

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del Trastorno del espectro

Autista (TEA): Caso único, paciente de 4 años

Estudiante

Angie Patricia Jiménez Mosquera

Tutora: Ana Mercedes Bello Villanueva, Ph.D

Maestría En Psicología Profundización Clínica

Universidad Del Norte

Barranquilla

Julio 2017

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Introducción | 5 |
| 1. Justificación | 8 |
| 2. Área problema | 11 |
| 3. Objetivos | 13 |
| 3.1 Objetivo General | 13 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 13 |
| 4. Historia clínica del paciente | 15 |
| 4.1 Identificación del paciente | 15 |
| 4.2 Motivo de consulta | 15 |
| 4.3 Descripción sintomática | 15 |
| 4.4 Historia del problema Actual | 16 |
| 4.5 Historia personal | 17 |
| 4.6 Historia familiar | 18 |
| 4.7 Historia Socio-Afectiva | 19 |
| 4.8 Historia Académica | 19 |
| 4.9 Proceso de evaluación | 19 |
| 4.10 Resumen y evaluación de resultados | 20 |
| 4.11 Conceptualización diagnóstica | 25 |
| 4.11.1 Conceptualización cognitiva | 25 |
| 4.11.2 Categorización diagnóstica | 26 |
| 4.12 Formulación Clínica | 26 |
| 4.13 Plan de intervención | 28 |
| 4.14 Descripción detallada de las sesiones | 29 |
| 4.14.1 Aparte de las sesiones | 31 |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | |
|--|-----|
| 5. Marco conceptual de referencia | 44 |
| 5.1 Antecedentes históricos y teóricos del concepto Autismo | 44 |
| 5.1.1 Concepto | 45 |
| 5.2 Etiología | 46 |
| 5.2.1 Etiología y Teorías explicativas | 48 |
| 5.3 Características que presentan los niños y niñas con trastorno del espectro autista | 50 |
| 5.4 Evaluación | 54 |
| 5.4.1 Metodología de Evaluación | 55 |
| 5.5 Criterios diagnósticos | 60 |
| 5.6 Intervención para el trastorno del espectro autista | 64 |
| 5.6.1 Intervenciones psicodinámicas | 64 |
| 5.6.2 Intervenciones biomédicas | 65 |
| 5.6.3 Intervenciones psicoeducativas | 66 |
| 5.7 Relación vincular y autismo | 69 |
| 5.8 Detección Temprana del TEA | 70 |
| 6. Análisis del caso | 77 |
| 7. Conclusiones y Discusión | 83 |
| 8. Bibliografía | 92 |
| 9. Anexos: | 97 |
| Anexo 1. Tarjeta de informe diario para la conducta escolar | 97 |
| Anexo 2. Escala de evaluación del autismo infantil CARS | 98 |
| Anexo 3. PCRI | 109 |
| Anexo 4. Cuestionario de evaluación emocional | 112 |
| Anexo 5. CBCL | 126 |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | |
|---|-----|
| Anexo 6. Escala de valoración cualitativa del desarrollo | 129 |
| Anexo 7. Carta de consentimiento del sujeto participante en la investigación. | 130 |

Introducción

La Liga Colombiana de Autismo en el 2012 estima que en Colombia 1 de cada 110 niños presenta autismo, de acuerdo con los referentes internacionales, sin embargo, afirman que se adelanta desde el Ministerio de Salud un censo para establecer exactamente el número de colombianos presentan esta condición, pues no se cuenta con información de reportes oficiales que indiquen su prevalencia.

Según el DSMV (2014) la prevalencia para el trastorno del espectro autista en Estados Unidos y otros países ha llegado a cerca del 1% de la población, con estimaciones parecidas en las muestras infantiles y de adultos.

Este es un Estudio de Caso Único de un niño de 4 años diagnosticado según los criterios del DSM-V con 299.00 (F84.0) Trastorno del espectro autista (TEA), caracterizado por su inicio en la infancia y que engloba dificultades relacionadas con déficit en la comunicación, dificultades para integrarse socialmente, una exagerada dependencia a las rutinas y hábitos cotidianos, y una alta intolerancia a cualquier cambio o a la frustración.

La unidad de análisis para este estudio, hace énfasis en la evaluación tomando en cuenta importancia que tiene la influencia de la detección temprana en el pronóstico favorable de los trastornos del espectro autista, lo que posibilitará la identificación temprana de los síntomas con miras a una evaluación adecuada y una intervención eficiente.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

El propósito de esta investigación consiste en Determinar la influencia de la detección temprana de un TEA y su impacto en el pronóstico favorable para un paciente de 4 años mediante el análisis teórico y la evaluación de resultados obtenidos en el abordaje clínico previniendo el deterioro de su funcionalidad.

Al respecto, Kanner, L. (1943) menciona que aunque los síntomas del autismo estaban presentes desde el inicio de la vida, el cuadro en sí podría reflejarse en los años posteriores; en apoyo a esto el DSMV describe que los síntomas del TEA aparecen alrededor de los 18 meses o antes y que la edad promedio para el diagnóstico es aproximadamente a los 30 meses, sin embargo hay autores que señalan que incluso antes de los 18 meses ya se evidencian ausencia de conductas de desarrollo en niños que luego serán diagnosticados con TEA; a propósito de esto y pensando entonces que el TEA es una alteración que muestra sus primeras manifestaciones cerca de los 18 meses exige a los profesionales a la necesidad de realizar una detección cada vez más temprana que posibilite la intervención eficiente. Con base a lo anterior la detección y atención temprana ayudará a favorecer el pronóstico y el curso desarrollo infantil.

De esta manera, se evidenciará la necesidad de implementar desde el enfoque Cognitivo Conductual un proceso de evaluación e intervención, que contribuya al establecimiento de estrategias que vayan enfocadas hacia aspectos que permitan el mejoramiento continuo y permanente de casos que se presenten posteriormente de Trastornos del espectro autista, en este caso de presentación leve.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

El presente estudio de caso describirá los objetivos específicos, análisis del caso clínico, marco teórico finalizando con la discusión y conclusión del proceso de investigación de caso clínico.

Sumado a esto, resumirá la historia clínica del paciente, un niño de 4 años diagnosticado con TEA, posteriormente se realiza una investigación sobre temas referentes al TEA, como: Antecedentes, concepto, características, evaluación e intervención, importancia de la relación vincular; Teniendo en cuenta la investigación y el estudio de caso se realiza un análisis e interpretación del caso y para finalizar se presenta la discusión y conclusiones.

1. Justificación

La organización Mundial de la Salud OMS (2016) calcula que 1 de cada 160 niños en el mundo tiene autismo, sin embargo la prevalencia de TEA en muchos países de ingresos bajos y medios es desconocida.

En lo que se refiere a Colombia no existen cifras estadísticas exactas, sin embargo se estima que la prevalencia de los trastornos del espectro autista de acuerdo con la liga colombiana de autismo (2012) en nuestro país es 1 de cada 110 niños; en consecuencia, se evidencia la necesidad de explorar estrategias que favorezcan el abordaje adecuado por parte de quienes les compete el manejo del trastorno en la actualidad. Por esta razón, se hace necesario describir a partir de un caso con evidencias clínicas las estrategias de intervención cognitivo conductual para un trastorno del espectro autista.

Es importante considerar que, el trastorno del espectro autista (TEA) forma parte de los trastornos neuropsiquiátricos catalogados como “trastornos generalizados del desarrollo” según la clasificación diagnóstica del DSM-IV-TR, los cuales pueden detectarse a edades muy tempranas (por definición, el trastorno autista es de inicio anterior a los 3 años de edad), (López, Valdés, 2002). En el DSM-V aparecen en la clasificación de los trastornos del neurodesarrollo y se caracterizan por la presentación de déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social a través de múltiples contextos (criterio A de diagnóstico) y los patrones de conducta, intereses o actividades, restringidos, repetitivos (criterio B). En ambos criterios los síntomas se deben registrar actualmente o por la historia de la persona, ejemplificando a modo ilustrativo.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Acorde a lo anterior, todos los niños en sus primeros años de vida requieren una valoración del desarrollo que permita la detección de factores de riesgo para padecer alteraciones del neurodesarrollo, a partir de los cuales pueden derivarse procesos de evaluación y tratamientos específicos, López, E. (2017).

En efecto, el estudio de caso único de intervención terapéutica, permite validar las técnicas cognitivas conductuales, con el propósito de garantizar la eficacia que su uso pueda tener en un caso de trastorno del espectro autista, detección e intervención temprana a modo preventivo del pronóstico de los TEA.

Además, el estudio de caso ha sido parte de la historia de la psicología clínica, para Kazdin (1980) este tiene como valores principales: ser una fuente de ideas e hipótesis sobre el desarrollo y ejecución de la conducta humana; ser una fuente para el desarrollo de las técnicas de intervención y de aplicaciones de técnicas únicas; posibilita estudiar fenómenos extraños o poco frecuentes; proporcionar evidencia en contra de nociones que se consideran ser universalmente aplicables; y, su valor persuasivo y motivacional para hacer inferencias y mantener un particular punto de vista sobre el trastorno clínico.

En definitiva, los resultados de este estudio de caso generan grandes aportes al campo académico y científico que tendrán utilidad a los clínicos que necesiten valerse de estrategias efectivas en la intervención del TEA de forma articulada.

Así mismo, proporcionará apoyo a nivel educativo pues brindará un marco de estrategias que favorezcan el abordaje adecuado en el aula de clase de los pacientes con trastorno del espectro autista.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Al igual, proveerá a los padres de familia el apoyo conceptual que permita valerse de estrategias para el manejo adecuado de las personas con TEA y la comprensión e integración de la familia, lo que contribuirá también la disminución en la sintomatología y por ende el acoplamiento en sus diferentes contextos.

2. Área problema

Actualmente se cuenta con diferentes programas y estrategias encaminadas al tratamiento de los trastornos mentales, que pretenden contribuir a la disminución y eliminación de la sintomatología, lo que favorezca la calidad de vida de la persona que los padece y de sus familias. Sin embargo, se hace necesario describir estrategias que sean efectivas para la población infantil, una intervención temprana y preventiva acorde a las necesidades propias de la edad cronológica.

Los 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.

La evidencia científica disponible indica la existencia de múltiples factores, entre ellos los genéticos y ambientales, que hacen más probable que un niño pueda padecer un TEA. (OMS, 2016)

Como lo indica su prevalencia en otro de los estudios uno de cada 160 niños tiene un trastorno del espectro autista (TEA). Los TEA aparecen en la infancia y tienden a persistir hasta la adolescencia y la edad adulta; en la mayoría de los casos se manifiestan en los primeros cinco años de vida. Existen algunas personas que pueden vivir independientemente y ser productivos, sin embargo, hay otras discapacidades graves que necesitan constante acompañamiento u apoyo.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos 50 años, la prevalencia mundial de estos trastornos parece estar aumentando. Hay muchas explicaciones posibles para este aparente incremento de la prevalencia, entre ellas una mayor concienciación, la ampliación de los criterios diagnósticos, mejores herramientas diagnósticas y mejor comunicación.

En este orden las intervenciones psicosociales basadas en la evidencia, como la terapia conductual, pueden reducir las dificultades de comunicación y comportamiento social, y tener un impacto positivo en el bienestar y la calidad de vida, estrategias proyectadas a los entornos físicos, sociales y personales.

Los TEA pueden presentar a menudo afecciones comórbidas, como epilepsia, depresión, ansiedad y trastorno de déficit de atención e hiperactividad; para lo que será importante la intervención temprana que reduzca la posibilidad de pronóstico o comorbilidad con otros trastornos, optimizando el desarrollo y bienestar que favorezca a la calidad de vida.

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Determinar la influencia de la detección temprana de un TEA y su impacto en el pronóstico favorable para un paciente de 4 años mediante el análisis teórico y la evaluación de resultados obtenidos en el abordaje clínico previniendo el deterioro de su funcionalidad

3.2 Objetivos Específicos

Describir la relación vincular y el impacto en la detección temprana y el pronóstico del TEA, a través del análisis y conceptualización del caso para favorecer el diseño de estrategias de intervención en dicha entidad clínica o espectro.

Describir la intervención cognitivo conductual para el trastorno del espectro autista, paciente de 4 años, mediante la relación de las técnicas y estrategias que contribuyan a la prevención de un pronóstico desfavorable

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Analizar la efectividad de las estrategias y técnicas de intervención cognitivo conductual en la detección temprana del TEA, a través de la revisión teórica y la evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso contribuyendo a la implementación de estrategias y/o técnicas en futuras intervenciones

4. Historia clínica del paciente

4.1 Identificación del paciente

El paciente es un niño de 4 años, estudiante de pre jardín, convive con padre, madre y un hermano de 19 años.

4.2 Motivo de consulta

Madre: “el niño es muy nervioso, inseguro, se demora para expresarse” “Yo he notado desde el primer año de edad que el desarrollo era diferente al de su hermano mayor, pero he considerado que hace parte de su forma de ser”.

El niño viene remitido por la docente del jardín porque ha notado ciertos comportamientos, que dice ella son diferente en comparación con los otros niños de su misma edad.

Paciente: “No reporta”

4.3 Descripción sintomática

De acuerdo a lo reportado por la madre del paciente en apoyo a algunas estrategias de evaluación implementadas, se evidencia presencia de síntomas como:

Interacción social deficiente, el niño poco comparte con pares prefiere realizar juegos repetitivos/estereotipado y organización rutinaria.

Dificultad para expresarse y comunicarse, para solicitar ayuda señala objetos sin lograr emitir la conducta verbal, repite instrucciones verbales antes de emitir la acción de forma demorada y en la expresión emocional en cuanto a la capacidad de mostrar empatía.

Incapacidad de auto reconocimiento, se autodenomina por su propio nombre en lugar de hacerlo en primera persona (yo, mí)

Por otra parte, de acuerdo a lo reportado por la docente el niño tiene dificultades en la motricidad fina, presenta patrones estereotipados de conducta (gira alrededor del salón, realiza los mismos juegos).

En sesión de entrevista inicial, se logra identificar molestia antes los cambios de lugar o de actividad, juegos rutinarios, aislamiento, demorada reacción cuando se le llama por el nombre y evita el contacto visual.

4.4 Historia del problema Actual

CA es remitido por la docente de aula quien refiere dificultades en su desarrollo, se distrae con facilidad, se le dificulta realizar trabajos que requieran de motricidad fina, repite instrucciones verbalmente antes de ejecutar la acción, corre en círculos dentro del salón de clases, cambia de humor sin motivo aparente y hay poca interacción con pares.

La madre del paciente refiere que además de esto el niño es nervioso, se le dificulta expresarse verbalmente, le molestan los cambios de rutina, presta especial atención a las texturas y olores particulares, no mantiene contacto visual, en ocasiones realiza

conductas repetitivas. Estas conductas empiezan a ser evidentes al ingreso escolar, 3 años de edad.

CA fue valorado por neuropediatría y se encuentra en valoración con fonoaudiología.

4.5 Historia personal

El embarazo de CA fue de alto riesgo por desprendimiento debido a una situación estresante que fue la pérdida del padre de la gestante, lo que significó para ella el momento más difícil de su vida, expresa haberse sentido nerviosa después de este episodio, con llanto constante, no lograba conciliar el sueño y ostentaba sentimientos de culpa por no haber asistido al funeral de su padre por el riesgo del embarazo.

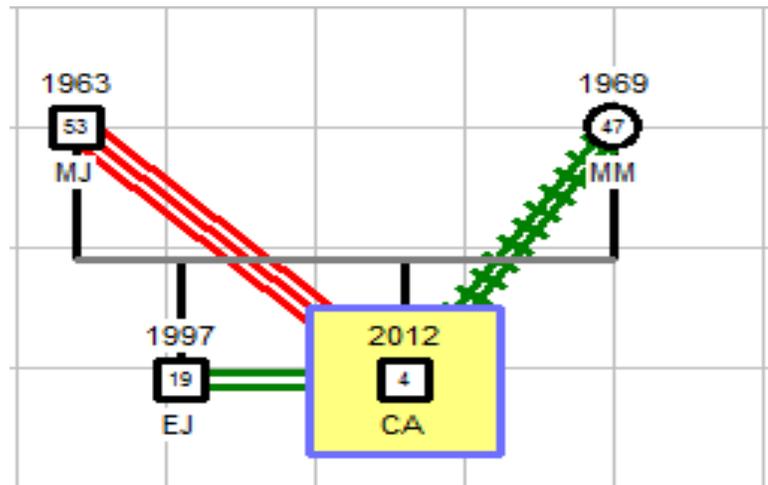
CA nace a las 37 semanas por cesárea, inició el desarrollo motor al año y dos meses aproximadamente, la expresión del lenguaje inició al año de edad sin embargo siempre ha presentado dificultades para expresarse; a los tres años inicia el control de esfínteres que actualmente se mantiene.

CA inicia la escolaridad a los 2 años de edad en busca de favorecer la interacción y la expresión del lenguaje, actualmente tiene 4 años de edad, se encuentra cursando pre jardín, su docente y su madre lo describen como un niño muy cariñoso que logra objetivos de avance académicos en la medida en que se le dedique el tiempo necesario pues posee un ritmo de aprendizaje diferente.

4.6 Historia familiar

El paciente es el hijo menor de una familia nuclear compuesta por padre de 53 años madre de 46 años y hermano de 19 años de edad, es una familia caracterizada por la unión, el respeto y el diálogo. Conviven hace veinte años en casa de un amigo que les provee el empleo.

El estilo parental de los padres está caracterizado por la permisividad, es la madre quien en ocasiones corrige al niño o lo motiva a que realice diferentes actividades de forma independiente.



Convenciones

- Fusionado(a)
- Amistad/cercana
- Buenos amigos/muy cercana

Grafico 1. Genograma

4.7 Historia Socio-Afectiva

CA es un niño con adecuadas relaciones afectivas, sus padres lo describen como un niño tierno y cariñoso, se lleva bien con la mayoría de las personas, sin embargo refieren que en sus relaciones con pares es distante y egocéntrico con sus objetos o juegos.

4.8 Historia Académica

Actualmente CA, acude a un centro de desarrollo infantil en el curso prejardín, presenta dificultades en cuanto a los procesos de enseñanza, como lo reporta la docente más específicamente en la motricidad fina y ejecución de tareas, tiene un excelente comportamiento caracterizado por la extrema pasividad.

4.9 Proceso de evaluación

| Áreas evaluadas | Instrumentos utilizados |
|-----------------------|---|
| Afectiva | ✓ Entrevista |
| Conductual | ✓ Observación directa (Consultorio) |
| Relacional | ✓ Registro diario de la conducta escolar |
| | ✓ Escala de evaluación del autismo infantil CARS |
| | ✓ PCRI |
| | ✓ Cuestionario de evaluación emocional |
| | ✓ CBCL |
| | ✓ Escala de valoración cualitativa del desarrollo |
| Interconsultas | ✓ Neuropediatría |
| | ✓ Fonoaudiología |

Tabla 1. Áreas evaluadas e instrumentos utilizados

4.10 Resumen y evaluación de resultados

✓ Entrevista

Se realizan entrevistas semiestructurada a la madre del paciente, con el fin de conocer la presentación de los síntomas y realizar una valoración profunda y descriptiva de los problemas.

En las sesiones de contacto inicial con el paciente, este se muestra distante, callado, cuando se le incentiva al juego toma los juguetes de su interés, es renuente a los cambios de actividad o lugar, no reporta motivo de consulta.

✓ Observación directa

Durante las primeras visitas, el paciente se muestra distante, se muestra reacio a la interacción con la terapeuta, no responde verbalmente a lo que se le pregunta, señala objetos sin verbalizar lo que desea, evita mirar a los ojos, mira fijo al vacío, se molesta sin motivo aparente; al finalizar la sesión se despide “verbaliza” y es evidente la ecolalia.

Actualmente, el paciente logra interactuar con la terapeuta, responde verbalmente cuando se le pregunta y es más fluido, realiza las estrategias planeadas para la sesión, en ocasiones se distrae sin embargo frente a los llamados logra concentrarse y llevar a cabo lo solicitado.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

✓ *Registro de la conducta escolar*

Con apoyo de la docente del centro de desarrollo infantil se lleva a cabo el registro de conductas, en el cual se evidencia poca participación en clase, déficit en la interacción con pares, dificultades en la ejecución y calidad de las actividades asignadas, sin embargo, es importante resaltar que el niño sigue las reglas dentro del aula de clase y realiza su mayor esfuerzo para alcanzar lo planeado.

✓ *Escala de valoración del autismo infantil C.A.R.S.*

| | <i>Componente</i> | <i>Descripción cualitativa</i> | <i>Pd</i> |
|-------------|--|--|------------------|
| I | Relación con la gente | Relaciones ligeramente anormales | 2 |
| II | Imitación | Imitación ligeramente anormal Imitación moderadamente anormal | 2.5 |
| III | Respuesta emocional | Respuestas emocionales moderadamente anormales | 3 |
| IV | Uso del cuerpo | Uso del cuerpo moderadamente anormal | 3 |
| V | Uso del objeto | Uso apropiado e interés en juguetes y otros objetos | 1 |
| VI | Adaptación al cambio | Adaptación moderadamente anormal al cambio Adaptación profundamente anormal al cambio | 3.5 |
| VII | Respuesta visual | Respuesta visual moderadamente anormal | 3 |
| VIII | Respuesta auditiva | Respuesta auditiva ligeramente anormal | 2 |
| IX | Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto | Uso y respuesta moderadamente anormales | 3 |
| X | Miedo o nerviosismo | Miedo o nerviosismo moderadamente anormales Miedo o nerviosismo profundamente anormales | 3.5 |
| XI | Comunicación verbal | Comunicación verbal moderadamente anormal | 3 |
| XII | Comunicación no verbal | Uso ligeramente anormal de la comunicación no verbal Uso moderadamente anormal de la comunicación no verbal | 2.5 |
| XIII | Nivel de actividad | Nivel de actividad ligeramente anormal | 2 |
| XIV | Nivel y consistencia de la respuesta intelectual | Funcionamiento intelectual ligeramente anormal | 2 |
| XV | Impresiones generales | Autismo ligero a moderado | 36 |

Tabla 2. Resultados C.A.R.S.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
 Caso único, paciente de 4 años
 Angie Patricia Jiménez Mosquera

El resultado obtenido en la escala de valoración del autismo infantil obtuvo una puntuación directa de 36 indicador de autismo ligero o moderado, al respecto el niño muestra solo unos pocos síntomas o sólo un grado ligero de autismo.

✓ *Cuestionario PCRI – formato para la madre sobre el niño*

| Puntajes | | | | | | |
|-----------------------------|-----------|---------|-------|----|--------|-----------|
| Subescala | No. Ítems | P. máx. | Media | PD | Dif | Resultado |
| Apoyo materno | 9 | 36 | 23,75 | 16 | -7,75 | Moderado |
| Satisfacción con la crianza | 10 | 40 | 34,26 | 31 | -3,26 | Leve |
| Compromiso | 14 | 56 | 46,66 | 28 | -18,66 | Severo |
| Comunicación | 9 | 36 | 30,54 | 9 | -21,54 | Severo |
| Disciplina | 12 | 48 | 31,42 | 31 | -0,42 | Leve |
| Autonomía | 10 | 40 | 25,36 | 23 | -2,36 | Leve |
| Distribución de Roles | 9 | 36 | 26,73 | 25 | -1,73 | Leve |
| Deseabilidad Social | 5 | 20 | 13,85 | 18 | 4,15 | Leve |

Tabla 3. Resultados PCRI

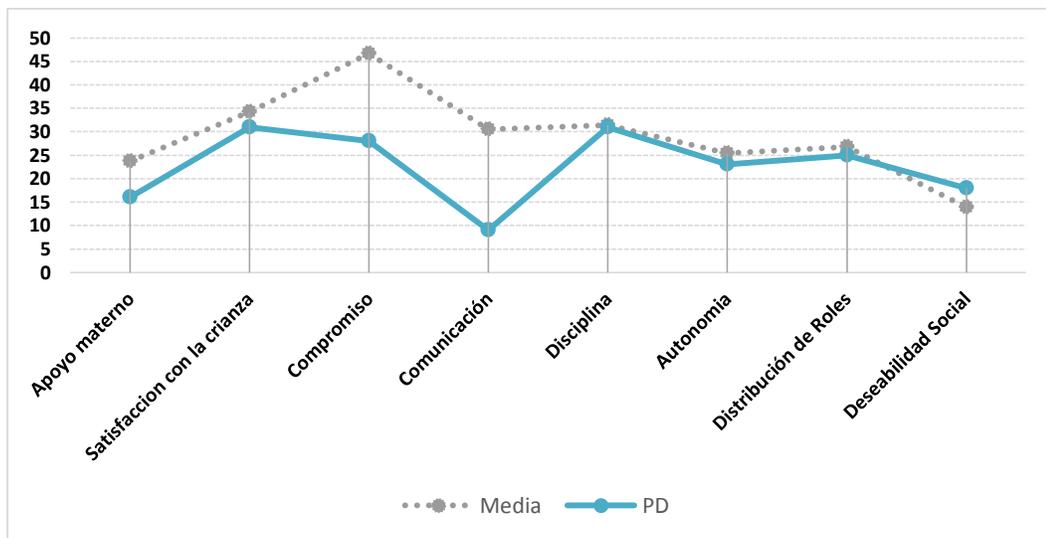


Grafico 2. Cuestionario PCRI

El cuestionario PCRI refiere dificultades en relación al compromiso y a la comunicación; De acuerdo con los modelos de crianza propuestos por Baurndind (1991, 200) las puntuaciones elevadas en cada una de las escalas del PCRI-M, indican una buena crianza y estaría en la línea del modelo Autorizado. Por el contrario, las bajas puntuaciones denotan que los padres tienen problemas para llevar a cabo la crianza de forma adecuada, y se identificaría con el modelo Autoritario. Puntuaciones elevadas en Apoyo, pero bajas en Disciplina y Autonomía, indican tolerancia de los padres para algunas conductas de sus hijos; este tipo de crianza entraría dentro del modelo Permisivo.

✓ *Cuestionario de evaluación emocional*

A partir de la aplicación se puede evidenciar la dinámica de la relación intrafamiliar en cuanto a la crianza de los hijos, al respecto se evidencia relaciones adecuadas caracterizadas por el afecto, el apoyo, la aprobación, aceptación y participación de los miembros.

En cuanto a las pautas de crianza, se evidencia una madre autoritaria que es la persona encargada de poner las normas y corregir a los hijos; el padre ejerce un modelo de permisividad en el cual acede con facilidad a las solicitudes de los hijos, sin generar compromisos o normas.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Se evidencia poca dependencia emocional, el niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, aprobación; los padres normalizan las conductas problema.

✓ *Formulario de verificación del comportamiento del niño CBCL*

Se realiza la aplicación del CBCL como check list, lo que permite identificar las conductas de nerviosismo, dependencia, llanto, entre otras y se evidencia los problemas de lenguaje (ecolalia), estados de ánimo, miedos, motricidad fina y gruesa e interacción social. Ver Anexo

✓ *Escala de valoración cualitativa del desarrollo*

El niño se encuentra en un perfil en riesgo, donde no realiza de forma significativa actividades de su etapa de desarrollo, teniendo en cuenta los procesos de relación consigo mismo, con el mundo y con los demás, tales como utilizar juegos o muñecas en el juego con el adulto, gozar inventando nuevos movimientos y disfrutar estar entre los adultos y participar de sus actividades.

✓ *Interconsulta con neuropediatría*

Se realiza la interconsulta para valoración por el especialista y conducta a seguir; al respecto la madre acude y el neuropediatra le indica que el niño presenta síntomas de autismo, la madre no acepta el criterio y decide consultar con otro profesional.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

En una segunda consulta con neuropediatría se establece el diagnóstico de autismo en presentación leve.

Actualmente el paciente se encuentra en interconsulta con las especialidades de: Psiquiatría infantil, Nutrición, Terapia ocupacional y fonoaudiología.

4.11 Conceptualización diagnóstica

4.11.1 Conceptualización cognitiva

Nombre del paciente: CAMP

Fecha: 30/11/2016

Diagnóstico: 299.00 (F84.0) Trastorno del espectro autista

| | | |
|--|--|--|
| Datos relevantes de la infancia | | |
| Embarazo de alto riesgo | | |
| Estrés durante la gestación | | |
| Estilo parental Inconsistente | | |

| Conducta | Aspecto Cognitivo | Aspecto Emocional |
|---|--|----------------------------------|
| Se molesta ante cambios de actividad, juegos, lugar de los objetos, variación de rutinas | “No quiero” “Quiero que se haga lo que a mí me gusta” | Rabia |
| Se pone nervioso ante sonidos fuertes | “no me dejen solito” | Miedo |
| Se levanta constantemente | “me aburro” | Rabia |
| Se comporta distante con sus pares | “No juegan conmigo” | Tristeza |
| No termina las tareas que empieza | “Me aburro” “quiero que me ayudes” | Baja tolerancia a la frustración |

Tabla 4. Conceptualización cognitiva

4.11.2 Categorización diagnóstica

Eje I: 299.00 (F84.0) Trastorno del espectro autista

Eje II: No aplica

Eje III: No reporta

Eje IV: Problemas relativos a la enseñanza

Eje V: EEAG 51 – 60

4.12 Formulación Clínica

Al finalizar el proceso de evaluación y conceptualización cognitiva de CA, se ha diagnosticado con un Trastorno del espectro autista, grado uno “necesita ayuda”, caracterizado por dificultad para iniciar interacciones sociales y la presencia de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas.

Los problemas están definidos por dificultades en el desarrollo caracterizadas por alteración de la interacción social, de la comunicación (tanto verbal como no verbal) y el comportamiento restringido y repetitivo, lo que a su vez genera problemas relativos a la enseñanza pues al paciente se le dificulta la interacción y la comunicación en los procesos académicos, lo cual no favorece el aprendizaje.

En esta medida, la inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en los diferentes contextos, su dificultad para alternar actividades y problemas de organización y planificación dificultan su autonomía.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Es importante mencionar que los problemas empiezan a ser visibles a la edad de tres años cuando el paciente inicia la escolaridad; antecedentes a esto fue el embarazo de alto riesgo por anemia aplásica sumado a factores de estrés emocional por una pérdida y una depresión postparto, este último desfavorable a la relación vincular en los primeros meses del nacimiento.

Por otra parte, los estilos parentales funcionan como mantenedores de los problemas pues existe una excesiva sobreprotección y permisividad, se evidencia ayuda notable en actividades que podrían posibilitar en CA la autonomía, la interacción social es limitada lo que hace que no exista reforzadores para el incremento favorable de la conducta y para favorecer el desarrollo del lenguaje.

Finalmente, se plantea como objetivos generales: Favorecer el desarrollo infantil referente a la interacción social, desarrollo del lenguaje, adquisición de conductas adecuadas y posibilitar avances en el aprendizaje que favorezcan el desempeño académico; sumado por interconsultas adicionales con especialistas en neuropsiquiatría, terapia ocupacional, fonoaudiología, nutrición y psiquiatría infantil.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

4.13 Plan de intervención

| Objetivo | Técnica | Sesión |
|--|--|----------------------|
| Devolución a padres de familia | Psicoeducación Debate socrático “creencias” | 1 |
| Intervención para favorecer la expresión emocional | Ruleta de emociones Relajación progresiva Panel de Emociones | 2 |
| Entrenar al paciente en habilidades sociales de inicio través del juego de roles que favorezcan la interacción con pares | Role play Modelado Reforzamiento | 3 |
| Entrenar a los padres en el manejo de conductas en casa | Psicoeducación Economía de fichas | 4 |
| Favorecer los procesos atencionales | Entrenamiento en autoinstrucciones en tareas de atención y de reflexividad. | 5 |
| Modificar estilos parentales Reestructurar creencias de los padres con respecto a los Estilos parentales | Psicoeducación Moldeamiento Role play Dialogo socrático- Terapia Racional Emotiva en la familia | 6 y 7 |
| Entrenar al paciente en autocontrol | Técnica de la Tortuga Técnica de Relajación Progresiva de Jacobson Modelado Cognitivo (Rompecabezas) Tiempo Fuera | 8,9, 10,11, 12 |
| Adquirir habilidades sociales avanzadas | Moldeamiento | 13,14 |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | | |
|--|--|----------------|
| | Role play | |
| Potenciar habilidades sociales afectivas | Moldeamiento Role play Reforzamiento | 15,16 |
| Potenciar el pensamiento reflexivo y alternativo | Técnica PIAAR (Gargallo, 1993) 1. Demora Forzada. 2. Scannig. 3. Habla Interna. 4. Técnica de Resolución de Problemas | 17,18 19,20 |

Tabla 5. Plan de intervención

4.14 Descripción detallada de las sesiones

A continuación, en la tabla se describen ocho sesiones que incluyen evaluación e intervención y en los apartes de las sesiones se detallará a modo de dialogo las sesiones uno, dos, cinco, seis, siete y ocho.

| Sesiones | Descripción | Observaciones |
|----------|--|--|
| 1 | Entrevista inicial y recogida de información, historia del paciente. Identificación de problemas. Entrevista semiestructurada. | Se desarrolla la entrevista con la madre de familia quien refiere venir en remisión por la docente del centro de desarrollo infantil, la madre se muestra colaboradora y comprometida con el proceso a iniciar. Se envía cuestionario de evaluación emocional para padres |
| 2 | Entrevista de acercamiento e identificación de la sintomatología | Sesión realizada con el paciente, quien se muestra cercano en un |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
 Caso único, paciente de 4 años
 Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | | |
|---|--|---|
| | referida anteriormente | principio, luego distante sin razón aparente (cambio en la expresión emocional) no sigue instrucciones, repite indicaciones verbales, se aísla en un rincón a jugar, no reacciona ante la interacción con el adulto y no mantiene el contacto visual. |
| 3 | Aplicación del C.A.R.S. | Se desarrolla la sesión con la madre y el paciente para favorecer la interacción del niño, al respecto se logra hacer la valoración del C.A.R.S. Se realiza entrega de la interconsulta por neuropsiquiatría. |
| 4 | Valoración cualitativa del desarrollo Aplicación del PCIR | Se realiza valoración cualitativa del desarrollo con el fin de identificar los aspectos necesarios a favorecer y potenciar en el paciente, para esto fue indispensable el apoyo constante de la madre para asignar las actividades a realizar. Se identifica en riesgo en varios de los procesos de acuerdo a su edad cronológica. Aplicación del PCIR – cuestionario de la madre sobre el niño |
| 5 | Devolución a padres de familia | Se realiza proceso de devolución de la evaluación realizada, con apoyo de las interconsultas con especialistas, se insiste en la importancia de la aceptación del diagnóstico y de la intervención temprana. Se observa poca aceptación de los |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | | padres frente al diagnóstico |
|---|--|---|
| 6 | Intervención para favorecer la expresión emocional | <p>Se desarrolla con el paciente, a través de la técnica ruleta de emociones</p> <p>El paciente fue participativo, logra identificar las diferentes emociones, las expresa y relaciona en que contextos se ha sentido con esas emociones, buscando alternativas frente al quehacer en esas situaciones.</p> |
| 7 | Entrenar al paciente en habilidades sociales de inicio través del juego de roles que favorezcan la interacción con pares | <p>El paciente logra desarrollar a través del modelado la conducta esperada, en los juegos de roles se evidencian avances en cuanto a la rapidez en el tiempo de respuesta verbal.</p> |
| 8 | Entrenar a los padres en el manejo de conductas en casa | <p>Los padres obtienen un nivel de conocimiento frente a las estrategias que pueden usar en casa para el manejo de conductas inadecuadas “pataletas”.</p> |

Tabla 6. Descripción detallada de las sesiones

4.14.1 Aparte de las sesiones

T: Terapeuta

MP: Madre del Paciente

PP: Padre del paciente

P: Paciente

✓ *Sesión 1*

Objetivo: Conocer la historia del desarrollo

T: Sra. M para mi es importante conocer información con respecto al desarrollo prenatal y perinatal que me ayuden a comprender las manifestaciones sintomáticas, por tanto, hoy conversaremos al respecto y le pido que trate de recordar aspectos significativos y que sea lo más descriptiva posible en sus respuestas.

MP: Si señora

T: ¿hubo dificultades prenatales o perinatales? Si las hubo, ¿Cuáles fueron?

MP: bueno, mi embarazo fue de alto riesgo, durante mi gestación fallece mi papá, y eso me puso bastante mal, tuve complicaciones de salud en ese momento.

T: entiendo, que haya sido un momento difícil, puede contarme exactamente a que dificultades de salud se refiere

MP: No sé, creo que estuve tensa en esos días y se me subió la tensión por lo cual me hospitalizaron por 2 días

T: ¿El niño alcanzó los hitos del desarrollo del lenguaje, como balbucear a los 12 meses, señalar con el dedo o hacer adiós con la mano a los 12 meses, utilizar palabras aisladas a los 16 meses?

MP: Mi hijo nace a las 37 semanas de gestación, gateo a los 7 meses, camino a los 13 meses y recuerdo que sus primeras palabras fueron casi a los dos años

T: bien, ¿Cómo recuerda que respondía el niño cuando lo cargaban?

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

MP: El niño siempre ha estado con nosotros, era muy raro que un extraño lo cargara, pero en ocasiones que algún familiar poco frecuente lo cargaba él se mostraba tranquilo, sin embargo, evitaba mirarlos a la cara, no le gustaba que le buscaran juego y que lo miraran, aun teniéndolo en sus brazos.

T: Actualmente, el niño interactúa con otros niños de su edad

MP: Muy poco, él es muy cuidadoso con sus juguetes y no juega con otros niños en ocasiones porque dice que le desordenan sus juguetes, prefiere jugar solo

T: ¿El niño parece sonreír o llorar sin razón aparente?

MP: Si, se molesta sin hacerle nada, además de eso es muy nervioso

T: ¿frente a qué cosas o situaciones has notado el nerviosismo en el niño?

MP: cuando escucha un ruido fuerte de las motos, con el sonido del taladro, o sonidos fuertes, corre a abrazar a su papá o a mí

T: bien, has notado si ¿el niño tiene una mirada vacía o se distrae con facilidad?

MP: Si, se le pierde la mirada, a veces parece que no escuchara y hay que repetirle, a veces el repite lo que uno le está diciendo

T: ¿el niño tiene problemas conductuales, como: ¿hacer berrinches fuertes, es hiperactivo, poco cooperativo, agresivo, es sensible a ciertas texturas?

MP: pues, en ocasiones hace pataletas, pero yo pienso que eso lo hacen todos los niños, no es agresivo, si tiene interés por las texturas suaves tiene una cobija que no consiente dormir sin ella se molesta pide en las noches siempre esa cobijita, él es un niño muy inteligente siempre busca ayudar a los demás a su papá, a su hermano o a mí, aunque no lo haga perfecto.

T: Claro, he podido notar que CA es un niño muy cariñoso y cooperativo en casa.

✓ *Sesión 2*

Objetivo: Conocer cómo se da la interacción con pares

T: Hola que gusto verte de nuevo, hoy quiero invitarte a que conversemos un rato, también podremos jugar, te vas a divertir en este espacio

¿Cuál es tu nombre?

P: no responde, Frunce el ceño...

T: yo quiero conocerte ¿Cuál es tu nombre?

P: CA

T: cuéntame ¿Qué edad tienes?

P: (señala con los dedos cuatro)

T: ¿cuantos deditos tienes ahí, eso quiere decir que tienes cuantos años, dime?

P: cuatro

¿Y mi mamá viene por mí? (intenta llorar)

T: claro, ella va a venir más tarde a buscarte y te iras a casa

P: ¿y mi papi?

T: Debe estar en el trabajo, también lo verás al regresar a casa

Conversemos de ti CA ¿tienes amigos?

P: repite “tienes amigos”

T: Si CA, ¿tú tienes amigos?

P: en la escuela

T: cuéntame ¿Qué te gusta hacer con ellos?

P: jugar

T: que bien, eso se escucha divertido

¿A que juegan?

P: el paciente se molesta, nuevamente frunce el ceño y cruza los brazos

T: CA quiero conocer lo que te gusta hacer

¿Te gusta jugar? ¿Quieres jugar conmigo?

P: No quiero yo juego solo

T: Bueno te voy a dar un espacio para que juegues, quizás los dos nos podamos divertir

- El paciente toma un juguete y empieza jugar solo

T: Mira a mí también me gusta jugar a los carros, yo voy a tomar este, ¿te parece si jugamos juntos?

P: No responde, se retira a una esquina del consultorio y sigue jugando solo.

✓ *Sesión 5*

Objetivo: Debatir creencias frente al autismo a través de la Psicoeducación a padres de familia

T: Luego de escuchar la devolución con respecto al caso y al diagnóstico, quisiera conocer ¿Cuál es su punto de vista o que piensan con respecto a eso?

MP: bueno, realmente no creemos que nuestro hijo tenga eso que dicen

T: “eso que dicen” ¿es?

MP: Autismo, doctora

T: entiendo y que los hace pensar así, pueden contarme...

PP: bueno, nuestro hijo mayor estudio con un niño que tenía autismo y él era agresivo, se veía que tenía un problema como mental, no entendía mucho cuando uno le hablaba, movía la cabeza adelante y atrás, era un niño difícil... y es eso lo que nos hace pensar que nuestro hijo no tiene autismo porque él es un niño muy inteligente, hace cosas por si solo y no es agresivo.

T: muy bien

Para empezar, es importante que ustedes conozcan que el trastorno del espectro autista es un trastorno de neurodesarrollo que inicia o aparece en la infancia que incluye un déficit en la comunicación, dificultades para integrarse socialmente, dependencia a las rutinas - hábitos cotidianos, y la intolerancia a cualquier cambio. Síntomas que conocemos, el niño está presentando actualmente... ¿es así o no?

MP: si, así es

T: muy bien, en ese orden el autismo tiene diversos niveles de presentación; leve, moderado o grave, el leve es un autismo en el que el niño o persona logra ser funcionalmente autónomo, aunque en ocasiones necesite ayuda, el moderado requiere un poco más de ayuda notable y el grave requiere una ayuda muy notable, este último es en el cual la manifestación agresiva que ustedes

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

mencionaban que observaban en el compañero de clase de su hijo mayor se evidencia constantemente ¿es claro?

PP: Si

T: Por lo tanto, es importante que sepan cómo se los decían en la interconsulta con el neuropediatra, el autismo de su hijo es de presentación leve y lo que debemos hacer es realizar una intervención temprana que le permita a CA favorecer su autonomía, su funcionalidad y con eso prevenimos que trascienda a la presentación grave, pues de esta manera el niño aprenderá habilidades que le serán útiles en los diferentes contextos (hogar, colegio, social), favoreciendo la expresión de emociones y el pronóstico favorable de su desarrollo.

De acuerdo a lo conversado ¿Qué piensan ahora?

MP: Si doctora, entendemos

Usted entenderá que es difícil aceptar que le digan a uno de la nada que su hijo tiene autismo, pero si es como usted dice estamos dispuestos a lo que sea para que nuestro hijo pueda desenvolverse y ser como otros niños de su edad.

Aunque no sea fácil asimilarlo.

T: entiendo cómo pueden sentirse ustedes y valoro que sean unos padres receptivos que buscan el bienestar de su hijo y es por eso que estamos aquí, lo más importante ahora será trabajar en conjunto para favorecer el desarrollo de CA.

MP: Si señora

T: Espero que haya podido aclarar sus dudas, cualquier cosa que vaya surgiendo y que deseen conversar en próximas sesiones con respecto al tema, pueden decirme y lo discutimos, lo importante es documentarnos en el tema; voy a facilitarles una información para que puedan leer sobre el autismo y con el tiempo verán que son unos padres afortunados de tener al hijo que tienen.

PP: Así es doctora, gracias

T: con gusto

✓ **Sesión 6**

Objetivo: Identificar las emociones logrando la relación con situaciones en las cuales se experimentan

T: CA hoy vamos a aprender las diferentes emociones, la emoción es como nos sentimos

¿Ves estas caritas que tengo aquí?

P: Si

T: Estas caritas representan las emociones

Yo te las voy a mostrar y tú me vas a decir cómo se llaman esas emociones

P: se parece a lo que me pone la profe

T: Si CA, la profe en ocasiones te pone una carita feliz para decirte que estás haciendo bien las tareas

P: Si

T: Bien, puedes decirme como se llama esta emoción

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

P: Feliz

T: Muy bien, ¿tu cuando te sientes feliz?

P: jugar

T: quieres decir que tú te sientes feliz cuando juegas

P: Si

T: Bien, ¿cuál es esta carita?

P: Triste

T: Te has sentido así

P: Mi mamá me regaña

T: Quieres decir que cuando tu mamá te regaña te sientes triste

P: Si

T: Bien, ¿cuál es esta carita?

P: Rabioso

T: así es la rabia o la ira, ¿te has sentido rabioso CA?

P: Si

T: ¿cuándo?

P: que me regañen

T: entiendo, que te regañen te hace sentir rabioso o molesto

P: Si

T: Bien, ¿cuál es esta carita?

P: asustado

T: muy bien o miedo ¿has sentido miedo o has sentido que estas asustado?

P: Si, en la noche

T: entiendo que sientes miedo a la noche o a la oscuridad, es normal que sientas miedo, veras que eso va a pasar porque no hay nada que temer.

P: mamá dijo que Dios cuida a los niños

T: así es, por eso no hay que tener miedo

✓ *Sesión 7*

Objetivo: Entrenar al paciente en habilidades sociales de inicio través del juego de roles que favorezcan la interacción con pares

T: Hola CA me alegra verte hoy

P: hola

T: Hoy vamos a aprender a saludar y a hacer amigos para jugar y compartir

¿Quieres aprender? ¿Estás de acuerdo?

P: No responde

T: Bueno, me das a entender que si estás de acuerdo, empecemos

Vamos a tomar estos títeres, vamos a simular que ese eres tú y este que yo tome es un amiguito del salón, ¿cómo lo quieres llamar?

P: Daniel

T: qué bonito nombre este será Daniel

¿Cómo saludarías tú a Daniel?

P: No responde

T: Yo lo hare por ti y luego tu intentas hacerlo, de acuerdo

Hola Daniel como estas mi nombre es CA

Ahora, es tu turno de hacerlo

P: Hola Daniel

T: ¿Que más podrías decirle a Daniel, CA? Que si quiere jugar contigo por ejemplo

P: Hola Daniel..... Jugamos los carros

T: Si, CA podemos jugar: yo manejo una volqueta y tú manejas otro carro, podemos llevar arena

P: Si

T: Has notado como puedes saludar e invitar a otros niños a jugar

¿Te parece si hacemos otro ejemplo, simulando a otras personas?

Nota: Se realiza otro role play modelado similar y luego se invita al paciente a hacerlo con un adulto diferente en el consultorio, al respecto el niño logra saludar a un adulto e intenta interactuar.

✓ Sesión 8

Objetivo: Entrenar a los padres en el manejo de conductas inadecuadas “pataletas”

T: En varias ocasiones hemos conversado sobre las pautas de crianza

¿Qué recuerdan de eso?

PP: que es importante poner límites a los hijos para que aprendan a comportarse

MP: que no debemos ser ni muy autoritarios ni muy flexibles, que debemos corregirlos, pero escuchándolos y dándoles participación

T: Muy bien, hoy vamos a hablar sobre el manejo en casa de las conductas inadecuadas, en este caso de las pataletas

¿Qué hacen ustedes cuando CA hace una pataleta?

MP: Bueno yo si lo regaño y no lo dejo hacer lo que el quiere por ejemplo, a él no le gusta que lo quiten del televisor ni para comer si uno le pide el control, se tira al piso y yo lo dejo que llore porque los demás también necesitan ver televisión, noticias

PP: Bueno, si yo le pido el control y el hace una pataleta termino devolviéndoselo porque me da pesar verlo tirado en el piso

T: Entiendo

Es importante que cuando CA realice una pataleta por ejemplo, cuando le solicitan ustedes el televisor, tengan la posibilidad de explicarle al niño porque lo hacen, por ejemplo “CA debes entender que papá, mamá o tu hermano también quieren ver televisión como tú ves tus muñequitos favoritos, tu tendrás un espacio para ver televisión y los demás también podrán hacerlo” es importante hacerle saber que por más que realice una pataleta o se tire al piso no se cederá a sus exigencias, y hacerle saber que se le explicara el porqué de las cosas cuando el este tranquilo y no tirado en el piso o llorando, es importante también demostrar afecto, mostrar como padres una postura serena.

¿Estarían de acuerdo para intentar hacerlo en casa?

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

PP: si claro, es cierto que no siempre es lo que él diga, pero él va a ir aprendiendo

MP: si señora, es importante que el niño entienda el porqué de las cosas y así empiece a cambiar

T: verán ustedes que con el tiempo las pataletas disminuirán si se es constante en la norma; CA modificará poco a poco sus conductas inadecuadas con su ayuda como papás.

5. Marco conceptual de referencia

Para fines específicos de estudio de caso, la temática principal es el autismo el marco teórico a continuación comprende: antecedentes históricos y teóricos, concepto, etiología, teorías explicativas, características, evaluación, criterios diagnósticos e intervención.

5.1 Antecedentes históricos y teóricos del concepto Autismo

La palabra autismo viene del griego –auto, de autós, que significa “propio, de uno mismo” fue utilizada por primera vez por el psiquiatra austriaco Eugene Bleuler en 1912.

La clasificación médica de autismo no sucedió sino hasta 1943, cuando el Dr. Leo Kanner, del hospital John Hopkins, estudio un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización de Autismo Infantil Temprano; del mismo modo un científico austriaco, el Dr. Hans Asperger, utilizo coincidentemente el término psicopatía autista, en niños que exhibían condiciones y características similares, sin embargo, el trabajo del Dr. Asperger no fue reconocido hasta 1981 por estar escrito en alemán.

Se estima que el trastorno de Espectro Autista afecta a 4 de cada 10000 personas, dependiendo del criterio de diagnóstico usado. El autismo afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres y se encuentra en todo el mundo sin importar etnia ni cultura.

El autismo varía en severidad, los casos más severos e caracterizan por la ausencia durante toda la vida del habla y comportamientos altamente repetitivos, inusuales y agresivos. Las formas más leves del autismo “autismo leve” pueden ser casi imperceptibles y puede confundirse con la timidez, falta de atención o excentricidad. Cabe notar que hay personas autista de alto rendimiento en algunas áreas y de bajo rendimiento en otras, por ejemplo hay personas con TEA que carecen de habla pero pueden comunicarse de manera escrita elocuentemente.

5.1.1 Concepto

El autismo es un trastorno del desarrollo permanente y profundo, afecta la comunicación, imaginación, planificación y correlación emocional. Los síntomas son muy a menudo la baja capacidad de interacción social, el aislamiento y las estereotipias (movimientos involuntarios de algunas extremidades, en la mayoría de los casos las manos). Un niño con autismo va a presentar una serie de necesidades especiales, lo que hará que su vida sea un poco más complicada, es por ello, que necesitan el apoyo de todas las personas que lo rodean, el hecho de saber que su familia, amigos y personas que lo rodean están con él los hace sentirse alegres, con ganas de esforzarse para que consigan el máximo desarrollo posible.

Para estos niños le es más complicado hacer cosas que para nosotros cuesta poco esfuerzo, sin embargo, nosotros no le damos el mismo valor al lograrlo, para ellos supone haber logrado un reto más en su vida, por lo que tenemos que tenerlo presente.

De acuerdo con Rutter (1978) hay tres síntomas característicos en los niños autistas: fracaso para el desarrollo de las relaciones, desarrollo desviado y retardado del lenguaje y actividades ritualísticas, que incluyen además movimientos estereotipados y repetitivos, periodos cortos de atención, conductas autoagresivas y control retardado de los intestinos.

El autismo supone una de las alteraciones más dramáticas para el desarrollo humano, puesto que afecta algo tan esencial en nuestra vida cotidiana como es la capacidad de entender que es lo que los demás hacen, piensan, creen y sienten.

5.2 Etiología

En relación al autismo se han elaborado diversas hipótesis etiológicas que intentan determinar a qué se debe su manifestación.

Inicialmente, Rutter, 1974; Damasio y Maurer, 1978 mencionan que el autismo es un trastorno del sistema nervioso central que se manifiesta a través de un déficit cognitivo; el déficit más fácilmente observable es una comprensión y uso limitado del lenguaje (Polaino – Lorente, 1982; Freeman y Ritvo, 1984). Involucra una disfunción del complejo circuito que provee las conexiones centrales del sistema vestibular al cerebro y al tallo cerebral (Ornitz, 1976; Polaino-Lorente, 1982).

Las investigaciones realizadas frente al funcionamiento intelectual de los niños autistas señalan los siguientes hallazgos:

- a) Tres cuartas partes de los niños autistas obtienen un CI que está en el rango de funcionamiento del retraso mental.
- b) Los cocientes intelectuales obtenidos por niños autistas tienen las mismas propiedades que los obtenidos por otros niños.
- c) Los CI no varían radicalmente aun después de que las respuestas sociales de los niños autistas hayan cambiado marcadamente. Una pobre motivación no parece ser la explicación del bajo rendimiento de los niños autistas en los test de inteligencia.
- d) Niños autistas inicialmente no evaluables, posteriormente han presentado un rendimiento semejante a los niños severamente retrasados.
- e) Los CI obtenidos por niños autistas son altos cuando sus relaciones sociales son adecuadas (De Myer y cols., 1974).
- f) Las destrezas cognitivas mostradas por los niños autistas sugieren un deterioro cognitivo específico que involucra el uso del lenguaje, mostrando unas buenas habilidades de lenguaje y comunicación.

Al respecto, es importante mencionar que los niños autistas con CI bajos son tan retrasados como otros niños con CI bajos, por ello no debe verse ese bajo nivel intelectual como un impedimento temporal que es fácilmente reversible. De Myer y cols. (1974) en Buela, Caballo y Sierra (1996).

Bartak y Rutter (1976) señalan que al comparar niños autistas que funcionaban a un nivel de retraso mental con niños que funcionaban más alto, encontraron que ambos grupos presentaban las siguientes características:

- a) Serias limitaciones en el desarrollo de las relaciones sociales.
- b) Desarrollo retardado del habla y una marcada dificultad en el juego imaginativo en la temprana infancia.
- c) Alguna forma de conducta ritualística, estereotipada o compulsiva.
- d) Conducta socialmente inapropiada en lugares públicos o en compañía de otras personas.

5.2.1 Etiología y Teorías explicativas

Se han formulado muchas teorías, algunas con mayor fuerza que otras sobre su origen, sin embargo, una que está quedando en el olvido es el modelo psicoanalítico que pretendía responsabilizar a los padres como responsables del autismo infantil.

Actualmente sobre la etiología del autismo infantil se pueden agrupar en dos grandes áreas:

- a) Un grupo hace referencia a los factores genéticos y cromosómicos y las variables neurobiológicas.
- b) Otro grupo integra las hipótesis que enfatiza los aspectos psicológicos (afectivos, cognitivos y sociales) que preceden al comportamiento autista.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Para la primera teoría se clasifican los estudios en dos enfoques:

- a) El primero pretende identificar una alteración genética conocida y estudiar el comportamiento anormal relacionado con la alteración genética.
- b) En el segundo estudio se pretende identificar un patrón anormal e investiga la frecuencia con que aparece en la familia, lo que hace inferir que una gran responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia autista con la población en general.
- c) Estudios han llevado a determinados planteamientos: uno de ellos es el virus de la rubeola que se ha identificado en numerosos casos de autismo infantil.
- d) El trastorno se encuentra en el sistema nervioso del niño o niña y no en el ambiente o en sus padres.
- e) No se ha logrado dar con una causa común para el trastorno autista, pero en lo que sí están de acuerdo todos los estudios es que todos los déficits cognitivos que presentan los niños y niñas autistas, dan lugar a los déficits comportamentales y de relación social.

Por otra parte, los estudios o modelos psicológicos se han centrado en el estudio de los problemas de comunicación en las relaciones sociales y los déficits cognitivos.

Se han planteado tres hipótesis en los últimos años:

- a) La hipótesis socio afectiva: que considera primaria la alteración en el proceso de vinculación afectiva en las primeras etapas de desarrollo. Esta hipótesis fue planteada por Kaaner (1943) y replanteada por Hobson (1983)
- b) La hipótesis cognitiva: que considera a la capacidad meta representacional como variable primaria, teoría defendida por Leslie, Frith y Baroncohen entre otros.
- c) La hipótesis cognitivo-afectiva: que intenta combinar las dos posturas anteriores, al considerar que la alteración reside tanto en la capacidad cognitivo-social para reconocer que el otro tiene un estado mental propio y la habilidad afectivo-empática asociada para compartir un interés común con las demás personas, teoría propuesta por Mundy, Sigman, Urgerer y Sherman (1986)

5.3 Características que presentan los niños y niñas con trastorno del espectro autista

Cuando se habla de un niño o niña autista la primera imagen que se viene a la cabeza es de un niño extravagante, encerrado en sí mismo, que no habla ni juega con nadie, como si viviera únicamente consigo mismo, ignorando a todo el mundo incluso a sus padres y hermanos.

Wing y Gould (1979), a partir de estudios epidemiológicos han establecido tres patrones distintos de relación social en los niños con espectro autista:

- a) Aislado: que evita a como dé lugar cualquier interacción social.

- b) Pasivo: que soporta las relaciones sociales, pero no las busca.
- c) Activo pero extravagante: que interactúa de un modo extraño y excéntrico.

A pesar de estas diferencias, un patrón muy evidente es que los niños y niñas autistas carecen de ese afecto que es natural por los padres. Por lo general estos niños no buscan contacto afectivo, un ejemplo gráfico es que cuando un niño se hace daño rara vez acudirá a sus padres para que lo reconforten, incluso pueden mantener un contacto social con otros intereses, un niño autista puede subirse en el regazo de su madre para alcanzar un objeto y no mirarla en absoluto, como si ésta fuera una escalera para alcanzar su objetivo.

Una característica que define a los niños y niñas con síndrome de espectro autista que la resistencia a los cambios ambientales o a las modificaciones de sus pautas diarias. Como el simple hecho de correr una silla unos centímetros o abrir las cortinas, este hecho está acompañado con el hecho de seguir rutinas casi que incorregibles como es el hecho de comer siempre lo mismo, utilizar el mismo recipiente para beber, llevar siempre los mismos zapatos, memorizar calendarios o rituales diarios que implican gran cantidad de tiempo y esfuerzo.

Otra característica que define a un niño con TEA es el lenguaje ya que es éste el primer síntoma que los padres ven y les lleva a sospechar que algo no está bien en el desarrollo de sus hijos.

Los niños autista que llegan a hablar lo hacen de manera característica, con unos patrones diferentes a los niños que no son tienen la afectación autista. Un claro ejemplo

es que se refieren a ellos como tercera persona. Por ejemplo “mamá, él quiere el juguete”

Repetiendo palabras o frases escuchadas de los demás, o inclusive después de días de haberlas escuchado.

Suelen observarse diferencias entre el lenguaje verbal y no verbal, además cuando hablan no lo hacen con propósitos comunicativos, es casi imposible pretender que hablen de algo que no sea inmediato.

Las alteraciones motoras son otras características de los niños y niñas con trastorno de espectro autista, se ve reflejado en patrones de conducta repetitivos, persistentes y reiterados, estas conductas pueden incluir movimientos de balanceo rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, aleteo de brazos y manos o posturas extravagantes. Dentro de otros comportamientos puede mirar fijamente algún objeto o seguir con la mirada algún tipo de luz, mirar de reojo, girar los ojos o tensar los músculos, en estos comportamientos parece que el núcleo central con las conductas visuales y auditivas.

Las conductas auto lesivas suponen otra conducta de sus funciones motoras, aunque en algunos casos son asociados más con casos de esquizofrenia, estas conductas pueden llevar desde heridas leves como abofetearse, hasta algunas graves como arrancarse el cabello e incluso se han visto casos que se arrancan las uñas con sus dientes.

A pesar de la falta de acuerdos que existe entre los autores de los diferente estudios sobre el autismo, se puede llegar a un punto de consenso en donde todos están de

acuerdo en que la falta de desarrollo cognitivo es una generalidad entre los niños que padecen este trastorno. Sin embargo, se conocen casos de niños que aunque se les dificulta expresar por medio del lenguaje, pueden desarrollar habilidades excepcionales como realiza operaciones matemáticas de alto grado de dificultad o memorizar listados. Estos casos son llamados islotes de habilidad.

Hasta hace pocos años se creía que los niños autistas tenían una capacidad intelectual que los niños que padecen el trastorno, esta creencia confirmaba lo formulado por Kanner (1943), sin embargo lo estudiado hasta ahora sugiere lo contrario, Ritvo y Freeman (1978), indican que aproximadamente 60 de cada 100 niños que padecen el trastorno tienen un coeficiente por debajo de 50.

Se creía que esta patología era solo una gran representación de clases superiores, pero en los últimos años debido a la gran clasificación que ha recibido el autismo, se ve que en clases muy bajas ha crecido el índice de este trastorno.

El autismo se divide en tres etapas que se clasifican en:

En la primera infancia entre el primer año y el segundo los padres no se fijan en algún punto significativo en su hijo puesto que en esta edad todos los padres ven a sus hijos como excepcionalmente atractivos, sin embargo es en el tercer año de la niñez que empiezan a perder todas las habilidades en empiezan a aparecer algunas síntomas típicos del autismo infantil.

A medida que el niño empieza el tercer año de vida las dificultades persisten y la falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente, porque el niño autista no parece darse cuenta que las personas dentro de su ambiente y solo suele jugar de manera repetitiva con algún juguete u objeto, una el juguete de manera idiosincrasia sin relación con su verdadera función, y si este juego es interrumpido el niño reacciona haciendo el más terrible de los berrinches.

Cuando el niño llega a los 5 años se hacen más evidentes puesto que el niño autista muestra conductas poco regulares a la hora de alimentarse o vestirse, se asevera su conducta aislada, sin socializar con otros niños y prefiere jugar solo. La comunicación verbal continúa siendo un problema a medida que los niños con trastorno autista crecen, algunos niños tienen un repertorio verbal a la hora de comunicarse y suele extenderse a medida que el niño autista se desarrolla.

5.4 Evaluación

La evaluación conductual cumple tres propósitos diferentes: ubicación de la persona en diferentes servicios o ambientes, diseño del tratamiento e investigación. Buela, Caballo y Sierra (1996).

La evaluación tendrá lugar cuando la conducta del niño no alcance las expectativas sociales esperadas durante su desarrollo, en cuanto a sexo y edad. Normalmente estas observaciones de los padres tienen lugar antes de que el niño alcance los tres años de edad, las quejas de los padres comúnmente refieren retrasos en el desarrollo del

lenguaje, retraso psicomotor, sospechas de sordera, falta de conductas prosociales, llanto injustificado, alteraciones del sueño y alimentación (Lovaas, Newsom y Hickman, 1987; McClannahan, McGree, McDuff y Krantz, 1990).

Newsom y Rincover (1981), el diagnóstico del autismo generalmente se hace cuando el niño muestra una carencia de respuesta social, falta de contacto visual, ausencia de sonrisa social, flacidez o rigidez cuando se “alza”; cuando utiliza la mano de otra persona para obtener cosas; aplanamiento afectivo o falta de comprensión y gestos. Un momento clave para la evaluación lo constituye su ingreso al sistema educativo ya que en dicho ambiente el niño es comparado con otros niños de manera expresa, y, si carece de las destrezas esperadas en dicho medio, es enviado a evaluación.

5.4.1 Metodología de Evaluación

Para evaluar a niños autistas se incluyen procedimientos inferenciales tradicionales como entrevistas y test de inteligencia, así como listas de conductas, test educativos y técnicas de observación directa.

✓ Procedimientos de evaluación global

Incluyen una muestra amplia de las conductas en un período corto, permitiendo señalar áreas fuertes o débiles del niño que son importantes para un funcionamiento adecuado. Se usan como primera medida para obtener información, también se incluyen evaluaciones médicas, específicamente en medicina del desarrollo y neurología.

✓ *Observaciones informales*

Se realiza en los diferentes ambientes en los que se desenvuelve el niño, por ejemplo, la casa, la escuela o incluso en los parques de juego; Newson y Rincover, (1981) sugieren realizarse las preguntas a continuación en función de la observación del niño:

- a) ¿Es tan activo el niño como sus compañeros?
- b) ¿Responde el niño a los estímulos provenientes del medio o mantiene una conducta autoestimuladora?
- c) ¿Qué lenguaje tiene el niño? ¿es completamente “mudo”? ¿usa sólo vocalizaciones autoestimuladoras? ¿es ecológico? ¿usa un lenguaje cercano al nivel correspondiente a su edad?
- d) ¿Realiza el niño conductas por su cuenta como alimentarse, vestirse, control de esfínteres y otras?
- e) ¿Cómo reacciona el niño ante peticiones, castigo o frustración?
- f) ¿Qué reforzadores son funcionales? ¿Responde al elogio, cosquillas o es necesario utilizar reforzadores alimenticios para motivarse a aprender? ¿come de todo o solo cierto tipo de alimentos? ¿come muy poco?

- g) ¿Está el niño bajo una dieta especial o está tomando medicamentos? ¿ha tenido el niño convulsiones epilépticas? ¿está tomando el niño medicamentos anticonvulsivos? ¿Qué medicamentos y cuáles son los efectos secundarios?
- h) ¿Qué características positivas especiales presenta el niño? ¿Qué conductas problema específicas? ¿Qué problemas de salud especiales tiene el niño? ¿requiere de algún control o cuidado especial?
- i) Si el niño se autoagrede ¿Cuál es la topografía, tasa y aparente motivación de la conducta autoagresiva?

✓ *Tests de inteligencia*

Los test de inteligencia proveen una visión general acerca del nivel de desarrollo del lenguaje, destrezas motoras, desviaciones de la atención y otras características que pueden tener relevancia para el diseño de la intervención.

Entre ellos se incluyen Las escalas de Stanford-Binet y de Wechsler usadas con niños y adolescentes que utilizan frases y oraciones funcionales. El Perfil psicoeducativo PPE que es un inventario de conductas y destrezas diseñado para identificar patrones de aprendizaje dispares e idiosincrásicos en niños funcionando a nivel preescolar dentro de un rango cronológico de 1 a 12 años de edad; este test muestra funciones del desarrollo de los niños en siete áreas centrales: imitación,

percepción, motora fina, motora gruesa, integración oculomanual, rendimiento cognoscitivo y cognitivo verbal.

✓ *Inventarios Conductuales*

Existen dos tipos de inventarios conductuales: Los diagnósticos que tienen como objetivo diferenciar a los niños autistas de otros niños afectados seriamente por otros problemas y los descriptivos que buscan identificar la presencia o ausencia de conductas consideradas como básicas para un funcionamiento normal.

Escala de evaluación de la conducta, EEC de Kozloff. Consta de seis campos de habilidades (disposición para el aprendizaje, imitación motora, imitación verbal, lenguaje funcional, deberes o tareas domésticas y hábitos de autonomía) en los que figuran conductas aceptables que es preciso aumentar, conseguir que el niño haga mejor o enseñarle a practicarlas en el momento y lugar apropiados (Kozloff, 1980)

Escala de madurez social Vineland. (Doll, 1965), incluye ítems que representan conductas básicas de autoayuda, lenguaje y de tipo social que son representadas de acuerdo a su aparición por edad cronológica.

✓ *Registro de respuesta múltiple o extra-experimental*

Es un procedimiento de observación estructurado de Lovaas, Freitag y Kassorla (1965) que permite registrar conductas en cinco categorías: autoestimulación, habla ecológica o bizarra, habla apropiada, conducta social no verbal y juegos apropiados.

✓ *Formularios para el análisis conductual con niños*

Cautela, Cautela y Esonis (1983) presentan una serie de cuestionarios que permite obtener información de la historia conductual del sujeto, inventario del estado actual de la conducta, inventario de horarios de reforzamiento de niños o adolescentes y cuestionarios para determinar conductas a intervenir, de estos últimos algunos son:

Inventario de la conducta asertiva en niños y adolescentes

Inventario de claves físicas de la tensión y ansiedad en niños y adolescentes

Inventario de temores en niños y adolescentes

Inventario de reacción de los padres

Inventarios de quejas físicas en niños y adolescentes

Inventarios del estado actual de la conducta en la escuela

Escuela de autoevaluación para niños y adolescentes

✓ *Instrumento de evaluación del autismo para la planificación educativa*

Krug, Arick y Almond (1980). El instrumento está compuesto por cinco autoexámenes que permiten obtener información relevante de las áreas fuertes y débiles del niño; el primer subtest “marcación del comportamiento del autismo”, segundo subtest “muestra de conducta vocal”, el tercer subtest “evaluación de la interacción”, cuarto subtest “evaluación educativa de destrezas funcionales” y el quinto subtest “prognosis de la tasa de aprendizaje”.

5.5 Criterios diagnósticos

A continuación se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) según el **DSM-5** (APA, 2013).

A Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes

A.1 Deficiencias en la reciprocidad socioemocional; por ejemplo:

- Acercamiento social anormal,
- Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos,
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos,
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales

A.2 Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada,
- Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal,
- Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos,
- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal

A.3 Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

- Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales,
- Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos,
- Ausencia de interés por las otras personas

B Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos)

B.1 Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

- Estereotipias motrices simples,
- Alineación de juguetes,
- Cambio de lugar de los objetos,
- Ecolalia,
- Frases idiosincráticas

B.2 Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo:

- Elevada angustia ante pequeños cambios,
- Dificultades con las transiciones,
- Patrones de pensamiento rígidos,
- Rituales de saludo,
- Necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día

B.3 Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

- Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales,
- Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes

B.4 Híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los

aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo:

- Aparente indiferencia al dolor/temperatura,
- Respuesta adversa a sonidos y texturas específicas,
- Oler o tocar excesivamente objetos,
- Fascinación visual con luces o movimientos

C Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

D Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.

E Estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. La discapacidad Intelectual (DI) y el TEA se encuentran frecuentemente unidas. Para poder realizar un diagnóstico del TEA y del DI con comodidad, la comunicación social debe situarse por debajo de lo esperado a nivel general del desarrollo.

Niveles de gravedad

Grado 1: “Necesita ayuda” Sin ayuda *in situ*, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas.

Grado 2: “Necesita ayuda notable” Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda *in situ*; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas.

Grado 3: “Necesita ayuda muy notable” Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas.

Diagnóstico diferencial

Síndrome de Rett

Mutismo selectivo

Trastornos del lenguaje y trastorno de la comunicación social (Pragmático)

Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo del lenguaje) sin trastorno del espectro autista

Trastorno de movimientos estereotipados

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Esquizofrenia

5.6 Intervención para el trastorno del espectro autista

A continuación se hará una descripción breve de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de niños y adolescentes con TEA, dirigidos a fortalecer las diferentes áreas de desarrollo favoreciendo la autonomía en el diario vivir.

Existen diversos modelos de intervención, la clasificación que se describirá a continuación fue propuesta en 1997 por el grupo Mesibov - Roberts J, Prior, M. A (2006):

5.6.1 Intervenciones psicodinámicas

Las intervenciones iniciales dadas por el modelo se remontan a la teoría de Kanner y Bettelheim sobre las madres nevera, una postura que no tuvo credibilidad y que aun en la actualidad es descrita como falsa; sus intervenciones en los trastornos del espectro autista se han demostrado como inválidos y rechazado en el campo de la psicología.

Actualmente, no son usadas estas intervenciones pues se dice que parten de una interpretación arcaica el TEA como daño emocional secundario a la falta de desarrollo de un vínculo estrecho del niño con los progenitores, especialmente la madre; no existe evidencia de que el autismo tenga una causa psicológica y los tratamientos psicoanalíticos (holding therapy, gentle teaching, Pheraplay) no han demostrado evidencia en estudios rigurosos de investigación, Mulas y cols (2010).

5.6.2 Intervenciones biomédicas

Se han realizados muchos intentos científicos con miras a “curar” el autismo, para lo cual ninguno de estos tratamientos ha demostrado evidencia científica.

✓ Medicación

Según Broadstock & Doughty (2003) No existe un tratamiento médico para las manifestaciones nucleares del autismo, aunque algunas medicaciones tratan los síntomas y las enfermedades que suelen asociar los niños con TEA, como la epilepsia, los trastornos de conducta o las alteraciones del sueño. Fármacos específicos como naltrexona, secretina o ACTH se han demostrado inefectivos.

✓ Medicina complementaria y alternativa

Este intento de tratamiento no ha demostrado eficacia, e incluso algunos pueden resultar potencialmente dañinos, ejemplo de intervenciones con medicina complementaria son: las dietas de exclusión (libres de gluten o caseína), (Christison & Ivany K, 2006) los tratamientos antimicóticos o con quelantes, la evitación de la vacuna triple vírica (Demicheli, Jefferson, Rivetti, Price, 2005) o los suplementos dietéticos o vitamínicos (Kern, JK. 2001).

5.6.3 Intervenciones psicoeducativas

✓ Intervenciones conductuales

Buscan enseñar a niños y adolescentes nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas estructuradas, como:

a) Programa Lovaas. El Dr. Lovaas, en la Universidad de California-Los Ángeles, desarrolló el Young Autism Project, proponiendo un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado. A pesar de que con su método se consiguen mejorar habilidades como la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, ha sido criticado por los problemas en la generalización de las conductas aprendidas para un uso en un ambiente natural espontáneo, por basar sus resultados fundamentalmente en la mejora del cociente intelectual (CI) y porque el medio de aprendizaje altamente estructurado no es representativo de las interacciones naturales entre adultos y niños. Mulas y cols. (2010)

b) Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo. Se basa en promover conductas mediante refuerzos positivos y extinguir las no deseadas eliminando consecuencias positivas, buscando un mecanismo de ‘extinción’. Algunos de los modelos basados en ABA contemporáneo son: Pivotal Response Training (PRT), Natural Language Paradigm (NLP) e Incidental Teaching.

✓ Intervenciones evolutivas

Estas intervenciones permiten al niño a desarrollar relaciones positivas y significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, así como desarrollar habilidades para la vida diaria (funcionales y motoras).

Hacen parte de las intervenciones evolutivas:

- a) Floor Time (tiempo suelo) DIR (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model): modelo de desarrollo basado en las diferencias individuales y en las relaciones.
- b) Responsive Teaching (RT): educación en responsabilidad.
- c) Relationship Development Intervention (RDI): intervención para el desarrollo de relaciones.

✓ Intervenciones basadas en terapias

Buscan trabajar dificultades específicas, generalmente centrándose en el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación (patología del lenguaje) o en el desarrollo sensoriomotor con apoyo de (terapia ocupacional).

Ejemplos de ellas son:

- a) Intervenciones centradas en la comunicación: estrategias visuales e instrucción con pistas visuales, lenguaje de signos, sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), historias sociales (social stories), dispositivos generadores de lenguaje (SGDs), comunicación facilitada (FC), y entrenamiento en comunicación funcional (FCT).
- b) Intervenciones sensoriomotoras: entrenamiento en integración auditiva (AIT) e integración sensorial.

✓ Intervenciones basadas en la familia

Su premisa enfatiza la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para las necesidades del niño. Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia. Ejemplo de ellas son el programa PBS (Family-Centred Positive Behaviour Support Programs) y el programa Hanen (More than Words).

✓ Intervenciones combinadas

Estas integran elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces: por ejemplo el modelo SCERTS, el modelo TEACCH, el modelo Denver y el modelo LEAP.

5.7 Relación vincular y autismo

Para Winnicott, el afecto es el principal organizador de la vida relacional, el niño va integrándose a medida que los adultos significativos reconocen y leen sus sentimientos y estados internos.

Estudios demuestran que de la calidad del vínculo que la madre logre establecer con su bebe, hay aspectos genéticamente heredados en el bebé en relación a la disposición que muestra desde el inicio en el momento que intenta comunicarse con otros (Stolorow, Orange y Alwood 1998) y también en la importancia de un estado emocional en la madre que le permita adecuarse al bebe, reconocerlo y representarlo (Stern, 1995).

En 1996 Winnicott al hablar del autismo mencionaba la importancia de la presencia, la satisfacción de deseos y fantasías de la madre como un elemento fundamental para permitir el desarrollo del niño. Así: “si los padres se ocupan de todas las minucias del cuidado de un bebe, lo cual a menudo incluye no hacer nada más que estar junto a el-es muchísimo lo que ocurre en términos del desarrollo emocional del bebe: el proceso de integración que lo lleva a ser autónomo, la capacidad de avenirse a su propio cuerpo y los primeros pasos del bebe en las relaciones objétales se verán favorecidas”.

Es fundamental el encuentro primario, el cual se da dentro de patrones de relación no verbales, localizados en registros corporales y afectivos, coreográficos (movimientos) y cinestésicos, que sirve como pilar para que el niño logre desarrollar más tarde las formas verbales simbólicas de comunicación, que tienen que ver con el lenguaje y la inmersión al mundo social.

El establecimiento del lenguaje y la comunicación por lo tanto parece ser esencialmente interactivo y su significado se constituye a partir de una respuesta frente a la acción del bebe, en la interacción con su madre.

Es así como la relación vincular ejerce un papel importante en la detección e intervención del trastorno del espectro autista y un vínculo favorable posibilitará un pronóstico favorable en los casos de TEA.

5.8 Detección Temprana del TEA

En el estudio Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista, Hernández y cols. (2005) definen unos parámetros prácticos y acordado (en la línea marcada por Filipek et al, de la Academia Norteamericana de Neurología (1999) el proceso que se ha de seguir para garantizar una eficaz detección temprana de los TEA. Tal proceso implica dos niveles: vigilancia del desarrollo, nivel 1; y detección específica, nivel 2. La detección debe ir seguida del inicio del proceso diagnóstico y de la intervención temprana; por tanto, el proceso se completa con un tercer nivel, que implica la derivación a un servicio diagnóstico especializado y la puesta en marcha del programa de atención temprana.

En el primer nivel de vigilancia del desarrollo es importante fijarse en el desarrollo infantil, de forma rutinaria, en el programa de seguimiento del niño sano (lactancia, infancia, edad preescolar e incluso primeros años de escolaridad) y en las escuelas

infantiles. Este nivel de intervención se debe aplicar a todos los niños, de tal manera que aporte al pediatra o al educador una razonable certeza de que el niño presenta un desarrollo normal. La vigilancia rutinaria del desarrollo implica:

- a) Considerar aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de autismo

*Existencia de un familiar directo con diagnóstico de TEA.

*Niño adoptado, con antecedentes biológicos desconocidos o de riesgo (exposición prenatal al alcohol, drogas, etc.).

*Síndrome genético relacionado con autismo (síndrome X frágil, esclerosis tuberosa, etc.).

- b) Considerar los motivos de preocupación de los familiares, estudios señalan que los comportamientos más llamativos para los familiares en un primer momento son los relacionados con las alteraciones de la comunicación, especialmente la ausencia del lenguaje oral, no responder a su nombre o parecer tener problemas de oído y no mirar a los ojos. Estos comportamientos van seguidos de alteraciones en las relaciones sociales.

- c) Controlar el desarrollo, para la identificación de los TEA en la población general es importante la vigilancia al final del primer año de vida (12 meses); luego, a los 2 años y, posteriormente, entre los 4 y 5 años (especialmente para los casos de trastorno de Asperger, que han podido pasar desapercibidos anteriormente) El

seguimiento del desarrollo implica usar sistemáticamente las escalas de valoración.

- d) Valorar los parámetros del desarrollo socio comunicativo, pues los TEA implican una alteración cualitativa en la adquisición de determinadas habilidades específicas, la vigilancia exige valorar los parámetros a continuación según el listado del British Columbia Ministry (1999) que determina los hitos de desarrollo esperados a los 9, 12, 15, 18 y 24 meses, y puede ser una ayuda para valorar la presencia de determinadas habilidades normales:

*9 meses Sigue con la mirada cuando el cuidador señala y exclama: ‘¡mira el... (un objeto familiar)!’.

*12 meses (lo anterior más lo siguiente) – Intenta obtener un objeto fuera del alcance, para lo que llama la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo un contacto visual (acción protoimperativa). – Balbuceo. – Gesticulaciones (señalar, hacer adiós con la mano).

*15 meses (lo anterior más lo siguiente) – Establece contacto visual cuando habla con alguien. – Extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos. – Muestra atención compartida (compartir el interés por un objeto o actividad). – Responde de forma consistente a su nombre. – Responde a órdenes simples. – Dice ‘papá’ y ‘mamá’ con sentido. – Otras palabras simples (16 meses).

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

*18 meses (lo anterior más lo siguiente) – Señala partes de su cuerpo. – Dice algunas palabras con significado. – Hace juego simbólico (muñecos, teléfono). – Responde cuando el examinador señala un objeto. – Señala un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto (acción protodeclarativa). – Trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos.

*24 meses (lo anterior más lo siguiente) – Utiliza frases de dos palabras. – Imita tareas domésticas. – Muestra interés por los otros niños. – Frases espontáneas (no sólo ecológicas) de dos palabras a los 24 meses.

- e) Valorar la presencia de señales de alerta, definidas por Filipek (1999) tales como: No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses. No dice palabras sencillas a los 18 meses. No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses. Cualquier pérdida en lenguaje o habilidad social.

Por otra parte, La autoridad sanitaria del estado de Nueva York, (1999) da el siguiente listado de signos de alarma para niños de 0 a 3 años: – Retraso o ausencia del habla. – No presta atención a las otras personas. – No responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás. – Falta de juego simbólico, ausencia de imaginación. – No muestra interés por los niños de su edad. – No respeta la reciprocidad en las actividades de ‘toma y daca’. – Incapaz de compartir placer. – Alteración cualitativa en la comunicación no verbal. – No señala objetos para dirigir la atención de

otra persona. – Falta de utilización social de la mirada. – Falta de iniciativa en actividades o juego social. – Estereotipias o manierismos de manos y dedos. – Reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sonoros.

En el segundo nivel, cuando hay una razonable sospecha de que el niño no sigue un desarrollo normal y se comprueba la presencia de señales de alerta, hay que pasar al nivel 2: la detección específica.

*Detección específica a partir de los 36 meses, conviene recordar que la presencia de alteraciones en las siguientes áreas justifica la derivación a una evaluación diagnóstica (modificado de Rivière (2000) y Le Couteur (2003)): *Comunicación* Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente en la comprensión; escaso uso del lenguaje; pobre respuesta a su nombre; deficiente comunicación no verbal (por ejemplo, no señalar y tener dificultad para compartir un ‘foco de atención’ con la mirada); fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros. *Alteraciones sociales* Imitación limitada (por ejemplo, aplaudir) o ausencia de acciones con juguetes o con otros objetos; no ‘muestra’ objetos a los demás; falta de interés o acercamientos extraños a los niños de su edad; escaso reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas; no realiza juegos de ficción: no representa –con objetos o sin ellos– situaciones, acciones, episodios, etc. (p. ej., no se une a otros en juegos de imaginación compartidos); ‘en su propio mundo’; fracaso a la hora de iniciar juegos simples con otros o participar en juegos sociales sencillos; preferencia por actividades solitarias; relaciones extrañas con adultos (que oscilan entre una excesiva intensidad y una llamativa indiferencia). *Alteración de los intereses, actividades y conductas*

Insistencia en la igualdad y/o resistencia a los cambios en situaciones poco estructuradas; juegos repetitivos con juguetes (por ejemplo, alinear objetos, encender y apagar luces, etc.). También puede manifestarse hipersensibilidad a los sonidos y al tacto; inusual respuesta sensorial (visual, olfativa); manierismos motores; morder, pegar, agredir a iguales; oposición al adulto; etc.

* Detección específica a partir de los 5-6 años, los siguientes rasgos pueden alertar a los profesores y otros profesionales de la posibilidad de un trastorno de este tipo y aconsejar la derivación a una evaluación específica (adaptado de Le Couteur (2003)): *Alteraciones de la comunicación* Desarrollo deficiente del lenguaje, que incluye mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para la edad del niño o grupo social.

Limitado uso del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo sobre temas específicos de su interés. *Alteraciones sociales* Dificultad para unirse al juego de otros niños o intentos inapropiados de jugar conjuntamente (puede manifestar agresividad y conductas disruptivas): – Falta de cumplimiento de las normas de la clase (criticar a los profesores, no cooperar en las actividades de clase, limitada habilidad para apreciar las normas culturales (por ejemplo, la moda en el vestir, el estilo del habla, los intereses, etc.). – Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado. – Fracaso en la relación normal con adultos (demasiado intensos o inexistentes). – Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se le presiona con consignas distintas a su foco de interés). *Limitación de intereses, actividades y conductas* Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque suele crear solo/a y ciertos escenarios imaginarios (copiados de los

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

vídeos o dibujos animados): – Dificultad de organización en espacios poco estructurados. – Inhabilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas, incluso en aquellas en las que los niños disfrutaban, como excursiones del colegio, cuando falta una profesora, etc.

Finalmente, es posible que se produzca un tercer nivel, que implica la derivación a un servicio diagnóstico especializado y la puesta en marcha del programa de atención temprana.

6. Análisis del caso

El objetivo principal de este estudio de caso fue determinar la influencia de la detección temprana de un TEA y su impacto en el pronóstico favorable para un paciente de 4 años mediante el análisis teórico y la evaluación de resultados obtenidos en el abordaje clínico previniendo el deterioro de su funcionalidad.

Para este caso en particular, se tomó como punto de partida la sospecha inicial de la docente de aula quien observa comportamientos que la llevan a hacer una remisión a psicología para valoración del niño, el proceso seguido luego de recibir el caso fue apoyado por interconsulta con especialistas en neuropediatría, fonoaudiología y terapia ocupacional; con los cuales se establece un diagnóstico en conjunto de trastorno del espectro autista en presentación leve o grado 1 “necesita ayuda” apoyado por los criterios diagnósticos del DSM-V (2014).

La detección temprana del TEA posibilitó el pronóstico favorable para el paciente, pues de acuerdo a la revisión teórica los estudios afirman que entre más corta sea la edad del niño diagnosticado y su intervención se verá favorecida la funcionalidad en los diferentes contextos.

En este caso, tan pronto se realiza el diagnóstico se inicia intervención con fonoaudiología y terapia ocupacional para favorecer el desarrollo del lenguaje y el desempeño escolar.

Por otra parte, el proceso psicoterapéutico incluye la intervención desde la terapia cognitivo conductual, si bien el uso de la misma en niños es cada vez más frecuente, en ocasiones se vislumbran dificultades para adecuar el contenido al desarrollo evolutivo de los niños, lo que implicaría adaptaciones particulares a la edad y a las características particulares de cada paciente. (Martinez Pardo, 2010).

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente (Plaud, 2001).

Desde el punto de vista fenomenológico, se señalan cuatro rasgos de la TCC en la actualidad:

- ✓ 1. La Terapia Cognitiva Conductual, es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y considera que tienen poco o ningún control sobre ellos. La TCC considera que el individuo tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)
- ✓ 2. Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la TCC cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo

plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques transdiagnóstico hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)

- ✓ 3. La TCC tiene en general una naturaleza educativa que puede a ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012)
- ✓ 4. La TCC posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Estas características son herederas de la adopción del conductismo metodológico como principal eje vertebrador de la TCC, y probablemente la seña de identidad más genuina de la TCC actual. (Ruiz, Díaz , & Villalobos, 2012).

Mahoney y Arnoff (1988) en (Sánchez Meca, Rosa Alcazár , & Olivares Rodriguez, 1999), distinguieron tres grandes grupos de terapias cognitivos conductuales: Las terapias centradas en crear habilidades a la hora de enfrentarse y manejar las situaciones problema, las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva y las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución.

La TCC ofrece programas individualizados con objetivos específicos y realistas para ayudar a tratar psicopatologías e inducir emociones positivas; las técnicas que comprenden el modelo implementadas para este caso son las siguientes:

- ✓ **Moldeamiento:** Reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta terminal y la extinción de las aproximaciones anteriores; se usa para instaurar conductas que no existe en el repertorio del paciente.
- ✓ **Modelado:** Consiste en que una persona competente en las conductas objeto del entrenamiento, las emita de forma adecuada en presencia de los sujetos que van a ser entrenados y esta ejecución sea reforzada. El modelo ha de ser similar al observador en cuanto a factores sociales y grupo de referencia. Que no sea excesivamente competente, y debe mostrar una actitud amistosa y cercana al observador. Su actitud ha de ir seguida de consecuencias positivas, es importante que se empleen varios modelos.
- ✓ **Ensayo conductual:** Consiste en practicar masivamente las conductas que son objeto de intervención para valorarlas y en consecuencia reforzarlas o no inmediatamente. El ensayo conductual se puede realizar de forma real o encubierta
- ✓ **Encadenamientos:** Consiste en interrumpir una serie encadenada de conductas en los primeros eslabones de la cadena; elaborar una cadena de conductas o pasos que se refuerzan y son necesarios que permanezcan para lograr la conducta meta. Se usa para lograr series de respuestas partiendo de unas ya existentes en el repertorio del paciente.

- ✓ Economía de fichas: Establecimiento o reorganización de contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores que existen en el ambiente del paciente, usando un reforzador generalizado cuya emisión se puede controlar de forma completa.
- ✓ Tiempo fuera: Busca lograr que el niño emita determinadas conductas asegurando que no obtenga ningún tipo de reforzamiento ante su emisión. Se logra retirando las condiciones del medio ambiente que permiten la obtención de refuerzos o se retira al niño del medio; ambos procedimientos han de ser contingentes a la emisión de la conducta indeseable.
- ✓ Entrenamiento de las habilidades sociales y emocionales: durante la enseñanza de estrategias de entrenamiento se emplean un conjunto de técnicas conductuales y cognitivas enfocadas en adquirir conductas socialmente efectivas que la persona no tiene en su repertorio y la modificación de las conductas de relación interpersonal que el sujeto posee pero que son inadecuadas. Para Caballo (citado en Monjas Casares, 1993) el entrenamiento en habilidades sociales implicaría una enseñanza de conductas específicas que la persona debe incorporar a su repertorio de conductas, poder disminuir la ansiedad en situaciones socialmente problemáticas mediante estrategias adecuadas y poder reestructurar cognitivamente las evaluaciones erróneas.

Sumado a las técnicas propias de la TCC la intervención con la familia resulta ser indispensable y alentadora para los avances del tratamiento ; El impacto en las familias

se caracteriza, sobre todo, por la presencia de estrés que en el caso del trastorno del espectro autista (TEA), suele ser superior al de las familias con hijos que presentan una discapacidad intelectual sin autismo, se realizó psicoeducación familiar en cuanto a las fases de shock, negación, depresión y realidad (reacción), además del entrenamiento para el manejo de conductas en casa; Y es evidente que los padres y las madres necesitan apoyo y asesoramiento profesional regular, para hacer frente al reto que supone la convivencia con un hijo/a afectado de TEA. La gravedad del impacto varía en cada caso, y en función de tres variables: recursos familiares (psicológicos, socioeconómicos y apoyo social); ajuste de la pareja (salud mental y calidad de las relaciones conyugales); y características individuales del TEA. McAdoo & DeMyer (1978).

A su vez, es importante mencionar que al tratamiento está apoyado por las interconsultas con neuropediatría, fonoaudiología, terapia ocupacional y psiquiatría infantil, en control actual. Los avances en cuanto al curso del tratamiento son significativos en la medida en que se ha visto favorecida la interacción social del paciente, el lenguaje, el desempeño académico; el apoyo familiar posibilita que la intervención sea constante y se dé cumplimiento a las tareas asignadas y los objetivos terapéuticos.

7. Conclusiones y Discusión

La detección temprana de los trastornos del espectro autista favorece el pronóstico favorable de los casos, pues aprenderán en la primera infancia conductas más adaptativas que favorecerán su funcionalidad.

De esta forma, se hace necesario conocer las conductas y rasgos característicos que permiten detectar los casos en los que se puede apreciar la presencia del trastorno de espectro autista, pueden ser; sordera aparente paradójica, falta de respuesta a llamadas e indicaciones, no comparte ‘focos de atención’ con la mirada, tiende a no mirar a los ojos, no mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan, no mira lo que hacen las personas, no suele mirar a las personas, presenta juego repetitivo o rituales de ordenar, se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones, se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa, las novedades le disgustan, atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de vídeo, coge rabieta en situaciones de cambio, carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecolalia o poco funcional, resulta difícil ‘compartir acciones’ con él o ella, no señala con el dedo para compartir experiencias, no señala con el dedo para pedir, frecuentemente ‘pasa’ de las personas, como si no estuvieran, parece que no comprende o que ‘comprende selectivamente’ sólo lo que le interesa, pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano, no suele ser él quien inicia las interacciones con adultos, para comunicarse con él, hay que ‘saltar un muro’: es decir, hace falta ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos, tiende a ignorar cuando se

le habla; este compendio de conductas generan la alerta inicial en los primeros años de vida que llevarían a los padres, docentes y cualquier otra persona que tenga la sospecha a recurrir a una evaluación sistemática para determinar la presencia o no de un trastorno del espectro autista.

En esta medida, la evaluación de los TEA debe realizarse a tiempo, pues la detección precoz es fundamental para poder incidir de manera satisfactoria e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo (Mulas y cols, 2010). Por lo tanto, los profesionales, docentes de primera infancia, padres de familia y pediatras de atención primaria deben conocer los signos de alarma y ante la presencia de rasgos autistas, derivar a un centro de atención temprana o a los servicios de neuropsiquiatría.

Al respecto, existe una gran variedad de instrumentos que ayudan a realizar una muy buena evaluación del autismo y que fueron mencionados para mayor información en el marco teórico, que además permiten identificar el nivel en el que se encuentra el niño y su funcionalidad en los diferentes contextos; entre los instrumentos con más auge esta la lista de cotejo de la conducta autista Krug, Arick y Almond, 1980.

Posterior a la evaluación, se esperaría un tratamiento específicamente diseñado acorde a las necesidades de cada caso en particular, un proceso de atención temprana definida, según el Libro blanco de la atención temprana, como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar pronta respuesta a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de

padecerlos. De esta forma la atención temprana orienta su intervención en tres esferas: el niño, su familia y el entorno. Millá y Mulas (2010).

El éxito de la intervención, estaría dado por la selección de un buen método que sea adecuado, que asuma el hecho de informar, contener y acompañar a la familia, mantener un contacto estrecho con los centros de atención temprana y educativos, y, además, asesorar respecto a las posibilidades de escolarización, para aprovechar mejor los recursos al alcance de las familias. Mulas y cols. (2010).

La evidencia sugiere unos elementos comunes que ha de tener un buen programa de intervención Council, NR. (2001) Rogers SJ. (1998) y son:

- ✓ Entrada precoz en el programa, sin esperar al diagnóstico definitivo.
- ✓ Intervención intensiva, el mayor número de horas que el niño pueda recibir por sus características.
- ✓ Baja tasa de niño-profesor, con numerosos momentos de terapia 1 a 1, para conseguir objetivos individualizados.
- ✓ Inclusión de la familia en el tratamiento.
- ✓ Oportunidades de interacción con niños sin problemas de su misma edad.
- ✓ Medición frecuente de los progresos.
- ✓ Alto grado de estructuración, con elementos como una rutina predecible, programas de actividades visuales y límites físicos para evitar la distracción.

- ✓ Estrategias para la generalización y perpetuación de las actividades aprendidas.
- ✓ Uso de un programa basado en la evaluación que promueva: a) Comunicación funcional y espontánea; b) Habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado); c) Habilidades funcionales adaptativas para alcanzar mayor responsabilidad e independencia (p. ej., manejo del dinero); d) Reducción de las conductas disruptivas o maladaptativas; e) Habilidades cognitivas, como el juego simbólico y el tomar un punto de vista; f) Habilidades de destreza y académicas, según su grado de desarrollo, y g) Desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección, etc.).

Cabe subrayar, los métodos de intervención para el TEA, estableciendo una balanza frente a su efectividad, inicialmente hablemos de las intervenciones psicodinámicas calificadas como las menos prometedoras, actualmente son poco usadas porque no han demostrado evidencia frente al autismo; por otra parte, las intervenciones biomédicas no han demostrado eficiencia científica alguna, lo que presupone que no es útil para ser usada como única opción pero es posible que sea favorable combinada con otros procedimientos; en este orden, las intervenciones psicoeducativas han demostrado ser las más usadas por sus evidencias expuestas, estas incluyen el programa Lovaas, Análisis aplicado de la conducta (ABA), que son intervenciones psicoeducativas las evolutivas, basadas en terapias específicas, basadas en la familia y finalmente las

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

intervenciones combinadas que comúnmente son las que se espera se trabaje con los trastornos del espectro autista, involucrando elementos de los diferentes modelos adaptados a cada caso en particular, acorde al coeficiente intelectual y los déficits del paciente a intervenir.

Ahora bien siguiendo con el tema de la detección temprana del TEA, sabemos que estas alteraciones se detectan antes de los tres años, sin embargo hay algunos casos que se detectan años después, los últimos estudios han intentado afinar la descripción clínica, lo que ha aportado a la evaluación y a los nuevos métodos de diagnóstico; pero aun así se carece de instrumentos clínicos que los identifiquen objetivamente (Hernández y cols. 2005); el diagnóstico especializado es un procedimiento costoso y complejo, dependiente de un juicio clínico informado, que debe reservarse para aquellos casos en los que esté justificado. Sin embargo, la detección temprana de aquellos casos en los que el diagnóstico esté indicado es un proceso simple y no costoso, que permitirá normalizar la acción profesional.

En esa medida, es posible identificar señales de alerta o sospecha y por ende reconocer el autismo en los primeros años de vida; en consecuencia se puede decir que existe un espectro de afectación que supera las primeras descripciones de Kanner del año 1943, pues es posible identificar los TEA bastante antes de lo que se hace en la práctica habitual y numerosos estudios demuestran que, a pesar de no conseguir su curación, con la intervención temprana es posible mejorar su pronóstico y la experiencia de sus familias. Por tanto, el desafío actual radica en aplicar este conocimiento

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

específico y de la mejor manera posible para la identificación temprana de los trastornos del espectro autista lo cual genere avances que sirvan de base estadística en el estudio de los TEA.

Si bien, el autismo aun es un tema en estudio, uno de los hechos aceptados internacionalmente es que la detección e intervención precoces del trastorno tienen efectos claramente positivos sobre el pronóstico de los niños que lo padecen (Dawson y Osterling, 1997; National Research Council, 2001; Rogers, 1998). Si el diagnóstico precoz va seguido de una intervención temprana, el pronóstico será mejor, especialmente en el control del comportamiento, las dificultades de comunicación y las habilidades funcionales en general.

Estudios como, el estudio sobre la eficacia de la atención temprana menciona que el autismo continua siendo un trastorno difícil de abordar, ya que en la mayoría de los casos se requieren intervenciones amplias, intensivas y a largo plazo (Kasari, et al., 2001).

Autores como Canal y cols. (2006) indican que la intervención temprana más eficaz es la que se basa en un conocimiento en profundidad sobre la naturaleza del autismo en general, combinado con un conocimiento amplio de las diferentes técnicas de intervención que podrían utilizarse en cada caso y con la aplicación de un programa individualizado, basado en una evaluación amplia y detallada del niño. (Marcus, Garfinkle y Wolery, 2001).

Es así como los datos de estudios de intervención temprana admiten que ésta puede marcar la diferencia entre un pronóstico favorable o desfavorable, ya que diversos trabajos sugieren que si la intervención se pone en marcha antes de los tres años, se logran efectos mucho más beneficiosos que si se inicia después de los cinco años (Woods y Wetherby, 2003) y que algunas metodologías de intervención temprana pueden ser rentables en términos de coste-beneficio, dando lugar a un ahorro en los costes de los servicios de apoyo y de educación especial que se ha contabilizado en cerca del millón de dólares por persona para un periodo de edad de 3 a 55 años (Jacobson, Mulick y Green, 1998).

Por otra parte, el estudio de Hernández y cols. 2005 resalta la necesidad de primer orden detectar los casos tan pronto como sea posible según los niveles de detección temprana descritos anteriormente en el apartado de marco teórico; no se cuestionan los grandes beneficios de la atención temprana y tampoco de que el logro de esos beneficios pasa por una detección precoz, pero igualmente cabe destacar que la identificación precoz es beneficiosa también porque produce efectos que van más allá de los resultados para el propio niño que presenta el trastorno, ya que al igual que ocurre con otras enfermedades graves de la infancia, el diagnóstico temprano de una alteración como el autismo, puede ayudar a dar un consejo genético más apropiado a las familias.

Conforme a que la detección temprana es crucial para emplazar medidas terapéuticas preventivas, no es lo que sucede muy comúnmente, pues existe un retraso

considerable desde el momento que los padres sospechan el retraso en el desarrollo y el momento en que reciben una evaluación diagnóstica; como lo menciona en su estudio Hernández y cols. (2005) las barreras que provocan este reconocimiento tardío de los TEA se encuentran en los canales de detección:

- ✓ **Ámbito familiar:** Los padres tienen dificultades para detectar los síntomas de las alteraciones comunicativo sociales en una fase temprana del desarrollo, tanto si se trata de padres primerizos como de padres expertos (Riviere, 2000).

Por consiguiente, las dificultades que tienen los padres de reconocer, comprender y aceptar el trastorno no son pequeñas cuando los profesionales están dando información completamente inesperada. Según Canal y cols. (2006) la mejor forma de resolver la dificultad de los padres para aceptar un diagnóstico de autismo consiste en dar a conocer a la sociedad en general una visión positiva y esperanzadora de qué es el autismo, así como destacar las ventajas que suponen la detección precoz y la atención temprana para el pronóstico futuro de la persona.

- ✓ **Ámbito sanitario:** Los pediatras y demás profesionales de la atención primaria a menudo carecen de la información y la formación necesaria, por lo que no reconocen las conductas alteradas. Además, con frecuencia tienden a pensar erróneamente que se trata de problemas leves o transitorios

en el desarrollo, o a recomendar la espera cuando detectan problemas de lenguaje.

- ✓ **Ámbito educativo:** Así como en el ámbito sanitario, en el educativo los docentes carecen de formación en el tema que les permita realizar una detección de posibles señales de alerta para posteriormente encausar una remisión para su valoración por especialista.
- ✓ **Ámbito de los servicios sociales:** el desarrollo de los equipos de valoración y orientación de los centros base de bienestar social y de las unidades de atención temprana es muy desigual, con una limitada formación en las alteraciones específicas del desarrollo infantil.

En definitiva, un programa de detección precoz aporta, la ventaja de poner en alerta a los pediatras o a los equipos de atención primaria llevándoles hacia una actitud más activa en relación al autismo, a la búsqueda de signos de alarma y a una mejor disposición para comprender y apoyar a las familias con un niño con autismo. Canal y cols. (2006). Para simplificar el interés por la identificación temprana en los trastornos del espectro autista (TEA) esta radica en la evidencia acumulada que establece que una intervención temprana específica, personalizada para el niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los casos.

8. Bibliografía

- Alvarez, A. V. (2013). “Intervenciones Psicológicas para el desarrollo emocional del niño con discapacidad y su familia”. Buenos Aires, Argentina.
- Arrebillaga, M. (2009). Autismo y trastornos del lenguaje. Primera edición, Ed. Brujas. Córdoba: Argentina.
- Asociación Psicológica Americana (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales American, DSM-5. Ed Médica Panamericana
- Belinchón, Mercedes. Lenguaje y autismo: hacia una explicación ontogenética. En Autismo, comprensión y explicación actual. Madrid. 200
- Bowlby, J. (1999). *Vinculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida* . Madrid: Morata.
- Buela, G., Caballo, V. & Sierra, J. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Siglo veintiuno de España editores, S.A.
- Caballo, V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1. España: Siglo XXI.
- Canal, R. et al (2006). La detección precoz del autismo. *Revista Scielo*. Madrid
- Council, NR. (2001) Educating children with autism. Washington DC: National Academy Express; 2001.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

De Myer, M., Barton, S., Alpern, G. Kimberlin, C., Allen, J., Yang, E. y Steele, R. (1974).

The measured intelligence of autistic children. *Journal of autism and childhood schizophrenia*, 4, 42-60

Etchepareborda, MC. (2005). Funciones ejecutivas y autismo. *Rev Neurol* 40 (Supl 1):

S155-62. 23.

Etchepareborda, MC. (2001) Perfiles neurocognitivos del espectro autista. *Rev Neurol* 32:

175-92.

Filipek PA, Accardo P, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, et al. (1999). The

screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 1999; 29: 439-84.

Freeman, B. y Ritvo, E. (1984). The síndrome of autism: establishing the diagnosis and

principles of management. *Pediatric Annals*, 13, 284-294

Freides, D. (2006). *Trastornos del Desarrollo: Un enfoque neuropsicológico*. Barcelona:

Editorial Ariel.

Happé, F. (1994). Introducción al autismo. *Psicología Alianza* Editorial

Hernández, J. y Cols (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los

trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología* 41, (4), 237-245.

Kazdin, A. E. (1994). Terapia de Habilidades en solución de problemas para niños con

trastornos de conducta. *Psicología Conductual*, 231-250.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

- Le Couteur A, (2003). National Autism Plan for Children (NAPC). London: National Autistic Society.
- López, E. (2017). La evaluación y detección temprana de los trastornos del espectro del autismo. Universidad del Valle. Monterrey, México
- López-Ibor JJ, Valdés M, editores. DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
- Martinez Pardo, B. (2010). Ejercicios para la comprensión de distorsiones cognitivas en niños de 8 a 10 años. *Uniroja*, Dialnet.
- Millá MG, Mulas F. (2010) Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista
- Ministerio de Salud y Conciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Javegraf
- Monjas Casares, M. (1993) Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS). Madrid. CEPE.
- Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol* 2010; 50 (Supl 3): S77-84.
- Newsom, C. y Rincover, A. (1981). Autism. En E. Mash y L. Terdal. *Behavioral assessment of childhood disorders*. Nueva York. Guilford Press.
- NY State Department of Health. (1999). Clinical practice guideline: the guideline technical report Autism/Pervasive Developmental Disorders. Assessment and intervention for

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

young children (age 0-3 years). Publication n. 4217. Albany: New York Department of Health;

Olley J. (2005). Curriculum and classroom structure. In Volkmar F, Paul R, Klin A, Cohen D, eds. Handbook of autism and pervasive developmental disorders. 3 ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. p. 863-81.

Polaino-Lorente, A. (1982). Introducción al estudio científico del autismo infantil. Madrid, Alhambra.

Ráez, L. (2006). Entendiendo el autismo: de Winnicott a la teoría del apego y la intersubjetividad. *Revista Fort Da. N° 9*

Rivière A. (2000). ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En Rivière A, Martos J, eds. El niño pequeño con autismo. Madrid: APNA-IMSERSO; p. 13-32

Rogers SJ. (1998) Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 168-79.

Rutter, M. (1974). The development of infantile autism. *Psychological Medicine*, 4, 147-163

Ruiz, M. A., Díaz , M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Tellegen, C, & Sanders, M. (2014). A Randomized Controlled Trial Evaluating a Brief Parenting Program With Children With Autism Spectrum Disorders. *The University of Queensland*

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Valdéz, D., Ruggieri, V. Autismo. Del diagnóstico al tratamiento. Paidós. 1° edición. 2011.

Bs. As. Argentina

Valdéz, Daniel. Ayudas para aprender. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas.

Paidós. 2009. Bs. As. Argentina

VV.AA. Libro blanco de la atención temprana. Madrid: Real Patronato sobre

Discapacidad; 2000.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

9. Anexos:

Anexo 1. Tarjeta de informe diario para la conducta escolar

TARJETA DE INFORME DIARIO PARA LA CONDUCTA ESCOLAR

Nombre del niño: CAMP Fecha: 01/09-16

Maestro(s):

Por favor, evalúe el comportamiento del niño durante el día de hoy en las áreas indicadas a continuación: Use una columna separada para cada asignatura o periodo de clase; use la siguiente escala: 1= Excelente, 2 = Bueno, 3 = Regular, 4 = Pobre, 5 = Muy pobre.

Luego ponga sus iniciales al final de la columna

Añada cualquier comentario sobre el comportamiento del niño al dorso de la tarjeta

| Comportamientos a ser evaluados: | Días de la semana | | | | |
|--|-------------------|--------|-----------|--------|---------|
| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| Participación en clase | 3 | 3 | 2 | 4 | 4 |
| Ejecución durante el trabajo en clase | 4 | 3 | 3 | 5 | 3 |
| Sigue las reglas del aula | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Se lleva bien con otros niños | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Calidad de las asignaciones (tareas escolares), si se le da alguna | 3 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| Iniciales del maestro | | | | | |

Por favor, comente al respaldo de la tarjeta

TARJETA DE INFORME DIARIO PARA LA CONDUCTA ESCOLAR

Nombre del niño: CAMP Fecha: 03/11-16

Maestro(s):

Por favor, evalúe el comportamiento del niño durante el día de hoy en las áreas indicadas a continuación: Use una columna separada para cada asignatura o periodo de clase; use la siguiente escala: 1= Excelente, 2 = Bueno, 3 = Regular, 4 = Pobre, 5 = Muy pobre.

Luego ponga sus iniciales al final de la columna

Añada cualquier comentario sobre el comportamiento del niño al dorso de la tarjeta

| Comportamientos a ser evaluados: | Días de la semana | | | | |
|--|-------------------|--------|-----------|--------|---------|
| | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| Participación en clase | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Ejecución durante el trabajo en clase | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| Sigue las reglas del aula | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Se lleva bien con otros niños | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 |
| Calidad de las asignaciones (tareas escolares), si se le da alguna | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 |
| Iniciales del maestro | | | | | |

Por favor, comente al respaldo de la tarjeta

Anexo 2. Escala de evaluación del autismo infantil CARS

C.A.R.S.
The childhood autism rating scale
Escala de valoración del autismo infantil

C.A.R.S. - Hoja de valoración

Instrucciones

Para cada categoría, use el espacio provisto debajo de cada escala para tomar notas relacionadas con las conductas relevantes a cada escala. Después de haber terminado de observar al niño valora las conductas relevantes a cada ítem de la escala. Para cada ítem rodea con un círculo el número que corresponda a la afirmación que mejor describa al niño. Puedes indicar que el niño se encuentra entre dos descripciones usando valoraciones intermedias de 1.5, 2.5 o 3.5. Para cada escala se presentan unos criterios abreviados de valoración. Vea el capítulo 2 del manual para los criterios detallados.

I. Relación con la gente

1. **No hay evidencia de dificultad o anormalidad en relación con la gente.** La conducta del niño es apropiada a su edad. Puede ser observado algo de timidez, nerviosismo o molestia cuando se le dice lo que debe hacer, pero no hasta un grado atípico.
1.5
2. **Relaciones ligeramente anormales.** El niño puede evitar mirar al adulto a los ojos, evitar al adulto o ponerse nervioso si se fuerza la interacción, ser excesivamente tímido, no ser tan sensible al adulto como es típico, depender de los padres más que la mayoría de los niños de su edad. ✓
2.5
3. **Relaciones moderadamente anormales.** El niño muestra frialdad (parece indiferente al adulto) a veces. Se necesitan intentos fuertes y persistentes para atraer la atención del niño, a veces. El niño puede iniciar contactos mínimos. ✓
3.5
4. **Relaciones profundamente anormales.** El niño está continuamente frío o indiferente respecto a lo que el adulto este haciendo. El o ella casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos más persistentes para atraer la atención del niño tienen algún efecto.

Observaciones:

II. Imitación

1. **Imitación apropiada.** El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos apropiados a su nivel de destreza.
2. **Imitación ligeramente anormal.** El niño imita simples conductas tales como aplaudir o sencillos sonidos verbales la mayoría del tiempo; ocasionalmente imita sólo después de darle un codazo, empujarlo o tras un retraso. 25 ✓
3. **Imitación moderadamente anormal.** El niño sólo imita parte del tiempo y requiere una gran cantidad de persistencia y ayuda del adulto; frecuentemente imita solo tras un retraso.
4. **Imitación profundamente anormal.** El niño nunca o raramente imita sonidos, palabras o movimientos incluso empujándolo ni con la ayuda del adulto.

Observaciones:

III. Respuesta emocional

1. **Respuestas emocionales apropiadas tanto a la situación y edad.** El niño muestra tanto el grado como el tipo apropiados de respuesta emocional como se indica por el cambio en la expresión facial, postura y manera.
2. **Respuestas emocionales ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra en cierta manera un tipo o grado inapropiado de reacciones emocionales. Las reacciones algunas veces no tienen ninguna relación con los objetos o acontecimientos que los rodean.
3. **Respuesta emocionales moderadamente anormales.** El niño muestra signos claros de tipo y/o grado inapropiados de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser bastante inhibidas o exageradas y sin ninguna relación con la situación, pueden hacer muecas, reírse o ponerse rígidos incluso aunque no estén presentes aparentemente objetos o acontecimientos que produzcan emoción. ✓
4. **Respuestas emocionales profundamente anormales.** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño está de un humor determinado, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones altamente diferentes cuando nada ha cambiado.

Observaciones:

IV. Uso del cuerpo

1. **Uso del cuerpo apropiado a la edad.** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación de un niño normal de su edad.
2. **Uso del cuerpo ligeramente anormal.** Pueden estar presentes algunas peculiaridades menores, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o aparición rara de más movimientos inusuales.
3. **Uso del cuerpo moderadamente anormal Conductas que son claramente raras o inusuales para un niño de su edad** puede incluir movimientos raros de los dedos, posturas peculiares tanto de los dedos como del cuerpo, mirar fijamente o arañarse el cuerpo, agresión dirigida contra sí mismos, columpiarse, girar, mover rápidamente los dedos o andar de puntillas. ✓3
4. **Uso del cuerpo profundamente anormal.** Los movimientos intensos y frecuentes del tipo arriba indicado son signos de un uso profundamente anormal del cuerpo. Estas conductas pueden persistir a pesar de los intentos para desanimarlos o implicar al niño en otras actividades.

Observaciones:

V. Uso del objeto

1. **Uso apropiado, e interés en juguetes y otros objetos.** El niño muestra un interés normal en juguetes y otros objetos apropiados a su nivel de destreza y usa esos objetos de manera apropiada. ✓1
2. **Interés ligeramente anormal, o uso ligeramente anormal de juguetes y otros objetos.** El niño puede mostrar un interés atípico en un juguete o jugar con él de un modo inapropiadamente infantil (por ejemplo golpeándolo o chupándolo)
3. **Interés y uso moderadamente inapropiado de los juguetes y otros objetos.** El niño puede mostrar poco interés en juguetes y otros objetos, o puede estar preocupado con el uso de un objeto o juguetes de un modo extraño. El o ella puede centrarse en alguna parte insignificante de un juguete, llegar a quedar fascinado con la luz que se refleja de un objeto, mover repetitivamente alguna parte del objeto, o jugar exclusivamente con un objeto.
4. **Interés y uso profundamente inapropiado del uso de juguetes u otros objetos.** El niño puede quedar enredado en conductas como las mostradas anteriormente, con una mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil distraer cuando está totalmente metido en estas actividades inapropiadas.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Observaciones:

VI. Adaptación al cambio

1. **Respuesta al cambio apropiada a la edad.** Mientras el niño puede darse cuenta o comentar los cambios en la rutina, acepta estos cambios sin una angustia indebida.
2. **Adaptación al cambio ligeramente anormal.** Cuando un adulto intenta cambiar las tareas el niño puede continuar la misma actividad o usar los mismo materiales.
3. **Adaptación moderadamente anormal al cambio.** El niño se resiste de manera activa a los cambios de rutinas, intenta continuar con su actividad, y es difícil de distraer. Puede llegar a enfadarse y ser infeliz cuando se altera una rutina establecida. 3.5 ✓
4. **Adaptación profundamente anormal al cambio.** El niño muestra reacciones profundas al cambio. Si se fuerza el cambio, puede enfadarse mucho o no cooperar y responder con rabietas.

Observaciones:

VII. Respuesta visual

1. **Respuesta visual apropiada a la edad.** La conducta visual del niño es normal y apropiada a su edad. La visión se usa conjuntamente con otros sentidos como modo de explorar el nuevo objeto.
2. **Respuesta visual ligeramente anormal.** Se debe recordar al niño ocasionalmente el mirar a los objetos. El niño puede estar más interesado en mirar a los espejos o a los sistemas de iluminación que a sus colegas, puede a veces distraerse o puede también evitar mirar a la gente a los ojos.
3. **Respuesta visual moderadamente anormal.** Se debe recordar al niño frecuentemente mirar lo que está haciendo. Puede distraerse, evitar mirar a la gente a los ojos, mirar los objetos desde un ángulo raro o sujetar los objetos muy cerca de sus ojos. ✓
4. **Respuesta visual profundamente anormal.** El niño de manera constante evita mirar a la gente a los ojos o a ciertos objetos y puede mostrar de manera extrema formas de respuesta visual de las descritas arriba.

Observaciones:

VIII. Respuesta auditiva

1. **Respuesta auditiva apropiada a su edad.** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada a su edad. El oído se usa junto con otros sentidos.
2. **Respuesta auditiva ligeramente anormal.** Puede que haya falta de respuesta o reacción ligeramente extrema a ciertos sonidos. Las respuestas a los sonidos pueden retrasarse, y los sonidos puede que necesiten ser repetidos para atraer la atención del niño. El niño puede distraerse por sonidos extraños. ✓ 2
3. **Respuesta auditiva moderadamente anormal.** Las respuestas del niño a los sonidos pueden variar; ignorar a menudo un sonido las primeras veces que se hace; puede asustarse o cubrirse los oídos si oye sonidos conocidos.
4. **Respuesta auditiva profundamente anormal.** El niño puede reaccionar de manera extrema o no reaccionar a sonidos emitidos muy fuertemente, independientemente del tipo de sonido.

Observaciones:

IX. Uso y respuesta del gusto, olfato y tacto

1. **Uso y respuesta normales del gusto, olfato y tacto.** El niño explora nuevos objetos de una manera apropiada a la edad, generalmente tocando y mirando. El gusto y olfato puede ser usado apropiadamente. Cuando reacciona a un dolor diario pequeño, el niño expresa disgusto pero no reacciona de manera rara.
2. **Uso y respuesta ligeramente normales.** El niño puede persistir en poner los objetos en su boca, puede oler o tactar objetos que no son comestibles, puede ignorar o reaccionar de manera extrema a dolores suaves ante los cuales un niño normal expresaría incomodidad. ✓ 3
3. **Uso y respuesta moderadamente anormales.** El niño puede estar moderadamente preocupado con el tacto, olfato o gusto de los objetos o la gente. El chico puede o bien reaccionar mucho o muy poco.
4. **Uso y respuesta profundamente anormales.** El niño esta preocupado con el olfato, gusto o tacto de los objetos más por la sensación que por la exploración normal o el uso de los objetos. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar de manera extrema ante un ligero malestar.

Observaciones:

X. Miedo o nerviosismo

1. **Miedo o nerviosismo normales.** La conducta del niño es apropiada tanto a la situación como a su edad.
2. **Miedo o nerviosismo ligeramente anormales.** El niño ocasionalmente muestra demasiado o muy poco miedo o nerviosismo si se compara con la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.
3. **Miedo o nerviosismo moderadamente anormales.** El niño muestra o bien un poco más o bien un poco menos de miedo de lo que es típico incluso para un niño más pequeño en situaciones similares. √3.5
4. **Miedo o nerviosismo profundamente anormales.** El miedo persiste incluso después de una experiencia repetida con acontecimientos y objetos inocuos. Es extremadamente difícil calmar o consolar al niño. El niño puede, por el contrario, no mostrar el conveniente cuidado ante riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

Observaciones:

XI. Comunicación verbal

1. **Comunicación verbal normal y apropiada tanto a la edad como a la situación.**
2. **Comunicación verbal ligeramente anormal.** El habla muestra un retraso en general. La mayoría de lo que expresan tiene sentido, sin embargo, puede haber repetición o inversión de pronombre. Ocasionalmente puede decir palabras raras o estúpidas.
3. **Comunicación verbal moderadamente anormal.** Puede que no hable. Cuando lo hace, la comunicación verbal puede ser una mezcla de lenguaje con pleno sentido y lenguaje peculiar con estúpidas, repeticiones o inversión de pronombre. Las peculiaridades en el lenguaje con sentido incluyen excesivas preguntas o preocupación sobre tópicos particulares. √3
4. **La comunicación verbal profundamente anormal.** No hay lenguaje con sentido. El niño puede producir chillidos infantiloides, sonidos extraños o como los animales, ruidos complejos que se parezcan al habla, o puede mostrar un uso persistente y raro de algunas palabras o frases reconocibles.

Observaciones:

XII. Comunicación no verbal

1. **Uso normal de comunicación no verbal apropiada a la edad y la situación.**
2. **Uso ligeramente anormal de la comunicación no verbal.** El uso inmaduro de comunicación no verbal; puede apuntar de manera vaga o servir para lo que quiere, en situaciones donde niños de una misma edad pueden apuntar o gesticular más específicamente para indicar lo que quieren. ✓ 2.5-3
3. **Uso moderadamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede entender la comunicación no verbal de otros.
4. **Uso profundamente anormal de la comunicación no verbal.** El niño sólo usa gestos raros o peculiares que no tienen sentido aparente, y no muestra el conocer el significado asociado a los gestos o expresiones faciales de otros.

Observaciones:

XIII. Nivel de actividad

1. **Nivel de actividad normal para su edad y circunstancias.** El niño es o bien más activo o menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.
2. **Nivel de actividad ligeramente anormal.** El niño puede o bien ser ligeramente movido o de alguna manera "perezoso" y de lentos movimiento a veces. El nivel de actividad del niño se interfiere sólo ligeramente con su realización. ✓ 2
3. **Nivel de actividad moderadamente anormal.** El niño puede ser bastante activo y difícil de frenar. Puede tener una energía ilimitada y puede que no se duerma bien de noche. Por el contrario, el niño puede estar bastante aletargado y necesitar bastante empuje para hacerle mover.
4. **Nivel de actividad profundamente anormal.** El niño muestra extremos de actividad o de inactividad y puede incluso ir de un extremo a otro.

Observaciones:

XIV. Nivel y consistencia de la respuesta intelectual

1. **Inteligencia normal y razonablemente consistente en varias áreas.** El niño es tan inteligente como cualquier niño de su edad y no tiene ningún tipo de destrezas intelectuales raras ni problemas.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

2. **Funcionamiento intelectual ligeramente anormal.** El niño no es tan brillante como los niños de su edad, las destrezas aparecen bastante retrasadas en diversas áreas. ✓2
3. **Funcionamiento intelectual moderadamente anormal.** En general, el niño no es tan brillante como los niños de su edad; sin embargo puede funcionar casi normalmente en una o más áreas intelectuales.
4. **Funcionamiento intelectual profundamente anormal.** Aunque generalmente el niño no es tan brillante como los de su edad, puede funcionar incluso mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

Observaciones:

XV. Impresiones generales

1. **No autismo.** El niño no muestra ningún síntoma característico del autismo.
2. **Autismo ligero.** El niño muestra sólo unos pocos síntomas o sólo un grado ligero de autismo.
3. **Autismo moderado.** El niño muestra un número de síntomas o un grado moderado de autismo.
4. **Autismo profundo.** El niño muestra muchos síntomas o un grado extremo de autismo.

Observaciones:

Escala de clasificación de autismo infantil

Eric Schopler PHD. Robert J. Reichler M.D. y Barbara Rothen Renner PhD

Introducción

La escala de Autismo Infantil es una escala de valoración de conducta de 15 ítems diseñados para identificar niños con autismo, y para distinguirlos de los retrasados mentales sin síndrome de autismo. Además distingue desde niños con autismo moderado hasta niños con un autismo profundo. Fue primeramente construida hace más de 15 años (Reichler & Schopler, 1971) con el fin de capacitar a los clínicos para que tuvieran un diagnóstico más objetivo del autismo mediante un cuestionario más útil. La escala de los 15 ítems incorpora (a) los rasgos primarios de autismo de Kanner, (b) otras características anotadas por Creak, que se encuentran en muchos, pero no en todos, los niños que se pueden considerar autistas, y (c) escalas

adicionales útiles en el tratamiento de la sintomatología característica de los niños más pequeños.

Desarrollo del método de CARS

La edición de 1988 de CARS es el resultado de un proceso de uso, evaluación, y modificación a lo largo de unos 15 años y que cuenta con más de 1500 casos. La escala se desarrolló primeramente como un instrumento de investigación en respuesta a las limitaciones de los instrumentos de clasificación disponibles en ese momento. La escala original, desarrollada por CHILD RESEARCH PROJECT en la universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, se basaba primeramente en unos criterios de diagnosis consensuados para el autismo como es informado por British Working Party (Creak, 1964). Se hacía referencia a él como la Escala de Psicosis Infantil (CPRS) (Reichle, & Schopler, 1971) para minimizar la confusión con la más reducida definición de autismo de Kanner. Ahora, sin embargo, desde que la definición de autismo ha sido ampliada y no se refiere más a la restrictiva que Kanner hacía en un principio, llamamos a nuestro instrumento CARS (The Childhood Autismo Rating Scale).

La escala original fue revisada con el fin de evaluar a los niños dentro de un programa de todo el estado de Carolina del Norte. El programa era para el tratamiento y la educación del autista y de los niños con problemas de comunicación (División TEACCH). TEACCH se comenzó en 1966 como el primer programa a nivel de estado para el autista y similarmente para los niños y adultos subnormales, diseñado para ofrecer servicios extensos, investigación y formación. Se abunda especialmente en tres grandes áreas de la vida del niño: la casa, la escuela y la comunidad. Cinco centros regionales dan una evaluación de diagnosis y consejos a los padres ara mejorar la adecuación la familia y el hogar. Se da educación especial en unas 40 clases situadas en colegios públicos, y a cargo de profesores entrenados y supervisados por el personal de TEACCH. Las relaciones entre la comunidad y las necesidades especiales del niño se moderan a través de grupos de padres relacionados con cada clase y centro. Aunque cada centro está situado en una rama del sistema universitario del estado, la mayoría de nuestra investigación se centra en la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill, donde la CARS se desarrolló.

Como es típico de la población con problemas de desarrollo, un 75% aproximadamente de nuestros casos son varones. La distribución de edades es similar para los dos sexos, con un 57% aproximadamente con menos de 6 años en el momento de entrar en el programa, un 32% entre 6 y 10, y un 11% de diez o más. El estatus económico de nuestros clientes, como fue medido por los dos factores de Hollingshead-Redlich (1958), (profesión

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

y educación), en el índice es IV, la segunda más baja de cinco categorías. Aproximadamente un 67% de nuestra población es blanca, un 30% es negro y un 3% de otras razas. Esto refleja la distribución racial que existe en los colegios públicos del Carolina del Norte. La mayoría de nuestra muestra refleja déficit intelectual, como fue medido por los tests estandarizados tales como la WISC, Merrill-Palmer, Bayley, y Leiter International Performance Scale. Aproximadamente un 71% tiene un cociente intelectual por debajo de 70, con sólo aproximadamente un 17% con un cociente intelectual entre 70 y 84, y un 13% con un 85 o más. (tabla I)

Relaciones con otros criterios de diagnosis y escalas

Cinco importantes sistemas para el diagnóstico del autismo han sido ampliamente usados. Estos incluyen el criterio de Kanner (1943), los puntos de Creak (1961), la definición de Rutter (1978), el de la Sociedad Nacional para Niños Autistas (NSAC, 1978), y el DSM-III-R (1987). Aunque muy usados para el diagnóstico clínico y la investigación, ninguno de estos cinco sistemas han tenido relación con una escala de medida o comprobación. Aunque estos cinco coinciden en los rasgos generales del autismo, tienen también diferencias notables.

Cuando por primera vez desarrollamos nuestra tasación de diagnosis hace 14 años (Reichler & Schopler, 1971) la definición de Kanner (1943) era el sistema básico para el diagnóstico del autismo. Fue seguido por los 9 puntos de Creak (1961) que tenía como misión extenderlo a una definición más amplia que pudiera incluir también la esquizofrenia infantil. Estos nueve puntos de Creak estaban entre los primeros criterios basados en la observación de la conducta mas que en la teoría. Sin embargo, eran difíciles de usar para la investigación porque nunca fueron cuantificados. La falta de una perspectiva de desarrollo los hizo particularmente difíciles de usar con niños pequeños. Aunque los puntos de Creak incluyen autismo y esquizofrenia, De Myer y otros (1971) concluyeron que los nueve puntos de Creak para la esquizofrenia infantil correspondían más concretamente al autismo que a la esquizofrenia, tal como fue usada por Rimland (1964). Es importante tener en mente que la investigación de Kolvin (1971) que demostraba la distinción entre autismo y esquizofrenia infantil todavía no había sido publicada.

TABLA I (información demográfica) -- N: 1.606 casos

| I. Sexo | Mujeres | Hombres |
|---------|---------|---------|
| | 371 | 1.160 |
| | 24.3% | 75.7% |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----------|-------|-------|-------|--|
| II. Raza | Negros | Blancos | Otros | | | |
| | 450 | 996 | 43 | | | |
| | 30.2% | 66.9% | 2.9% | | | |
| III. Clase social (Hollingshead) | I | II | III | IV | V | |
| | 128 | 131 | 317 | 466 | 371 | |
| | 9.1% | 9.3% | 22.4% | 33.0% | 26.3% | |
| | IV. Edad al inicio | 0-5 | 6-10 | 11+ | | |
| | | 847 | 480 | 171 | | |
| | 56.4% | 32.0% | 11.4% | | | |
| V. Coc. intelect. | 0 - 6 9 | 7 0 - 8 4 | 8 5 + | | | |
| | 841 | 197 | 153 | | | |
| | 70.6% | 16.5% | 12.8% | | | |

Marleyn

C.A.R.S. - Escala de valoración del autismo infantil

Eric Schopler, Ph. D., Robert J. Reichler, M. D. y Barbara Rothen Renner, Ph. D. Publicado por WPS (Los Angeles, California)

NOMBRE:
SEXO:
NÚMERO DE IDENTIDAD:
FECHA DEL TEST:
Año..... Mes..... Día.....
FECHA DE NACIMIENTO:
Año..... Mes..... Día.....
EDAD CRONOLÓGICA:
Años: Meses:
EVALUADOR:
.....

nite
cas
ud,
el.
as

te
r,
l.
)
)

Puntuación de la valoración de las categorías

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV T

Puntuación total

15 18 21 24 27 30 33 **36** 39 42 45 48 51 54 57 60
No Autismo Autismo profundo
Autismo ligero o moderado

Los tres sistemas siguientes de diagnosis fueron de origen más reciente. Hay algunas diferencias entre los tres sistemas que reflejas las intenciones diferentes para las cuales se produjeron. La definición de Rutter (1978) se basó en la más concienzuda evaluación de la investigación empirica publicada desde las publicaciones de Kanner y Creak. La definición de NSAC (1978), desarrollada por el Gabinete de Asesoría Profesional

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
 Caso único, paciente de 4 años
 Angie Patricia Jiménez Mosquera

Anexo 3. PCRI

Edad 4 años Fecha 17-11-2016
 Sexo F

INSTRUCCIONES: Las frases que te presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cuál es la que define mejor lo que tú sientes. Si estás muy de acuerdo rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás *de acuerdo*. El número 3 si estás *en desacuerdo*, y el número 4 si estás en *total desacuerdo*.

| ÍTEM | Muy De acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Total en desacuerdo |
|---|----------------|------------|---------------|---------------------|
| 1. Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice | 1 | X | 3 | 4 |
| 2. Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | X |
| 3. Estoy tan satisfecho/a de mi hijo/a como otros padres | 1 | X | 3 | 4 |
| 4. Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a | 1 | 2 | X | 4 |
| 5. Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a | 1 | 2 | X | 4 |
| 6. Cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a | 1 | 2 | 3 | X |
| 7. Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día | 1 | 2 | 3 | X |
| 8. Los padres deben proteger a sus hijos/as de aquellas cosas que pueden hacerles infelices | X | 2 | 3 | 4 |
| 9. Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué | X | 2 | 3 | 4 |
| 10. Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños | 1 | 2 | 3 | X |
| 11. Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente | 1 | X | 3 | 4 |
| 12. Me preocupa mucho el dinero | 1 | X | 3 | 4 |
| 13. Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a | 1 | X | 3 | 4 |
| 14. La paternidad es una cosa natural en mí | X | 2 | 3 | 4 |
| 15. Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta | 1 | 2 | X | 4 |
| 16. Quiero a mi hijo/a tal como es | X | 2 | 3 | 4 |
| 17. Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida | X | 2 | 3 | 4 |
| 18. Mi hijo/a nunca tiene celos | 1 | 2 | X | 4 |
| 19. A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos | 1 | 2 | X | 4 |
| 20. Mi hijo/a me cuenta cosas suyas y de los amigos | X | 2 | 3 | 4 |
| 21. Desearía poder poner límites a mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | X |
| 22. Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones | 1 | X | 3 | 4 |
| 23. Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin los niños, me volveré loco/a | 1 | X | 3 | 4 |
| 24. Me arrepiento de haber tenido hijos | 1 | 2 | 3 | X |
| 25. A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren | 1 | 2 | 3 | X |
| 26. Mi hijo pierde el control muchas veces | X | 2 | 3 | 4 |
| 27. El ser madre/padre no me satisface tanto como pensaba | 1 | 2 | 3 | X |
| 28. Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel | X | 2 | 3 | 4 |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| ÍTEM | Muy De acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Total en desacuerdo |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 29. Ahora tengo una vida muy estresada | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 30. Nunca me preocupo por mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31. Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 32. Los padres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos no tuvieron | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 33. Como madre/padre, normalmente me siento bien | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 34. Algunas veces me siento agobiado/a por mis responsabilidades paternas | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me siento muy cerca de mi hijo/a | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 36. Me siento satisfecho/a con la vida que llevo actualmente | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 37. Nunca he tenido problemas con mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38. No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 39. Mi hijo/a puede estar seguro de que yo le escucho | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 40. A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 41. Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 42. Mi pareja y yo compartimos las tareas domésticas | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 43. Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 44. Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 45. Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos/as | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 46. Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo comenta | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 47. Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 48. Ser madre/padre es una de las cosas más importantes de mi vida | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 49. Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 50. Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 51. Mi hijo/a me oculta sus secretos | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 52. Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 53. Creo que conozco bien a mi hijo/a | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 54. Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 55. Me pregunto si hice bien en tener hijos/as | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 56. Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 57. Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 58. Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 59. Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 60. Mis hijos/as sólo hablan conmigo cuando quieren algo | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 61. La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 62. Es mejor razonar con los niños/as que decirles lo que deben hacer | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 63. Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 64. Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

| ÍTEM | Muy De acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Total en desacuerdo |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 65. Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como ser una buena madre | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 66. A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle pero nunca lo hago | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |
| 67. Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 68. Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños/as | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 69. Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 70. Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 71. Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 72. Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 73. Los niños/as menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería | 1 | 2 | 3 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 74. Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 75. Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso | <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 3 | 4 |
| 76. Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 77. No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 3 | 4 |
| 78. Para el niño/a es mejor una madre que se dedique a él por completo | 1 | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 4 |

Anexo 4. Cuestionario de evaluación emocional

Las preguntas que responderá a este cuestionario son absolutamente confidenciales. Tienen como propósito hacer un análisis muy preciso de qué es exactamente lo que le pasa a su hijo y de esa manera poder darle una orientación apropiada.

Responda las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara, concisa y sincera posible. Escriba al respaldo de la hoja si necesita de más espacio.

Si hay preguntas que no se acomodan a las características de su hijo u hogar (por ejemplo, no tiene hermanos) anótelos.

No deje ninguna pregunta sin responder y recuerde que de la exactitud de sus datos dependerá que las conclusiones del estudio correspondan a la realidad de las dificultades de su hijo.

En lo posible, cada uno de los padres deberán llenar por separado el cuestionario.

A. AMBIENTE FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? es una Relación muy

Cercano Sin ningún tipo de Problemas

Puedo decir que es una Relación excelente

2. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos? Son muy cercanos

Comparten bastante y se tienen demasiado cariño

3. ¿Cómo es la relación de cada uno de los padres con los hijos (Anote si hay especial atención sobre uno de ellos por alguna razón) les brindo la misma atención y importancia

4. ¿Cómo es la relación de su hijo con personas de su misma edad? Buena con todos los niños tiene buena relación con los demás niños

B. MANEJO DISCIPLINARIO Y AFECTIVO

1. ¿Tiene su hijo satisfechas sus necesidades básicas?

- Apoyo (¿le enseña negativamente o lo castiga cuando comete errores?) Se le castiga y se le enseña a la vez
- Aceptación (¿le permite dar opiniones, le acepta iniciativas, lo escucha cuando quiere expresarle algo?) Siempre
- Aprobación (¿comenta en voz alta sus logros, lo felicita por hacer algo apropiado o conseguir una meta, le da privilegios ocasionalmente por hacer algo apropiado?) Si
- Atención y afecto (¿hay detalles cariñosos, habla con él frecuentemente, le juega, lo mima?) Si

- Comunicación (¿lo escucha sin reprobarlo, le pregunta frecuentemente sobre los asuntos personales y sus intereses?) Si

- Responsabilidades (¿le asigna responsabilidades que están a su alcance y pueden generarle sentimiento de logro?) ¿Cuáles?: Guardar sus juguetes

2. ¿Cómo es la manera más frecuente con que cada uno de los padres corrige al hijo cuando hace algo inapropiado? Se le Regaña
Para que no lo vuelva a hacer

3. ¿De qué manera habitualmente aprueba a su hijo cuando considera que ha hecho algo apropiado? lo felicito

4. Indique ¿cuál de estos modelos de padres, lo describen más cercanamente a Usted?:

- Laxo y afectivo: _____
- Laxo y poco afectivo: _____
- Estricto y afectivo: X
- Estricto y poco afectivo: _____

C. DEPENDENCIA

1. Física: ¿necesita el niño continuamente ayuda en todas sus actividades (vestirse, afeitarse, comer, etc.)? Para vestirse y afeitarse

2. Emocional: ¿El niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, de aprobación?, ¿quiere ser siempre el centro de la atención, busca que le rueguen, hace frecuentes pataletas, etc.? ___

NO

3. Dependencia de logro: ¿el niño está preguntando constantemente si las cosas le están quedando bien, si es apropiado o no algo que hizo o hará?, ¿cómo hace para lograr algo? Siempre pregunta

D. EVENTOS TRAUMATICOS AMBIENTALES

Anote cualquier suceso pasado, remoto o cercano que en su concepto, fue crucial para su hijo (ver escenas de violencia, la desaparición de un ser querido, etc.) No ha visto ningún caso

E. CONDUCTAS PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la respuesta habitual del niño frente a situaciones de frustración (si se le pierde algo, se le niega una cosa, si se le exige, etc.)? Si se le pierde que lo ayudan a buscar Siempre que se le niega algo llora por el momento, si se le exige entiende
2. ¿Qué miedos o temores tiene su hijo? a la oscuridad
3. ¿Su hijo muestra respuestas orgánicas de ansiedad? (sudoración cuando está nervioso, trastorno de sueño, trastorno de alimentación, se moja en

los pantalones, si tiene susto, agacha la cabeza cuando va a hablar, llora por cualquier motivo, está siempre retorciéndose las manos, etc.) _____

no he visto que el niño presente casos de Ansiedad

F. COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Anote si el niño con frecuencia:

1. Dice que no se siente bien (está aburrido o triste). no dice cuando esta aburrido

2. Si hay llantos frecuentes por causas no físicas (no hay dolores o enfermedades físicas) NO

3. Habitualmente no intenta hacer algo de nuevo cuando pierde o ha fracasado. Si

4. Verbaliza continuamente que no es capaz de hacer las cosas. NO

5. Con regularidad dice que él no le gusta a los demás NO

6. Él piensa que hay mucha gente mala. NO

7. Juega poco, participa pocas veces en actividades, disfruta de muy pocas situaciones. Pues el niño siempre participa en actividades disfruta todo

8. Se ve continuamente preocupado. NO

9. Es muy solitario NO

10. Se duerme en clase. NO

11. Se comporta agresivamente sin un motivo aparente o por cosas triviales.

Si

Aprendizaje Por Observación

Califique SI o NO cada uno de los padres por aparte:

1. ¿Se considera una persona con dificultades para las relaciones interpersonales? Si

2. ¿Se considera una persona muy ansiosa, muy nerviosa? NO

3. ¿Se considera un padre/madre sobreprotector? Si

4. ¿Se deprime con frecuencia? NO

5. ¿Se considera una persona controlada (que no se exalta con facilidad)? Si

G. AUTOCONCEPTO

1. ¿El niño tiene algún problema o característica física que le preocupe o incomode? NO

2. ¿Su hijo piensa que es menos inteligente que sus demás amigos? NO

3. ¿Su hijo cree que no es muy hábil para hacer ciertas cosas? NO

4. ¿Su hijo se queja con frecuencia de que los demás niños no lo quieren o no lo aceptan? NO

5. ¿Su hijo dice algunas veces que él quisiera ser diferente en algún aspecto? NO

COMENTARIOS

Muchas gracias

Las preguntas que responderá a este cuestionario son absolutamente confidenciales. Tienen como propósito hacer un análisis muy preciso de qué es exactamente lo que le pasa a su hijo y de esa manera poder darle una orientación apropiada.

Responda las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara, concisa y sincera posible. Escriba al respaldo de la hoja si necesita de más espacio.

Si hay preguntas que no se acomodan a las características de su hijo u hogar (por ejemplo, no tiene hermanos) anótelos.

No deje ninguna pregunta sin responder y recuerde que de la exactitud de sus datos dependerá que las conclusiones del estudio correspondan a la realidad de las dificultades de su hijo.

En lo posible, cada uno de los padres deberán llenar por separado el cuestionario.

A. AMBIENTE FAMILIAR

1. ¿Cómo es la relación entre los padres? Excelente no existe

ningun tipo de conflictos entre los Padres es una
Relacion con demasiado confianza

2. ¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos? Muy Cercanos

Comparten mucho y juegan bastante

3. ¿Cómo es la relación de cada uno de los padres con los hijos (Anoté si hay especial atención sobre uno de ellos por alguna razón) Se le brinda la misma atención y importancia a los dos niños

4. ¿Cómo es la relación de su hijo con personas de su misma edad? Juega y comparte con los demás niños de su edad

B. MANEJO DISCIPLINARIO Y AFECTIVO

1. ¿Tiene su hijo satisfechas sus necesidades básicas?

- Apoyo (¿le enseña negativamente o lo castiga cuando comete errores?) Se le castiga y se le enseña cuando comete un error
- Aceptación (¿le permite dar opiniones, le acepta iniciativas, lo escucha cuando quiere expresarle algo?) Siempre
- Aprobación (¿comenta en voz alta sus logros, lo felicita por hacer algo apropiado o conseguir una meta, le da privilegios ocasionalmente por hacer algo apropiado?) Si
- Atención y afecto (¿hay detalles cariñosos, habla con él frecuentemente, le juega, lo mima?) Si

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

- Comunicación (¿lo escucha sin reprobarlo, le pregunta frecuentemente sobre los asuntos personales y sus intereses?) Si

 - Responsabilidades (¿le asigna responsabilidades que están a su alcance y pueden generarle sentimiento de logro?) ¿Cuáles?: Si
Recoger sus juguetes y llevar los platos a la cocina
2. ¿Cómo es la manera más frecuente con que cada uno de los padres corrige al hijo cuando hace algo inapropiado? Se le habla en caracter fuerte para que sepa que esta haciendo algo malo

3. ¿De qué manera habitualmente aprueba a su hijo cuando considera que ha hecho algo apropiado? lo felicito y le doy cariño

4. Indique ¿cuál de estos modelos de padres, lo describen más cercanamente a Usted?:
- Laxo y afectivo: _____
 - Laxo y poco afectivo: _____
 - Estricto y afectivo: X
 - Estricto y poco afectivo: _____

C. DEPENDENCIA

1. Física: ¿necesita el niño continuamente ayuda en todas sus actividades (vestirse, asearse, comer, etc.)? Si Para vestirse y asearse

2. Emocional: ¿El niño necesita constante atención del adulto, de manifestaciones afectivas, de aprobación?, ¿quiere ser siempre el centro de la atención, busca que le rueguen, hace frecuentes pataletas, etc.? _____

NO el es un niño descomplicado

3. Dependencia de logro: ¿el niño está preguntando constantemente si las cosas le están quedando bien, si es apropiado o no algo que hizo o hará?, ¿cómo hace para lograr algo? _____

Si el siempre pregunta

D. EVENTOS TRAUMATICOS AMBIENTALES

Anote cualquier suceso pasado, remoto o cercano que en su concepto, fue crucial para su hijo (ver escenas de violencia, la desaparición de un ser querido, etc.) hasta ahora no ha visto ningún suceso

E. CONDUCTAS PROBLEMA:

1. ¿Cuál es la respuesta habitual del niño frente a situaciones de frustración (si se le pierde algo, se le niega una cosa, si se le exige, etc.)? Si se le

Pierde busquenlo, Si se le niega algo, llora y si se exige el comprende

2. ¿Qué miedos o temores tiene su hijo? miedo a la oscuridad

3. ¿Su hijo muestra respuestas orgánicas de ansiedad? (sudoración cuando está nervioso, trastorno de sueño, trastorno de alimentación, se moja en

los pantalones, si tiene susto, agacha la cabeza cuando va a hablar, llora por cualquier motivo, está siempre retorciéndose las manos, etc.) _____
el niño no Presenta síntomas de Ansiedad

F. COMPORTAMIENTO DEPRESIVO

Anote si el niño con frecuencia:

1. Dice que no se siente bien (está aburrido o triste). el dice cuando esta aburrido
2. Si hay llantos frecuentes por causas no físicas (no hay dolores o enfermedades físicas) NO
3. Habitualmente no intenta hacer algo de nuevo cuando pierde o ha fracasado. Si
4. Verbaliza continuamente que no es capaz de hacer las cosas. NO
5. Con regularidad dice que él no le gusta a los demás NO
6. Él piensa que hay mucha gente mala. NO

7. Juega poco, participa pocas veces en actividades, disfruta de muy pocas situaciones. Juega bastante Participa en todas las actividades el disfruta de todas las situaciones

8. Se ve continuamente preocupado. NO

9. Es muy solitario NO

10. Se duerme en clase. NO

11. Se comporta agresivamente sin un motivo aparente o por cosas triviales.
Si

Aprendizaje Por Observación

Califique SI o NO cada uno de los padres por aparte:

1. ¿Se considera una persona con dificultades para las relaciones interpersonales? NO
2. ¿Se considera una persona muy ansiosa, muy nerviosa? Si
3. ¿Se considera un padre/madre sobreprotector? Si
4. ¿Se deprime con frecuencia? NO
5. ¿Se considera una persona controlada (que no se exalta con facilidad)? Si

G. AUTOCONCEPTO

1. ¿El niño tiene algún problema o característica física que le preocupe o incomode? NO

2. ¿Su hijo piensa que es menos inteligente que sus demás amigos? NO

3. ¿Su hijo cree que no es muy hábil para hacer ciertas cosas? NO

4. ¿Su hijo se queja con frecuencia de que los demás niños no lo quieren o no lo aceptan? NO

5. ¿Su hijo dice algunas veces que él quisiera ser diferente en algún aspecto? NO

COMENTARIOS

Muchas gracias

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
 Caso único, paciente de 4 años
 Angie Patricia Jiménez Mosquera

Anexo 5. CBCL

Comentarios adicionales al lado de cada punto y en el espacio incluido en la página 2. **Asegúrese de responder a todos los puntos.**

Su relación con el niño
 Madre Padre Otro (especifique)

A continuación se muestra un listado de puntos que describen a los niños. Para cada punto que describa a su niño, **ahora o en los últimos 2 meses**, marque con un círculo el **2** si el punto es **muy cierto o a menudo cierto** en el caso de su niño. Marque el **1** si el punto es **algo de cierto o cierto a veces** en el caso de su niño. Si el punto **no es cierto** en el caso de su niño, marque el **0**. Responda a todos los puntos lo mejor que pueda, aun si algunos no parezcan ser aplicables a su niño.

0 = No es cierto (que usted sepa) 1 = Algo de cierto o cierto a veces 2 = Muy cierto o a menudo cierto

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 1. Tiene dolores o molestias (sin causa médica; no incluya de estómago ni de cabeza) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 22. No quiere dormir solo |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 2. Actúa demasiado joven para su edad | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 23. No contesta cuando las personas le hablan |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 3. Tiene miedo de probar cosas nuevas | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 24. No come bien (describallo): _____ |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Evita mirar a los ojos de otras personas | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 25. No se lleva bien con otros niños |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 5. No es capaz de concentrarse, ni de prestar atención por mucho tiempo | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 26. No sabe cómo divertirse, actúa como un pequeño adulto |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 6. No puede quedarse sentado, es inquieto o hiperactivo | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 27. No parece sentirse culpable después de portarse mal |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 7. No tolera que las cosas estén fuera de lugar | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 28. No quiere salir de casa |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 8. No resiste esperar; quiere todo ahora | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 29. Se frustra con facilidad |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Mastica cosas que no son comestibles <i>de juguete</i> | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 30. Se pone celoso con facilidad |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Muy aferrado o demasiado dependiente de los adultos | 0 1 2 | 31. Come o bebe cosas que no son comidas – no incluya dulces (describallo): _____ |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 11. Busca ayuda constantemente | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 32. Tiene miedo de ciertos animales, situaciones, o lugares (describallo): <i>mirachas</i> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 12. Está estreñido, no defeca (cuando no está enfermo) | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 33. Sus sentimientos se hieren con facilidad |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Lloro mucho | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 34. Se lesiona mucho, es propenso a tener accidentes |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 14. Es cruel con los animales | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 35. Se pelea mucho |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 15. Es desafiante | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 36. Se mete en todo |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Sus exigencias deben ser atendidas inmediatamente | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 37. Se disgusta mucho cuando es separado de los padres |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 17. Rompe sus cosas | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 38. Tiene dificultad para dormirse |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 18. Rompe las cosas de su familia o de otros niños | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 39. Tiene dolores de cabeza (sin causa médica) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 19. Tiene diarrea o cacas blandas (cuando no está enfermo) | | |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 20. Es desobediente | | |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Le perturba cualquier cambio en la rutina | | |

Asegúrese de haber respondido a todos los puntos. Luego vea el otro lado.

Copyright 2000 T. Achenbach & L. Rescorla
 ASEBA, University of Vermont, 1 South Prospect St.
 Burlington, VT 05401-3456
 www.ASEBA.org

ES ILEGAL HACER FOTOCOPIAS SIN
 AUTORIZACIÓN.

Edición 7-28-00

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Escribe con letra de imprenta. Asegúrese de responder a todos los puntos.

0 = No es cierto (que usted sepa) 1 = Algo de cierto o cierto a veces 2 = Muy cierto o a menudo cierto

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 40 Les pega a otros | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 75. Embaduma o juega con la caca |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 41 Aguanta la respiración | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 76. Tiene problemas de lenguaje (describalo): <u>Repetición de palabras.</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 42 Hace daño a los animales u otras personas sin tener la intención de hacerlo | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 77. Mira fijo al vacío o parece distraído |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 43 Se ve descontento sin un buen motivo | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 78. Tiene dolores de estómago o calambres (sin causa médica) |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 44 Estados de ánimo de enfado | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 79. Tiene cambios rápidos entre la tristeza y el entusiasmo |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 45 Tiene náuseas o ganas de vomitar (sin causa médica) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 80. Tiene un comportamiento extraño (describalo): _____ |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 46 Realiza movimientos nerviosos o tiene bcs (describalos) <u>ojos - manos</u> | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 81. Es terco, huraño, o irritable |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 47 Es nervioso, excitable o tenso | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 82. Tiene cambios repentinos de humor o de sentimientos |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 48 Tiene pesadillas | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 83. Se enfurruña mucho |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 49 Come demasiado | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 84. Habla o grita dormido |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 50 Se agota | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 85. Tiene rabietas o un temperamento fuerte |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 51 Demuestra tener pánico sin un buen motivo | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 86. Se preocupa demasiado por el orden o la limpieza |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 52 Defecación dolorosa (sin causa médica) | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 87. Es demasiado miedoso(a) o ansioso(a) |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 53 Ataca físicamente a la gente | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 88. No coopera |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 54 Se hurga la nariz, la piel u otras partes del cuerpo (describalo) <u>nariz, axilas</u> | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 89. Hipoactivo, sus movimientos son lentos o faltos de energía |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 55 Juega con sus partes genitales demasiado | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 90. Se le ve infeliz, triste o deprimido |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 56 Tiene mala coordinación o es torpe | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 91. Habla más alto de lo habitual |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 57 Tiene problemas oculares (sin causa médica) (describalos) _____ | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 92. Le molestan las personas o situaciones nuevas (describalo): _____ |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 58 El castigo no cambia su comportamiento | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 93. Vomita (sin causa médica) |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 59 Cambia rápidamente de una actividad a otra | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 94. Se despierta con frecuencia en la noche |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 60 Tiene sarpullidos u otros problemas cutáneos (sin causa médica) | <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 95. Se aleja sin un destino |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 61 Se niega a comer | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 96. Quiere mucha atención |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 62 Se niega a jugar juegos activos | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 97. Lloriquea |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 63 Mece la cabeza o el cuerpo repetidamente | 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 98. Se le ve retraído, no se relaciona con otras personas |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 64 Se resiste a irse a la cama en la noche | 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 99. Se preocupa |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 65 Se resiste a aprender a usar el inodoro (describa) _____ | 0 1 2 | 100. Describa cualquier otro problema que su niño pueda tener que no se haya enumerado anteriormente. |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 66 Grita mucho | 0 1 2 | _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 67 Parece no reaccionar al afecto | 0 1 2 | _____ |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 68 Es tímido/a o siente vergüenza con facilidad | 0 1 2 | _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 69 Es egoísta o no comparte | | |
| 0 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 70 Demuestra poco cariño hacia la gente | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 71 Demuestra poco interés por las cosas que están a su alrededor | | |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 72 Demuestra muy poco miedo a lesionarse | | |
| 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 | 73 Es demasiado vergonzoso o tímido | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 | 74 Duermes menos que la mayoría de los niños durante el día y/o la noche (describalo) _____ | | |

**Asegúrese de haber respondido a todos los puntos.
Subraye cualquiera que le preocupe.**

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

¿Padece su niño alguna enfermedad o discapacidad (ya sea física o mental)? No Sí—describalos:

¿Qué es lo que más le preocupa de su niño?

• Que se atrase en el proceso académico (lenguaje, motora).

Describe lo mejor de su niño:

• Es un niño muy alegre, afectivo.

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
 Caso único, paciente de 4 años
 Angie Patricia Jiménez Mosquera

Anexo 6. Escala de valoración cualitativa del desarrollo

| VALORACION CUALITATIVA DEL DESARROLLO PSICOLOGICO - PERFIL INDIVIDUAL | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| DATOS DEL NIÑO | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS <u>CAMP</u> | | | DOC. IDENTIDAD | | | MANEJO CORPORAL | | | RELACION CON EL MUNDO | | | |
| FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa) <u>01/08/2012</u> | | | LUGAR: <u>Santa Fe de Jimé.</u> | | | CONOCIMIENTO DE LOS OBJETOS | | | REALIDAD SOCIAL | | | |
| SEXO <u>F</u> <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X | | | HIJO No. <u>2</u> | | | AUTO-ESTIMA | | | RELAION CON CAUSALIDAD SOCIAL | | | |
| PROCESOS ETAPAS | RELACION CON LOS DEMAS | | | | RELACION CONSIGO MISMO | | | | RELACION CON EL MUNDO | | | |
| | COMUNICACION | | INTERACCION | | IDENTIDAD | | MANEJO CORPORAL | | CONOCIMIENTO DE LOS OBJETOS | | RELAION CON CAUSALIDAD SOCIAL | |
| | VERBAL | NO VERBAL | INDEP. | COOPER. | SOCIAL | GENERO | ESTIMA | CORPORAL | DE LOS OBJETOS | CAUSALIDAD | SOCIAL | |
| PRIMERA EDAD DE 0 A 12 MESES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EDAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| INFANCIA TEMPRANA DE 1 AÑO 1 A 3 AÑOS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EDAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EDAD PREESCOLAR DE 3 AÑOS 1M A 4 AÑOS 6M | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EDAD <u>4 años 3m.</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TRANSICION DE 4 AÑOS 7 MA 6 AÑOS 6 M | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| EDAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PRIMERA OBSERVACION | FECHA | | MM | DD | 11 | DD | 17 | AA | 2016 | 1 | | |
| SEGUNDA OBSERVACION | FECHA | | MM | DD | AA | 2 | | | E | | | |
| | | | | | | | | | Estrategia | | | |
| | | | | | | | | | Atención | | | |
| | | | | | | | | | Riesgo | | | |

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:
Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Anexo 7. Carta de consentimiento del sujeto participante en la investigación.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE:
IMPLICACIONES DE LA DETECCIÓN TEMPRANA EN EL PRONÓSTICO DEL TEA: CASO
ÚNICO, PACIENTE DE 4 AÑOS**

Nombre de la psicóloga: Angie Patricia Jiménez Mosquera

Señor(a) Maria Margarita Pertuz Polo le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a:

Describir la relación vincular y el impacto en la detección temprana y el pronóstico del TEA, a través del análisis y conceptualización del caso para favorecer el diseño de estrategias de intervención en dicha entidad clínica o espectro.

Describir la intervención cognitivo conductual para el trastorno del espectro autista, paciente de 4 años, mediante la relación de las técnicas y estrategias que contribuyan a la prevención de un pronóstico desfavorable

Analizar la efectividad de las estrategias y técnicas de intervención cognitivo conductual en la detección temprana del TEA, a través de la revisión teórica y la evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso contribuyendo a la implementación de estrategias y/o técnicas en futuras intervenciones

Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del TEA:

Caso único, paciente de 4 años
Angie Patricia Jiménez Mosquera

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre, implicaciones de la detección temprana en el pronóstico del tea: caso único, paciente de 4 años y de haber recibido del señor(a) Angie Patricia Jiménez Mosquera explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Angie Patricia Jiménez Mosquera para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del señor Harold José Beltrán y el testigo _____ en la ciudad de Barranquilla el día 17 del mes de Mayo del año 2017.

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Maribel Pérez Firma: Maribel Pérez
Cédula de ciudadanía: 50.878.088 de San Andrés, Córdoba

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Angie Patricia Jiménez Mosquera Firma: Angie Jiménez Mosquera
Cédula de ciudadanía: 1.094.247.601 de Pamplona N/S.
Teléfono: 3123942726, Correo electrónico: apjimenez30@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: Ana P. Beltrán Urbina Firma: Abecilla
Cédula de ciudadanía: 32712687 de Blaquira
Teléfono: 3004801493, Correo electrónico: anbellou@ya.com