



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



**DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA) DEL
EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

PROBLEMA:

**TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA Y LOS EFECTOS QUE
CAUSA DENTRO DEL AMBITO SOCIAL, FAMILIAR EN UN NIÑO
DE 7 AÑOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA F.H.R**

AUTOR:

SEGURA NARVAEZ ADRIANA MELISSA

TUTOR:

CEDEÑO SANDOYA WALER ADRIAN, MSC.

BABAHOYO – 2022

RESUMEN

El trastorno del espectro autista o TEA es un trastorno neurobiológico que aparece dentro de los tres primeros años de vida y persiste a lo largo de la vida de un individuo algunas personas con autismo tienen una variación conocida, como una condición genética. Las personas con autismo pueden actuar, comunicarse, interactuar y aprender de manera diferente a la mayoría de las personas. Las habilidades de las personas con autismo pueden variar mucho. Por ejemplo, algunas personas con autismo pueden tener habilidades de conversación avanzadas, mientras que otras pueden no expresarse verbalmente. Sus síntomas principales son los rasgos, deficiencias en el área de comunicación y patrones repetitivos. Los avances en neurociencia nos están dando resultados alentadores en la etiología del trastorno del espectro autista. Sin embargo, los modelos genéticos no pueden explicar completamente la causa de la enfermedad, pero tampoco pueden explicar la fisiopatología. Sin embargo, el diagnóstico siempre se realiza cuando los signos y síntomas están presentes. Las manifestaciones del autismo abarcan un amplio espectro y algunas personas requieren un nivel muy elevado de apoyo. Otras personas también pueden presentar problemas de aprendizaje o afecciones coincidentes. Para permitir que las personas en el espectro del autismo vivan una vida larga y satisfactoria de la manera más autónoma e independiente posible, es necesario un cambio de mentalidad en la sociedad que apoye su participación activa y su inclusión. Esto conlleva la creación y el mantenimiento de los servicios de apoyo necesarios, así como el fomento de la accesibilidad para el autismo en todos los sectores. Numerosos factores interfieren con el acceso adecuado a la atención sanitaria.

Palabras claves

Autismo, sociedad, inclusión, trastorno, enfermedad

ABSTRACT

Autism spectrum disorder or ASD is a neurobiological disorder that appears within the first three years of life and persists throughout an individual's life. Some people with autism have a known variation, such as a genetic condition. People with autism may act, communicate, interact, and learn differently than most people. The abilities of people with autism can vary greatly. For example, some people with autism may have advanced conversation skills, while others may not express themselves verbally. Its main symptoms are two, deficiencies in the communication area and repetitive patterns. Advances in neuroscience are giving us encouraging results in the etiology of autism spectrum disorder. However, genetic models cannot fully explain the cause of the disease, but neither can they explain the pathophysiology. However, the diagnosis is always made when signs and symptoms are present. The manifestations of autism cover a wide spectrum and some people require a very high level of support. Other people may also have learning disabilities or co-occurring conditions. To enable people on the autism spectrum to live long and fulfilling lives as autonomously and independently as possible, a mindset shift in society is needed that supports their active participation and inclusion. This entails creating and maintaining the necessary support services, as well as promoting accessibility for autism in all sectors. Numerous factors interfere with adequate access to health care.

Keywords

Autism, society, inclusion, disorder, disease

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVO GENERAL.....	2
SUSTENTO TEÓRICO.....	3
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.....	3
EDAD DE APARICIÓN Y ALTERACIONES	3
CARACTERÍSTICAS	4
NECESIDADES EN LAS PERSONAS CON AUTISMO	4
SIGNOS Y SÍNTOMAS.....	4
SIGNOS TEMPRANOS	5
COMPORTAMIENTOS O INTERESES REPETITIVOS O RESTRINGIDOS	5
LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA TIENEN OTRAS CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS.....	6
ÁMBITO SOCIAL	7
CARACTERÍSTICAS:	7
LA ÉTICA EN EL ÁMBITO SOCIAL.....	8
GLOBALIZACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIAL	8
EJEMPLOS DE ÁMBITO SOCIAL	9
FAMILIA.....	9
IMPORTANCIA DE LA FAMILIA	10
CARACTERÍSTICAS DE UNA FAMILIA	10
TIPOS DE FAMILIAS	10
FAMILIAS MONOPARENTALES	10
FAMILIAS BIPARENTALES	10
FAMILIAS ENSAMBLADAS.....	11
FAMILIA DE ACOGIDA	11
FAMILIA NUCLEAR.....	11
FAMILIA EXTENSA.....	11
FAMILIA HOMOPARENTAL.....	11
FAMILIA MULTINUCLEAR	11

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	12
RESULTADOS OBTENIDOS	14
SITUACIONES DETECTADAS	16
CONCLUSIONES	20
ANEXOS	23

INTRODUCCIÓN

El siguiente estudio de caso es un documento probatorio previo a la obtención del título de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Babahoyo, se realiza con la finalidad de indagar que efectos causa el Autismo Dentro Del Ámbito Social y Familiar, el mismo que está inmerso en la línea de investigación de la carrera de Psicología, en Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Tratamiento Psicoterapéutico en el Ámbito Clínico y la sub línea Psicoterapias individuales y/o grupales.

La temática del caso es obtener el apoyo adecuado dentro de la sociedad y la familia para que ayuden a los niños a ser más independientes. Actualmente, la orientación escuela a escuela está basada hacia la integración fuera de los centros de educación especial para niños con capacidades espaciales. En un entorno donde todos los niños comparten este espacio, los escolares pueden aprender fácilmente sobre las características de los niños con autismo y cómo manejarlos en el día a día.

Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) tienen muchas manifestaciones clínicas de comunicación social atípica y conductas e interacciones sociales restringidas y repetitivas. Es importante conocer este espectro para poder trabajar con los alumnos sin problemas en un proyecto educativo para involucrar a los alumnos con trastorno del espectro autista.

La exposición de este caso se dio a través de la aplicación de técnicas y herramientas psicológicas tales como la entrevista clínica que nos permite la recopilación de información del paciente, el motivo de consulta, la historia clínica un formato que nos ayuda a obtener información directa, test psicométricos y proyectivos que nos permiten corroborar el diagnóstico.

JUSTIFICACIÓN

Este estudio de caso clínico psicológico fue seleccionado porque al pasar los años los casos con autismo han aumentado de manera significativa, en la actualidad se estima que perdura en menos del 1%-1,5%, los datos exactos de prevalencia son difíciles de establecer dado a que el criterio diagnóstico es modificado a lo largo del tiempo, dentro de la sociedad un aspecto clave del cuidado temprano de un niño con trastorno del espectro autista (TEA) es trabajar para ayudar al niño a desarrollar una comunicación funcional.

Es importante realizar este estudio de caso dado que los menores que presentan este trastorno tienen dificultades a la hora de comunicarse, por lo cual también se les complica realizar interacciones sociales, el problema que presentan es que limitan su capacidad de poder generar vínculos con otros niños o adultos. El principal beneficiario es un niño de 7 años alumno de la Unidad Educativa FHR, sus familiares y compañeros. Ya que en los niños que tienen TEA, este es uno de los principales retos, el correcto desarrollo de la comunicación funcional, ya sea verbal o no.

Una persona con autismo desde muy joven no es capaz de relacionarse normalmente con sus padres, aunque quisiera establecer una relación normal con ellos. La presente investigación es trascendental ya que nos permitió obtener información que puede ser usada para investigaciones futuras, la aplicación de técnicas y el plan psicoterapéutico nos brinda un gran aporte ya que se logra conseguir el bienestar psicológico del paciente dentro de la sociedad.

Objetivo general

Identificar los efectos que genera el autismo dentro del ámbito social y familiar en un niño de 7 años con la finalidad de lograr una inclusión

SUSTENTO TEÓRICO

Trastorno del espectro autista

Para (Fessia, 2018) el trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del desarrollo causado por diferencias en el cerebro. Algunas personas con autismo tienen una variación conocida, como una condición genética. Aún se desconocen otras causas. Los científicos creen que el TEA tiene muchas causas que juntas alteran los patrones de desarrollo más comunes.

Las personas con autismo pueden actuar, comunicarse, interactuar y aprender de manera diferente a la mayoría de las personas. Por lo general, no hay nada en su apariencia que pueda distinguirlos de los demás. Las habilidades de las personas con autismo pueden variar mucho. Por ejemplo, algunas personas con autismo pueden tener habilidades de conversación avanzadas, mientras que otras pueden no expresarse verbalmente. Algunas personas con autismo necesitan mucha ayuda en su vida diaria; Otros pueden trabajar y vivir con poca o ninguna ayuda.

Edad de aparición y alteraciones

Según (Clinic, 2021) TEA aparece antes de los tres años y pueden durar toda la vida, aunque los síntomas pueden mejorar con el tiempo. Algunos niños desarrollan síntomas del trastorno del espectro autista durante los primeros 12 meses de sus vidas. En otros casos, los síntomas pueden no aparecer durante 24 meses o más. Algunos niños con autismo aprenden nuevas habilidades y alcanzan hitos de desarrollo entre los 18 y los 24 meses de edad, luego dejan de aprender nuevas habilidades o pierden las existentes.

A medida que los niños con trastorno del espectro autista se convierten en adolescentes y adultos jóvenes, pueden tener dificultades para hacer y mantener amistades, comunicarse con sus compañeros y adultos o comprender comportamientos deseables. Es posible que se les brinden atención médica porque también tienen afecciones, como ansiedad, depresión y TDAH, que son más comunes en personas con autismo que en otras.

Características

Para (González, 2018) los trastornos del espectro autista (TEA) son un grupo diverso de enfermedades. Se caracteriza por un cierto grado de dificultad en la interacción social y la comunicación. Otras características que muestran son patrones atípicos de comportamiento y actividad; Por ejemplo, dificultad para pasar de una actividad a otra, gran atención a los detalles y reacciones inusuales a las sensaciones.

Necesidades en las personas con autismo

Para (Lima, 2020) las habilidades y necesidades de las personas con autismo varían y pueden cambiar con el tiempo. Aunque algunas personas con autismo pueden vivir de forma independiente, otras personas con discapacidades graves necesitan atención y apoyo continuos durante toda su vida. El autismo a menudo afecta las oportunidades educativas y laborales. Además, impone grandes exigencias a las familias que brindan cuidados y apoyo.

Las actitudes sociales y el nivel de apoyo de las autoridades locales y nacionales son determinantes importantes de la calidad de vida de las personas con autismo. Los rasgos autistas se pueden detectar en la niñez, pero el autismo a menudo no se diagnostica hasta mucho después. Las personas con autismo a menudo tienen comorbilidades, como epilepsia, depresión, ansiedad, TDAH y comportamientos problemáticos y trastornos del sueño. El nivel de inteligencia varía mucho en cada caso, desde profundamente deteriorados hasta casos con alta capacidad cognitiva.

Signos y síntomas

Según (Joaquín, 2019) menciona que las personas con autismo suelen tener problemas de comunicación e interacción social, así como comportamientos o intereses restringidos o repetitivos. Estas personas pueden tener diferentes formas de aprender, moverse o prestar atención. Es importante tener en cuenta que algunas personas sin trastorno del espectro autista también pueden experimentar algunos de estos síntomas.

Signos tempranos

Estas características aparecen descritas en los sistemas internacionales de diagnóstico y clasificación (Psiquiatría, 2018) el DSM-5 (de la Asociación Americana de Psiquiatría)

- No responden cuando los llaman. (12 meses)
- No muestra objetos para manifestar interés. (14 meses)
- No participan en juegos interactivos simples como palmaditas con su mano. (18 meses)
- Las expresiones faciales como la felicidad, la tristeza, la ira y la sorpresa no aparecen.
- No comparten interés con otros.
- Repite las mismas frases o palabras (ecolalia)

Comportamientos o intereses repetitivos o restringidos

(Bronstein J, 2019) aporta que las personas con autismo tienen comportamientos o intereses que parecen fuera de lo común. Estos comportamientos o preferencias distinguen condiciones identificadas solo por problemas con la comunicación y la interacción social. Los siguientes son ejemplos de conductas y preferencias restrictivas o repetitivas asociadas con el autismo:

- Alinea juguetes u otros objetos y se enfada cuando cambian el orden.
- Repetir palabras o frases una y otra vez (esto se llama eco).
- Juega de la misma manera todo el tiempo.
- Centrarse en partes del juguete (por ejemplo, en la rueda).
- Aplaudir, girar o mecer el cuerpo.
- Reaccionar de manera inusual al sonido, olor, sabor, forma o textura de las cosas, alrededor de los 60 meses de edad.

La mayoría de las personas con trastorno del espectro autista tienen otras

características asociadas.

Puede incluir:

- Habilidades lingüísticas de desarrollo lento.
- Lento desarrollo de las habilidades motoras.
- Retraso en el desarrollo de habilidades cognitivas o de aprendizaje.
- Comportamiento hiperactivo, impulsivo o distraído.
- Trastorno convulsivo o convulsión.
- Hábitos inusuales de comer y dormir.
- Problemas digestivos (como estreñimiento).
- Estado de ánimo anormal o reacción emocional.
- Preocupación excesiva, estrés o ansiedad.
- No más miedo o temor de lo habitual.

Es importante tener en cuenta que los niños con autismo pueden no mostrar ninguno de los comportamientos enumerados como ejemplos, o pueden mostrar algunos de ellos.

Técnicas de evaluación en niños

Las mejores herramientas de detección validadas para niños son:

- MCHAT R/F (Cuestionario Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento),
- CHAT (Cuestionario de Detección del Autismo en Niños Pequeños),
- STAT (Herramienta de Cribado para el Autismo en Bebés y Niños Pequeños)
- CSBS (Perfil de Desarrollo de Escalas de comunicación y Conducta Simbólica).

Según (Pat19) en niños de mayor edad y adultos, los instrumentos más conocidos son:

- SCQ (Cuestionario de Comunicación Social)
- CAST (Prueba del Espectro del Autismo en la Infancia)
- SRS (Escala de Capacidad de Respuesta Social)
- I AQ (Coeficiente de Espectro Autista)

- RAADS-R (Escala Ritvo de Diagnóstico de Autismo y Asperger, Revisada).

Ámbito social

Para (Zorzi, 2019) el ámbito social se refiere al ambiente en el que se desarrolla una persona y los grupos a los que pertenece. Esto incluye educación, trabajo, ingresos, seguridad, identidad, servicios básicos y beneficios disponibles en sus comunidades; además también incluye a la familia, amigos, compañeros de trabajo o estudio, instituciones u organizaciones con las que interactúa y participa en su socialización. Todas las personas constan de dos partes esenciales: por un lado, el propio del individuo y por el otro el contexto en donde les toca estar.

En el segundo grupo, la esfera social está definida por factores culturales y creencias religiosas en las que se cría una determinada persona, que influyen en su comportamiento y desarrollo. En el mundo actual, donde las nuevas tecnologías están cerrando la brecha, este entorno se está expandiendo porque las personas tienen acceso a todo tipo de información.

Características:

(Zorzi, 2019) menciona que el ámbito social se caracteriza por brindar un marco para que las personas crezcan y se desarrollen en el entorno más próximo, es la familia donde se sientan las bases de la personalidad humana desde la infancia. Luego surgen las escuelas y los amigos, que también incorporaron ideas, hábitos, costumbres, enseñanzas y comportamientos que dejaron huella.

Por otro lado, el contexto histórico, demográfico, económico, político y cultural también es importante para su integración y adaptación a la sociedad en la que viven. Asimismo, en la mayoría de las sociedades, las creencias religiosas tienen una influencia significativa en la vida cotidiana de las personas. A nivel general, los gobiernos y las organizaciones tienen la responsabilidad de mejorar las condiciones del entorno social en el que prosperan las personas.

A través de planes, proyectos y políticas, necesitan crear condiciones de trabajo adecuadas, mejorar la educación, la seguridad, la salud y el acceso a la vivienda y otros servicios básicos. Históricamente, cuando las personas crecían en un ambiente con bajo progreso cultural y económico, eran propensas a enfermedades y conductas antisociales.

La ética en el ámbito social

Para (Maximiliano, 2019) la ética es un conjunto de costumbres, valores y normas morales que rigen el actuar de una persona en una comunidad. El ámbito social, su aplicación es hacia el bien común, la conducta justa y sana, en este contexto permite que los individuos sean más civilizados y racionales, distinguiendo entre conductas positivas y negativas a partir del uso de la razón y centrándose en la felicidad general. Entre otras cosas su fundamento es respetar los deberes responsabilidades de las personas y los derechos de los demás.

En el sistema público, la ética se utiliza para evaluar el comportamiento de los servidores con cargos políticos, responsables de mejorar las condiciones en el ámbito social. Deben actuar con integridad y respetar los valores y normas de la comunidad. Uno de los mayores problemas éticos que enfrenta la sociedad moderna es la corrupción.

Globalización en el ámbito social

(Maximiliano, 2019) menciona que la globalización es un proceso histórico de integración global en el que las esferas social, cultural, política y económica de las diferentes comunidades están cada vez más interrelacionadas. Hoy en día, las nuevas tecnologías están cerrando cada vez más la brecha y haciendo que el entorno sea cada vez más prominente ya que los individuos tienen acceso a todo tipo de información. Este cambio de mercado, social y cultural cambiará las condiciones de empleo y educación, la forma en que las personas se comportan e incluso sus interacciones.

La globalización es un fenómeno que cubre casi todos los aspectos de la vida humana los resultados son no uniformes y asimétricos porque tienen diferentes impactos de un país a otro. Puede ser muy positivo para algunas personas y dañino y negativo para otras. Actualmente, la riqueza se concentra principalmente en los países desarrollados, pero en los países en desarrollo este proceso conduce a un mayor desempleo y pobreza. En el ámbito de la sociedad, la globalización también tiene un fuerte impacto en las personas, cambiando la forma en que crecen y se desarrollan.

Ejemplos de ámbito social

- Un dominio social es un entorno en el que se desarrolla una persona y el grupo al que pertenece.
- En estos espacios, algunos ejemplos son las escuelas, centros comerciales, clubes, parques etc.
- Para grupos pueden ser los familiares amigos, compañeros de trabajo o estudio y personas que comparten las mismas creencias.

Familia

Para (Martínez, 2021) una familia es un grupo de personas conectadas por matrimonio, parientes o adopción. Se la considera como una comunidad natural y universal que tiene un fundamento emocional, influye en la formación de los individuos y trae beneficios sociales. Se dice que es común porque la civilización ha estado formada por las familias a lo largo de la historia siempre se encuentra alguna forma de organización familiar en todas las etapas de los grupos sociales y civilizaciones. Este grupo social ha cambiado con el tiempo, pero debido a que siempre ha existido.

(Equipo editorial, 2022) aporta que la familia es un grupo de personas unidas por una relación matrimonial, una relación conjunta u otro tipo de situación en la que los miembros de las mismas conviven y están unidos por cierto tipo de vínculo. Se considera el fundamento de la sociedad desde los tiempos más remotos y también estuvo presente en los grandes acontecimientos de la humanidad.

Las relaciones dan una definición más clara de parentesco como una relación de afinidad y parentesco. Las relaciones por afinidad son aquellos individuos en la que dos o más personas comparten intereses comunes, y se considera la relación marital más estable y destacada de la sociedad, que en su mayoría está compuesta por otras dos personas de género diferente con algunas excepciones, del mismo sexo.

Los lazos consanguinidad son las relaciones que surgen de la relación entre padres e hijos y entre individuos de un mismo padre (hermanos de sangre). Sin embargo, existe otro tipo de vinculación, que sería civil, como en el caso de la adopción, es decir, acoger en la familia a un niño, niña o menor cuyos padres están ausentes o no pueden hacerse cargo de ellos.

Importancia de la familia

Para el (Equipo editorial, 2022) el derecho a tener una familia es uno de los básicos. La familia es un componente natural y básico de la sociedad, en los aprendizajes surgen en el hogar. El entorno familiar tiene una especial influencia en el desarrollo social y emocional de los individuos, y estos pueden potenciar o facilitar a los miembros.

Características de una familia

- Es la base de cualquier sociedad
- Una construcción social universal que se encuentra en todo tipo de culturas y sociedades, en cada uno de ellos, su forma o estructura es diferente, pero aun se conservan propiedades importantes.
- A menudo tienen sus raíces en lazos de sangre, legales o emocionales.
- Puede ser el resultado del matrimonio o de una unión marital.

Tipos de familias

(Martínez, 2021) establece que existen diversos tipos de familias entre los cuales están:

Familias monoparentales

Compuesto por uno o más hijos y uno de los padres. Este tipo de familia puede surgir de un divorcio, o de una decisión de ser padre soltero o viudo. Colectivamente, estas familias dan vida a la nueva unión parental a lo largo del tiempo, formando así familias mixtas.

Familias biparentales

Incluye a los conyugues y su hijo o hijos. El matrimonio entre cónyuges puede tener lugar a través de un vinculo sentimental sin necesidad de estar casados. Pueden ser heterosexuales con sus hijos u homosexuales incluidos sus hijos.

Familias ensambladas.

Incluyen a dos participantes y uno de ellos o ambos ya tienen un hijo o hija. Las familias reunificadas son dos familias solas que a través de la conexión afectiva en pareja se unen dando como resultado una nueva familia.

Familia de acogida

Incluye a los menores que nos son hijos de los individuos adultos, pero que se encuentran tenidos legalmente con carácter urgente, temporal o permanente.

Familia nuclear

Esta formada por un hombre y una mujer, estos pueden tener o no hijos.

Familia extensa

Este tipo de familias relaciona además otros miembros consanguíneos como abuelos, tíos o primos.

Familia homoparental

Se trata de la unión de una pareja del mismo género (dos hombres o dos mujeres) con o sin hijos.

Familia multinuclear

Es la compuesta por los miembros familia nuclear y por personas sin parentesco.

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Historia Clínica:

Se utilizó esta técnica porque es un método que nos permitió recopilar y ordenar la información actual y pasada del paciente. Las intervenciones psicológicas son importantes cuando se investiga un problema psicológico que padece el paciente durante la consulta por ese motivo la historia clínica es una técnica básica a la hora de realizar un proceso psicológico ya que esta nos permite a conocer el estado actual del paciente y hacia donde nos va a encaminar, a través de la misma se llega a un diagnóstico presuntivo de un posible problema psicológico en el paciente.

Entrevista semiestructurada:

La entrevista semiestructurada es una técnica que se realiza entre dos o más que se hallan en un desarrollo participativo y organizado, en la presente investigación psicológica nos va a permitir indagar más sobre la conducta del paciente, esta entrevista está estructurada con preguntas planteadas al paciente y su madre, las mismas que nos permiten ser precisos y llevar un orden durante toda la entrevista, establecer un buen rapport, preservar la dirección durante toda la sesión, permitiéndonos recopilar información para el diagnóstico.

Método observacional:

La observación clínica se empleó como una técnica en el estudio de caso para recolectar información observando al objeto estudiado, esta guía de información nos permite identificar las características no verbales tales como: comportamiento, movimientos corporales, expresiones faciales. Esta nos va a permitir corroborar si la información brindada por el paciente se relaciona, en este caso sería la relación entre signo y síntoma del paciente desde la primera consulta psicológica, la misma que nos permite observar los rasgos físicos, conductuales y ver si tienen coherencia con su motivo de consulta.

Reactivos y Técnicas Psicológicas.

Escala de valoración del autismo infantil (CARS)

La Escala de Autismo Infantil (C.A.R.S) fue elaborada por Reichler y Schopler en el periodo de los años 70's. Este test es usado por evaluadores y es considerado una herramienta de detección de segundo nivel.

Esta escala de comportamiento es considerada una herramienta de detección que sirve para evaluar a las personas con sospecha de tener autismo, la misma que se debe aplicar en niños mayores de 2 años, esta escalada también sirve para establecer un diagnóstico en casos del espectro autista (TEA).

RESULTADOS OBTENIDOS

Descripción del caso

Paciente con 7 años de edad, sexo masculino, cursa el 3er grado de la unidad educativa de la ciudad de Babahoyo, el paciente vive con su madre, abuela y tíos maternos, madre acude a consulta psicológica por que su hijo da vuelta en círculos, no habla, no entiende cuando lo llaman por su nombre, se altera al escuchar sonidos fuertes.

Sesiones

Primera sesión: jueves 30 de junio del 2022 a las 8:00 am-9:00am.

Paciente de 7 años de edad, presenta una contextura delgada, de sexo masculino, usa vestimenta de acorde a su edad, acude a consulta acompañado de su madre. La madre infiere que es el segundo embarazo de ella, la cual contaba con 32 años de edad al momento del mismo. Durante el embarazo mantuvo un estado emocional inestable, la madre permaneció la mayor parte del embarazo con ingresos constantes al hospital, recibió control médico permanente. Parto normal a las 38 semanas, sin complicaciones.

“El desarrollo de mi hijo era normal hasta que cumplió un año más o menos él me miraba, gateo a los 9 meses, se reía. Ya después mi hijo no decía ni mamá, papá, como otros niños. Como al año y medio cuando estaba feliz empezaba a aplaudir, ahora él no se expresa y no suele comprender lo que le digo, da vuelta en círculos frecuentemente, no tolera los ruidos fuertes, se tapa los oídos, no le gusta acercarse a otros niños en la escuela para hacer amigos y no me presta atención cuando lo llamo por su nombre, no señala “La madre infiere que cuando el se cae no siente dolor (no llora), pero se altera cuando otros niños empiezan a llorar, le gusta saltar y emite sonidos con la boca. En esta primera sesión fue una entrevista semiestructurada ya que se procedió a aplicar un banco de preguntas previamente elaboradas de acuerdo a lo que el paciente nos iba relatando, de esta manera se pudo recopilar información personal, la razón por la cual el paciente acudió a consulta, de esta manera tenemos la información necesaria para llenar la historia clínica.

Segunda sesión: miércoles 06 de julio del 2022 a las 9:00am-10am

En esta sesión se procedió a realizar la a llenar la historia clínica del paciente con la ayuda de la madre, se recopiló información tal como el nacimiento, como es su infancia, la topología habitacional. Durante la recopilación de información el paciente se mostraba inquieto, caminaba de manera desorientada, emitía sonidos con la boca.

Tercera sesión: martes 12 de julio del 2022 a las 9:00am-10am

En esta sesión se llevó a cabo una exploración del estado mental mediante la técnica de observación valorando del lenguaje verbal y no verbal del paciente, luego aplicó el test de Escala de Autismo Infantil (C.A.R.S) el mismo que se le explico a la madre que su finalidad es detectar si el niño tiene autismo, se realiza a través de un cuestionario de preguntas sobre el desarrollo y comportamiento del niño, del cual se obtuvo los siguientes resultados: En las puntuaciones obtenidas presuntamente refleja puntuaciones compatibles con grado moderado (Grado 2) del Trastorno del Espectro Autista.

Cuarta sesión: miércoles 20 de julio del 2022 a las 9:00am-10am

En esta sesión se le dio a conocer a la madre del paciente con que tipo de terapia se iba a trabajar la cual es TCC. Se le pregunto con qué problema le gustaría trabajar primero cual sugirió que sea el que el hijo se relacione con más niños de su edad, le di a conocer cuáles son las técnicas que vamos a usar, como serán llevadas a cabo y que se pretende lograr.

SITUACIONES DETECTADAS

En el primer encuentro con el paciente y su madre a través de la entrevista se pudo obtener información personal sobre la vida del paciente el cual cuenta con 7 años de edad, de contextura delgada, con vestimenta de acuerdo a la edad, etnia mestiza, presenta conductas relacionadas con Trastorno del Espectro Autista. Es el segundo hijo de sus padres Gladys quien tenía 32 años de edad al momento de quedar embarazada y Marlon su padre. La madre no tuvo riesgos en el embarazo, pero durante el mismo mantuvo un estado emocional inestable, fue un embarazo deseado, nacido por a parto normal, lloro al nacer, no tomo leche materna. Vive en Babahoyo con su madre, su hermana Adelyn, su abuela y tío maternos su tipo de familia es extensa. Camino al año y medio, tiene todas las vacunas, no padece de ninguna enfermedad, operaciones, no consta con problemas visuales, auditivos si, asistió a la escuela regular a la edad de 4 años, tiene poco interés para el estudio, se le dificulta a la hora de pronunciar las palabras. Mantiene contacto frecuente con su padre. Se describe a Marlon como un niño alegre, cuando lo molestan se pone enojado, muy activo, reservado.

“El desarrollo de mi hijo era normal hasta que cumplió un año más o menos él me miraba, gateo a los 9 meses, se reía. Ya después mi hijo no decía ni mamá, papá, como otros niños. Como al año y medio cuando estaba feliz empezaba a aplaudir, ahora él no se expresa y no suele comprender lo que le digo, da vuelta en círculos frecuentemente, no tolera los ruidos fuertes, se tapa los oídos, no le gusta acercarse a otros niños en la escuela para hacer amigos y no me presta atención cuando lo llamo por su nombre, no señala “.La madre infiere que cuando él se cae no siente dolor (no llora), pero se altera cuando otros niños empiezan a llorar, le gusta saltar y emite sonidos con la boca. En esta primera sesión fue una entrevista semiestructurada ya que se procedió a aplicar un banco de preguntas previamente elaboradas de acuerdo a lo que el paciente nos iba relatando, de esta manera se pudo recopilar información personal, la razón por la cual el paciente acudió a consulta, de esta manera tenemos la información necesaria para llenar la historia clínica.

Mientras que la profesora manifiesta que el niño no presta atención a la clase, le gusta salir y subir las escaleras que están en el pasillo, no se relaciona con los demás compañeros, los niños se le acercan a él, le gusta salir y jugar en el patio, cuando esta feliz aplaude duro,

suele pararse y caminar con la mirada perdida, cuando escucha un ruido fuerte suele taparse los oídos y se desespera.

En la segunda sesión con el paciente se procedió a llenar la historia clínica del paciente con el apoyo de la madre, se recopiló información tal como el nacimiento, como es su infancia, la topología habitacional, la cual comenta que fue un parto normal, ella es separada de su esposo, pero él sí ve a menudo a su hijo, el niño vive con la madre.

En la tercera sesión se procedió a aplicar el test de Escala de Autismo Infantil (C.A.R.S) el cual fue dirigido a la madre del paciente en la finalidad de evaluar el desarrollo y comportamiento del niño a través de un cuestionario de preguntas.

En la cuarta sesión se le explicó a la madre que terapia se iba llevar a cabo durante el proceso y la manera en la que esta funciona, la madre del paciente sugirió que se empezara a trabajar en el área social ya que ella espera que su hijo se relacione con más niños de su edad, se le dio a conocer cada técnica que se le va a aplicar al paciente, cuál es el objetivo de cada uno de ellas y lo que se pretende lograr. Una vez recopilada la información y organizada se procede a mostrar los hallazgos de cuadro psicopatológico en función a las áreas afectadas son:

Área Cognitiva:

- Desorientación, baja concentración, bloqueo mental.

Área Afectiva:

- Irritabilidad, ira, llanto, frustración.

Área Conductual Social-Escolar:

- Aislamiento, falta de interés académico, perturbación, inquieto

Área Somática:

- Manierismo, movimiento estereotipado, tics.

Soluciones planteadas

Una vez identificados los antecedentes clínicos del paciente se procedió a brindar una psicoeducación con el objetivo de que se conozca la naturaleza de cómo surge esta patología, se elaboró el siguiente esquema terapéutico, el cual se empleará para ayudar a mejorar la conducta, cognición, emociones, aliviando los signos y síntomas que presenta el paciente. Los signos y síntomas presentes en el paciente nos dan el cumplimiento del criterio diagnóstico del DSM-5 y los criterios alternativos del CIE10 para un trastorno del Espectro Autista F (84.0)

ESQUEMA TERAPÉUTICO

Categorías	Objetivos	Actividades	Técnicas	N° de sesiones	Fecha	Resultados esperados
RELACIONES Aislamiento, Falta de interés académico, perturbación, Inquieto. Miedo a relacionarse con los demás niños.	Lograr que el paciente cree un vinculo con los demás niños	Exponer al paciente a un ambiente social empático para modificar sus relaciones.	Desensibilización sistémica	4	25/07/2022 29/07/2022 03/08/2022 08/08/2022	Desaparición de respuestas condicionadas de ansiedad al estar rodeado de niños.
AFECTIVO Llanto, irritabilidad, Ira, frustración (Falta de reconocimiento de expresiones y emociones)	Observar cómo se manifiesta físicamente nuestro cuerpo	Pegar fotografías en un cuaderno y escribir bien grande en nombre de la emoción	Reconociendo expresiones y emociones	2	11/08/2022 15/08/2022	Reconocer las expresiones y emociones de los demás
CONDUCTUAL Inquieto, perturbación	Enseñar a que el niño controle su propia conducta	Asignarle tareas al niño, emplear refuerzos naturales t directos, recompensar por los intentos y	Entrenamiento de respuestas centrales	2	18/08/2022 22/08/2022	Comunicación funcional

		repasar las tareas dominadas.				
SOMÁTICO Manierismo, Movimiento estereotipado, tics	Incrementar los comportamientos deseados en el niño	Usar refuerzos positivos(comidas, elogios), conforme el niño adquiera la conducta y habilidades deseadas los reforzadores primarios como comidas se reemplazan por otro más comunes buenas notas.	El modelo de Lovaas	1	26/08/2022	Eliminar las conductas pocos deseadas

CONCLUSIONES

El autismo es un trastorno complejo y sus características dificultan los métodos pedagógicos por lo cual se necesita de tener ciertas estrategias a la hora de enseñar a personas autistas, luego de haber planteado los métodos y técnicas para esta investigación se logró comprobar las teorías de los diferentes autores, la manera que afecta el autismo en el ámbito social y familiar en un niño de 7 años de una unidad educativa, el mismo que presentaba signos y síntomas de autismo

Las afectaciones que presenta el paciente a nivel del ámbito social es la dificultad de acercarse e interactuar con los demás niños, ya que no muestra interés en entablar una relación de con ellos en base al estudio que se llevo a cabo se llegó a la conclusión, que el paciente con énfasis a la metodología cualitativa a través de la observación directa y técnicas psicológicas se pudo identificar la situación emocional y social que le afectan

Todo lo planteado nos va a permitir que los pacientes con Trastorno Del Espectro Autista puedan establecer un lugar dentro del sistema educativo, esta educación debe de ser especializada por lo cual se ha propuesto en este estudio de casos varias técnicas y actividades que nos brindan información de como llevar a cabo una mejor educación en niño con autismo, dentro de las mismas se va a trabajarlas áreas afectivas, de relación, somática y conductual con el fin de mejorar, potenciar y desarrollar cualidades en relación del niño en la sociedad.

El objetivo es Identificar los efectos genera el autismo dentro del ámbito social y familiar en un niño de 7 años con la finalidad de lograr una inclusión, teniendo en cuenta las posibles complicaciones en términos de motricidad fina, aumento o disminución de la sensibilidad, estructura y disposición en tareas, medición de concentración, predicción de sensaciones, así como sus preferencias.

Se logro brindar al paciente un pronóstico favorable a través de la aplicación de la terapia conductual ya que esta nos permite modificar aquellos comportamientos inadecuados, mal acondicionados o no deseados. Mediante estas técnicas y con la colaboración de la familia, se puede fortalecer el desarrollo educativo del niño con autismo y la integración social de una manera adecuada.

La expectativa de las personas con TEA en base a su condición actual o futura, así como evaluaciones personales de los resultados, deben ser el impulso para la aplicación de estos planes, estas personas deberían de tener el control y la capacidad sobre sus decisiones importantes en su vida, para que esto sea logrado se necesita el apoyo fundamental de un miembro familiar, amigos o algún individuo importante para la persona con TEA. Es posible creer que los métodos educativos pueden facilitar y mejorar muchas de las conductas de las personas con autismo, atrás quedó el tiempo en el que el apoyo a las personas con autismo se consideraba algo optativo o se veía como una cuestión secundaria de caridad ocasional.

Se recomienda a las personas tutores de paciente con TEA a que acudan a terapia psicológica ya que estas les van a permitir a disminuir la sintomatología que le aqueja y a su vez potenciar áreas afectadas por el mismo, cabe recalcar que no todas las personas con TEA son iguales o que todas padecen del mismo, por lo cual se debe de establecer una estrategia diferente para cada sintomatología. Como conclusión final se espera mejorar la atención social y educativa del paciente con el objetivo de lograr una inclusión social.

Bibliografía

- Clinic, M. (2021). Trastorno del espectro autista.
- Equipo editorial, E. (2022). *Familia*.
- Fessia, G. M. (2018). Estrategias de actividad física.
- González. (2018). *Intervención en un niño con autismo*.
- Joaquín, F. (2019). *Personas con autismo*.
- Lima, V. (2020). Asistencia de enfermería al niño autista: revisión integrativa.
- Martínez, A. (2021).
- Maximiliano. (2019). *Ambito social*.
- Psiquiatría, A. E. (2018). *DSM-5*.
- Rivas-Flores, J. (2021).
- Villar, B. P. (2021). Relaciones familiares entre padres e hijos/as con trastorno de espectro autista (TEA).
- Zorzi. (2019).

ANEXOS

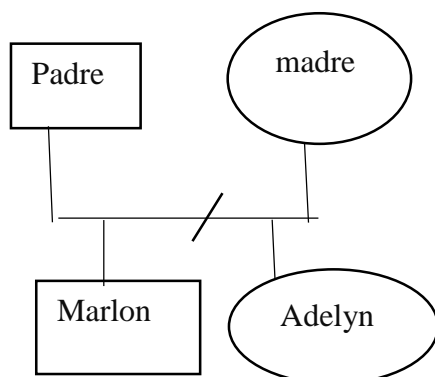
MODELO DE ENTREVISTA SOCIO-PSICOLÓGICA

Autor: Aurora García Morey

Fecha: jueves 30 de junio del 2022		
Historia Clínica		
Datos generales:		
Nombres y apellidos: Marlon Neymar Alvarado Camarca		
Edad: 7 años	Fecha de nacimiento: 01 junio 2015	Sexo: Masculino
Año de Escolaridad:		
3er año		
Motivo de consulta:		
<p>Paciente de 7 años de edad, presenta una contextura delgada, de sexo masculino, usa vestimenta de acorde a su edad, acude a consulta acompañado de su madre.</p> <p><i>“El desarrollo de mi hijo era normal hasta que cumplió un año más o menos él me miraba, gateo a los 9 meses, se reía. Ya después mi hijo no decía ni mamá, papá, como otros niños. Como al año y medio cuando estaba feliz empezaba a aplaudir, ahora él no se expresa y no suele comprender lo que le digo, da vuelta en círculos frecuentemente, no tolera los ruidos fuertes, se tapa los oídos, no le gusta acercarse a otros niños en la escuela para hacer amigos y no me presta atención cuando lo llamo por su nombre, no señala “</i></p>		

Historia del problema:

Paciente de 7 años de edad, presenta una contextura delgada, de sexo masculino, usa vestimenta de acorde a su edad, acude a consulta acompañado de su madre. La madre infiere que es el segundo embarazo de ella, la cual contaba con 32 años de edad al momento del mismo. Durante el embarazo mantuvo un estado emocional inestable, la madre permaneció la mayor parte del embarazo con ingresos constantes al hospital, recibió control médico permanente. Parto normal a las 38 semanas, sin complicaciones, fue un embarazo deseado, nacido por a parto normal, lloro al nacer, no tomo leche materna. Vive en Babahoyo con su madre, su hermana Adelyn, su abuela y tío maternos su tipo de familia es extensa. Camino al año y medio, tiene todas las vacunas, no padece de ninguna enfermedad, operaciones, no consta con problemas visuales, auditivos si, asistió a la escuela regular a la edad de 4 años, tiene poco interés para el estudio, se le dificulta a la hora de pronunciar las palabras. Mantiene contacto frecuente con su padre. Se describe a Marlon como un niño alegre, cuando lo molestan se pone enojado, muy activo, reservado.

Mapa Familiar (Genograma) (Anexar)

Familia nuclear:	Extendida: X	Reconstruida:	# de generaciones que conviven: Dos	
Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación Ingresos
Gladys	madre	33	bachillerato	estudiante
Adelyn	hermana	10	primaria	estudiante
Carmen	Abuela	65	bachillerato	ama de casa
Carlos	tío	29	bachillerato	comerciante
Embarazo:				
Planificado: si: x no:		deseado: x madre: x padre: x		# de semanas de embarazo: 38 semanas
Complicaciones en el parto: NO				
Observaciones: NINGUNA				
Parto: Normal				
Fisiológico: x cefálico: x pelviano:	Cesárea: Explicar la causa de la cesárea		Instrumental:	
Peso: 3.500g	Talla: 55cm	Cianosis: NO	Ictero: NO	
Lactancia Materna: NO TOMO LECHE MATERNA		Destete:		
Meconio: NO				
Otras complicaciones:				

Observaciones:
Desarrollo
Motricidad: Valoración del desarrollo motor.
Paró la cabeza: 2 MESES
Se sentó: 5 MESES
Se paró: 9 MESES
Caminó: 1 AÑO 6 MESES
Torpeza en los movimientos:
Otros síntomas de expresión motora vinculados al desarrollo: Describir en qué circunstancias y características
Movimientos estereotipados:
Manierismos: X
Movimientos repetitivos: X
Lenguaje:
Gorjeo: 2 AÑOS
Baluceo: 4 AÑOS
Primeras palabras con sentido: 6 AÑOS
Construcción de frases: LENGUAJE NO ACORDE A SU EDAD
Construcción de oraciones: LENGUAJE NO ACORDE A SU EDAD
Diferido
Lenguaje comprensivo: NO
Lenguaje expresivo: NO
Tartamudez, (fisiológica, o no): NO
Dislalias:NO
Otros síntomas vinculados al desarrollo del habla o el lenguaje: LENGUAJE NO ACORDE A SU EDAD
Neologismos:
Mutismo:
Coprolalia:
Formación de hábitos
Higiénico-excretorios:
No ha logrado el control voluntario de ningún esfínter:NO
Control del esfínter vesical: nocturno __, meses __ años. Diurno. __ meses __ años.
Control del esfínter anal: nocturno __, meses __ años. Diurno. __ meses __ años.

Constipación:
Alimentarios:
Apetito: Bueno:SI Inapetente: Insaciable:
Malacia:
Pica (especificar):
Rumiación:
Regurgitación:
Potomanía:
Otros síntomas vinculados a la conducta alimentaria: Describir en qué circunstancias se presenta y características:
Sueño-vigilia
Sueño tranquilo: SI intranquilo:
Pesadillas: NO
Somniloquio :
Sonambulismo:
Terrores nocturnos:
Rituales adormecedores: Acciones mediante las cuales se conjura, o facilita el sueño.
Otros síntomas vinculados al dormir. Describir en qué circunstancias se presenta y características:
Manipulaciones del cuerpo, auto-mutilaciones y otros síntomas:
Succión digital: NO
Onicofagia: SI
Apnea emotiva: NO
Golpearse la cabeza: SI
Balanceo del cuerpo: SI
Desviaciones y Síntomas expresados en el área de la conducta:
Rabietas o pataletas:SI
Rituales: NO
Compulsiones: NO
Mentiras: NO
Miedos: NO
Fobias: NO
Robos:NO

Hurtos: NO
Estropeo:NO
Estafa o encubrimiento de acciones para evitar el afrontamiento de las consecuencias: NO
Lesiones físicas, con o sin un arma: NO
Obligar a otro menor a mostrar o tocar sus genitales en contra de su voluntad: NO
Desarrollo de la sexualidad
Manipulación de los genitales: NO
Curiosidad sexual: NO
Juegos sexuales: NO
Socialización: NO
Agresividad: NO
Retraimiento: NO
Rechazo al contacto social: SI
Manipulación inusual de los juguetes: SI
Juegos de roles: NO
Juegos con niños: NO SE RELACIONA CON NIÑOS Mayores Menores:

Área escolar: NO MUESTRA INTERES ACADEMICO
Adaptación:
Disciplina:
Participación:
Rendimiento académico:
Dificultades específicas: DIFICULTADES EN EL APRENDIZAJE Lectura: Escritura: Ortografía Calculo aritmético: Motricidad: Mixto
Observaciones: PROBLEMAS EN EL APRENDIZAJE

Entrevista para AF (Adaptado de O'Neill y al., 1990) y (Hanley., Gregory P., 2002)

Describe brevemente el horario de la persona (paciente)

Mañana		Tarde	
Hora		Hora	
6	Alistarse para ir a la escuela	2	Realiza las tareas
7	Ingreso a la escuela	3^a4	Juega
9	Salida de la escuela	6	Se baña
12	almuerzo	7	merienda

		9	Se duerme
--	--	----------	------------------

¿Cuáles son los comportamientos problemáticos? Describa los comportamientos tal y como suceden, no use palabras técnicas

<p>Me preocupa que no sepa decir que quiero o lo que le pasa, que se asuste cuando hay un ruido muy fuerte, quiero que se acerque a los demás niños y que pueda jugar con ellos.</p>

¿Cuáles son los tres comportamientos problemáticos que más le preocupan? ¿Hay otros comportamientos que le preocupan?

<p>Comportamiento 1: que no se acerca a los demás niños</p>
--

Comportamiento 2: que no sabe reconocer las expresiones

Comportamiento 3: que aprenda a controlar sus movimientos

¿Los comportamientos problemáticos suelen suceder juntos o uno detrás de otro? (ej.

Primero grita, después tira objetos, y después se tira al suelo).

Cuando hay un ruido fuerte se tapa los oídos, cuando hay más personas prefiere alejarse, si otro niño llora el también empieza a llorar.

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 anomalía 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: 2,5

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.
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: 1.5

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: 3.5

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.
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: 1, 3

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.
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.

Observaciones: 1, 5

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.
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: 1.5

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: 2.5

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.
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: 3,5

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. **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: 2,5

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.
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: 2,5

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 estupideces.
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 estupideces, repeticiones o inversión de pronombre. Las peculiaridades en el lenguaje con sentido incluyen excesivas preguntas o preocupación sobre tópicos particulares.
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: 3,5

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.
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: 3.5

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.
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: 2.5

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.
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.
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: 2.5

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: 2.5

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

	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%

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 Ángeles, California)

NOMBRE: Marlon Alvarado
 SEXO: Masculino
 NÚMERO DE IDENTIDAD: 15287516
 FECHA DEL TEST:
 Año 2011 Mes Julio Día 12
 FECHA DE NACIMIENTO:
 Año 2015 Mes Junio Día 01
 EDAD CRONOLÓGICA:
 Años: 3 Meses: 9
 EVALUADOR: Adriana Segura

Puntuación de la valoración de las categorías

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	T
2.5	4.0	5.5	7.0	8.5	10.0	11.5	13.0	14.5	16.0	17.5	19.0	20.5	22.0	23.5	25.0

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 empírica publicada desde las publicaciones de Kanner y Creak. La definición de NSAC (1978), desarrollada por el Gabinete de Asesoría Profesional (NSAC) bajo la dirección de Ritvo, tuvo como intención el uso en la formación de una política social, en legislación y para el conocimiento público. DSM-III-R representa el sistema clasificador formulado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Todos estos tres sistemas coinciden en tres rasgos básicos del autismo:

- 1) edad temprana de aparición (antes de los 30 meses)
- 2) falta continua de respuesta ante otras personas
- 3) deterioro las funciones verbales y cognitivas.

Tanto el criterio de Rutter como el de DSM-III-R consideran como rasgos primarios el interés raro o las ataduras a los objetos y la resistencia al cambio de rutinas. La definición de NSAC hace constar perturbaciones de respuesta a estímulos sensoriales, que se considera más ideosincrático en las definiciones de Rutter y DSM-III-R. Estas diferencias de diagnóstico son discutidas más allá (Schopler y Rutter, 1978). Sin embargo, el diseño de la escala de CARS incorpora todos estos cinco sistemas. En la sección de Escala Racional (abajo), cada ítem está marcado de acuerdo a su consistencia con estos cinco sistemas. El usuario interesado puede estimar el alcance dentro del cual se considera que un niño es autista de acuerdo con las cinco definiciones ya descritas, y así resolver algo de la confusión de diagnóstico que aún permanece en su comunidad.

Un número de otros esquemas para la evaluación del autismo han sido publicados. Estos incluyen los instrumentos de medida desarrollados por Rutter y otros (1966). Esta escala de medida sobre ocho (BRIAAC) ha sido usada para evaluar los efectos del tratamiento, pero no el diagnóstico de los niños. Una Escala de Observación de la Conducta (BOS) para el autismo fue desarrollada por Freeman y otros (1978), un Instrumento de Observación del Autismo para la Planificación Educativa (ASIEP), por Krug y otros (1979), y un chequeo, el E-2, fue propuesto por Rimland (1964). Sin embargo, en una crítica reciente de los sistemas de diagnóstico, Parks (1983) hace ver claramente que en ninguno de los estudios que hacen mención de estos tres instrumentos se incluían los niños con trastorno de conducta. Por lo tanto, no ha sido establecida la validez diferenciadora, ni ha sido demostrado aún el uso para la diagnóstico individual de niños, un uso para el cual fue esta escala (CARS) diseñada específicamente.