja los brazos 5- Aplaude	10 minutos
Desarrollo	Lograr que el niño ejecute conductas motoras requeridas	Instigación.	Se le ayuda físicamente para que de la respuesta y cumpla con la orden requerida.	Lista de instrucciones e imágenes	15 minutos
Salida	Reforzar lo programado	Estímulos positivos	Se presenta la lista de instrucciones sin modelamiento	Lista de instrucciones	10 minutos

Cuadro de sesión 2 para los niños del nivel de gravedad 2

Sesión 3

Objetivo General: Disminuir conductas problemáticas.

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Modificación de la conducta lograr disminuir actitudes agresivas	Mostrarles imágenes o pictogramas “No pegar” “No morder”	Reforzamiento de conductas positivas	Imágenes o pictogramas	10 minutos
Desarrollo	Lograr que el niño sea más consciente de su conducta a disminuir	Tiempo fuera	“Te vas a quedar aquí porque...”	Imágenes o pictogramas	15 minutos
Salida	Distraer la conducta negativa por una positiva	Costo de respuesta	Se le quita un reforzador el que tenga acceso en el momento		10 minutos

Cuadro de sesión 3 para los niños del nivel de gravedad 2

Sesión 4

Objetivo General: Incrementar y mejorar el manejo de sus emociones y habilidades sociales.

Duración: 30 a 35 minutos.

Momento	Objetivo	Estrategia	Actividad	Recursos	Tiempo
Inicio	Reconocimiento de emociones básicas (alegría, tristeza, enojo, sorpresa)	Intercambio de sentimientos	Colorear caras de personas que expresen alegría, tristeza, el enojo y la sorpresa.	1- Colores 2- Hojas para colorear 3-Canciones 4-Imágenes o Pictogramas	10 minutos
Desarrollo	Incentivar la comunicación asertiva	Comunicación	Teatro de títeres sobre algún cuento de su interés. Ejemplo: Caperucita o el Patito feo	Títeres, videos y canciones	15 minutos
Salida	Utilizar expresiones: -Por favor -Gracias	Aprender normas de cortesía	Hacer participar en una actividad donde refuerce lo aprendido	Regalos tipo sticker llamativos	10 minutos

Cuadro de sesión 4 para los niños del nivel de gravedad 2

REFERENCIAS

- Abrahams & Geschewind (2008) Los avances en genética del Autismo: En el umbral de una nueva neurobiología.
- Ávila A. (2016). *Niveles de estrés percibido y percepción de la autoeficacia en madres de niños con habilidades especiales*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima Perú.
- APA (2000) Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, Editorial Masson, Barcelona.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Panamericana. México
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Panamericana. México
- Asociación de padres y amigos de personas con autismo (2018) Servicios para personas con autismo. Recatado de:

<http://www.autismoaspauperu.com/servicios>
- Artigas, P. (2011). *Trastornos del neurodesarrollo*. Barcelona. Edición Viguera.
- Ávila A. (2016). *Niveles de estrés percibido y percepción de la autoeficacia en madres de niños con habilidades especiales*. (Tesis inédita de Licenciatura). Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Lima Perú.
- Bernal César A. (2006) *Metodología de la Investigación*, Editorial Pearson Educación de México, 2ª Edición, México.

- Baron-Cohen, S. (1993). From attention-goal psychology to belief-desire psychology: The development of a theory of mind, and its dysfunction. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg and D. Cohén (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 59-82). Oxford: Oxford University Press.
- Baron -Cohen, S., Richler, J., Bisarya, D., Gurunathan, N., & Wheelwright, S. (2003). The systemizing quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 358, 361-374.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Lawson, J., Griffin, R., Ashwin, C., Billington J., & Chakrabarti, B (2005a). Empathising and systemizing in autism spectrum conditions. In F. Volkmar, A. Klin & R. Paul, (Eds.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders: Assessment, interventions, and policy* (3rd ed., pp.628-639). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Basa, A. (2010). *Estrés parental con hijos autistas, un estudio comparativo*. (Tesis inédita de licenciatura en psicología). Universidad Católica de Argentina, Buenos Aires, Argentina.
- Baxter, C., Cummis, R., & Yiolitis, L. (2000). Estrés paterno atribuido a los miembros de la familia con discapacidad: Un estudio longitudinal. *Revista de discapacidad intelectual y de desarrollo*, 25 (2), pp 105-118.
- Beck, M. (2012). *Avanza la identificación de algunas raíces genéticas del autismo*. New York: Dow Jones & Company Inc.

- Bleuler, E. (1950) Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.
- Campbell A. y Figueroa D., (2001) Autism impact in family, Parents Perception, *Archivos de Neurociencias*, 61(3), pp 6-14.
- Casimiro, F. (2016). *Bienestar Psicológico de madres de niños con TEA de acuerdo al servicio que ofrecen los centros especializados a los padres*. (Tesis inédita de licenciatura en psicología). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
- Centro de Educación Autismo ABA PERU. Intervención para niños con TEA. Rescatado de:
- <http://www.autismoabaperu.com/intervencion/>
- Centros para la prevención y control de enfermedades - CDC (2014); Información básica sobre trastornos de espectro autista. Rescatado de:
- <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/autism/facts.html>.
- Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad CONADIS (2016) Plan Nacional para las personas con Trastornos del Espectro Autista.
- Confederación Española de Autismo FESPAU (2012) Definición de autismo. Rescatado de:
- <http://www.fespau.es/autismo-tea.html>
- Demos, A. (2015). *Representaciones del autismo en padres de hijos autistas*. (Tesis inédita de Licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

- Duarte, J., Martínez, O. y Cols. (2008). Creación de una comunidad de aprendizaje: una experiencia de educación inclusiva en Colombia. *Revista Encuentros*, 13 (2), pp. 57-72. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/encu/v13n2/v13n2a04.pdf>
- Federación de Autismo de Andalucía (2017) ¿Qué son los TEA?, recuperado de: <http://www.autismoandalucia.org/index.php/los-tea/ique-son-los-tea>.
- Fernández-Mayoralas, M., Fernández-Perrone, A. y Fernández-Jaén A. (2013). Trastornos del espectro autista. Puesta al día (I): introducción, epidemiología y etiología. *Acta Pediátrica Española*, 71(8), 217-223
- Flavell, J. H., Green, E. R., & Flavell, E.R. (1986). Development of knowledge about the appearance-reality distinction. *Society for Research in Child Development*, 51 (1, Serial N° 212)
- Frith, U. (2004). *Autismo: Hacia una explicación del enigma* (2ª ed.). Madrid, España: Alianza Editorial.
- Frith, U. (1989) *Austism: Explaining the enigma*. Oxford, UK: Blackwell.
- Gallardo, I. (2013). Los síntomas de TEA no son exclusivos ni puros. *Diario Médico*, 11, (1), 1-3.
- Gómez, A., Anaya, J., López, Rojas F., Sánchez L, Alvarado C., Hernández, Serrano P. y Macin, C. (2012) Personalidad e los padres de niños Autistas en una muestra de 48 sujetos Mexicanos diagnosticados por el Cuestionario del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R). Memorias del Primer congreso Nacional de ciencias del comportamiento. Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso. México.

Gonzales D. (2014). *Percepción de las madres de niños y niñas con condición espectro autista que asisten a Olimpiadas Especiales*. (Tesis inédita en Bachiller en psicología). Universidad Latinoamericana de Ciencia y Tecnología. Costa Rica.

Gonzales. D. (2012). *Estrés parental y estilos de afrontamiento en padres de niños con trastornos del espectro autista*. (Tesis inédita de licenciatura). Pontificia universidad Católica del Perú. Lima Perú.

Happé, F. (1999). Autism: Cognitive déficit or cognitive style? Trends in Cognitive Sciences, 3 (6), 216-222

Happé, F. (2007). *Introducción al autismo* (M. Núñez, Trad.). Madrid: Alianza Editorial.

Hartley S.L., DaWalt L.S. y Schultz H.M.. (2017). Las experiencias cotidianas de padres de niños con TEA vs. Niños sin TEA. Estudio de investigación. Department of Human Development and Family Studies and Waisman Center, University of Wisconsin-Madison. WI, EUA.

Hernández, Fernández y Baptista (2013). *Metodología de la Investigación*, 5ta edición, Editorial Mac Grill. México

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud- IETS (2014) Terapias de Análisis de comportamiento (ABA) Rescatado de:

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

Instituto para el desarrollo infantil ARIE (2018) *Programas para personas con TEA*.

Rescatado de:

<http://www.arie.org.pe/programas.php?id=80>

Jara, C. (2014). *Experiencia emocional en hermanos adolescentes de niños con trastorno del espectro autista*. (Tesis inédita de licenciatura en psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Jiménez, E. (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Valencia, Valencia, España.

Jorde, L. B., Hasstedt, S.J., Ritvo, E.R., Mason-Brothers, A., Freeman, B.J., Pingree, C., McMahon, W. M., Petersen, B., Jenson, W. R., & Mo, A. (1991). Complex segregation analysis of autism. *American Journal of Human Genetics*, 49, 932-938.

Kanner, Leo (1950). Child Psychiatry. Mental Deficiency, *American Journal of Psychiatry*, 106/7, p.515-518.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.

Küber-Ross Elisabeth (1962) Publicación de Libro "On death and dying".(Sobre la muerte y el morir) rescatado de:

<https://viviendolasalud.com>

Laurent & Rubin (2004). Desafíos en la regulación emocional en el síndrome de Asperger y el autismo de alto funcionamiento.

Lopez, Rivas y Taboada (2009) Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570.

- Martínez Rodríguez Jorge (2011) Métodos de investigación cualitativa. *Revista silogismo* Número 08, Publicación semestral, Julio – Diciembre 2011.
- Martos, J. (2008). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología*, 42(1), pp 99-101.
- Ministerio de Educación del Perú (2013) Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con TEA
- Mulas, Gonzalo, et. Al (2010) *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 3): S77-84. Modelos de Intervención en Niños con autismo.
- Murphy M., y Cols. (2000). Rasgos de la personalidad de los parientes de los pacientes con autismo, medicina psicológica, *Revista de psicología y medicina*, 30 (1), pp 1411-1424.
- National Institute of Mental Health (2016), Trastornos del espectro autista; rescatado de: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-del-espectro-autista/index.shtml>.
- Organización Mundial de Salud - OMS (2017). *Nota descriptiva: Trastorno del espectro autista*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/es/>.
- Patton, M. (1990). Evaluación cualitativa y métodos de investigación. *Revista Beverly Hills*. 12(2), pp 169-186.
- Pérez, I. (2010). *Los misterios del autismo*. San Juan: Diarios América.

- Pérez, P. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Rev Neurol* ; 54 (1), pp51-62: recuperado de:
https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Paula/publication/255871687_Diagnostico_diferencial_entre_el_espectro_autista_y_el_espectro_esquizofrenico/links/0deec520cbc68be394000000/Diagnostico-diferencial-entre-el-espectro-autista-y-el-espectro-esquizofrenico.pdf.
- Pratt, C., & Bryant, P. (1990). Young children understand that looking leads to knowing (so long as they are looking into a single barrel). *Child Development*, 61, 973- 983.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a 'theory of mind'? *Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526.
- Reed, T., & Peterson, C. (1990). A comparative study of autistic subjects' performance at two levels of visual and cognitive perspective taking. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 555-568.
- Rivière, A. (1998). *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. Madrid. Ministerio de asuntos sociales.
- Rojas, A. (2017). Creencias erróneas y cumplimiento del cuidador en padres de niños con autismo de educación especial de lima sur. (Tesis inédita de licenciatura en psicología). Universidad Autónoma del Perú, Lima, Perú.
- Rodríguez Gregorio, Gil Javier y García Eduardo (1999), *Metodología de la Investigación Cualitativa*, ediciones Aljibe, Granada España.

Universidad Internacional de Valencia (2014), Principales estrategias educativas para niños con autismo, rescatado de: ww.viu.es/principales-estrategias-educativas-para-ninos-con-autismo/

Vega, L. (2014). Clima social familiar de niños diagnosticados con autismo, en padres de familia de 20 niños que cumplían el diagnóstico de autismo. Universidad Católica los Andes de Chimbote, Chimbote, Perú.

Wing, L. (1998) El autismo en niños y adultos: una guía para la familia. Recuperado en febrero de 2016 de: bd.unsl.edu.ar/download.php?id=2338

Wing y Gould (1979). Alteraciones graves de la interacción social y anomalías asociadas en los niños. Epidemiología y clasificación. *Revista de autismo y esquizofrenia infantil*, 9 (1), pp11-29. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/artpub/1998/132911/revhis_a1998v19n2p369.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA: PADRES

1. *Antecedentes genéticos y biológicos*, a través de los datos que proporcionen los padres durante la entrevista y en la formulación de la anamnesis y con datos que se extraen de la historia clínica.
2. *Signos y síntomas de los TEA*, para descubrir similitudes y diferencias en los cuatro casos analizados y comparar con los que se mencionan en el DSM-V
3. *Actitudes y comportamiento de los padres y entorno familiar*, para ver cómo afrontan la enfermedad de sus menores hijos y la forma como ayudan a superar o manejar el TEA y sus planes de acción de cara al futuro.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La señorita Rocio Rios Carrasco, de la carrera de Psicología Humana de la Universidad Alas Peruanas. Está conduciendo una investigación, que busca describir experiencias, vivencias y percepciones en cuanto a casos de niños y niñas con trastorno del espectro autista en la ciudad de Marcona.

Si ustedes aceptan participar en la presente investigación, tendremos un total de tres reuniones, cada una entre 45 a 50 minutos. La información recogida en las entrevistas será manejada con absoluta confidencialidad. Si algún momento ustedes no desean contestar alguna pregunta tienen la posibilidad de no responderla. Asimismo, si en algún momento alguno no desea continuar participando de la investigación tienen derecho de retirarse.

La participación en esta investigación será autorizada por ustedes mismos. Si están de acuerdo con lo que aquí descrito, por favor firme en el espacio indicado. Se le dejará una copia de este formato firmado por la investigadora.

Finalmente, se agradece su participación e interés en la investigación y se espera que esta sea una experiencia enriquecedora para todos.

Firma del Padre

Firma de la Madre

Firma de la Investigadora

ANEXO 3:

HISTORIA CLINICA CASO 1

I.-Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos: F.
Edad: 4 años 3 meses
Sexo: Hombre
Lugar de Nacimiento: Ica
Fecha de Nacimiento: mayo del 2013
Domicilio: Marcona
Grado de Instrucción: Inicial 3 años
N° de hijos: 1/1
Nombre de la madre: H.
Nombre del padre: M.
Informante: La madre
Fecha de evaluación: 08-2017

II.-Motivo de Consulta:

Madre indica que su niño fue diagnosticado con TEA a los 3 años y medio.

III.-Historia Personal:

Anamnesis

La madre refiere que el niño fue deseado, pero no planificado, a partir de los 3 meses se inicia los controles médicos. El embarazo se realizó sin complicaciones la madre dice que no recuerda ninguna complicación o malestar significativo sin embargo fue programado para que dé a luz por cesárea a petición de ella misma.

Al nacer su peso fue de 3 kilos 600 gramos, midió 51 cm. No lloró inmediatamente, lo hizo cuando le hicieron la aspiración, refiere la madre. Al nacer tuvo una coloración amarillenta que fue controlada en los primeros días de nacido, luego se normalizó.

Al nacer el niño fue amantado por leche materna y leche de fórmula debido a que no se abastecía por el buen apetito que tuvo el bebé, no hubo problemas de succión, no se presentó problemas en los primeros meses de lactancia.

Desarrollo Inicial

Dentro de los primeros meses, el niño no presentó signos de alarma, según los padres sin embargo no hubo contacto visual del bebé hacia los padres y demás cuidadores.

A partir de los 12 meses se podía entender sílabas como: ma, pa, usualmente lloraba se quejaba y gritaba cuando intentaba comunicarse. La madre afirma que no le parecía alarmante que su hijo no hablara porque recibía opiniones (familiares) que seguramente después mejoraría el lenguaje. A los 18 meses por motivos de trabajo los padres llevan al niño a una guardería infantil donde pudo tener contacto con otros niños la mamá afirma que es en este lugar que se dio cuenta que su hijo no tenía las mismas conductas como los demás niños, en el lenguaje y en la forma de comunicarse, allí mismo mediante una evaluación de lenguaje que se realizó al niño le informaron que tenía cierto retraso en el lenguaje. La madre busca información y acude a un profesional donde le dicen que

hay sospechas de que su niño pueda tener T.E.A. es donde escucha por primera vez el termino de Trastorno del Espectro Autista (T.E.A) recibe recomendaciones para recibir terapia que lo sigue por un breve tiempo. Cuando cumplió 2 años emitía más palabras sueltas, pero de poca comprensión. La madre refiere que el niño solo se expresaba cuando quería algo, muchas ocasiones no se comprendía sus pedidos o lo pedía de mala manera (gritando), no había frases de comunicación del niño hacia los padres. Cuando tenía 2 años y medio se mostraba quejumbroso, hacia berrinche, se tiraba al piso, lloraba por todo. Para el padre estas conductas eran mínimas que no había motivo de preocupación o pensar que su niño tenía alguna dificultad. La madre afirma que no le daba tiempo para enseñar a su hijo a ir al baño o dejar el pañal porque trabajaba tiempo completo. Antes de los 3 años el niño se mantuvo en la guardería, la madre refiere que empezó a preocuparse por todos los niños se desarrollaban o hablaban mejor es en ese momento que la mamá percibe claramente las diferencias con otros niños. Por ejemplo, él no quería ponerse ningún traje o indumentaria que se usaba en la guardería. La profesora le recomendó que lo llevara a evaluar ya que le preocupaba su avance, buscó mayor información acerca de lo que le decían, escuchando comentarios positivos de seguir terapias de lenguaje entre otros.

A partir de los 3 años su lenguaje mejoraba pues utilizaba palabras nuevas, pero no lo suficiente porque el niño repetía lo que le decían y a la vez su lenguaje no era claro o poco comprensible (articulación). La madre empezó a enseñarle a dejar el pañal, que lo hizo secuencialmente en unos meses lo dejo completamente. En ese mismo tiempo los padres lo llevan a evaluar a la ciudad de Arequipa ya que el lenguaje era lo que más les preocupaban a los padres y así lo hicieron. Asistieron a una consulta neurológica en la ciudad de Arequipa, el medico les dijo que el niño presentaba muchas características de un niño con T.E.A., así también el medico sugirió evaluarle en otras áreas, pero los padres no pudieron quedarse más días en la ciudad. Luego de eso busco información en internet para saber cómo podría ayudarlo, el padre se mostró incrédulo ante la apreciación del médico, pero llegaron a la conclusión de buscar ayuda en el área de lenguaje. La madre relata que indagó y averiguó acerca de los colegios que existen en el distrito, eligiendo a un colegio inicial particular con pocos alumnos que cuenta con una maestra y auxiliar por aula.

Evolución del niño

De 0 a 12 meses

Desarrollo psicomotor

Levantó su cabeza: aproximadamente a los 4 meses,

Se sentó: 5 meses.

Gateó: Desde los 12 meses

Desarrollo Social

Contacto visual con la madre: 2 meses aproximadamente

Reconoce el rostro de la mamá: 3 meses

Desarrollo de Lenguaje:

Sonidos guturales: a los 3 meses aproximadamente

Balbuceo con silabas: a los 8 meses emitió ma, pa.

Emite sonidos silábicos: ma- ma pa-pa. Antes de los 12 meses.

Signos de Alarma:

- No gateó
- No responde a su nombre (parece que no escucha).
- No emite sonidos para llamar la atención.
- Solo reconoce a nivel facial a sus papas.
- Poco contacto visual con sus papas y las personas cercanas.
- Poco interés con lo que le rodea.

De 12 meses a 24 meses

Desarrollo Psicomotor

- Gateo: Continúo gateando después de los 12 meses.
- Camino sin ayuda: 15 meses aproximadamente.
- Come solo derramando: 18 meses aproximadamente.
- Manipulación de juguetes: 18 meses

Desarrollo Social

- Reconoce a personas: 18 meses solo a sus cuidadores (mamá, papá, abuela)
- Reconoce los espacios de su casa. 20 meses aproximadamente
- Acercamiento con otros niños antes de los 24 meses. (Cuna)

Desarrollo de Lenguaje:

- Palabras sueltas: mamá, papá, aua (agua), olate (chocolate), celu, 18 meses aproximadamente. (Pocas palabras)

Signos de alarma:

- Su lenguaje solo era comprendido por sus padres. (Poco entendible)
- Repite lo que se le dice (ecolalia)
- No reconoce o nombra objetos de uso habitual.
- No obedece órdenes simples.
- No atiende a su nombre.
- No toma parte en juegos con otros niños.

A los 2 años a 3 años

Desarrollo Psicomotor

- Corre en lugares abiertos
- Se quita los zapatos
- Usa crayola para pintar (asistido por su profesora)

Desarrollo Social

- Se mueve (camina) por los espacios habituales (casa)
- Asiste a fiestas infantiles
- Se relaciona con algunos niños
- Llora para demandar atención.

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de palabras aisladas: mamá, papá, olate (chocolate), aua (agua), ogur (yogurt), lular (celular)

Uso de 2 palabras aisladas: Mamá yogu (yogurt)

Signos de Alarma:

- Aun no deja los pañales
- No sigue órdenes sencillas
- Uso de palabras aisladas de poca comprensión.
- Ecolalia
- Cambios de humor
- No participa en actividades del colegio

3 años a 4 años

Desarrollo Psicomotor

Come con ayuda de su mamá.

Se quita la ropa asistido por su mamá.

Usa scooter sin ayuda.

Empieza a pedir baño.

Usa crayola, plumón, punzón (con la guía de la profesora)

Desarrollo Social

Camina por su casa, escuela libremente

Asiste a fiestas infantiles

Se relaciona con algunos niños

Llora para demandar atención.

Identifica más lugares casa, colegio, otro.

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de frases: mamá “olate” (chocolate) o mamá gua (agua)

Presta atención (corto tiempo)

Signos de Alarma:

- Mal uso de los artículos
- Ecolalia
- Parece no distinguir sabores
- Falta de reciprocidad al iniciar una conversación
- No relata sus experiencias

Escolaridad

Asistió por primera vez a cuna-guardería desde los 18 meses aproximadamente donde estuvo 6 meses aproximadamente. Luego a los 2 años ingresa a una guardería-estimulación temprana. Actualmente está en nivel inicial de 3 años en la I.E.P. Apóstol Santiago del distrito de Marcona.

Personalidad

Facundo se muestra alegre, trata de hablar, aunque no se le entiende, repite palabras que se le dice constantemente se muestra obstinado cuando desea algo, atiende las cosas que le agradan, impone su voluntad ante los padres y personas cercanas a él.

Enfermedad

No tiene antecedentes de enfermedad, actualmente tiene una buena salud.

Hábitos

Facundo es un niño que asiste al colegio todas las mañanas, su mamá lo alista, se encarga de él todas las mañanas lo lleva al colegio, luego suele permanecer en casa, los fines de semana los padres suelen pasear, salen a comer afuera o pasear en moto. En ocasiones suelen viajar fuera del distrito.

Historia Familiar:

Relación con los Padres

El niño vive en casa con ambos padres junto con su abuela materna. El padre tiene 29 años es profesional viaja constantemente por trabajo, la madre posee estudios superiores sin embargo no lo ejerce actualmente posee un negocio de pastelería trabaja por algunas horas durante el día junto con la abuela materna. La madre refiere que ella permanece más tiempo con el niño es quien tiene la autoridad, es quien lo premia a si como ejerce castigos hacia él, En ocasiones cuando el niño se porta mal le enseñan una correa como un símbolo para saber que le podría caer, ambos padres estuvieron de acuerdo con usar la correa, pero hubo oportunidades que le han dado una palmada en su trasero cuando hace berrinche dicen los padres. Antes lo calmaban con el celular dice la madre. Ahora le dan por poco tiempo dice los padres que ya lo miden en tiempos. Por las tardes la madre atiende al niño, los fines de semana suelen pasear o viajar fuera del distrito para distraerse o pasear en familia.

Antecedentes de algún problema psicológico en alguno de los familiares.

La madre refiere que Facundo tiene dos tíos (hombre y mujer) de parte de la familia de su papá, que presentan características del T.E.A.

Estilo de Crianza Recibido

Facundo ha vivido con ambos padres, desde que nació, es cuidado por ambos padres excepto cuando el padre viaja cada cierto tiempo por motivos de trabajo, ambas abuelas apoyan en el cuidado del niño. La madre refiere que siempre ha sido difícil controlar a su niño, primero porque no lo entendían bien, ya que el niño se mostraba quejumbroso, hacia berrinche, se tiraba al piso, lloraba por todo, tratábamos de no perder la paciencia, a veces le dábamos el celular para calmarlo o a veces le hasta le daban un “manazo” en el trasero. También usaron una correa que le se enseñaban como símbolo de temor, aunque no lo usaban dice la madre. Poco a poco el niño va mejorando su lenguaje. Poco a poco entendemos que no hay que darle todo y hay que aguantar ciertas conductas como llorar por no comprarle algo.

IV.- Técnicas empleadas o aplicadas:

Observación

Características físicas: Facundo es un niño de 4 años de contextura delgada de estatura acorde a su edad tiene tez media clara, viste acorde a la estación y con adecuado aliño personal.

Comportamiento: Facundo se muestra inquieto, camina por momentos lento, su postura es normal, se sienta en el lugar que se asigna, aunque por ratos se para, se le ordena que permanezca sentado, no tiene mucha expresión en su rostro, suele repetir lo que se le dice, suele oponerse cuando se le da una orden que no quiere cumplir, hay contacto visual por momentos hacia la examinadora. Suele hablar sin sentido con palabras que no se entiende. Cuando siente confianza suele estar calmado.

Actitud: Facundo se muestra inquieto, suele pararse para agarrar algo que le llamo la atención, si no le dan algo que quiere se enoja; cuando se le insiste a que cumpla una orden logra obedecer, colabora en algunas de las consignas, cuando se le hace una pregunta que no quiere responder se mantiene callado, como si no se le hubiera preguntado nada, y se resiste a responder ignorando a la examinadora.

Entrevista

Tipo de entrevista:

La entrevista que se realizo fue semiestructurada, y se hizo de manera individual.

Datos relevantes de la entrevista:

El niño se muestra estable, saluda (a insistencia de la mamá) cuando ingresa al ambiente designado, no se encuentra orientado en tiempo y espacio, atiende por momentos, se distrae con facilidad, logra atender a la examinadora por breves momentos, tiene dificultad en su lenguaje es decir no pronuncia ni articula adecuadamente algunos fonemas como: /c/ /s/, /ll/, así como en las trabadas, en palabras con más de 3 sílabas y en los diptongos, también tiene un tono ligeramente alto y el lenguaje es de ritmo rápido. En cuanto al contenido de su lenguaje sigue patrones de cortesía como saludos y despedidas, así como también responde preguntas básicas como nombre propio o el de la mamá pero no responde a otras preguntas acerca de cómo le fue el día, tampoco relata anécdotas del colegio. Ni posee lenguaje expresivo. La madre dice que no contesta cuando le pregunta que le paso en el colegio o si alguien le hizo algo. Sin embargo, el niño demuestra tener una buena memoria, duerme aproximadamente 10 horas diarias, aunque su alimentación es variada necesita que estén pendiente de su alimentación, inclusive hay q darle de comer muchas veces, no se lava la cara solo hay q ayudarlo, y le cuesta bañarse la madre dice que no le gusta el contacto con el agua al bañarse que se logra con gran esfuerzo.

El niño posee buena relación con sus familiares quienes lo consideran un niño hábil, alegre y de temperamento fuerte. La familia le brinda su apoyo moral quienes siempre lo hacen saber.

Test o Pruebas Psicológicas aplicados

Pruebas psicométricas

Test de desarrollo psicomotor Tepsi
Escala de Inteligencia de Wechler Wppsi-III
Escala de madurez social de Vineland
Inventario del Espectro Autista de A. Riviere (IDEA)

V.- Resultados:

En el test de desarrollo psicomotor TEPSI

Presenta puntajes distintos, en el subtests de Coordinación obtuvo puntaje T 30, corresponde a la categoría de RIESGO, en el subtests de Lenguaje 24, corresponde a la categoría de RETRASO y en el subtests de Motricidad 31 RIESGO, Obteniendo un puntaje global de 19 ubicándose en la categoría de RETRASO.

Según el TEPSI el niño “Facundo” tiene un nivel de desarrollo psicomotor de RETRASO, manifestando serias dificultades en las tres áreas: **Coordinación**, presenta pobres destrezas para dibujar u ordenar por tamaños, en el Subtest de **Lenguaje**, posee una inadecuada capacidad comprender la consigna y verbalizar acciones y plurales mientras que en el subtest de **Motricidad** tuvo un mejor desempeño sin embargo presenta dificultades para controlar sus movimientos como los saltos con un solo pie o caminar hacia atrás.

Escala de Inteligencia Weschler Wppsi III

No se pudieron interpretar los puntajes, sin embargo “Facundo” logró obtener en el subtest “cubos” (de la escala manipulativa) puntaje escalar de 11 que lo ubica en la categoría normal, siendo este el único sub test realizado por el niño.

En la evaluación con la escala Wechsler, no se pudo interpretar sin embargo en el área manipulativa el niño demostró habilidades en cuanto a la formación de formas en el sub test de “cubos”. Carece de comprensión cuando se le da la consigna.

En la escala de maduración social VINELAND

Obtiene un puntaje de 30 con un cociente social de 41 que pertenece a la categoría de Retardo Social Moderado, así mismo según la escala de maduración su edad social es 1 y 7 meses.

En el área de maduración “Facundo” presenta dificultades serias en todas las áreas sobre todo en el área de **Comunicación** donde el niño tiene poco uso del lenguaje, poco uso de frases, no relata anécdotas del colegio y el área de **Socialización** donde el niño tiene poco contacto con otros familiares o niños de su edad, poco interés a relacionarse a mostrarse o iniciar juegos con otros niños. Ubicándose con la edad social de 1 y 7 meses. Se presume que un retraso general en el desarrollo.

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere IDEA

Obtiene un puntaje global de 28, obteniendo mayor puntaje en la dimensión de Simbolización, lo cual señala ninguna escala significativa para la presunción diagnóstica en T.E.A. Sin embargo, hay presencia de problemas específicos en las áreas de más puntaje.

Con respecto a los resultados del inventario del espectro autista, aunque este inventario no define el diagnóstico TEA, el puntaje que obtuvo nos da a señalar que existe áreas de dificultad en el niño, aunque el puntaje obtenido no señale un perfil de TEA.

VI.-Conclusiones:

- Cociente Intelectual: No se pudo determinar. Se observa habilidades manipulativas, ejecutivas y visuales.
- Cociente social 41 Retraso moderado. Mayores dificultades área de Comunicación y área de Socialización.
- Desarrollo Psicomotor en retraso.
- Diagnóstico de Autismo (diagnostico anterior)

VII.-Recomendaciones:

Se recomienda a los padres:

- Continuar con las terapias de Lenguaje, para mejorar las condiciones verbales y de comunicación.
- Modificación de conducta, para promover conductas adaptativas tanto en la casa y en el colegio.
- Mejorar el desarrollo psicomotor.
- Solicitar reporte del avance académico del niño e identificar sus principales dificultades de aprendizaje y comunicación.
- Recibir orientación sobre el TEA y su intervención.

HISTORIA CLINICA CASO 2

I.-Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos: "G"
Edad: 7 años 3 meses
Sexo: Hombre
Lugar de Nacimiento: Nasca
Fecha de Nacimiento: junio del 2010
Domicilio: Marcona
Grado de Instrucción: 1er. Grado de Primaria
N° de hijos: 3/3
Nombre de la madre: L.
Nombre del padre: F.
Informante: La madre
Fecha de evaluación: 09-2017J

II.-Motivo de Consulta:

Madre indica que su niño fue diagnosticado con TEA antes de los 2 años.

III.-Historia Personal:

Anamnesis

La madre refiere que el niño no fue ni planificado ni deseado que fue una sorpresa enterarse casi a los cuatro meses de que estaba embarazada, la madre relata que ella estuvo cuidándose con pastillas anticonceptivas, así mismo la madre dice que le costó aceptar que iba a tener un hijo más (tercer hermano entre ambos padres) A sí que inicia los controles médicos a partir del cuarto mes. En el embarazo tuvo infección urinaria, la madre afirma que se preocupaba mucho durante el embarazo por diversos temas, refiere que no recuerda ninguna complicación o malestar significativo sin embargo fue programado para que dé a luz por cesárea. Al nacer él bebe peso 4 kilos, midió 55 cm. Lloró al nacer, luego de un rato la llevaron al bebe donde la madre. La lactancia desde el primer mes fue mixta le daba leche de pecho, así como el de fórmula, no se abastecía con la leche de pecho. Con respecto a su motricidad, la madre refiere que, si levantaba la cabeza a los 6 meses, se sentó en este mismo tiempo, gateo a partir de los 6 meses, empezó a pararse a los 9 meses aproximadamente. Camino sin ayuda desde los 14 meses. Con respecto al lenguaje la madre refiere que a partir de los 6 meses emitía sonidos, para los 12 meses decía agu, ma, pa algunas otras silabas repetitivas, pero nada claro. Para este tiempo los padres no notaban nada extraño en su hijo.

Al año y 6 meses un familiar cercano le hace saber a la madre que veía al niño con mucho parecido a unos videos en internet de niños con autismo, los padres ignoraron la opinión del familiar, luego los mismos familiares le pidieron a la madre que pase una evaluación médica, y ella acepto, el padre nunca estuvo convencido pero la madre y el niño viajaron para la evaluación. La madre refiere que cuando le confirmo la especialista fue como un baldazo de agua fría, relata que se sentía destrozada, pero que gracias a sus familiares le dieron apoyo emocional en ese momento se sintió mejor, la madre refiere que poco a poco fue asimilando la noticia en ese tiempo su hijo tenía 1 año 10 meses.

En ese tiempo trataba de buscar otros diagnósticos u opiniones en diferentes lugares, pero siempre le confirmaban que era autismo y que inicie ya su tratamiento. Cuando tenía 2 años el niño casi no tenía lenguaje solo emitía silabas, el padre no estaba de acuerdo, no aceptaba el diagnostico que se le dio para ese entonces, sin embargo, la madre trato de darle las primeras terapias que eran necesarias como la terapia de lenguaje así también el niño se mostraba quejumbroso, hacia berrinche, se tiraba al piso, lloraba y gritaba. Lo llevaron a que asista a estimulación o cuna, pero las encargadas llamaban a la madre constantemente por que el niño no se adaptaba o no quería hacer nada aun así permaneció algunos meses allí. La madre relata que encontraron donde darle terapia de lenguaje dentro del distrito, y recibió terapia de lenguaje por algunos meses.

Antes de los 3 años la madre lo llevaba constantemente a Lima a seguir con sus evaluaciones y demás terapias.

Al cumplir los 3 años el niño permanecía con el pañal había momentos que pedía, pero aun así seguía usando el pañal. El niño ingresa a un colegio estatal, los padres apuestan por el colegio para que el niño socialice, que trate de adaptarse, sin embargo, solo estudia un año, luego para el nivel de 4 años se cambia a un colegio particular, con menos alumnos en el aula. En cuanto al control de esfínteres el niño pide ir al baño, aunque aún necesita apoyo cuando se ocupa, requiere un ritual de tener la luz apagada o lugar oscuro para realizarlo. Aunque su avance era lento el niño mejoro en el área de lenguaje, así como el área psicomotriz, aunque socialmente se integraba de manera escasa dice la madre, pues su forma de jugar siempre era de manera de bebe o jugaba de manera solitaria, aunque disminuyeron los berrinches la madre dice que aún se muestra impaciente. Actualmente está en 1er. Grado, la madre dice que ya está aprendiendo a escribir, que poco a poco está leyendo.

Evolución del niño

De 0 a 12 meses

Desarrollo psicomotor

Levantó su cabeza: aproximadamente a los 4 meses,

Se sentó: 6 meses.

Gateó: Desde los 11 meses

Desarrollo Social

Contacto visual con la madre: 2 meses aproximadamente

Reconoce el rostro de la mamá: 3 meses

Desarrollo de Lenguaje:

Sonidos guturales: a los 3 meses aproximadamente

Balbuceo con silabas: a los 6 meses emitió ma, pa.

Emite sonidos silábicos: ma- ma pa-pa. Antes de los 12 meses.

Signos de Alarma:

-No responde a su nombre (parece que no escucha).

-No emite sonidos para llamar la atención.

- Solo reconoce a nivel facial a sus papas.
- Poco contacto visual con sus papas y las personas cercanas.
- Poco interés con lo que le rodea.

De 12 meses a 24 meses

Desarrollo Psicomotor

Camino sin ayuda: 14 meses aproximadamente.
 Come solo derramando: 18 meses aproximadamente.
 Manipulación de juguetes: 18 meses

Desarrollo Social

Reconoce a personas: 18 meses solo a sus cuidadores (mamá, papá)
 Reconoce los espacios de su casa. 20 meses aproximadamente
 Acercamiento con otros niños antes de los 24 meses. (Cuna)

Desarrollo de Lenguaje:

Palabras sueltas: ma, pa, aua (agua) 18 meses aproximadamente. (Pocas palabras)
 Poca comprensión a lo que se le decía.

Signos de alarma:

- Lenguaje escaso. (Poco entendible)
- No reconoce o nombra objetos de uso habitual.
- No obedece órdenes simples.
- No atiende a su nombre.
- No toma parte en juegos con otros niños.

A los 2 años a 3 años

Desarrollo Psicomotor

Corre en lugares abiertos
 Se quita los zapatos
 Usa crayola para pintar (asistido por su profesora)

Desarrollo Social

Se mueve (camina) por los espacios habituales (casa)
 Asiste a fiestas infantiles
 Se relaciona con algunos niños
 Llora para demandar atención.

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de palabras aisladas: mamá, papá, tale (Tablet),
 Palabras que no se comprendían, que tenían significado para el niño. Ejm “ekimka”
 Señala o enseña lo que quiere.

Signos de Alarma:

- Aun no deja los pañales
- No sigue órdenes sencillas
- Uso de palabras aisladas de poca comprensión.

- Ecolalia
- Cambios de humor
- No participa en actividades del colegio
- Berrinches sin control

3 años a 4 años

Desarrollo Psicomotor

- Empieza a pedir baño.
- Come con ayuda de su mama.
- Se quita la ropa con ayuda de la mamá.
- Usa crayola, plumón, punzón (con la guía de la profesora)

Desarrollo Social

- Camina por su casa, escuela libremente
- Asiste a fiestas infantiles
- Se relaciona con algunos niños
- Llora para demandar atención.
- Identifica más lugares casa, colegio, otro.

Desarrollo de Lenguaje:

- Palabras sueltas entendibles como miss, pichi, vamos.
- Uso de frases: mamá pan o mamá gua (agua)
- Presta atención (corto tiempo)

Signos de Alarma:

- Mal uso de los artículos
- Ecolalia
- Parece no distinguir sabores
- Falta de reciprocidad al iniciar una conversación
- No relata sus experiencias
- Se aísla en el colegio.

Escolaridad

Asistió por primera vez a cuna-guardería desde los 2 años aproximadamente donde no se adaptaba, lo hacían regresar o mandaban a llamar a la mama. Para el inicio de la escolar en inicial 3 años, los padres optaron por ponerlo en un colegio nacional para que socialice, luego para los siguientes años lo cambio a un colegio privado con menos alumnos hasta el 1er grado de primaria donde estudia actualmente.

Personalidad

Gian se muestra alegre, movedido, se muestra obstinado cuando desea algo, atiende las cosas que le agradan, impone su voluntad ante los padres y personas cercanas a él. Se muestra pegado a la madre, le consulta todo y está pendiente a su mandato o aceptación.

Enfermedad

No tiene antecedentes de enfermedad, actualmente tiene una buena salud.

Hábitos

Gian es un niño que va al colegio todas las mañanas, su mamá lo alista, se encarga de él todos los días lo lleva al colegio, también lo recoge. Algunos días se muestra ofuscado por diversos motivos, a veces por medicamentos que toma o hay días que no se muestra ido, luego suele permanecer en casa, el niño suele tener una manta que lo usa como objeto de apego, quien suele llevarlo todos los días consigo. Los fines de semana están más tiempo en casa, con sus padres, suelen viajar cada 4 meses aproximadamente para su control en Lima.

IV.-Historia Familiar

Relación con los Padres y hermanos

El niño vive en casa con ambos padres. El padre es técnico electrónico trabaja más de 8 horas diarias, la madre posee estudios superiores sin embargo no la ejerce se dedica a su casa. La madre refiere que ella permanece más tiempo con el niño es quien tiene la autoridad, ella se encarga de la conducta del niño, cuando el padre llega a su casa por las noches, el padre no refuerza la disciplina se resiste a seguir con la disciplina que asigna la madre, y esto se convierte en motivo de discusiones y peleas entre los padres. La madre trata de ser tolerante para evitar más discusiones, aunque el padre refuta y la responsabiliza del avance del niño porque asegura que ella está más tiempo con el niño. Aunque aún no se ponen de acuerdo con esto los padres tratan de llevarse bien por el bien de sus hijos. Gian se lleva bien con sus hermanos más con el hermano de parte de su madre de 17 años ya que vivió más tiempo con él, con los otros dos no la ve muy seguido.

Estilo de Crianza Recibido

Gian ha vivido con ambos padres desde que nació, es cuidado por ambos padres, aunque el padre suele verlo solo algunas horas al día. La madre refiere que siempre ha sido difícil controlar a su niño por su falta de lenguaje, porque siempre se mostraba mimado, hacia berrinche, se tiraba al piso, lloraba por todo, la madre dice que ha sido difícil sobre todo porque es ella quien tenía toda la carga. Gracias a la mejora de su lenguaje mejoró la relación con sus familiares, sin embargo la madre afirma que ella al educar a su hijo dice que no recibe la ayuda necesaria del padre.

Técnicas empleadas o aplicadas

Observación

Características físicas: es un niño de 7 años de contextura gruesa de estatura acorde a su edad tiene tez clara viste acorde a la estación y con adecuado aliño personal.

Comportamiento: se muestra inquieto, camina de un lado para el otro, su postura es normal, se sienta en el lugar que se asigna aunque por ratos se para, se le ordena que permanezca sentado, no tiene mucha expresión en su rostro, suele repetir lo que se le dice, suele oponerse cuando se le da una orden que no quiere cumplir, hay contacto visual por momentos hacia la examinadora. Entiende y realiza órdenes sencillas.

Actitud: se muestra inquieto, muestra interés selectiva, suele pararse para agarrar algo que le llamo la atención, mira hacia otro lado cuando se pone a

pensar, necesita motivación para responder algunas preguntas si no le dan algo que le gusta se enoja. Cuando se le insiste logra obedecer o acata una orden colabora en algunas de las consignas, cuando se le hace una pregunta que no quiere responder se molesta, se niega a responder. Se muestra mimado, y se muestra callado en algunas ocasiones mostrándose sin interés a lo que se solicita.

Entrevista

Tipo de entrevista; semiestructurada, individual.

Datos relevantes de la entrevista: El niño se muestra estable, saluda cuando ingresa al ambiente, se encuentra orientado en tiempo y espacio, atiende por momentos se distrae rápidamente, se llega a concentrar por breves momentos, tiene dificultad en su lenguaje, es decir que no hay una correcta articulación en las consonantes /s/, /rr/, así como en las trabadas, en palabras con más de 3 sílabas y en diptongos, Así también tiene un tono normal y el lenguaje es repetitivo. En cuanto al contenido de su lenguaje sigue patrones de cortesía como saludos y despedidas, contesta preguntas básicas como nombre propio o el de los padres pero no responde a otras preguntas acerca de cómo le fue el día, tampoco relata anécdotas del colegio. Ni posee lenguaje expresivo. La madre dice que casi no contesta cuando le pregunta que le paso en el colegio o si alguien le hizo algo, solo contesta con un Sí o un No. Sin embargo el niño demuestra tener habilidad de tipo motricidad fina manipula bien la tijera y el lápiz siendo acorde a su edad, duerme aproximadamente 9 horas diarias, aunque come casi cualquier tipo de alimentos necesita que estén pendiente de su alimentación, inclusive hay q darle de comer muchas veces, se lava la cara solo, a veces hay que ayudarlo, cuando se va a ocupar al baño no le gusta oler sus heces, se desespera y quiere acabar rápido la madre lo asiste para terminar rápido.

El niño posee buena relación con sus familiares quienes lo consideran un niño mimado y son conscientes de las dificultades que tiene. La familia le brinda su apoyo moral quienes siempre lo hacen saber.

Test o Pruebas Psicológicas aplicados

Pruebas psicométricas

Escala de Inteligencia de Wechler Wppsi-III

Escala de madurez social de Vineland

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere (IDEA)

VI.-Resultados:

Escala de Inteligencia Weschler Wppsi III

Gian obtuvo en el área verbal 75 lo ubica en el Rango Inferior, en el área de manipulativa obtuvo 80 se ubica en Promedio Bajo. Mientras que en el área de velocidad de procesamiento obtuvo 94 que lo ubica en Promedio. En la evaluación con la escala Wechsler, no se puede interpretar un C.I. global sin embargo, demostró mejores habilidades en el área de velocidad de procesamiento, así como en el área manipulativa. Posee una limitada comprensión de las consignas sobre todo en la parte verbal.

En la escala de maduración social VINELAND

Obtiene un cociente social de 70 que pertenece a la categoría de Fronterizo así mismo.

En el área de maduración “Gian” presenta dificultades en todas las áreas sobre todo en el área **Socialización** donde el niño tiene poco contacto con otros familiares o niños de su edad, poco interés a relacionarse a mostrarse o iniciar juegos con otros niños.

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere IDEA

Obtiene un puntaje global de 27, obteniendo mayor puntaje en la dimensión de Simbolización, lo cual señala ninguna escala significativa para la presunción diagnóstica en T.E.A. Sin embargo, hay presencia de problemas específicos en las áreas de más puntaje.

Con respecto a los resultados del inventario del espectro autista aunque este inventario no define el diagnóstico TEA, el puntaje que obtuvo nos da a señalar que existe áreas de dificultad en el niño, aunque el puntaje obtenido no señale un perfil de TEA.

VII.-Conclusiones:

- Cociente Intelectual: No se pudo determinar un puntaje global. Área verbal: Rango Inferior, área manipulativa: Promedio Bajo y Velocidad de Procesamiento: Promedio.
- Cociente social 70 Fronterizo. Mayor dificultad en el área de Socialización.
- Diagnóstico de Autismo (diagnóstico anterior)

VIII.-Recomendaciones:

Se recomienda a los padres:

- Recibir información de una especialista de lenguaje, para mejorar las condiciones verbales y de comunicación.
- Modificación de conducta, para promover conductas adaptativas tanto en la casa y en el colegio.
- Solicitar reporte del avance académico del niño e identificar sus principales dificultades de aprendizaje y comunicación.

HISTORIA CLINICA CASO 3

I.-Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos: "J"
Edad: 4 años 8 meses
Sexo: Hombre
Lugar de Nacimiento: Ica
Fecha de Nacimiento: febrero del 2013
Domicilio: Marcona
Grado de Instrucción: Inicial 3 años
N° de hijos: 1/1
Nombre de la madre: N
Nombre del padre: L.
Informante: La madre
Fecha de evaluación: 09-2017

II.-Motivo de Consulta:

Madre indica que su niño fue diagnosticado con TEA antes de cumplir los 2 años.

III.-Historia Personal:

Anamnesis

La madre refiere que el niño fue deseado pues es su primer hijo, la madre afirma que quedó embarazada luego de dejar de usar ampollas anticonceptivas. Los controles médicos fueron inmediatamente al enterarse que estaba embarazada, al tener sobrepeso, sus controles fueron seguidos. El embarazo se realizó sin síntomas al inicio, aunque le aquejaba una infección urinaria, por eso la paso descansando ya que su embarazo se tornó de alto riesgo, al no acertar con el conteo de semanas exactas el embarazo es programado a manera de cálculo anticipándolo. Llegando al tiempo se le rompió la fuente y tuvieron que acudir a emergencia, al nacer él bebe peso 4 kilos 100 gramos, midió 51 cm. No lloró inmediatamente, lo hizo luego de unos segundos refiere la madre. Al nacer no hubo indicaciones de anormalidad o de algo que fuera de alarma para los padres.

La lactancia materna fue con ayuda de fórmulas pues la leche de pecho era escaso, luego a los 6 meses recién se regularizó la leche de pecho. La madre refiere que él bebe tenía apetito, también afirma que dentro de los 6 meses no veía ninguna anormalidad en su bebe. Con respecto a su motricidad, a partir de los 8 meses la madre afirma que no cumplía los items, como sentarse, o moverse, lo hacía pero se demoró, dice que a partir de los 10 meses recién se sentó. Con respecto a su lenguaje antes de cumplir los 12 meses logro emitir: agu, ma, pa (gorgojeos) pero después ya no. La madre relata que a partir de los 10 meses ella ya sospechaba que algo andaba mal, afirma que su niño tenía movimientos de tipo aleteo, movimientos estereotipados, como si se emocionara de algo y en las noches se reía sin ninguna razón. La madre buscó información en internet y es allí donde descubre que su niño podía ser autista, aunque deja esta información de lado. Le consulta a su esposo pero este lo ignora al no creer que sea algo para alarmarse, y no le creyó. Pregunta a algunos profesionales y no le dan razón aduciendo que el niño va a

cambiar, la madre veía raro estas conductas de su hijo, luego busca ayuda al seguro de salud (ESALUD), aunque la madre dice que en el seguro se demoraba mucho. Luego busca información dentro del distrito, mediante consulta psicológica donde le recomiendan hacer exámenes más exhaustivos (evaluaciones). La madre dice que gateo hasta los 12 meses pero demoro caminar a los 18 meses empezó a caminar con temor poco a poco. Recibió terapias de psicomotricidad de esta manera pudo caminar sin agarrarse al 1 año 8 meses.

Antes de cumplir los 2 años lo llevaron a Lima donde es evaluado, por diferentes áreas como: neuropediatría, psicología y psiquiatría, donde dan la presunción diagnóstica de Autismo, de grado moderado, donde le recomiendan seguir con una serie de terapias, sin embargo por falta de economía de los padres no le permitieron llevarlas en dicho lugar. Se le dio la información que necesitaba en cuanto a terapias. Para eso entonces no había lenguaje en el pequeño.

Al regresar a Marcona asiste a algunas terapias como de lenguaje y psicomotricidad, al principio tuvo un avance, sin embargo el niño no hablaba. La madre refiere que lo metió a una guardería para que se desenvuelva antes de cumplir 3 años, el niño se adapta a la cuna, sin embargo se mantiene aislado, sin relacionarse con los demás, se mantiene en la cuna unos meses.

A partir de los 3 años el niño inicia el año escolar (inicial) la madre busca un colegio y le recomiendan un colegio particular donde el niño ingresa e informa la condición de su hijo. La madre relata que al principio acompañaba a su niño pero que la profesora le dijo que podía ir menos horas al día, pero solo para que se independice y mejore. Sin embargo en esta etapa el niño aún no ha dejado el pañal, emite algunos sonidos y a penas, dice mamá o papá.

A los 4 años logro pedir pichi, la comunicación se incrementó, ya sigue órdenes sencillas, como ¡ponte las sandalias! Presta atención solo a las cosas que es importantes para él. Su atención es mínima o selectiva.

Evolución del niño

De 0 a 12 meses

Desarrollo psicomotor

Levantó su cabeza: aproximadamente a los 4 meses,

Se sentó: 10 meses.

Gateó: a los 12 meses

Desarrollo Social

Contacto visual con la madre: 2 meses aproximadamente

Reconoce el rostro de la mamá: 3 meses

Desarrollo de Lenguaje:

Sonidos guturales: a los 8 meses

Balbuceo con sílabas: a los 8 meses emitió ma, pa. agu

Emite sonidos silábicos: ma- ma pa-pa. Antes de los 12 meses.

Signos de Alarma:

- No gateó
- No responde a su nombre (parece que no escucha).
- No emite sonidos para llamar la atención.
- Movimientos estereotipados
- Risas sin razón
- Solo reconoce a nivel facial a sus papas.
- Poco contacto visual con sus papas y las personas cercanas.
- Poco interés con lo que le rodea.
- No se paraba.

De 12 meses a 24 meses

Desarrollo Psicomotor

Gateo: Continúo gateando después de los 12 meses.

Camino sin ayuda: 18 meses aproximadamente.

Come con ayuda.

Desarrollo Social

Reconoce a personas: 18 meses solo a sus cuidadores (mamá, papá, abuela)

Reconoce los espacios de su casa. 20 meses aproximadamente

Mínimo contacto con los demás niños (cuna)

Desarrollo de Lenguaje:

No emite palabras, solo balbuceos: ma, pa.

Signos de alarma:

- Habla nula.
- No reconoce o nombra objetos de uso habitual.
- No obedece órdenes simples.
- No atiende a su nombre.
- No toma parte en juegos con otros niños.

A los 2 años a 3 años

Desarrollo Psicomotor

Camina por lugares seguros.

Manipula crayolas (asistido por su profesora)

Desarrollo Social

Se mueve (camina) por los espacios habituales (casa)

Asiste a fiestas infantiles pero sin participar

Mínima relación con otros niños

Llora para demandar atención.

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de palabras aisladas: ma, pa

Entiende algunas órdenes como: toma, dame.

Signos de Alarma:

- Aun no deja los pañales
- No sigue órdenes de su mamá y de otras personas.
- No participa en actividades del colegio
- Uso de palabras aisladas de poca comprensión.
- Cambios de humor
- No produce el habla, ni expresión verbal.

3 años a 4 años

Desarrollo Psicomotor

- Come con ayuda de su mamá.
- Se quita la ropa asistido por su mamá.
- Intentos de dejar el pañal
- Usa crayola, plumón (con ayuda de la profesora)

Desarrollo Social

- Camina por su casa, escuela libremente
- Asiste a fiestas infantiles sin socializar con otros niños.
- Se relaciona con algunos niños de su colegio
- Llora para demandar atención.
- Identifica más lugares casa, colegio, otro.

Desarrollo de Lenguaje:

- Uso de palabras: mamá
- Presta atención: solo por breves momentos
- Entiende órdenes sencillas

Signos de Alarma:

- No habla, no hay expresión verbal.
- Parece no distinguir sabores
- Falta de interés por otros niños aun en el colegio.
- Aun no deja el pañal.

Escolaridad

Asistió por primera vez a cuna-guardería desde el año y media aproximadamente la madre quería que se relacionara. Actualmente está en un salón de 3 años en un colegio particular de pocos alumnos.

Personalidad

June se muestra tranquilo, no tiene lenguaje, sin embargo sigue órdenes simples, obedece a su mamá, su atención es selectiva, cuando se le presiona a hacer ejercicios se muestra quejumbroso y llora para no hacerlo.

Enfermedad

No tiene antecedentes de enfermedad, actualmente tiene una buena salud.

Hábitos

June es un niño que va al colegio todas las mañanas, su mamá lo alista, todas las mañanas lo lleva al colegio, luego suele permanecer en casa, los fines de semana los padres suelen pasear, salen a comer afuera o pasean en auto. En ocasiones suelen viajar fuera del distrito.

Historia Familiar

Relación con los Padres

El niño vive en casa con ambos padres. El padre es técnico trabaja como obrero en una empresa minera del distrito. La madre es ama de casa, trabaja en las mañanas luego se encarga del cuidado del niño íntegramente luego de recogerlo del colegio.

El padre es cariñoso con su hijo pero no le apoya con respecto a su tratamiento o las indicaciones de conducta que le han recomendado seguir, no hay apoyo del padre en esta área.

Estilo de Crianza Recibido

June ha vivido con ambos padres, desde que nació, es cuidado por ambos padres y también por su abuela materna quien ayuda en la crianza del niño. La madre tiene paciencia con su niño, el padre demuestra su cariño casi siempre, cuando el niño se altera o se muestra quejumbroso, los padres se muestran condescendientes hasta la actualidad aunque la madre sabe que eso debería cambiar para ayudar a su niño.

IV.-Técnicas empleadas o aplicadas

Observación

Características físicas: June es un niño de 4 años de contextura delgada de estatura acorde a su edad tiene tez media viste acorde a la estación y con adecuado aliño personal.

Comportamiento: June se muestra tranquilo, camina por momentos lento, su postura es normal, se sienta en el lugar que se asigna aunque por ratos se para, se le ordena que permanezca sentado, no tiene mucha expresión en su rostro, no tiene lenguaje, hay mínimo contacto visual hacia la examinadora.

Actitud: June se muestra tranquilo, su atención es selectiva, suele pararse para agarrar algo que le llama la atención, obedece a su mamá, sigue órdenes escasamente, cuando se le instiga se puede lograr su atención que solo son pocas veces.

Entrevista

Tipo de entrevista; semiestructurada, individual.

Datos relevantes de la entrevista: El niño se muestra tranquilo, sigue las órdenes de su madre de sentarse en la silla, sin embargo se mantiene entretenido con lo que se le dio, manipulándolo y jugando con el objeto. Posee atención selectiva, no tiene lenguaje salvo palabras como “ma”, o alguna sílaba o grito. Sigue órdenes sencillas, con ayuda de la madre, o con instigación de la evaluadora. A pesar que el niño no tiene lenguaje mantiene una ligera comunicación al tener lenguaje no verbal, al aceptar una orden o realizar el ejercicio (motricidad fina) mantiene contacto visual por poco tiempo. Logra avisar para ir al baño.

El niño casi no tiene relación con los demás familiares, solo con los tíos más cercanos, la falta de lenguaje limita las relaciones.

Test o Pruebas Psicológicas aplicados

Pruebas psicométricas

- Test de desarrollo psicomotor Tepsi
- Escala de Inteligencia de Wechler Wppsi-III
- Escala de madurez social de Vineland
- Inventario del Espectro Autista de A. Riviere (IDEA)

V.- Resultados:

En el test de desarrollo psicomotor TEPESI

Presenta puntajes distintos, en los subtests de Coordinación Lenguaje, Motricidad, no se pudo puntuar debido a que no respondió a los ítems.

Aunque no hubo aciertos, June manipula adecuadamente los cubos y el lápiz pudiendo en el futuro desarrollar el área manipulativa.

Escala de Inteligencia Weschler Wppsi III

No se pudieron interpretar los puntajes, no se obtuvo respuesta al indicar la consigna sin embargo “June” tuvo por ciertos momentos atención hacia la evaluadora.

En la escala de maduración social VINELAND

Obtiene un puntaje que pertenece a la categoría de Retardo Social Moderado. En el área de maduración “June” presenta dificultades serias en todas las áreas sobre todo en el área de **Comunicación** por su falta del lenguaje, no uso de frases, no relata anécdotas del colegio y el área de **Socialización** el niño tiene poco contacto con otros familiares o niños de su edad, poco interés a relacionarse a mostrarse o iniciar juegos con otros niños.

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere IDEA

Obtiene un puntaje general de 61, lo cual señala un autismo regresivo de nivel 2.

Posee dificultades marcadas en las dimensiones sociales, de comunicación y de simbolización.

VI.-Conclusiones:

- Cociente Intelectual: No se pudo determinar. Se observa habilidades manipulativas o ejecutivas y visuales.
- Cociente social Retraso moderado. Mayores dificultades área de Comunicación y área de Socialización.
- Desarrollo Psicomotor en retraso.
- Diagnóstico de Autismo (diagnostico anterior)

VII.-Recomendaciones:

Se recomienda a los padres:

- Recibir información de una terapeuta de lenguaje, para mejorar las condiciones verbales y de comunicación.
- Modificación de conducta, para promover conductas adaptativas tanto en la casa y en el colegio.
- Mejorar el desarrollo psicomotor.
- Solicitar reporte del avance académico del niño e identificar sus principales dificultades de aprendizaje y comunicación.
- Recibir orientación sobre el TEA y su intervención.
- Buscar un colegio que sea acorde a las necesidades del niño.

HISTORIA CLINICA CASO 4

I.-Datos de Filiación:

Nombres y Apellidos: "J"
Edad: 10 años 1 mes
Sexo: Hombre
Lugar de Nacimiento: Piura
Fecha de Nacimiento: octubre del 2007
Domicilio: Marcona
Grado de Instrucción: CEBE 3er grado
N° de hijos: 1/2
Nombre de la madre: V.
Nombre del padre: V.
Informante: La madre
Fecha de evaluación: 10/17

II.-Motivo de Consulta

Madre indica que su niño fue diagnosticado con TEA antes de cumplir los 2 años.

III.-Historia Personal

Anamnesis

La madre refiere que el niño fue deseado por la madre, pero no planificado por los padres, a partir de los 2 meses se inicia los controles médicos. El embarazo se realizó con ciertos síntomas que aquejaban a la madre, los primeros síntomas fueron vómitos, sueño y fatiga entre otros luego de los primeros meses sus controles lo hicieron por Essalud de la ciudad de Piura que fue el lugar que la madre regreso a dar a luz, luego se detectó una infección vaginal que le mantuvo al cuidado de su salud. La madre relata que cuando estaba embarazada estuvo separada de su pareja, que asumió el embarazo a solas por este motivo dijo sentirse deprimida, así como también relato haber perdido a perdido un ser querido, dice que recibió el apoyo de su madre, fue programado para que dé a luz mediante parte normal. Su peso fue de 3 kilos 600 gramos, midió 51 cm. No lloró inmediatamente, luego lloro poco y de ahí se mantuvo callado, también relata que aparentemente tuvo dificultad para salir (parto) porque tuvo moretones en la cabeza, pensó que se estaba pasando. Estuvo 2 días en la incubadora porque tenía coloración amarillenta (ictericia), y de ahí salió de alta. La madre relata que algo cambio en su estado de ánimo cuando vio a su bebe por primera vez dice que fue un sentimiento bonito.

La lactancia materna fue con ayuda de la leche de formula pues los primeros 4 días no tenia, luego se regularizo y fue mixta le daba leche de pecho y leche de fórmula, no se abastecía con la leche de pecho, él bebe demandaba más leche. Los primeros 4 meses utilizo más formula. A partir de los 3 meses él bebe es traído a la ciudad de Marcona. Con respecto a su motricidad, la madre refiere que si levantaba la cabeza se sentó aproximadamente a los 5 meses, no gateaba, empezó a pararse al año recién se agarraba. Con respecto a su lenguaje emitía algunos sonidos guturales a los 8 meses, según la madre dice que seguía sus controles adecuadamente. Pasando el año

recién empezó a dar sus pasos. La madre refiere que a partir del año y medio recién empezó a ver las primeras dificultades. También dice que ella misma no dejaba que se desarrollara y por ser su primer hijo lo sobreprotegía, reconociendo que hizo mal. Al 1 año y 8 meses es alarmada por un médico que le dijo que inicie evaluaciones exhaustivas en el niño por su lenguaje no adecuado. Los padres llevan a consulta psicológica y psiquiátrica, donde ambos médicos le dicen que el niño no tenía estimulación, y que era un niño sobreprotegido, que el niño socialice que vaya a un centro o guardería de estimulación y así lo hizo.

Ya a los 2 años el niño ingresa a un centro de estimulación, pasando unos meses la miss encargada le hace una observación a la madre, indicándole que el niño no desarrolla adecuadamente, le explica que tiene características de un niño autista y le alcanza una información escrita (folleto). La madre al principio no sabía de lo que le hablaba, que la profesora e estaba calumniando y en su desesperación boto el papel, era algo desconocido para ella, pensaba que era mentira, pensaba que estaba equivocada, sin embargo dice ella que sabía que su niño le pasaba algo.

Luego de unos meses y tratar de asimilar la noticia, la madre decide viajar a Lima a realizar evaluaciones en el hospital del Niño, donde el neuropediatra le da el primer diagnóstico, que el niño tenía Autismo, donde el médico le explica que podía ayudar a su hijo mediante terapias, pero que siempre iba a depender de los padres. También tiene un estudio genético, donde le confirmaron que no es un problema de mal formación genética si no del propio desarrollo neurológico del niño según señalo el médico. Su diagnóstico en ese momento fue autismo infantil, así como también le explicaron que era un niño de grado moderado al no necesitar medicación. Recibió terapias de lenguaje, ocupacional, física, entre otros. La madre se quedó un año en Lima para realizar las terapias, aunque fue difícil relata la madre que se sentía deprimida, muerta en vida, a la vez decide aprender las terapias, informarse pero le costaba mucho dice la madre.

El niño ingreso a un colegio especial (CEBE) donde el entorno le ayudo mucho a tratar de asimilar la condición de su niño la madre decide regresar a la ciudad de Marcona a pesar que en Lima le iba bien, para que estén juntos y también para el apoyo de ambos padres. A los 4 años regresa el niño a la ciudad de Marcona donde por recomendación de la psicóloga de Lima, se decidió ponerlo en un colegio particular, donde asistió desde los 4 años hasta los 6 años (1er grado), la madre dice que le enseñaban lo mínimo y su avance fue poco a falta de preparación de la Miss, los niños se mostraban cariñosos con el niño y lo apoyaban en cuanto el trato. Sin embargo para el segundo grado la madre lo pone en un colegio estatal donde recibe ayuda de la miss del aula, quien se mostró colaboradora y deja que la madre lo lleve a su hijo y permite quedarse en el aula con el niño para que se pueda adaptar. Este año le fue bien al niño porque pudo adaptarse e integrarse dentro del aula. Sin embargo solo pudo estar un año, luego la madre decide cambiar a un colegio especial, (CEBE) en el distrito de Marcona. Con respecto al nacimiento de su hermano, la madre relata que le choco, el niño no entraba al cuarto donde estaba el bebé recién nacido con la madre. Tenía rechazo hacia él bebé, era notorio. Poco a poco se acercó a su mamá y al bebé como antes lo hacía. Poco a poco se mostró pegado a su hermano, ahora hay una adecuada interacción entre ellos dice la madre.

Evolución del niño

De 0 a 12 meses

Desarrollo psicomotor

Levantó su cabeza: aproximadamente a los 3 meses,

Se sentó: 5 meses.

Se paró a los 12 meses

Desarrollo Social

Contacto visual con la madre: 2 meses aproximadamente

Reconoce el rostro de la mamá: 3 meses

Desarrollo de Lenguaje:

Sonidos guturales: a los 8 meses

Balbuceo con silabas: a los 8 meses emitió ma, pa. agu

Signos de Alarma:

-No gateó

-No responde a su nombre (parece que no escucha).

-No emite sonidos para llamar la atención.

-Solo reconoce a nivel facial a sus papas.

-Poco contacto visual con sus papas y las personas cercanas.

De 12 meses a 24 meses

Desarrollo Psicomotor

Camino sin ayuda: 18 meses aproximadamente.

Come con ayuda.

Desarrollo Social

Reconoce a personas: 18 meses solo a sus cuidadores (mamá, papá, abuela)

Reconoce los espacios de su casa. 20 meses aproximadamente

Desarrollo de Lenguaje:

No emite palabras, solo balbuceos: ma, pa.

Signos de alarma:

-Habla nula.

-No reconoce o nombra objetos de uso habitual.

-No obedece órdenes simples.

-No atiende a su nombre.

-No toma parte en juegos con otros niños.

-Movimientos inusuales motores

A los 2 años a 3 años

Desarrollo Psicomotor

Camina por lugares seguros.

Manipula crayolas (asistido por su profesora)

Desarrollo Social

Llora para demandar atención

Se mueve (camina) por los espacios habituales (casa)

Mínima relación con otros niños

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de palabras aisladas: ma, pa

Entiende algunas órdenes como: toma, dame.

Signos de Alarma:

- Aun no deja los pañales, no pide ir al baño
- No sigue órdenes de su mamá y de otras personas.
- No participa en actividades del colegio
- Uso de palabras aisladas de poca comprensión.
- No produce el habla, ni expresión verbal.
- Movimientos estereotipados de las manos.
- Produce algunos sonidos cuando se emociona.

3 años a 4 años

Desarrollo Psicomotor

Come con ayuda de su mamá.

Se quita la ropa asistido por su mamá.

Se le entrena para pedir pichi

Usa crayola, plumón (con ayuda de la profesora)

Desarrollo Social

Camina por su casa, escuela libremente

Asiste a fiestas infantiles sin socializar con otros niños.

Se relaciona con algunos niños de su colegio

Llora para demandar atención.

Identifica más lugares casa, colegio, otro.

Desarrollo de Lenguaje:

Uso de palabras: mamá, papá

Presta atención: solo por breves momentos

Entiende órdenes sencillas

Signos de Alarma:

- No habla, no hay expresión verbal.
- Parece no distinguir sabores
- Falta de interés por otros niños aun en el colegio.
- Aun no deja el pañal por completo.
- Los movimientos estereotipados aparecen con frecuencia.

Escolaridad

Asistió por primera vez a cuna-guardería desde los 2 años aproximadamente donde estuvo 6 meses aproximadamente. Luego lo llevaron a Lima para que inicie la escolaridad donde estuvo un año en el colegio especial (CEBE). Luego ingresa a un colegio particular a los 4 años aproximadamente en la ciudad de Marcona. A partir de 2do. grado lo cambia a un colegio estatal, quien sigue solo un año. Actualmente estudia en 3er. Grado en un colegio CEBE en la ciudad de Marcona.

Personalidad

Jesús se muestra alegre, habla poco trata de decir palabras que se le dice constantemente se muestra obstinado cuando desea algo, atiende las cosas que le agradan, impone su voluntad ante los padres y personas cercanas a él.

Enfermedad

No tiene antecedentes de enfermedad, actualmente tiene una buena salud.

Hábitos

Jesús es un niño que va al colegio todas las mañanas, su madre lo alista, se encarga de él todas las mañanas lo lleva al colegio, luego suele permanecer en casa, tiene sus propios juegos en la computadora y algunos ejercicios que la mamá le deja.

Historia Familiar

Relación con los Padres

El niño vive en casa con ambos padres junto con su hermano menor de 2 años. El padre tiene 43 años trabaja como personal de serenazgo, la madre es ama de casa. La madre refiere que ella permanece más tiempo con el niño es quien tiene la autoridad, en casa dice que ella parece la mala de la casa porque es quien lo corrige y quien le da todas las indicaciones. El papá es pegado a sus hijos pero más con Jesús. En ocasiones cuando el niño se porta mal le han dado un par de correazos dice la madre luego trata de explicarle pero dice que si le ha pegado y de ahí le habla. Ahora que está el hermano menor trata de inculcar que sean unidos o que el niño se muestre más pegado a su hermano menor.

Estilo de Crianza Recibido

Jesús ha vivido con ambos padres, desde los primeros meses de vida excepto el tiempo que estuvo en Lima (un año aproximadamente). La madre refiere que al principio sobreprotegía a su niño, antes solo quería cuidar a su niño, que no le pasara nada incluso no quería que se ensucie o que gateara, pero eso cambio poco a poco al asimilar la condición de su niño (autismo). Desde hace unos años ya lo deja hacer algunas cosas como cambiarse solo, atenderse, dejar que traiga algunos objetos. También dice que cuida su alimentación como el consumo de gluten, según la recomendación de una nutricionista. Su papá se muestra amoroso sin embargo mantiene una pasividad con el tema del tratamiento de su hijo.

IV.-Técnicas empleadas o aplicadas

Observación

Características físicas: Jesús es un niño de 10 años de contextura delgada de estatura acorde a su edad tiene tez media viste acorde a la estación y con adecuado aliño personal.

Comportamiento: Jesús se muestra inquieto, camina por momentos lento, su postura lánguida, se sienta en el lugar que se asigna aunque por ratos se para, se le ordena que permanezca sentado, no tiene mucha expresión en su rostro, suele repetir lo que se le dice, suele oponerse cuando se le da una orden que no quiere cumplir, hay contacto visual por momentos hacia la examinadora. Suele hablar sin sentido con palabras que no se entiende. Cuando siente confianza suele estar calmado.

Actitud: Jesús se muestra inquieto, suele pararse para agarrar algo que le llamo la atención, si no le dan se inquieta cuando se insiste logra obedecer, colabora en algunas de las consignas, cuando se le hace una pregunta que no quiere responder se ofusca y cambia de humor.

Entrevista

Tipo de entrevista; semiestructurada, individual.

Datos relevantes de la entrevista:

El niño se muestra tranquilo, saluda cuando se le da la indicación, no se encuentra orientado en tiempo y espacio hay que decirle el día en que esta, sigue órdenes sencillas, se llega a concentrar por breves momentos, no tiene mucha expresión en el rostro, tiene dificultad en su lenguaje es escaso, suele expresarse con frases simples. En cuanto al contenido de su lenguaje sigue patrones de cortesía como saludos y despedidas también contesta preguntas básicas como nombre propio o el de los padres pero no responde a otras preguntas acerca de cómo le fue el día, tampoco no relata anécdotas del colegio. Ni posee lenguaje expresivo.

Test o Pruebas Psicológicas aplicados

Pruebas psicométricas

Escala de Inteligencia de Wechler Wppsi-III

Escala de madurez social de Vineland

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere (IDEA)

V.- Resultados:

.

Escala de Inteligencia Weschler Wppsi III

No se pudieron interpretar los puntajes, no se obtuvo respuesta al indicar la consigna sin embargo “Jesus” entiende ordenes pero no logra responder a las preguntas, sus habilidades se inclinan por la parte visual.

En la escala de maduración social VINELAND

Obtiene un puntaje que pertenece a la categoría de Retardo Social Leve. En el área de maduración “Jesús” presenta dificultades serias en todas las áreas sobre todo en el área de **Comunicación** por lenguaje escaso, no uso de frases, no relata anécdotas del colegio

y el área de **Socialización** el niño tiene poco contacto con otros familiares o niños de su edad, poco interés a relacionarse a mostrarse o iniciar juegos con otros niños.

Inventario del Espectro Autista de A. Riviere IDEA

Obtiene un puntaje general de 58, lo cual señala un autismo regresivo de nivel 2.

Posee dificultades marcadas en las dimensiones sociales, de comunicación y de simbolización.

VI.-Conclusiones:


- Cociente Intelectual: No se pudo determinar. Se observa habilidades manipulativas o ejecutivas.
- Cociente social Retraso leve. Mayores dificultades área de Comunicación y área de Socialización.
- Diagnóstico de Autismo (diagnostico anterior)

VII.-Recomendaciones:

Se recomienda a los padres:

- Continuar con las terapias de Lenguaje, para mejorar las condiciones verbales y de comunicación.
- Modificación de conducta, para promover conductas adaptativas tanto en la casa y en el colegio.
- Recibir orientación sobre el TEA y su intervención.

ANEXO 4: Pruebas aplicadas



**ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA
PARA LOS NIVELES PREESCOLAR
Y PRIMARIO-III**

Nombre del niño _____ Sexo _____
 Examinador _____

Cálculo de la edad del niño

	Año	Mes	Día
Fecha de la evaluación			
Fecha de nacimiento			
Edad a la evaluación			


Conversión de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuación escalar				
		1	2	3	4	5
Diseño con cubos						
Información						
Matrices						
Vocabulario						
Conceptos con dibujos						
(Búsqueda de símbolos)						()
Pistas						
Claves						
(Comprensión)			()			()
(Figuras incompletas)			()			()
(Semajanzas)			()			()
(Vocabulario receptivo)						
(Rompecabezas)			()			()
(Denominaciones)						
Suma de puntuaciones escalares						

QI Verbal
QI Ejecución
Velocidad de procesamiento
QI Total
Language

Conversión de la suma de puntuaciones escalares a puntuaciones compuestas

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Puntuación compuesta	Rango percentil	% Intervalo de confianza
QI Verbal		CIV		
QI Ejecución		CIE		
Velocidad de procesamiento		CVP		
QI Total		CIT		
Lenguaje		CGL		



Manual Moderno®
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Juárez 206, Col. Hipólito B. de O. México D.F.
 Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 38

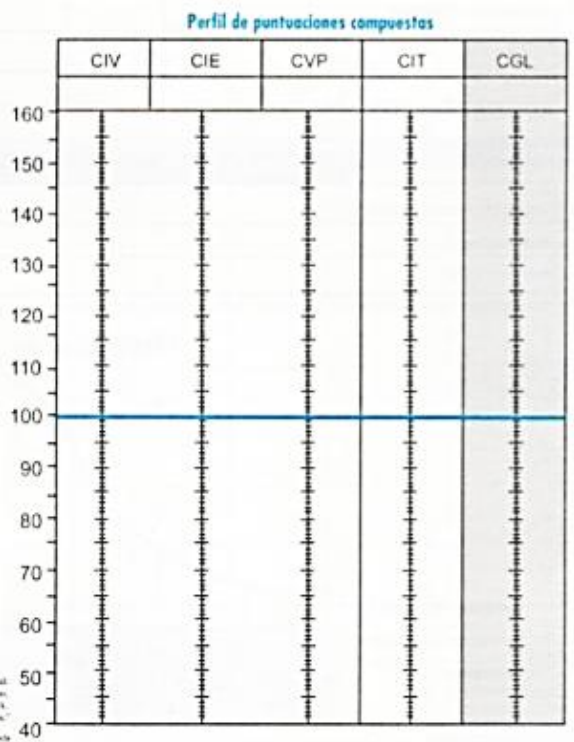
Copyright © 2002 by Harcourt Assessment, Inc. All rights reserved.
 Traducción y adaptación con permiso. Copyright © 2002 por WPS, Pearson, Inc., U.S.A. Traducción al español © 2011 por M3 Pearson, Inc., U.S.A.
 Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación de información, o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, o de cualquier otro modo, sin el permiso previo por escrito de la Editorial.

PROTOCOLO DE REGISTRO EIDADES 4:0-7:3

Perfil de puntuaciones escalares por subprueba

	QI Verbal					QI Ejecución					Velocidad de procesamiento		Lenguaje	
	IN	VB	PS	CM	SE	DC	MT	CD	FI	RC	BS	CL	VR	DN
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1



Nota: Este cuadernillo está impreso en papel NO LO ACEPTE si no cumple con los requisitos.

INVENTARIO DEL ESPECTRO AUTISTA (IDEA) DE A.RIVIERE

La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones de cada escala proporciona una valoración del nivel de trastorno en dicha escala.

De este modo, el inventario I.D.E.A. proporciona:

Una puntuación global de nivel de espectro autista (de 0 a 96).

Cuatro puntuaciones en las cuatro Escalas de:

- ✓ Trastorno del desarrollo social.
- ✓ Trastorno de la comunicación y el lenguaje.
- ✓ Trastorno de la anticipación y flexibilidad.
- ✓ Trastorno de la simbolización.

Estas puntuaciones varían de 0 a 24 puntos cada una, puesto que cada una de ellas están definidas por la suma de las tres dimensiones de cada escala. 12 puntuaciones (que varían de 0 a 8 cada una) que corresponden a las dimensiones evaluadas.

El cuadro siguiente puede emplearse para sintetizar las puntuaciones de la persona evaluada:

Dimensiones	Escala	Puntuación
Dimensión social		1+2+3
1.-Trastorno de la relación social		
2.-Trastorno de la referencia conjunta		
3.-Trastorno intersubjetivo y mentalista		
Dimensión de la comunicación y el lenguaje		4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas		
5.-Trastorno del lenguaje expresivo		
6.-Trastorno del lenguaje receptivo		
Dimensión de la anticipación/flexibilidad		7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación		
8.-Trastorno de la flexibilidad		
9.-Trastorno del sentido de la actividad		
Dimensión de la simbolización		10+11+12
10.-Trastorno de la ficción		
11.-Trastorno de la imitación		
12.-Trastorno de la suspensión		
Puntuación total en el espectro autista		

ESCALA DE LA MADUREZ SOCIAL DE VINELAND (E. DOLI)

AUTO-AYUDA GENERAL (A.A.G.)

Preguntas detalladas

Nº Item

2. Sostiene la Cabeza

Sostiene la cabeza voluntariamente (sin ayuda) con el tronco erecto por un período definido (alrededor de un minuto). Lo más importante es que no necesita ayuda.

3. Coge objetos que están a su alcance

Espontáneamente empuja, recoge o toma objetos que están al alcance de sus brazos y los retiene por pocos segundos.

5. Se da vueltas sobre si mismo

Acostado en posición prona, se da vuelta hasta quedar de espaldas o viceversa, sin ayuda.

6. Alcanza objetos cercanos

Trata de obtener objetos que están cerca, pero fuera del alcance de sus brazos, y que por su forma o color atraen al niño.

8. Se sienta sin apoyo

Se sienta derecho en una superficie plana, sin ayuda de soportes por un período definido (alrededor de un minuto). Se balancea quizás en forma irregular, pero la posición derecha se mantiene.

9. Se yergue

Se pone de pie sosteniéndose hacia arriba. Se mantiene por un minuto o más.

13. Coge con el pulgar y otro dedo

Coge con el pulgar y otro dedo al tomar objetos pequeños. Los objetos no se le deben pasar deben estar al alcance del niño.

15. Se para solo

Se para solo en una superficie plana, sin sostenerse de una persona u objeto, por período definido (alrededor de un minuto). Se puede balancear un poco y puede que se ayude con movimientos de los pies, pero mantiene esta posición erecta por lo menos un minuto.

23. Supera pequeños obstáculos.

Abre o cierra puertas: se sube a las sillas y las usa para alcanzar lo que desea; usa el bastón como implemento, quita pequeños obstáculos; usa el canasto o un receptáculo para llevar cosas o trasladarlas.