



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



DOCUMENTO PROBATORIO DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA

PROBLEMA:

CAMBIOS PSICOEMOCIONALES DE UN NIÑO DE 5 AÑOS DE
EDAD QUE PRESENTA TRASTORNO ESPECTRO AUTISTA EN LA
CIUDAD DE GUARANDA PROVINCIA DE BOLIVAR

AUTORA:

JESSICA MARIBEL GARRIDO LEON

TUTOR:

PSIC. WALTER ADRIAN CEDEÑO SANDOYA. MGS

BABAHOYO – 2022

DEDICATORIA

Llena de regocijo, amor y esperanza, dedico este presente trabajo a todos y cada uno de mis familiares, puesto que de una u otra manera han sido un pilar fundamental en todo este proceso educativo; la motivación y el apoyo incondicional siempre han estado presentes, no me imagino haber llegado hasta aquí sino fuera por todos y cada uno de los miembros de toda mi familia. Este esfuerzo también se lo dedico a todos los docentes que formaron parte en estos años de estudio, y de manera especial a mis tutores, Msc Walter Cedeño y Msc Andrés Arreaga que con su amplia experiencia y conocimientos me orientaron al correcto desarrollo y culminación con éxito de este trabajo; y como olvidarme de mi Tutora empresarial de PPP, la Psic. Jhocelyn Naranjo gracias ser mi confidente, mi amiga y por ayudarme a crecer personal y profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

Quienes seríamos nosotros, sino tuviéramos delante personas que guían nuestro camino, aquellas que nos han tomado de la mano y jamás nos han soltado, las mismas que con unas pocas palabras nos motivan hacer mejores seres humanos, esas personas que tenemos gracias a la bendición de Dios y que jamás deseáramos perder. Mi agradecimiento infinito en primer lugar a Dios, por ser Él la luz incondicional que ha guiado todo este camino, a mis padres Marcelo G y Angelita L quienes han sido un ejemplo de constancia, firmeza, esfuerzo y valentía, a mis Abuelitos maternos y paternos que han sido los mejores transmisores de valores, educación y motivación, a su vez se han convertido en mis padres, amigos y confidentes, a mis tíos y primos maternos que nunca me faltaron con una palabra de aliento para poder continuar en este camino, a mi Hermano André G que es una fuente principal de la culminación de este proceso, a mi pequeña hija Jharela N que es mi motivo, mi cómplice y mis ganas de seguir adelante, todo lo que aspiro y espero es por y para ella, y las gracias eternas a mi esposo, al amor de mi vida Antonio N, quien fue participe desde un inicio y que gratificante es poder tenerlo ahora que lo culmino. Gracias a ustedes y a su apoyo incondicional he llegado a convertirme en la mujer que soy ahora, les prometo que cada paso que dé será llevando en mi mente y en mi corazón todas sus enseñanzas y que en cualquier lugar que me encuentre se sientan orgullosos de mí.

Y como no agradecer a mis Mejores amigas Giuliana Durán y Geovanna Hidalgo las cuales considero como hermanas, ya que fueron quienes me brindaron su ánimo, su apoyo y compañía cuando más lo necesite, gracias por tanto.

Los amo a todos.

Resumen

El presente estudio de caso versa sobre el cambio de las emociones, conducta y comportamiento de los niños con Trastorno Espectro Autista; si hablamos de cambio hablamos de procesos, en los cuales intervienen el malestar, la necesidad, la motivación, la conciencia y nuestra resistencia para enfrentar las adversidades, por ende mencionaremos los factores, las causas, las características y las consecuencias que repercuten de forma negativa en el proceso personal de estos niños, por lo que ya sabemos el aprender a tratar este tipo de alteraciones corresponden a una de las funciones elementales, las mismas que ayudan a regular nuestra conducta para sentirnos bien con nosotros mismos y con los demás. De tal manera que se elaboró un esquema terapéutico desde el enfoque cognitivo conductual y queda establecido para que el paciente, con la ayuda de un profesional, pueda llevarlo a cabo.

***Palabras claves:** Cambios psicoemocionales, TEA, causas, esquema terapéutico*

Summary

This case study deals with the change of emotions, conduct and behavior of children with Autism Spectrum Disorder; If we talk about change, we talk about processes, in which discomfort, need, motivation, awareness and our resistance to face adversity intervene, therefore we will mention the factors, causes, characteristics and consequences that have a negative impact. in the personal process of these children, so we already know that learning to treat this type of alteration corresponds to one of the elementary functions, the same ones that help regulate our behavior to feel good about ourselves and with others. In such a way that a therapeutic scheme was elaborated from the cognitive behavioral approach and it is established so that the patient, with the help of a professional, can carry it out.

Keywords: *Psychoemotional changes, ASD, causes, therapeutic scheme*

INDICE

DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
Summary.....	V
Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivo General.....	2
Sustento teórico.....	3
Cambios psicoemocionales.....	3
Características de cambios psicoemocionales.....	3
Cambios psicoemocionales del niño en edad preescolar.....	3
Organismo y factores medioambientales.....	4
Los síntomas de intervención son:.....	5
Importancia de la educación infantil.....	5
Contenidos en la educación emocional infantil.....	5
Trastorno Espectro Autista.....	6
Causas.....	7
Síntomas y características.....	8
La cognición y emociones en niños con TEA.....	8
Patrones de comportamiento en niños con TEA.....	9
Intervención cognitiva conductual en niños con TEA.....	9
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	10
La entrevista estructurada.....	10
Historia clínica.....	10
Evaluación del estado mental.....	10
TEST CARS.....	11
TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN.....	11
TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KOPPITZ.....	11
Manual de diagnósticos CIE10.....	11
RESULTADOS OBTENIDOS.....	12
Sesiones.....	12
Primera sesión.....	12
Segunda sesión.....	12

Tercera sesión.....	12
Cuarta sesión	13
Quinta sesión.....	13
Sexta sesión.....	13
La séptima sesión	13
Situaciones detectadas (hallazgos).....	13
Soluciones planteadas.....	15
Tabla 1.....	15
Conclusión.....	17
Bibliografía.....	19
Anexos.....	20

Introducción

En el presente escrito es realizado, como estudio de caso, desarrollándolo de acuerdo a la línea de investigación de la carrera de psicología como: Prevención, diagnóstico, evaluación y tratamiento psicoterapéutico en el ámbito clínico; y la sublínea: Psicoterapias individuales y/o grupales.

El contenido que se desarrollara es, sobre los cambios psicoemocionales en un niño de 5 años de edad, el mismo que presenta trastorno espectro autista, por lo cual empezó a mostrar ciertos comportamientos en la afectación emocional, social, cognitivo y escolar.

La importancia del actual escrito es prescribir cómo las emociones ponen en manifiesto los cambios en un niño autista, todo ello con el fin de conseguir una mejora y un mayor desarrollo y manejo de las mismas; durante el avance del trabajo se dará a conocer temas como: factores que inciden en los cambios psicoemocionales, características psicológicas, causas, signos, diagnóstico y demás temas que van acorde al problema planteado

Para lograr el objetivo trazado se aplicó al niño diversos métodos y técnicas psicológicas que permitieron direccionar hacia la obtención de un diagnóstico, juntamente con los manuales DSM5 y CIE10. Dicho estudio fue empleado a través de herramientas como: baterías psicológicas, entrevista semiestructurada, los mismos que permitieron la elaboración de la historia clínica.

Justificación

Ante las situaciones presentes en las áreas psicológicas y sociales en la población con el trastorno espectro autista es importante prestar atención al rol que desempeñan otros miembros de la familia, ya que afloran diversas emociones y sentimientos en el primer momento en el que se recibe el diagnóstico, la reacción ante diferentes eventos o situaciones es una respuesta natural del ser humano. Esta problemática es muy importante, ya que actualmente la información sobre el trastorno espectro autista es poco conocida en la sociedad, de ahí la falta de conocimiento sobre el tema, volviéndolo un contenido común.

El motivo principal que me lleva a realizar este tipo de investigación surge principalmente de mi interés por querer allegarme más a este mundo tan diverso de los niños con Trastorno Espectro Autista (TEA) y así poder entender lo complejo que es y cómo enseñarles a adaptarse a un ambiente normal; el poder identificar las diferentes emociones que posee este niño, serán las mismas que nos ayudaran a brindarle rutas y herramientas para que pueda sobrellevar este trastorno; teniendo como finalidad, cambios a nivel cognitivo, conductual y por ende emocional.

Dicha investigación, permitirá que el beneficiario directo, se oriente y sepa cómo aprender a manejar y controlar sus alteraciones, a su vez que incremente también sus recursos en el ámbito social y emocional, de tal manera que pueda enfrentar dichas afectaciones. Realizar el presente estudio de caso es factible, ya que el beneficiario directo está dispuesto a colaborar en este proceso. Para el actual estudio, se dispuso de técnicas y materiales psicológicos para llevar a cabo con efectividad el presente estudio de caso.

Objetivo General

Conocer los cambios psicoemocionales de un niño de 5 años de edad que presenta trastorno espectro autista en la ciudad de Guaranda provincia de Bolívar.

Sustento teórico

Cambios psicoemocionales

Los cambios psicoemocionales forman parte del desarrollo de todos los individuos, es inevitables y no tiene un patrón a seguir, pero lo que se puede es identificar algunos rasgos comunes que nos permite reconocer dicha problemática, aunque si bien es cierto cada persona es un mundo y no en todas ocurre exactamente lo mismo (Meilán, 20018). El ser humano a lo largo de la vida pasa por una serie de cambios, que dan lugar a rasgos para alcanzar nuestra adultez y madurez tanto física como mental.

Características de cambios psicoemocionales

Los cambios psicoemocionales hacen referencia a ese proceso de alteraciones que sufre el individuo en busca de su identidad, su autoestima, su seguridad y la confianza en sí mismo que muchos suelen perder, y estas se caracterizan por los contaste cambios de humor ya que las emociones siempre se manifiestan con facilidad.

Experimentar estas series de emociones puede resultar estresante y abrumador ya que no entiendes el porqué, lo cual lleva al individuo a la frustración. Asimismo, la constante búsqueda de su identidad, es otra de las características debido a que llega un momento en la vida que uno necesita saber quién es y que lo hace único y diferente de los demás en el mundo. Y finalmente, la dificultad de socializar en el entorno que nos desarrollamos (Calvo,2017).

Una de las maneras de entender los cambios psicoemocionales es aprender a reconocer las emociones, esa capacidad se logra por medio de la inteligencia emocional la cual cumple con la función de tener conciencia de las propias emociones y sentimientos, reconocerlos y controlarlos, motivarnos para lograr nuestros propios fines, reconocer los sentimientos ajenos y saber gestionar las interacciones interpersonales. La sabiduría emocional es una capacidad que puede prepararse, y para eso debemos iniciar reconociendo los sentimientos que manifestamos.

Cambios psicoemocionales del niño en edad preescolar

Los cambios psicoemocionales hacen referencia cuando un niño o adolescente no sabe controlar ni regular sus emociones, no existe tolerancia a la frustración y presenta diversos síntomas como son: el nerviosismo, la tristeza, irritabilidad fácilmente cuando no logran algo, entre otras. Es necesario observar a nuestros pequeños para así poder identificar

cualquier tipo de cambio emocional y de dicha manera detectarlo a tiempo, ya que no existe nada más eficaz que empezar un tratamiento a tiempo.

Existe ciertos indicadores tales como:

- Irritabilidad
- Lloran con facilidad
- Enfados frecuentes
- Miedo intenso
- Somatización (sienten malestares)
- Hiperactividad
- Desvalorización (comentarios negativos sobre si mismo)

Hay que saber que los niños y los adolescentes sufren cambios diferentes todo se da acorde a la edad, así lo menciona el autor (Pueyo, 2019) en el caso de los adolescentes, habrá que ser cautos ya que cualquier cambio detectado en ellos puede ser percibido como “que están en la edad”, pudiendo así pasar inadvertida la presencia de un problema emocional. Lo cual en estos casos dificulta una intervención a tiempo, brindada por profesionales de la salud, por lo cual no se debe minimizar los signos y síntomas de alarma que se hagan presente.

Organismo y factores medioambientales

Supone conocer a la persona al margen del problema que presenta. Estos datos nos ayudarán a entender por qué ha llegado a tener este problema. Ibanes y Manzanera (2018) plantea que los problemas emocionales son muy comunes, las técnicas de la terapia cognitivo-conductual son un acercamiento útil y eficaz para el manejo de una gran variedad de trastornos emocionales como la depresión, los trastornos de ansiedad, la hipocondría, los trastornos adaptativos y para una variedad extensa de síntomas emocionales no clasificados estrés, ira, frustración.

Por lo cual en los cambios psicoemocionales del niño resulta muy útil trabajar mediante este enfoque que nos garantiza un proceso terapéutico eficaz con resultados positivos muy notorios.

Los síntomas de intervención son:

- Depresión (tristeza, irritabilidad, llanto fácil y frecuente...).
- Ansiedad (nervios, preocupación, miedo intenso, inquietud...).
- Procesos de separación o divorcio.
- Miedos (oscuridad, ansiedad de separación de los padres, muerte, animales...).
- Fobias (social, inyecciones, escolar...).
- Acoso escolar.
- Manías (retorcerse el pelo, chuparse el dedo...)
- Trastorno obsesivo-compulsivo: conductas repetitivas, pensamientos recurrentes.
- Celos.
- Adquisición de habilidades sociales, mejora de la autoestima, timidez, inseguridad.
- Mutismo selectivo (Pueyo,2019).

Importancia de la educación infantil

La educación de las emociones tiene que servir de puente para aproximar lo que queremos ser, desde un punto de vista ético, y lo que somos, desde un punto de vista biológico. Al educar emocionalmente se parte de unas actitudes afectivas que pretenden fomentar en el niño o niña una simbiosis entre pensamiento, emoción y acción, afrontando los problemas sin que se vea afectada la autoestima. Según Cassa (2019) un proceso educativo, constante y persistente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento imprescindible de la evolución cognitiva constituyendo los recursos fundamentales del desarrollo de la personalidad integral y para ello propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo mejorara la capacidad de afrontar los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social.

Los objetivos de la educación emocional deben lograrse para aquello es necesario la colaboración de todos los miembros de la de la familia y agentes educativos

Contenidos en la educación emocional infantil

Los contenidos de la enseñanza emocional que tienen la posibilidad de laborar en la educación infantil son los que se muestran posteriormente. Aunque se presenten por separado tienen que contemplarse a partir de una perspectiva holística-globalizada; todos ellos se interrelacionan y se trabajan de manera conjunta.

1. Conciencia emocional. Involucra el tomar conciencia del propio estado emocional y expresarlo a través de el lenguaje verbal y/o no verbal, así como reconocer las emociones y emociones de los otros.
2. Regulación emocional. Es la función de regular los impulsos y los sentimientos desagradables, de tolerar la frustración y de saber aguardar las gratificaciones.
3. Autoestima. Se trata de la manera de evaluarnos a nosotros. La imagen que uno tiene de uno mismo, es decir; el autoconcepto. Es un paso primordial para el desarrollo de la empatía. En estas edades el infante o niña comienza a conocerse a él mismo mediante los otros y su aprobación coopera en su propia autoestima.
4. Habilidades socio-emocionales. Se basa en reconocer las emociones y los sentimientos de los otros, contribuir a otras personas a sentirse bien, desarrollar la empatía, conservar unas buenas interacciones interpersonales tales como la comunicación, cooperación, participación, trabajo en grupo, resolución de conflictos de una manera positiva, etcétera. (Cassa, 2019)

Trastorno Espectro Autista

Antes de las investigaciones realizadas y de la definición actual en cuanto al Trastorno del Espectro Autista (TEA), la perspectiva sobre esta condición era muy distinta. Hasta mediados del siglo pasado quienes eran parte de la población con TEA eran personas calificadas como “encantadas, extravagantes, criaturas abandonadas de otros planetas” y muchos otros acercamientos, más de carácter supersticiosos y utópicos, que realistas y científicos. Susin (2019) menciona que, en 1943, el doctor Leo Kanner fue quién rebatió la definición y describió por primera vez el Autismo Infantil Precoz como un trastorno de la personalidad diferenciado, después de examinar y describir las características que mostraban 11 niños partiendo de la gravedad que presentaban estos en las relaciones interpersonales, la comunicación con los otros y la aparición de conductas poco adaptadas al entorno y reiterativas

Se define a nivel mundial, como una perturbación del desarrollo, continua y compleja que afecta a la comunicación, imaginación, programación y reciprocidad emocional, muchos de los síntomas clínicos que se manifiestan son permanentes, con diferente grado de intensidad y de gravedad, así como de cronicidad, los trastornos del funcionamiento autista (Prats,2016). Investigaciones realizadas hasta el momento, indican que no se trata de una enfermedad sino una de las patologías y trastornos más graves del desarrollo, la comunicación y la conducta. clásicamente se reagrupan en la llamada “triada de Wing” que

son las dificultades en la interacción social, en a comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos.

El autismo es una discapacidad severa y crónica que afecta el desarrollo, este síndrome aparece en los primeros tres años de vida da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje, la comunicación, competencias sociales y la imaginación. Montalvo (2016) plantea que a menudo estos síntomas se acompañan de comportamientos anormales que tienen que ver con actividades o intereses repetitivas, obsesivas a objetos, lugares o eventos, movimientos estereotipados. Ocurre en cada 15 de 100,00 nacimientos y es cuatro veces más común en el sexo masculino que femenino.

Al autismo como una discapacidad cualitativa de interacción social, manifestada a través de al menos dos de los siguientes ítems. Ramos (2018):

Una discapacidad marcada en el uso de comportamientos no-verbales como: no mirar a los ojos, postura del cuerpo, y gestos para regular la interacción social, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros de su edad, consecuentes al nivel del desarrollo; ausencia de la búsqueda espontánea de compartir el disfrute, el interés o logros personales con otras personas, por ejemplo: la ausencia de acciones de mostrar, traer o apuntar, los objetos de intereses, a otras personas y/o ausencia de reciprocidad emocional. Asimismo, una discapacidad cualitativa en la comunicación, que se manifiesta por al menos unos de los síntomas como retraso, o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado (no acompañados por intentos de compensación con modos alternativos de comunicación como el lenguaje de gestos o mímico); en individuos con lenguaje apropiado, discapacidad marcada en la habilidad de iniciar o mantener una conversación con otros.

También s debe considerar el uso del lenguaje estereotipado y repetitivo y/o ausencia de juegos de representación o imitación social variados y apropiados al nivel de desarrollo del niño.

Causas

Las diversas y recientes averiguaciones que se realizaron en busca del origen de esta variación, refutan las posturas que al principio y a lo largo de años se especulaban, no permanecen según que el TEA es una perturbación de procedencia psicológico o familiar. Cada día existen grandes comprobaciones de su predominio en agentes biológicos, más que nada, en esos casos de gravedad. Se presumen otras razones, empero no se han comprobado. Algunos estudiosos creen que el daño a un área del cerebro, llamada amígdala, podría estar

implicado(Ramos,2018). Otros están estudiando si un virus puede desencadenar los síntomas Finalmente se han desarrollado exploraciones en agentes genéticos, neurológicos, inmunológicos, perinatales, neuroanatómicos y bioquímicos concluyentes de su patogénesis.

Síntomas y características

Las cualidades del autismo son generales en determinados autistas y otros son particulares. con interacción a este espectro, se indican doce magnitudes distintas que se hallan alteradas en personas que muestran autismo. Cada dimensión tiene cuatro categorías en las que el nivel uno representa a personas con el trastorno más severo y el nivel cuatro a personas con trastornos más leves. Las doce dimensiones se dividen en cuatro grupos dependiendo de si se refieren al mundo social (relación social, capacidades de referencia conjunta [atención, acción y preocupación conjuntas], capacidades intersubjetivas y mentalistas), a la comunicación y lenguaje (funciones comunicativas, lenguaje expresivo, lenguaje receptivo), a la anticipación y flexibilidad (competencias de anticipación, flexibilidad mental y comportamental, sentido de la actividad propia) o a la simbolización (imaginación de las capacidades de ficción, imitación, capacidad de hacer significantes).

La cognición y emociones en niños con TEA

Desde el inicio de la vida existen algunas emociones básicas de carácter innato. Inician el análisis en el nacimiento y finalizan en la adolescencia.

Por ejemplo: de 2 a 5 años Consolidación de emociones primarias. Aparece la importancia de los estados mentales de los otros para comprender el sentimiento, miedos aprendidos, ejemplificando el temor a la oscuridad o a los monstruos. La mayor parte tiene su origen en la socialización de los sentimientos que hacen los papás, emociones aprendidas como las rabietas. Presentan la necesidad de soberanía y autoafirmación, aparición de emociones secundarias o sociales. En esta etapa nace la auto-conciencia, que se muestra en la expresión de emociones negativas y en conductas desafiantes. Hay una creciente sensibilidad hacia las normas sociales. Pero, ¿qué sucede cuando el desarrollo está alterado, como es el caso de los niños diagnosticados con TEA? Según Prats (2016)

Los niños con esta condición no tienen la capacidad de “leer” las emociones que otras personas manifiestan a través de expresiones faciales, o señales orales con la voz, ya que poseen un déficit como se viene mencionando, para favorecer la comprensión de las emociones. Existen diversas investigaciones a través de las cuales se evidencia que estas personas con TEA son capaces de identificar las caras de diferentes personas, que expresan

las mismas emociones, y al mismo tiempo eran capaces de reconocer a las mismas personas, aunque con distintas expresiones emocionales, considerando, que los autistas necesitan mayor tiempo para realizar cualquier actividad con respecto a la población normal.

Existen además otras diferencias en su particular forma de percibir y asimilar las emociones. Cada vez que las personas con autismo tratan de reconocer emociones a partir de regiones aisladas del rostro, lo realizan mejor fijando su atención en base a la boca y muy escasamente utilizando el contacto visual. Así mismo, el trayecto que siguen al observar los rostros es mucho más caóticas y desorganizadas, tanto que pueden llegar a mostrar su atención en algún rasgo poco importante como la barbilla o una oreja.

Patrones de comportamiento en niños con TEA

La falta de empatía y comprensión de emociones en estas personas puede llevarles a cometer comportamientos desajustados, distinguiendo a estos entre comportamientos deliberadamente maliciosos y comportamientos meramente desagradables o antisociales, pero no intencionados, que son los que en realidad suelen mostrar estos niños. El hecho de considerar estos comportamientos como no intencionados se explica por la simple razón que, para ellos el molestar o herir intencionadamente los sentimientos de otro conlleva un grado de desarrollo de teoría de la mente que muchas de las personas con autismo no poseen.

Intervención cognitiva conductual en niños con TEA

Es evidente que los niños con autismo tienen un déficit cognitivo específico, esto es producto de la alteración en la “metarrepresentación”, es decir, poseen dificultad al representar situaciones y objetos. A través de la metarrepresentación los niños típicos desarrollan el juego simulado y le atribuyen contenidos. El déficit cognitivo específico que tienen los niños con autismo es el responsable de los déficits nucleares del TEA, refiriéndose así a la incapacidad para tener una teoría de la mente, es decir, la incapacidad que tienen los niños con el trastorno para predecir y explicar la conducta de los otros seres humanos y su estado mental. El problema de la relación afectiva es consecuencia de la incapacidad que tienen los niños con autismo de saber, pensar, creer o sentir de forma diferente a como lo hacen los demás (Alcocer y Arboleda, 2020). Además, los niños con autismo consideran que los intereses de los demás son semejantes a los de ellos, pues no comprenden lo que los demás sienten, desean o piensan.

En lo que respecta a la conducta, los niños con TEA poseen patrones repetitivos y estereotipados de conducta, esto se debe a las tendencias obsesivas que tienen hacia objetos

inusuales, al desinterés a la exploración del entorno, al retraso de las habilidades de autonomía, a la carencia en la percepción, memoria auditiva, articulación, razonamiento y comprensión. Alcocer y Arboleda (2020) afirman que la enfermedad mental y sus síntomas no son parte de una alteración interna, sino que es un trastorno comportamental aprendido, en estudios se observaron que por eventos externos una conducta aparece y se instaura, más si se invierte el proceso y se desaprende se pueden instaurar nuevas conductas que permiten una mejor adaptación o alternativas.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con la finalidad de recolectar datos válidos y confiables se procedió a tomar en consideración para aplicar al paciente el siguiente conjunto de recursos para evaluación psicológica acorde a la necesidad presentada por el paciente, entrevista estructurada basada en la aplicación de TEST CARS, elaboración de historia clínica actualizada del paciente, evaluación del estado mental, aplicación de batería psicométrica, conformada de TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN, TEST DE LA FIGURO HUMANA y TEST VISOMOTRIZ DE BENDER y la utilización del manual de diagnósticos CIE10, a continuación se elaborara una breve descripción de cada uno de ellos.

La entrevista estructurada

Es una metodología de interrogatorio conformada por pregunta prediseñada con anticipación para obtener información objetiva y específica del entrevistado, en este caso la entrevista estructurada se orientó a obtener datos de los padres del paciente sobre la patología previamente diagnosticada.

Historia clínica

Un conjunto de registro de información en el que se detalla la información de la historia psicológica del paciente, es decir, evento precipitante, factores predisponentes, tiempo de evolución de la patología del paciente, estado actual de la patología, historia biopsicosocial.

Evaluación del estado mental

Proceso que se da mediante la observación clínica y análisis funcional de la conducta que realiza el entrevistador al paciente, donde se toma en consideración evaluar si el paciente presente alguna alteración a nivel de procesos cognitivos.

TEST CARS

Test psicométrico desarrollada por Reichler y Schopler en los años 70, es una escala para evaluar comportamiento dentro de los criterios diagnósticos de trastorno del espectro autista, aplicable en niños mayores de 2 años, cuenta con 15 ítems para evaluar.

TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN

Elaborado por Luis Corman en 1961, mediante la interpretación subjetiva y congruente a la apreciación del clínico se puede obtener información sobre la dinámica relacional entre el sujeto y los diferentes miembros de su sistema familiar, la aplicación del test es individual y a la edad de 5 años en adelante, el material que se emplea para la aplicación del test es; hoja papel bond, lápiz y borrador.

TEST DE LA FIGURA HUMANA DE KOPPITZ

Elaborado por Elizabeth Münsterberg Koppitz en el año 1965, aplicable para niños entre edades de 5 a 12 años, se puede administrar de forma grupal o individual, no consta de límite de tiempo para la elaboración del dibujo, sirve para medir madurez mental, necesidades inconscientes, rasgos de personalidad y conflictos para la aplicación del test se utilizó hoja de papel bond en blanco, lápiz y borrador.

Manual de diagnósticos CIE10

Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento edición 10, elaborado en 1994, publicado por Churchill Livingstone para organización mundial de la salud, dicho manual es un compendio de los trastornos mentales existentes y sus criterios diagnósticos, dirigido al ámbito clínico.

RESULTADOS OBTENIDOS

Sesiones

Para el desarrollo de la casuística teniendo como objetivo cumplir con la demanda de la madre del paciente y generar mejoría en la calidad de vida del paciente se realizaron siete sesiones de las cuales las dos primeras sesiones fue dirigida a la recolección de datos, es decir, se focalizo la evaluación y diagnóstico.

Una vez establecido el diagnóstico clínico, haber clarificado los hallazgos, se estableció el esquema terapéutico a trabajar en las siguientes cinco sesiones, planteado soluciones tomando como referencia el enfoque de la terapia cognitiva conductual, acogiendo los principios fundamentales y adaptándolos acorde a la necesidad y edad del paciente.

Primera sesión

Se realiza la presentación con el paciente y sus padres, se realiza el encuadre, donde se manifiesta como se llevara a cabo el proceso, luego se manifiesta el acuerdo de confidencialidad el cual los interesados aceptan, y se da inicio la sesión evaluando en esta sesión a los padres del paciente, donde se obtiene motivo de consulta, historia familiar, anamnesis del paciente, evaluación del estado mental, así como también la aplicación de la prueba psicométrica CARS a los padres, una vez terminada la prueba se da por finalizada la sesión.

Segunda sesión

Se preparó material para la aplicación de las pruebas psicométricas las cuales son; test de la familia de Corman, test de la figura humana de Koppitz y el test visomotor de Bender, el paciente ingresa a la consulta con la madre, se evalúa el estado de ánimo del niño, se le motiva a tener interés a realizar las pruebas, y una a una se las comienza aplicar, dando un intervalo de descanso entre prueba y prueba de 5 minutos, una vez terminada las pruebas, se le solicita al niño su apreciación sobre la sesión del día.

Tercera sesión

Se planifico dar inicio de la con el proceso psicoterapéutico, el cual se encuadra con los padres del paciente, una vez aceptada por parte de los tutores se da inicio la primera sesión psicoterapéutica, durante esta sesión se aplican técnicas de psicoeducación en emociones y rueda de emociones para finalizar se trabajó la técnica del semáforo.

Cuarta sesión

Se evalúa el estado emocional del niño, se le comenta el itinerario del día, se le motiva a participar, y se realiza nuevamente psicoeducación en emociones, rueda de emociones y se trabaja la técnica del pastel de la calma, para finalizar se trabaja la técnica de tiempo fuera.

Quinta sesión

Se evalúa el estado emocional y conductual del niño, de igual manera se le menciona el itinerario, se le motiva y se da inicio con la psicoterapia se inicia con técnica del semáforo, se le toma de lección la rueda de emociones, y se realiza la técnica del tiempo fuera, también se socializa si existe alguna dificultad con la aplicación del tiempo fuera en el hogar.

Sexta sesión

Se procede a evaluar al niño desde el aspecto conductual y emocional se refuerza técnica del pastel de la calma, se realiza la técnica del semáforo, durante esta sesión la madre del paciente manifiesta su apreciación con la observación sobre el proceso psicoterapéutico al final se le comunica al paciente y la madre que la siguiente sesión sería la sesión final.

La séptima sesión

Se realiza nuevamente el análisis funcional de la conducta del paciente, se aplica técnica tiempo fuera y semáforo, se le solicita al niño la retro alimentación de todo lo aprendido en el proceso, se da por finalizada la sesión.

Situaciones detectadas (hallazgos)

En la primera sesión se halla la siguiente información Paciente de sexo masculino de 5 años de edad acude a consulta para evaluación psicológica y psicoterapia direccionada al manejo de emociones a petición de los padres, previamente a la edad de 2 años el paciente fue evaluado por psicología por motivo de retraso en la adquisición de algunas habilidades o funciones propias de su edad, en el cual se establece Según el CIE10 como Trastorno generalizados del desarrollo F84. Paciente a la edad de 3 años se le realiza evaluación médica y psicológica a pedido de la madre, en el cual se especifica el trastorno según el CIE10 como Autismo infantil f84.0. A la edad de 3 años y 4 meses el paciente inicia terapia del lenguaje, estimulación temprana y terapia ocupacional, la cual sigue sosteniendo en la actualidad. Madre manifiesta que el paciente le cuesta relacionarse con otras personas, se observa interacción entre madre y paciente de sobreprotección, también la madre manifiesta que el

paciente cuando se le insiste a realizar alguna actividad que él no desea realizarla, manifiesta una conducta agresiva, también se observa incapacidad de reconocer sus emociones y tiene dificultad para recordar lo repasado, la madre también manifiesta “al momento de llevarlo a dormir es muy trabajoso, ya que no quiere descansar temprano, por lo que siempre pasa lleno de energía y muy activo”.

El paciente perteneciente a una familia de estructura nuclear, la cual está constituida por las figuras paternas, madre atenta y sobreprotectora, padre distante, no se observa conflictos en el hogar, límites difusos en el hogar, miembros aglutinados en el hogar.

Paciente presentó dificultad para adaptarse durante el periodo de estudio 1ero de inicial, se observaban conductas desadaptativas de berrinche cuando no quiere realizar alguna actividad en el aula, conducta aun presente en primaria pero que su frecuencia ha disminuido, actualmente se muestra más colaborador con los docentes tanto de manera virtual como presencial.

Con respecto a la anamnesis se observa embarazo normal, parto mediante cesaría, 36 semanas de gestación pretérmino (hubo complicaciones en el momento del parto debido a la pérdida de líquido amniótico), cabe mencionar que la madre del paciente experimento gran estrés debido a un terremoto un día antes del parto, se observó retraso psicomotor en el sostén cefálico, sedestación con ayuda durante 8 meses, sus primeros pasos a los 18 meses, lenguaje manifiesta los bisílabos a los 6-7 meses, primeras palabras al año y 8 meses, la madre señala que existió dificultad en la pronunciación, control de esfínteres presenta enuresis y encopresis, solía buscar espacios donde permanecía solo. Y en su estado mental se observa Paciente de estatura baja en relación a su edad biológica, contextura delgada, tez trigueña, higiene, se observa cuidado personal, congruencia de edad cronológica con la biológica.

En la segunda sesión de evaluación se observan los siguientes resultados en las pruebas aplicadas; cars refleja un puntaje de 33 puntos dando una interpretación de autismo moderado.

Test de la familia, en congruencia con lo observable en la conducta del paciente y lo interpretable refleja que; la madre para el paciente es muy importante, se observa distanciamiento emocional con respecto al padre, el paciente es inhibido, tímido, de carácter obsesivo, rígido, es consciente de su identidad, no se observa dificultades o conflictos con los tutores. Test de la figura humana de Koppitz, se observa nivel mental: CI 102

equivalente a inteligencia promedio. Edad mental 6 años 9 meses, el test visomotor de Bender.

Se establece el diagnóstico F84.0 Autismo infantil, en las sesiones terapéuticas no se observan complicaciones o hallazgos relevantes a mencionar, el paciente muestra predisposición en cada una de las sesiones psicoterapéuticas.

Soluciones planteadas

Ante las problemáticas observadas en el hallazgo se planteó para realizar a partir de la tercera sesión psicoterapéutica técnicas que, para generar autocontrol en el niño, identificar emociones, disminuir niveles de ansiedad, agresividad e inquietud motriz, y hiperactividad.

Tabla 1

Esquema psicoterapéutico

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Agresividad Ansiedad	Enseñar estrategias para la disminución de las emociones de emergencia	Técnica de autocontrol “Pastel de la calma”	3	29/12/2021 30/12/2021 06/01/2022	El niño escoge una de las tres “rebanadas del pastel”, como respirar profundamente, contar hasta diez, imaginar una escena agradable, para autocontrolarse
Inquietud motriz Hiperactividad	Reducir/eliminar las conductas	Tiempo fuera	5	30/12/2021 06/01/2022 13/01/2022 20/01/2022 27/01/2022	El niño se levanta menos frecuentemente de su asiento
Impulsividad	Enseñar	El semáforo	3	03/02/2022	El niño pone en

	estrategias para la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas			10/02/2022 17/02/2022	práctica la técnica aprendida en un rol playing: color rojo-se detiene, color, color amarillo piensa ¿qué quiero lograr?, en el color verde, guardó todos sus materiales en la mochila
Dificultad para identificar emociones	Enseñar sobre emociones y su expresión	Psicoeducación Rueda de emociones	6	24/02/2022 03/03/2022 10/03/2022 17/03/2022 24/03/2022 31/03/2022	El niño gira la rueda y selecciona una emoción al azar, se le explica que es esa emoción y como se siente esa emoción y luego el niño expresa la emoción.

Nota. Elaboración propia del autor.

Conclusión

Para dar por concluido el estudio de caso se señala la congruencia entre lo que manifiesta el sustento teórico con respecto a la triada de wing que se ve refleja en el cuadro sintomatológico del paciente, siendo notorios en los primeros años la interacción social y la dificultad con la comunicación verbal y no verbal, las problemáticas de mayor repercusión en el paciente.

Aunque en el caso no se pudo apreciar la descripción explícita que hace el sustento teórico sobre el F84.0 trastorno del espectro autista (TEA) en relación a síntomas, por motivo que el paciente recibió tratamiento a tiempo, se logró observar otra realidad posible con respecto a la patología, si bien no existe cura, su detección temprana mejora significativamente en la calidad de vida de quien lo parece.

Ya que en el paciente se observaba un cambio significativo con respecto al cuadro sindrómico hallado en su primera evaluación psicológica, a diferencia del cuadro sindrómico que se presenta en la actualidad, si bien el paciente muestra dificultad en la interacción social y ciertos comportamientos desadaptativos el paciente, también cabe mencionar que denota un pronóstico favorable, ya que la familia y el paciente están dispuestos a continuar con el proceso terapéutico.

También se señala la importancia del rol del psicólogo para la evaluación, diagnóstico e intervención psicoterapéutica, si bien las terapias del lenguaje y la estimulación temprana demuestran grandes resultados en el paciente, también la ausencia de la enseñanza de técnicas para el manejo de emociones en el niño repercute en la mejoría global, debido a que por un lado el niño gana la capacidad de comunicarse, y por el otro tiene que aprender a cómo hacerlo de manera adecuada al contexto.

Como logro alcanzado en el estudio de caso, muy aparte de la mejoría del paciente, también está presente, el registro de todo el proceso llevado a cabo en su intervención en este trabajo de investigación que, en un futuro, se tiene la certeza que servirá para generar nuevos conocimientos o ayudará como recurso para seguir promoviendo la salud mental.

Se hace constancia de que se pudo cumplir con el objetivo del estudio de caso el cual era “Conocer los conocimientos teóricos, técnicos, habilidades y destrezas adquiridos en la carrera de Psicología Clínica, para poder conocer los cambios emocionales en la vida de un niño con TEA”, conocimiento los cuales se plasman en todo el desarrollo del caso.

Como recomendación para futuras replicas o si se planea utilizar este estudio como guía para otro que tenga como objetivo una población similar, es de gran importancia que se tengan en claro que para obtener los resultados terapéuticos favorables al igual que esté presente trabajo de investigación, se resalten dos variables que jugaron un papel indispensable; la detección de la patología en los primeros años de vida de paciente, la atención constante de la madre del paciente, y la intervención terapéutica integral.

También se señala como una necesidad que se realice programas preventivos y concientización con respecto a la patológica del Trastorno Espectro Autista (TEA), para clarificar mitos que giran alrededor del autismo, que esta problemática aunque no se pueda curar, si se puede tratar, porque el autismo no es motivo para tener una pésima calidad de vida.

Bibliografía

- Alcocer, S. A. (2020). *Fortalecimiento del vínculo entre figura cuidadora-niño*. Quito: Universidad Internacional SEK.
- Calvo, J. C. (09 de Julio de 2017). *psico&gestalt*. Recuperado el 06 de Marzo de 2022, de El proceso de cambio: <https://www.psicogestalt.es/el-proceso-de-cambio/>
- Cassa, E. L. (2019). *La educación emocional en la educación infantil*. España: Revista Interuniversitaria de Formación del.
- Ibáñez-Tarín, C., & Manzanera-Escart, R. (2018). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). En *SEMERGEN* (pág. 11). Londres: Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. T.
- Meilán, J. J. (20018). *El concepto de psicología*. Mexico: Universidad Intercontinental.
- Montalvo, M. C. (2016). *PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE EN ESTUDIANTES*. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Prats, M. M. (2016). *El autismo y las emociones*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Prats, M. M. (2016). *El autismo y las emociones*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Psiquiatria, A. A. (2014). *DSM-5*. Reino Unido: Asociación Americana de Psiquiatria.
- Pueyo, A. G. (12 de Octubre de 2019). *Psicología Infantil y Adolescente*. Recuperado el 06 de Marzo de 2022
- Ramos, M. C. (2018). *Trastornos del Espectro Autista: Grado de información e intervencion* . Buenos Aires: Universidad FASTA.
- Susín, J. L. (2016). *Cognición emocional en personas con autismo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Anexos**ANEXO 1****HISTORIA CLÍNICA****HC. # 04**

Fecha: 29/12/2021

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: CFB **Edad:** 5 años
Lugar y fecha de nacimiento: San Camilo-Quevedo-Los Ríos 17/04/2016
Género: Masculino **Estado civil:** Soltero **Religión:** Católico
Instrucción: Primaria **Ocupación:** Estudiante
Dirección: Plaza Roja - Guaranda **Teléfono:** 0988322xxx
Remitente: Fisioterapeuta del Centro de Atención Integral “Vive Mejor”

2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de sexo masculino de 5 años de edad acude a consulta para evaluación psicológica y psicoterapia direccionada al manejo de emociones a petición de los padres, previamente a la edad de 2 años el paciente fue evaluado por psicología por motivo de retraso en la adquisición de algunas habilidades o funciones propias de su edad, en el cual se establece Según el CIE10 como Trastorno generalizados del desarrollo f84

Paciente a la edad de 3 años se le realiza evaluación médica y psicológica a pedido de la madre, en el cual se especifica el trastorno según el CIE10 como Autismo infantil f84.0

A la edad de 3 años y 4 meses el paciente inicia terapia del lenguaje, estimulación temprana y terapia ocupacional, la cual sigue sosteniendo en la actualidad.

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

Madre manifiesta que el paciente le cuesta relacionarse con otras personas, se observa interacción entre madre y paciente de sobreprotección, también la madre manifiesta que el paciente cuando se le insiste a realizar alguna actividad que él no desea realizarla, manifiesta una conducta agresiva, también se observa incapacidad de reconocer sus emociones y tiene dificultad para recordar lo repasado, la madre también manifiesta “al momento de llevarlo a dormir es muy trabajoso, ya que no quiere descansar temprano, por lo que siempre pasa lleno de energía y muy activo”

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Paciente de sexo masculino proviene de una estructura familiar nuclear, siendo hijo único y conformado por Madre JEBV, y padre DMFF.

Madre J, ama de casa, cumple con su rol, en gran medida también cumple con el rol de padre, manifiesta que siempre ha estado pendiente del paciente, denotan gran preocupación a los 2 años de vida del paciente, donde comenzaron a notarse las señales del trastorno, mostrando iniciativa para la intervención adecuada, también menciona que entre ella y el padre ella se encuentra más involucrada en el proceso del paciente, y que el padre del paciente conoce la problemática de manera superficial, en la actualidad L es estudiante, y el tiempo restante lo dedica a los quehaceres del hogar

Padre D, Policía, presenta dificultad para cumplir su rol en el hogar debido a la naturaleza de su trabajo, hace 2 meses atrás D solicitó vacaciones, con el deseo de ponerse al tanto e involucrarse con el proceso que está llevando el paciente, cabe mencionar que alrededor de los 3 años de edad el sistema familiar del paciente (mama, papa y paciente) vivieron con sus abuelos paternos, los cuales J manifiesta que reforzaron conductas desadaptativas en el, por medio de la sobreprotección.

a) Genograma

(Composición y dinámica familiar)

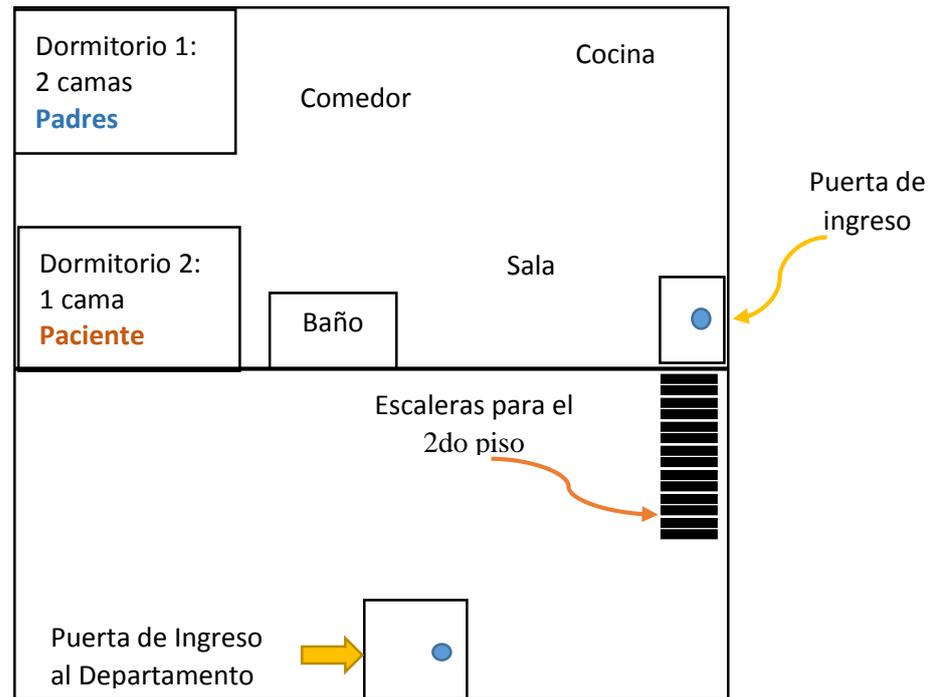
b) Tipo de familia

Familia nuclear

c) Antecedentes psicopatológicos familiares.

El padre menciona tener un primo lejano que sufre de una “discapacidad desconocida” debido a una convulsión por caerse de la rueda moscovita.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL



Casa de 2 pisos de cemento, no es casa propia, viven arrendando un mini departamento en el 2do piso. Está ubicada la zona centro-urbana.

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

(Embarazo, parto, lactancia, marcha, lenguaje, control de esfínteres, funciones de autonomía, enfermedades.)

Embarazo normal, parto mediante cesaría, 36 semanas de gestación pretérmino (hubo complicaciones en el momento del parto debido a la pérdida de líquido amniótico), cabe mencionar que la madre del paciente experimento gran estrés debido a un terremoto un día antes del parto, se observó retraso psicomotor en el sostén cefálico, sedestación con ayuda durante 8 meses, sus primeros pasos a los 18 meses, lenguaje manifiesta los bisílabos a los 6-7 meses, primeras palabras al año y 8 meses, la madre señala que existió dificultad en la pronunciación, control de esfínteres presenta enuresis y encopresis, solía buscar espacios donde permanecía solo.

6.2. ESCOLARIDAD (Adaptabilidad, rendimiento, relación con pares y maestros, aprendizaje, cambios de escuela).

Paciente presentó dificultad para adaptarse durante el periodo de estudio 1ero de inicial, se observaban conductas desadaptativas de berrinche cuando no quiere realizar alguna actividad en el aula, conducta aun presente en primaria pero que su frecuencia ha disminuido, actualmente se muestra más colaborador con los docentes tanto de manera virtual como presencial

6.3. HISTORIA LABORAL

No compete con el caso

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

Dificultad para establecer vínculos afectivos con demás niños (hacer amigos), se muestra cariñoso con adultos que conoce, se muestra temeroso y denota rechazo con desconocidos.

6.5. USO DEL TIEMPO LIBRE (ocio, diversión, deportes, intereses)

Por lo general le gusta jugar a las escondidas, inventar o explorar e ir a la piscina.

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

Expresa cariño con personas conocidas, temor y rechazo al relacionarse con desconocidos, psicosexualidad sin alteraciones-

6.7. HÁBITOS (café, alcohol, drogas, entre otros)

Ninguno

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

Alimentación aparentemente normal, dificultad para conciliar el sueño, descanso fuera de los horarios saludables (duerme tarde)

6.9. HISTORIA MÉDICA

Paciente diagnosticado con f84.0 autismo en la niñez por neurología pediátrica a la edad de 3 años. Neurólogo describe al paciente con trastorno autista forma leve, presente asociado un trastorno del lenguaje e hiperactividad, así como trastorno de motricidad, al paciente se le realizó como un estudio de electroencefalograma.

6.10. HISTORIA LEGAL

No compete con el caso

6.11. PROYECTO DE VIDA

Paciente manifiesta tener tiempo para realizar sus inventos.

7. EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

7.1. FENOMENOLOGÍA (Aspecto personal, lenguaje no verbal, biotipo, actitud, etnia, lenguaje)

Paciente de estatura baja en relación a su edad biológica, contextura delgada, tez trigueña, higiene, se observa cuidado personal, congruencia de edad cronológica con la biológica.

7.2. ORIENTACIÓN

Se observa autopsiquía y alopsiquía

7.3. ATENCIÓN

Se observa alteración

7.4. MEMORIA

Alteración en memoria de corto plazo, dificultad de retentiva

7.5. INTELIGENCIA

Aparentemente sin alteración

7.6. PENSAMIENTO

Pensamiento velocidad, curso y forma normal

7.7. LENGUAJE

En la actualidad no presenta dificultad

7.8. PSICOMOTRICIDAD

En la actualidad no presenta dificultad

7.9. SENSOPERCEPCION

Sin alteración

7.10. AFECTIVIDAD

Eufórico, Exaltación emocional, enojo

7.11. JUICIO DE REALIDAD

Sin alteración

7.12. CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD

No es consciente

7.13. HECHOS PSICODRAMÁTICOS E IDEAS SUICIDAS

Aparentemente no existen.

8. PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS

Test de la familia.

Test FIGURA HUMANA DE KOPPIZ

TEST CARS

TEST CAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO

Dimensión	Síntomas	Trastorno
Cognitiva	Déficit de atención, distraibilidad, alteración en la memoria retentiva.	F84.0 AUTISMO INFANTIL
Emocional	Irritabilidad, ira, euforia, exaltación emocional, alexitimia	
Conductual	Berrinche, patrones ritualizados, estereotipias, hiperactividad, déficit de control de impulsos	
Somática	Dificultad para conciliar el sueño	

9.1. Factores predisponentes:

- Sobreprotección por parte de la figura materna y abuelos paternos, ausencia de la figura paterna.

9.2. Evento precipitante:

- Complicaciones en el parto, bajo peso al nacer

9.3. Tiempo de evolución:

Desde el nacimiento hasta la actualidad, primer diagnóstico a los 2 años de vida

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

F84.0 Autismo Infantil

11. PRONÓSTICO

Favorable, paciente se encuentra realizando tratamiento de estimulación temprana, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

12. RECOMENDACIONES

Se recomienda mantener el tratamiento terapéutico que está realizando y añadir tratamiento psicoterapéutico para gestión de emociones

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos
Agresividad Ansiedad	Enseñar estrategias para la disminución de las emociones de emergencia	Técnica de autocontrol “Pastel de la calma”	3	29/12/2021 30/12/2021 06/01/2022	El niño escoge una de las tres “rebanadas del pastel”, como respirar profundamente, contar hasta diez, imaginar una escena agradable, para autocontrolarse
Inquietud motriz Hiperactividad	Reducir/eliminar las conductas	Tiempo fuera	6	30/12/2021 06/01/2022 13/01/2022 20/01/2022 27/01/2022	El niño se levanta menos frecuentemente de su asiento
Impulsividad	Enseñar estrategias para la disminución de las respuestas impulsivas inmediatas	El semáforo	3	03/02/2022 10/02/2022 17/02/2022	El niño pone en práctica la técnica aprendida en un rol playing: color rojo-se detiene, color, color amarillo piensa ¿qué quiero lograr?, en el color verde, guardó todos sus materiales en la mochila

Dificultad para identificar emociones	Enseñar sobre emociones y su expresión	Psicoeducación Rueda de emociones	6	24/02/2022 03/03/2022 10/03/2022 17/03/2022 24/03/2022 31/03/2022	El niño gira la rueda y selecciona una emoción al azar, se le explica que es esa emoción y como se siente esa emoción y luego el niño expresa la emoción.
--	--	--------------------------------------	---	--	---

ANEXO 2

ESCALA DE MEDICION DE AUTISMO EN LA NIÑEZ**(C.A.R.S.)**

Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D.,

And Barbara Rothen Renner, Ph.D.

Preguntas- Los puntajes están arriba de la numeración:

I. REFERENTE A LA GENTE

1. **Ninguna evidencia de dificultad o anormalidad para relacionarse con la gente:**
La conducta del niño es apropiada para su edad. Algo de timidez, incomodidad o inquietud al decirle que hacer, puede ser observada pero no a un grado atípico.
1.5
2. **Relaciones interpersonales medianamente anormales:** El niño debe evitar mirar al adulto en los ojos, evita al adulto o empieza a quejarse con efusividad si la interacción es forzada, es excesivamente tímido, no es tan sensible al adulto como es típico, o ser tan aferrado a sus padres como la mayoría de niños a su edad.
2.5
3. **Relaciones interpersonales moderadamente anormales:** El niño se muestra reservado, distante (parece que no se da cuenta o ignora al adulto) en ocasiones. Mínimo contacto es iniciado por el niño.
3.5
4. **Relaciones interpersonales severamente anormales:** El niño es consistentemente reservado, distante o no se da cuenta de lo que el adulto está haciendo. Casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos persistentes para lograr la atención del niño tiene algún efecto.

II. IMITACION

1. **Imitación apropiada:** El niño puede imitar sonidos, palabras, y movimientos los cuales son apropiados para su nivel de habilidades.
1.5
2. **Imitación medianamente anormal:** El niño imita conductas simples tales como aplaudir o sonidos verbales simples la mayoría del tiempo; ocasionalmente, imita solo después de ser estimulado o después de un cierto retraso.
2.5
3. **Imitación moderadamente anormal:** El niño imita solo parte del tiempo requiere bastante persistencia y ayuda del adulto Frecuentemente imita sólo después con cierto retraso.
3.5

4. **Imitación severamente anormal:** El niño raramente o nunca imita sonidos, palabras o movimientos aún con el estímulo y asistencia de un adulto.

III. RESPUESTA EMOCIONAL

1. **Respuestas emocionales a edad apropiada y situación apropiada:** El niño muestra el tipo y grado apropiado de respuesta emocional indicado por un cambio en la expresión facial, postura y modales (conducta).

1.5

2. **Respuestas emocionales medianamente anormales:** El niño ocasionalmente demuestra un cierto tipo inapropiado o grado de respuesta emocional. Algunas veces las reacciones no se relacionan con los objetos o eventos que lo rodean.

2.5.

3. **Respuestas emocionales moderadamente anormales:** El niño muestra signos definidos de tipo inapropiado y/o grado de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser inhibidas o excesivas y no relacionadas a la situación: puede hacer muecas, reír, o ponerse rígido aún cuando objetos o acciones que las produzcan no estén presentes.

3.5.

4. **Respuestas emocionales severamente anormales:** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño llega a cierto estado de humor, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones muy diferentes cuando nada ha cambiado.

IV. USO DEL CUERPO

1. **Edad apropiada del uso del cuerpo:** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad, y coordinación de un niño normal a la misma edad.

1.5

2. **Uso del cuerpo medianamente anormal:** Algunas peculiaridades menores pueden estar presentándose, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o la aparición rara de algunos movimientos inusuales.

2.5

3. **Uso del cuerpo moderadamente anormal:** Conductas que son claramente extrañas o inusuales para un niño de esta edad puede incluir movimientos raros de los dedos, postura peculiar de los dedos o cuerpo, miran fijamente o agarran el cuerpo, agresión dirigida a sí mismo, mecerse, mover los dedos, girar cosas o caminar de puntas.

3.5

4. **Uso del cuerpo severamente anormal:** Intensos o frecuentes movimientos de el listado de arriba, son signos del uso del cuerpo severamente anormal. Estas conductas pueden persistir a pesar de desalentarlas o involucrar al niño en otras actividades.

V. USO DE OBJETOS

1. **Uso apropiado de, interés, en juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés normal en juguetes y otros objetos apropiados para su nivel de habilidades y usa estos juguetes en una manera apropiada.
1.5
2. **Interés medianamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés atípico en un juguete o juega con este en una manera anormal inapropiada (por ejemplo cerrando de golpe la puerta o chupando un juguete).
2.5
3. **Interés moderadamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño puede mostrar poco interés en juguetes u otros objetos, o puede estar preocupado en usar un objeto o juguete en alguna forma extraña. Se enfoca en alguna parte insignificante del juguete, o se muestra fascinado con el reflejo ligero del juguete, mueve repetitivamente alguna parte del objeto, o juega exclusivamente con un objeto.
3.5
4. **Interés severamente inapropiado en, o uso de, juguetes u otros objetos :** El niño debe ocuparse en las mismas conductas descritas arriba, con mucho mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil de distraerse cuando se encuentra comprometido en este tipo de actividades inapropiadas.

VI. ADAPTACION AL CAMBIO

1. **Edad apropiada para responder al cambio:** Mientras el niño pueda notar o hacer comentarios en los cambios de rutina, este acepta estos cambios sin excesiva angustia.
1.5
2. **Adaptación al cambio medianamente anormal:** Cuando un adulto trata de cambiar tareas el niño debe continuar la misma actividad o usar los mismos materiales.
2.5
3. **Adaptación al cambio moderadamente anormal:** El niño se resiste activamente a los cambios de rutina, trata de continuar con una vieja actividad, y es difícil de distraerse. Puede ponerse molesto o infeliz cuando una rutina establecida es alterada.
3.5
4. **Adaptación al cambio severamente anormal:** El niño muestra reacciones severas al cambio. Si un cambio es forzado, debe volverse extremadamente molesto o no cooperar y responder con rabietas.

VII. RESPUESTA VISUAL

1. **Edad apropiada para la respuesta visual:** La conducta visual del niño es normal y apropiada para esa edad. La visión es usada junto con otros sentidos como una manera de explorar un nuevo objeto.
1.5
2. **Respuesta visual medianamente anormal:** Ocasionalmente se le debe hacer recordar al niño el mirar objetos. El niño debe estar más interesado en mirar espejos

o luces que a sus compañeros o puede mirar al vacío, o también puede evitar mirar a la gente en los ojos.

2.5

3. **Respuesta visual moderadamente anormal:** Se le debe instar a mirar a lo que está haciendo. Evita mirar a la gente en los ojos, mira los objetos desde un ángulo inusual, o coge objetos muy cerca a los ojos.

3.5

4. **Respuesta visual severamente anormal:** El niño evita consistentemente mirar a la gente o algunos objetos y puede mostrar formas extremas de otras peculiaridades visuales descritas arriba.

VIII. RESPUESTA AUDITIVA

1. **Edad apropiada para la respuesta auditiva:** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada para su edad. La audición es usada junto con otros sentidos.

1.5

2. **Respuesta auditiva medianamente anormal:** Debe existir algún déficit de respuesta, o actuar con mesurada sorpresa o molestia a ciertos sonidos. Las respuestas a sonidos deben ser tardías, y los sonidos pueden necesitar repetición para captar la atención del niño. El niño puede ser distraído por sonidos extraños.

2.5

3. **Respuesta auditiva moderadamente anormal:** La respuesta del niño a los sonidos varía, generalmente ignora un sonido los primeros minutos que está hecho; puede estar asustado o cubrirse las orejas cuando escucha algunos sonidos cotidianos.

3.5

4. **Respuesta auditiva severamente anormal:** El niño sobre actúa a un grado extremo marcado, considerando el tipo de sonido.

IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO

1. **Uso normal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño explora nuevos objetos en una manera apropiada para su edad., generalmente por tacto y mirada. Sabor y olor puede ser usado cuando es apropiado. Cuando reacciona a algo sin importancia, dolor físico cotidiano, el niño expresa incomodidad pero no sorpresa o molestia.

1.5

2. **Uso medianamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño puede persistir en poner objetos en su boca; puede oler o saborear objetos no comestibles; puede ignorar o sorprenderse o molestarse por leves dolores que un niño normal puede expresarla como incomodidad.

2.5

3. **Uso moderadamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño debe estar moderadamente preocupado por tocar, oler, o saborear objetos o gente. El niño puede reaccionar mucho o poco.

3.5

4. **Uso severamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño está preocupado por oler, saborear, o sentir objetos más por la sensación que por la exploración normal o uso de los objetos. El niño puede ignorar completamente el dolor o reaccionar muy fuertemente al más leve discomfort.

X. MIEDO O NERVIOSISMO

1. **Miedo o nerviosismo normal:** La conducta del niño es apropiada tanto para la situación como para su edad.

1.5

2. **Miedo y nerviosismo medianamente anormal:** El niño ocasionalmente muestra mucho o poco miedo o nerviosismo comparado a la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.

2.5

3. **Miedo y nerviosismo moderadamente anormal:** El niño se muestra o tranquilo bastante más o tranquilo bastante menos que es típico aún para un niño menor en una situación similar.

3.5

4. **Miedo y nerviosismo severamente anormal:** El miedo persiste aún después de repetida la experiencia con eventos u objetos inofensivos. Es extremadamente difícil de calmar o aliviar al niño. El niño puede, a la inversa, dejar de mostrar atención apropiada por riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

XI. COMUNICACION VERBAL

1. **Comunicación verbal, edad y situación apropiada**

1.5

2. **Comunicación verbal medianamente anormal:** Su habla muestra general retraso. La mayoría de su habla es significativo; sin embargo, la ecolalia o inversión de pronombre debe ocurrir. Algunas palabras peculiares o jerga puede ser usada ocasionalmente.

2.5

3. **Comunicación verbal moderadamente anormal:** El habla puede ser ausente. Cuando se presenta, la comunicación verbal puede ser una mezcla de algún habla significativo y algún habla peculiar como jerga, ecolalia, o inversión de pronombre. Peculiaridades en el habla significativo incluye excesivo interrogatorio preocupación por temas particulares.

3.5

4. **Comunicación verbal severamente anormal:** El discurso significativo no es usado. El niño puede dar gritos o chillidos agudos, sonidos como animales, ruidos complejos aproximándose al habla, o puede mostrar persistente, raro uso de palabras o frases reconocibles.

XII. COMUNICACION NO VERBAL

1. Uso normal de comunicación no verbal, edad y situación apropiada

1.5

2. Uso de comunicación no verbal medianamente anormal: Uso inmaduro de comunicación no verbal; puede sólo apuntar vagamente, o alcanzar lo que desea, en situaciones donde un niño de la misma edad debe apuntar más específicamente para indicar aquello que desea.

2.5

3. Uso de la comunicación no verbal moderadamente anormal: El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede comprender la comunicación no verbal de otros.

3.5

4. Uso de la comunicación no verbal severamente anormal: El niño sólo usa raros o peculiares gestos los cuales no tienen aparente significado, y no muestra estar conciente de los significados asociados con los gestos o expresiones faciales de otros.

XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD

1. Nivel de actividad normal para su edad y circunstancia: El niño no es más activo ni menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.

1.5

2. Nivel de actividad medianamente anormal: El niño debe ser medianamente inquieto o algo "perezoso" y moverse lento por momentos. El nivel de actividad del niño interfiere solo un poco con su desempeño.

2.5

3. Nivel de actividad moderadamente anormal: El niño debe ser bastante activo y difícil de frenar. Debe tener energía ilimitada y no debe irse de buena gana a dormirse en la noche. A la inversa, el niño debe ser bastante letárgico, y necesitar mucho empuje para lograr que se mueva.

3.5

4. Nivel de actividad severamente anormal: El niño exhibe extremos de actividad o inactividad y puede aún cambiar de un extremo a otro.

XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL

1. La inteligencia es normal y consistente razonablemente a través de las diferentes áreas: El niño es tan inteligente como un niño típico de la misma edad y no tiene ninguna habilidad intelectual inusual o problemas.

1.5

2. Funcionamiento intelectual medianamente anormal: El niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; las habilidades aparecen bastante retardadas de una forma pareja a través de todas las áreas.

2.5

3. Funcionamiento intelectual moderadamente anormal: En general, el niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; sin embargo, el niño puede funcionar casi normal en una o más áreas intelectuales.

3.5

4. **Funcionamiento intelectual severamente anormal:** mientras el niño generalmente no es tan inteligente como un niño típico de su edad; éste puede funcionar aún mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

XV. IMPRESIONES GENERALES

1. **No autismo:** El niño no muestra ninguno de los síntomas característicos del autismo.

1.5

2. **Autismo ligero:** El niño muestra sólo algunos o sólo un leve grado de autismo.

2.5

3. **Autismo moderado:** El niño muestra un número de síntomas o un moderado grado de autismo.

3.5

4. **Autismo severo :** El niño muestra muchos síntomas o un extremo grado de autismo.

Puntaje Total:

15 – 29: No Autista.

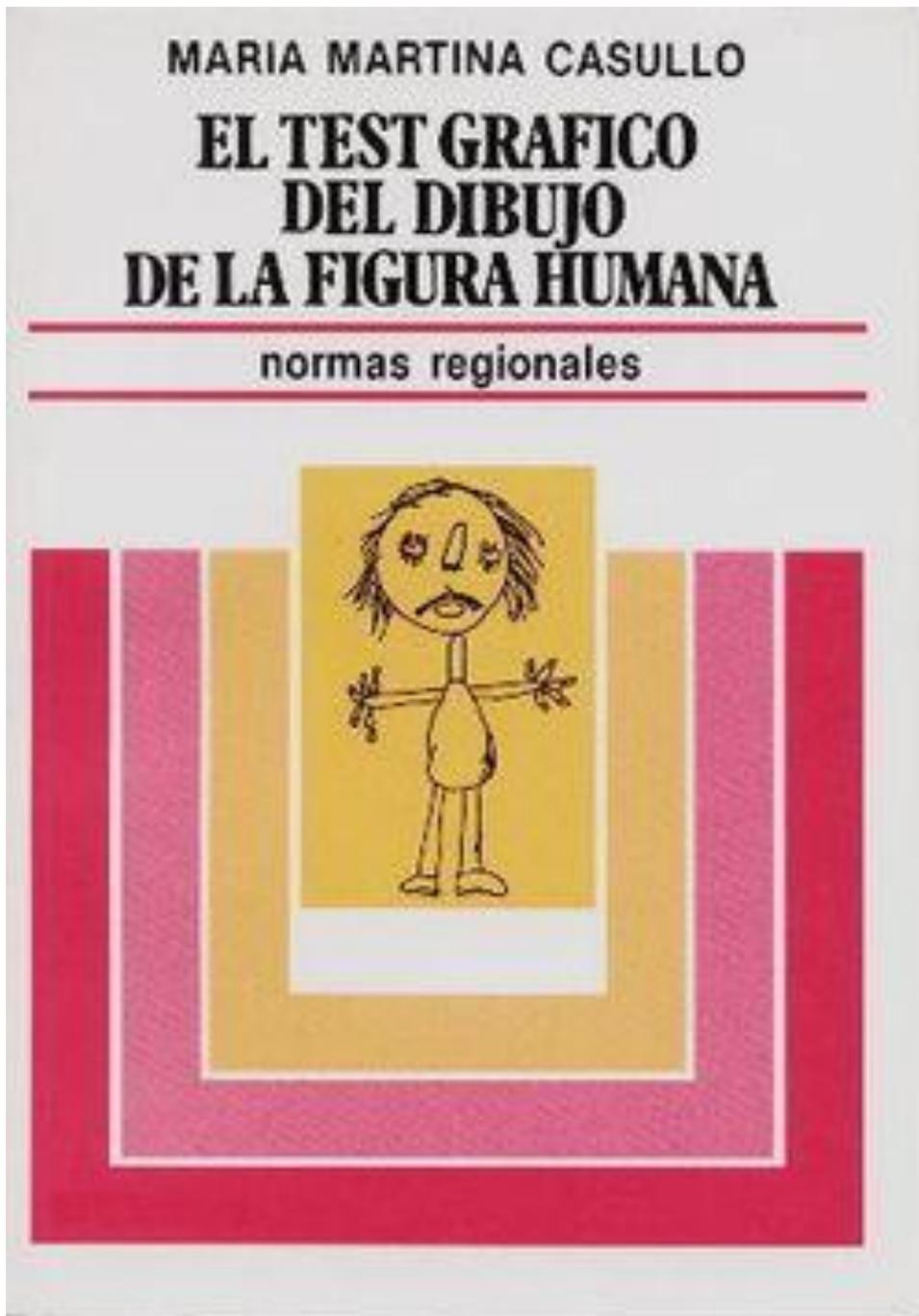
30 – 36: Autista Medianamente Moderado.

37 – 60: Autista Severo.

ANEXO 3

Ilustración 1

PORTADA DEL TEST DE LA FIGURA HUMANA



ANEXO 4

Ilustración 2

TEST DE LA FAMILIA DE CORMAN

Test de la
familia
de
Luis Corman

