



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
EL DESARROLLO DE HABILIDADES
SOCIALES Y CONTROL CONDUCTUAL
EN UN NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE
AUTISMO

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN PSICOLOGÍA

NINOSKA FRIDA ANTÚNEZ ÁVALOS

LIMA - PERÚ

2022

MIEMBROS DE JURADO

Dr. CARLOS LÓPEZ VILLAVICENCIO

Presidente

Dra. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Vocal

Mg. MARÍA ELENA APUMAYTA ROSAS

Secretaria

ASESOR DEL TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Mg. ADOLFO AGUINAGA ÁLVAREZ

DEDICATORIA

Para mis padres y esposo, quienes estuvieron alentándome y apoyándome siempre; muchos de mis logros no hubieran sido posibles sin ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía en cada etapa de mi vida.

A mi familia, por el apoyo constante que siempre me brindan y compañía en cada uno de mis proyectos o sueños.

Al Mg. Adolfo Aguinaga Álvarez, por sus enseñanzas, tiempo y apoyo para ejecutar el presente trabajo de investigación.

A los profesionales que me impulsan, motivan y que, en forma constante, me están brindando consejos.

También agradezco a mis docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, por sus enseñanzas y orientación.

Tabla de Contenido

| | |
|--|----|
| Resumen | |
| Abstract | |
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I. Experiencia Profesional y Contexto | 3 |
| 1.1. Descripción de la Empresa o Institución..... | 3 |
| 1.1.1. Visión | 3 |
| 1.1.2. Misión..... | 3 |
| 1.1.3. Objetivos estratégicos..... | 3 |
| 1.1.4. Valores..... | 4 |
| 1.1.5. FODA | 4 |
| 1.1.6. Ubicación..... | 7 |
| 1.1.7. Reseña histórica | 7 |
| 1.2. Puesto Desempeñado..... | 7 |
| 1.2.1. Nombre del puesto | 7 |
| 1.2.2. Principales funciones..... | 7 |
| 1.2.3. Jefe inmediato | 8 |
| 1.2.4. Organigrama | 8 |
| 1.2.5. Plan de trabajo..... | 8 |
| 1.2.6. Descripción del área de trabajo..... | 13 |
| 1.2.7. Cronograma de trabajo | 13 |
| 1.3. Delimitación del Área de Trabajo | 14 |
| Capítulo II. Marco Teórico..... | 15 |

| | |
|---|----|
| 2.1. Problemática del Trastorno del Espectro Autista a Nivel Internacional y Nacional | 15 |
| 2.2. Aspectos Conceptuales del Trastorno del Espectro Autista | 17 |
| 2.2.1. Definición del trastorno del espectro autista | 17 |
| 2.2.2. Características presentes en el trastorno del espectro autista | 20 |
| 2.2.3. Categorización del nivel de gravedad del trastorno del espectro autista (TEA) | 23 |
| 2.2.4. Familia y trastorno del espectro autista | 24 |
| 2.3. Análisis Teórico del Autismo | 25 |
| 2.3.1. Antecedentes | 25 |
| 2.3.2. Definición de autismo | 26 |
| 2.3.3. Características del autismo | 28 |
| 2.3.4. Características del autismo en las diferentes etapas evolutivas de la niñez | 29 |
| 2.3.5. Teorías etiológicas del autismo | 30 |
| 2.3.6. Criterios para diagnosticar el autismo | 32 |
| 2.3.7. Teorías de intervención en el autismo | 35 |
| 2.3.8. Técnicas de intervención en el autismo | 38 |
| 2.4. Investigaciones Internacionales y Nacionales | 42 |
| 2.4.1. Investigaciones internacionales | 42 |
| 2.4.2. Investigaciones nacionales..... | 43 |
| Capítulo III. Metodología..... | 45 |
| 3.1. Contextualización del Problema | 45 |
| 3.1.1. Problema de estudio | 45 |
| 3.1.2. Delimitación del problema | 45 |

| | |
|---|----|
| 3.1.3. Estrategia de evaluación y medición de la problemática..... | 45 |
| 3.1.4. Procedimiento de la evaluación | 49 |
| 3.1.5. Diagnóstico del problema | 50 |
| 3.2. Intervención | 57 |
| 3.2.1. Problema delimitado | 57 |
| 3.2.2. Objetivos de la intervención | 58 |
| 3.2.3. Técnicas | 58 |
| 3.2.4. Selección y sustento de las técnicas empleadas | 59 |
| 3.2.5. Ejecución: descripción del plan de intervención (sesión modelo)..... | 61 |
| 3.2.6. Indicadores de logro | 61 |
| 3.2.7. Monitoreo y evaluación de la intervención | 62 |
| Capítulo IV. Resultados | 63 |
| 4.1. Resultados..... | 63 |
| 4.1.1. Descripción de los resultados hallados..... | 63 |
| 4.1.2. Análisis de los resultados encontrados..... | 67 |
| 4.2. Reflexión de la Experiencia..... | 69 |
| 4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención | 69 |
| 4.2.2. Impacto en la institución de los resultados hallados | 69 |
| 4.2.3. Aporte en el área psicológica y en contexto | 70 |
| 4.2.4. Demandas profesionales requeridas (competencias) | 70 |
| 4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional..... | 71 |
| Capítulo V. Recomendaciones y Conclusiones..... | 72 |
| 5.1. Recomendaciones..... | 72 |
| 5.2. Conclusiones..... | 72 |

Referencias 74

Anexos

Lista de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. <i>Cronograma de Trabajo</i> | 13 |
| Tabla 2. <i>Resultados de la Escala de Inteligencia WPPSI-IV</i> | 50 |
| Tabla 3. <i>Resultados del Cuestionario de Madurez Psicológica Infantil (CUMANIN)</i> | 52 |
| Tabla 4. <i>Resultados de la Lista de Chequeo</i> | 53 |
| Tabla 5. <i>Resultados en la Escala de Madurez Social de Vineland</i> | 55 |
| Tabla 6. <i>Resultados en la Escala de Evaluación del Autismo CARS</i> | 55 |
| Tabla 7. <i>Operacionalización de las Variables</i> | 57 |
| Tabla 8. <i>Evaluación Inicial y Final Mediante la Lista de Chequeo</i> | 63 |
| Tabla 9. <i>Registro de Línea Base y Evolución de las Habilidades Sociales en el Hogar</i> | 64 |
| Tabla 10. <i>Registro de Línea Base y Evolución de las Habilidades Sociales Durante las Sesiones de Intervención</i> | 64 |
| Tabla 11. <i>Registro de Línea Base y Evolución de las Conductas Inadecuadas en el Hogar</i> | 65 |
| Tabla 12. <i>Registro de Línea Base y Evolución de la Conducta Inadecuadas Durante las sesiones de Intervención</i> | 66 |

Lista de Figuras

| | |
|--|---|
| <i>Figura 1.</i> Organigrama del Departamento de Neuropsicología. | 9 |
|--|---|

Resumen

El objetivo del presente trabajo es desarrollar nuevas habilidades sociales y reducir conductas inadecuadas en un niño con autismo, por medio de una intervención conformada por ocho sesiones. Para la recopilación de datos se emplearon: la entrevista, pruebas o baterías psicológicas, una lista de chequeo, así como un registro de frecuencia de conductas y habilidades sociales. La lista de chequeo fue el instrumento aplicado como pre y postest.

Al iniciar la intervención, el niño con TEA obtuvo un puntaje de 18 en el área de habilidades sociales y una puntuación de 20 en el área de conductas inadecuadas; al concluir, los puntajes bajaron a 14 y 17, respectivamente.

Los resultados obtenidos fueron significativos, puesto que se evidenció una disminución en la dificultad para las habilidades sociales y disminución en la frecuencia de las conductas inadecuadas. El progreso en ambas áreas fortalecen el autocontrol del niño.

Palabras clave: habilidades sociales, conductas inadecuadas y autismo.

Abstract

This research paper aims to develop new social skills and reduce inadequate behavior in a child with autism through an eight-session intervention. Data was collected through interviews, tests, checklists and records that registered the frequency of behaviors and social skills. A checklist was used as an instrument to measure pre and post intervention results.

At the beginning of the intervention, the child scored 18 in social skills and 20 in inadequate behavior; by the end of the intervention, he had lowered his social skills score to 14 and his inadequate behavior score to 17.

Results were significant and show evidence of lowered difficulty in the social skills area and lowered frequency of inadequate behavior. Progress in these areas strengthen the child's self-control.

Keywords: social skills, inadequate behavior, autism

Introducción

El autismo es un trastorno que apareció y fue definido por el psiquiatra Leo Kanner en 1943, y por el médico Hans Asperger en 1944, al encontrar a niños con ausencia en su interrelación con la sociedad, gusto excesivo por temas rutinarios y diferencias en el desarrollo de la memoria, psicomotricidad, lenguaje, etc. (Bohórquez et al, 2012). Luego, el autismo ha sido considerado un trastorno del desarrollo neurológico (Rogel, 2004), caracterizado según el DSM IV por la presentación de alteraciones en la socialización, comunicación y comportamiento (America Psychiatric Association [APA], 1994).

En el Perú, según datos registrados por el Ministerio de Salud (Más de 15 mil personas son tratadas por autismo en Perú, 2019), hay un incremento en el diagnóstico de trastornos de espectro autista, llegándose con un total –al 2019– de 15,625 personas, de los cuales el 59 % estaba diagnosticado con autismo y de ese total el 90.6 % correspondía a niños menores de 11 años. Por ello, se considera importante abordar este tema, para que los familiares de niños diagnosticados con autismo conozcan mejor este trastorno, y puedan tratarlos con profesionales idóneos y a una temprana edad.

Teniendo como antecedente lo anterior, la presente investigación se desarrolló como sigue: En el primer capítulo se explica el contexto de la institución en la cual se realizó el trabajo, tanto su estructura como los procesos que allí se realizan. En el segundo capítulo se detalla el marco teórico con las respectivas definiciones de autismo y trastornos vinculados, su historia, causas,

características, criterios diagnósticos, modelos teóricos, investigaciones nacionales e internacionales de temas relacionados.

En el tercer capítulo se aborda la metodología del trabajo realizado, explicando el contexto del problema y la población sobre la cual se ha realizado esta investigación. Luego se procede a explicar cómo se realizó el diagnóstico del problema y cómo se intervino. Mientras que en el cuarto capítulo se describe los resultados hallados y la reflexión de la experiencia.

Por último, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones; cerrándose esta investigación con las referencias respectivas revisadas.

Capítulo I. Experiencia Profesional y Contexto

1.1. Descripción de la Empresa o Institución

1.1.1. Visión

Reconocimiento como una institución confiable, con infraestructura actualizada y profesionales competentes en el área de neurología.

1.1.2. Misión

Institución encargada de brindar asistencia especializada en el campo de la neurología, uniendo el trabajo de docencia e investigación, para contribuir en la salud de la población.

1.1.3. Objetivos estratégicos

- Acrecentar el acceso hacia una buena atención neurológica, de acuerdo con las necesidades que presenta la población.
- Promover en la ciudadanía una cultura de salud, encaminada a concientizar el auto cuidado, y reducir los riesgos neurológicos ocasionados por los estilos de vida poco saludables.
- Reducir la mortandad por enfermedades neurológicas con mayor frecuencia (epilepsia, esclerosis múltiple, demencia, párkinson, alzhéimer, entre otras).
- Optimizar la calidad de atención a los ciudadanos que asisten a la institución especializada en enfermedades neurológicas.
- Optimizar la oferta de los servicios de salud con calidad y gestión eficiente de los recursos en beneficio de la población.
- Lograr el liderazgo en el área neurológica a nivel nacional e internacional.

- Lograr el liderazgo en las actividades de investigación, docencia y atención en neurociencias.

1.1.4. Valores

- Vocación de servicio.
- Trabajo en Equipo.
- Eficiencia.

1.1.5. FODA

1.1.5.1. Fortalezas. Son las siguientes:

- Capacidad para tratar diferentes enfermedades neurológicas y realizar diversos procedimientos quirúrgicos con éxito.
- Capacitación constante al personal, mediante congresos y seminarios.
- Contar con personal capacitado, para ejercer la docencia en ciencias neurológicas.
- Presencia de personal de salud en zonas rurales o urbanas de escasos recursos económicos.
- Contar con una farmacia bien implementada, dentro de la institución.
- Contar con comités de profesionales calificados en Neurología.
- Diseño organizacional basado en la gestión de los procesos.
- Posee una alta calidad científica en el ámbito neurológico.
- Personal comprometido e identificado con la institución.
- Personal con predisposición ante cualquier cambio.

1.1.5.2. Oportunidades. Como oportunidades se encuentran:

- Tener una asignación presupuestaria para la adquisición de fármacos e insumos para enfermedades neurológicas.
- Tener capacitaciones constantes en Neurología por instituciones nacionales e internacionales, especializadas en el tema.
- Importante subsidio económico del Estado Peruano a pacientes de consulta externa e interna.
- Constante evaluación de competencias del personal, por parte del Estado Peruano.
- Ser una de las mejores instituciones a nivel nacional en el rubro de neurociencias.
- Existencia de una normativa legal que garantiza y prioriza los derechos de la salud.
- Contar con referentes nacionales y privados dentro del país.
- Contar con donaciones de diferentes instituciones públicas.
- Restructuración y mejora del Departamento de Neuropsicología.
- Tener convenios con diferentes universidades del país.

1.1.5.3. Debilidades. Comprende las siguientes:

- Falta de personal administrativo para programar citas de consulta externa.
- Demora en los procesos logísticos, como implementación de materiales y recepción de citas.
- Falta de implementación de protocolos de atención al paciente bajo patrones de calidad.

- Capacitaciones reducidas a internos, antes de empezar con la atención a pacientes.
- Distribución inadecuada de los recursos al Departamento de Neuropsicología.
- Carencia de baterías o pruebas en el Departamento de Neuropsicología.
- Cantidad reducida de licenciados o asistentes para gran demanda de internos.
- Clima laboral inadecuado para la prestación del servicio de salud.
- Cantidad reducida de implementos en las salas de hospitalización.
- Contar con pocas salas de internamiento y evaluación.
- Gran demanda de pacientes.

1.1.5.4. Amenazas. Entre las amenazas, están:

- Competitividad con otras instituciones públicas y privadas, tratantes de las mismas patologías, pero que no cuentan con estándares especializados en enfermedades neurológicas.
- Incremento de pacientes que requieren internamiento en especialidades de alta demanda, pero sin que la institución cuente con espacios suficientes para atenderlos.
- Limitada inversión del Estado para surtir de medicamentos al hospital, necesarios para cubrir la demanda de los pacientes.
- Incremento de instituciones públicas y privadas como alternativa de atención inmediata.
- Incremento de la contaminación ambiental por restos sólidos.

- Crisis económica que afecta el presupuesto de los pacientes.
- Deficiencia en la seguridad de la institución.
- Ubicación en una zona con problemas de seguridad.
- Demanda insatisfecha de pacientes.
- Nuevas enfermedades (COVID).

1.1.6. Ubicación

Cercado de Lima, en la provincia y departamento de Lima.

1.1.7. Reseña histórica

La presente institución se encuentra en la ciudad de Lima, y fue fundada en el siglo XVII con el apoyo de creyentes y religiosos.

Estuvo dirigida a personas enfermas y necesitadas que buscaban ayuda. Con el paso del tiempo y la ardua labor, este establecimiento religioso se convirtió en la institución que actualmente es.

1.2. Puesto Desempeñado

1.2.1. Nombre del puesto

Asistente en el Departamento de Neuropsicología.

1.2.2. Principales funciones

- Evaluación y presunción diagnóstica.
- Aplicación y corrección de escalas, pruebas psicométricas y proyectivas.
- Redacción y revisión de informes neuropsicológicos, de pacientes con diferentes edades y diagnósticos.
- Asistencia y presentación de casos clínicos sobre enfermedades neurológicas.

- Asistencia y participación durante las visitas médicas, dentro del área de hospitalización.
- Intervención en niños con trastorno del espectro autista.
- Seguimiento a pacientes por medio de su médico tratante.
- Apoyo en distintos temas de investigación.
- Orientación y consejería a padres de familia.
- Realización de talleres psicoeducativos.

1.2.3. Jefe inmediato

Doctora jefa del Departamento de Neuropsicología.

1.2.4. Organigrama

Véase la Figura 1, que da cuenta del organigrama del Departamento de Neuropsicología.

1.2.5. Plan de trabajo

1.2.5.1. Generalidades. Las principales características son:

- **Nombre de la sede:** Institución de Salud Estatal.

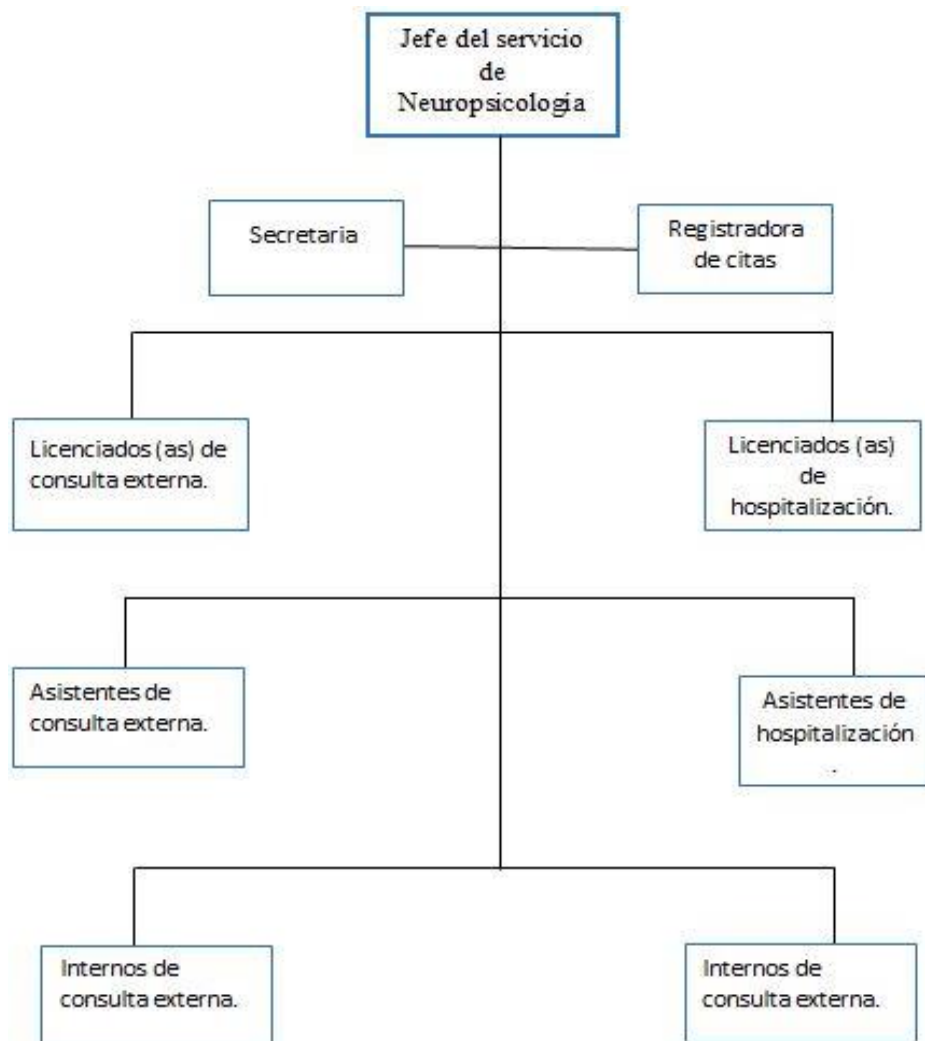


Figura 1. Organigrama del Departamento de Neuropsicología.

- **Ubicación y dirección:** Cercado de Lima, de la provincia y departamento de Lima.
- **Área y duración del internado:** Psicología Clínica - 1 año.
- **Horario en la sede:** Lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm; y sábados, de 8:00 am a 2:00 pm.
- **Horario de supervisión:** Miércoles, de 7:00 am a 8:00 am; y sábados, de 12:00 pm a 2:00 pm.

1.2.5.2. Diagnóstico situacional. La sede es una institución que atiende una gran demanda de pacientes de diferentes edades y diagnósticos, tales como: epilepsia, mal de Alzheimer, demencia, trastorno autista, discapacidad intelectual y otros.

Por ello, muchos de estos pacientes no podían ser atendidos por consulta externa de manera inmediata, lo cual causó que la enfermedad empeore por falta de tratamiento o de continuidad en las terapias.

1.2.5.3. Actividades realizadas. Entre las principales se encuentran:

- **Evaluación:** Consiste en una entrevista inicial con el paciente y, según los casos, con su acompañante. Esta evaluación consta de 5 a 6 sesiones para cada paciente con una duración de 40 minutos, en donde se realiza la elección y toma de pruebas neuropsicológicas, dependiendo del caso.
- **Orientación y consejería:** Se realiza el acompañamiento a los pacientes o familiares del paciente según sea el caso, durante las sesiones brindadas, para que puedan llevar el proceso de cada diagnóstico o esclarecer sus dudas. Esto, luego de haber evaluado las funciones superiores de los pacientes y la opinión de otros especialistas.
- **Aplicación de pruebas psicológicas:** Es la aplicación de una batería de pruebas neuropsicológicas de acuerdo con cada caso, a solicitud de cada médico. En ellas se evalúan las funciones cognitivas, como la atención, la memoria, el lenguaje, las habilidades visoespaciales y visoconstructivas, las funciones ejecutivas, etc.; así como las emociones, la personalidad y la conducta.

- **Revisión de casos:** Es la exposición oral o escrita sobre el estado de una persona, donde, junto con los licenciados, se llega a un diagnóstico del caso, según los resultados de las pruebas neuropsicológicas, la observación y la anamnesis. Asimismo, se establece recomendaciones según sea el caso, y una reevaluación dentro de un tiempo apropiado.
- **Entrega de informe:** Es la exposición escrita y oral de un informe detallado de cada paciente para añadir en su historia clínica, y la información de los resultados a los familiares y/o pacientes. Aunque el informe lleva el sello y firma del asistente y del licenciado, carece de valor legal.
- **Talleres psicoeducativos para padres de familia y niños:** Es la ejecución de un plan de trabajo con los temas a abordar, partiendo de las demandas de los padres de familia, cuidadores o docentes. Se parte de un método lúdico y lleva a cabo de talleres durante un mes y medio, con la finalidad de percibir cambios en los pacientes.
- **Participación y elaboración de actividades del Departamento de Neuropsicología:** Consiste en la elaboración de un plan de trabajo para el desarrollo de actividades relacionadas al Departamento de Neuropsicología (como el Día del Psicólogo, congresos internacionales de neuropsicología).
- **Investigación:** Dentro de esta función, se realizan búsquedas bibliográficas de temas relacionados con problemas neuropsicológicos, y se validan instrumentos neuropsicológicos.
- **Cronograma de exposiciones:** Que está vinculado a casos clínicos, revistas científicas sobre enfermedades relacionadas a neuropsicología o enfermedades atendidas.

- **Revisión de revistas:** Que se realiza cada semana y consiste en la revisión de artículos científicos sobre demencia, esclerosis múltiple, epilepsia, biomarcadores en la enfermedad de Alzheimer, entre otros temas.
- **Seguimiento:** Que se realiza tras el proceso de evaluación e intervención, a través de la constante comunicación con el médico tratante y los padres de familia.
- **Actividades administrativas:** Como por ejemplo el archivo de cada caso en un *file* que contenga todas las pruebas tomadas, la anamnesis, la observación de conducta y el informe escrito, que serán usados en reevaluaciones y observación del proceso del caso. Esta tarea también es útil para la creación de un *back up* ante la pérdida de informes por parte del área de Estadística o la solicitud de los paciente de contar con una copia de la historia clínica.

1.2.5.3. Recursos. Se consideraron los recursos humanos y materiales.

1.2.5.3.1. *Humanos.* Que son los siguientes:

- Personal capacitado para la supervisión, revisión de informes neuropsicológicos y capacitación en pruebas psicométricas y proyectivas.
- Personal de apoyo a las estadísticas de pacientes del Departamento de Neuropsicología.
- Personal que programa las atenciones del servicio.

1.2.5.3.2. *Materiales.* Se cuenta con los siguientes materiales que todos los licenciados, asistentes e internos pueden utilizar:

- Protocolos de pruebas, baterías e inventarios neuropsicológicos.
- Estante donde se guardan los *files*.

- Material audiovisual.
- Pizarra y plumones.
- Pupitre.
- Sillas.

1.2.6. Descripción del área de trabajo

La presente institución tiene más de 20 departamentos especializados, de los cuales uno de ellos es el de Neuropsicología. Este cuenta con una oficina de dos pisos, pero de reducido espacio, con presencia de distractores y carencia de materiales, lo cual dificulta la realización de evaluaciones en algunos pacientes de consulta externa. Allí, también es difícil realizar consultas dentro de los horarios programados de atención, porque los pacientes tenían acceso al consultorio con facilidad.

Por esa razón, los espacios de diálogo, redacción de informes, asesorías y talleres se daban fuera del horario de atención.

Respecto al clima laboral, se puede afirmar que existía una buena relación y trabajo en equipo. Sin embargo, debido a la poca comunicación por parte del jefe de departamento, en ocasiones se generaba un clima de tensión. Pese a ello, el trabajo fue bastante enriquecedor por existir un contacto directo con los pacientes.

1.2.7. Cronograma de trabajo

El cronograma se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Cronograma de Trabajo

| Actividades | Ene | Feb | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Set | Oct | Nov | Dic |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Realizar entrevistas y observación de casos. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Aplicación de pruebas psicológicas. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Entrega de informes. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Actividades del Departamento de Neuropsicología. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Actividades administrativas. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Evaluación permanente. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Atención de sesiones especiales | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Intervención | | | | | | | | | | | X | X |

1.3. Delimitación del Área de Trabajo

La línea de investigación empleada para el presente estudio fue el desarrollo del comportamiento inteligente, creativo y científico, con la finalidad de potencializar dichos aspectos en un niño y regular su bienestar psicológico.

Capítulo II. Marco Teórico

2.1. Problemática del Trastorno del Espectro Autista a Nivel Internacional y Nacional

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, 2018), al 2014, uno de cada 59 niños de ocho años de 11 comunidades de Estados Unidos tenía autismo. También informaron que la probabilidad de identificar autismo en infantes de raza blanca era mayor en comparación con los de raza negra o hispanos. Sin embargo, citado por CDC (2018), el M.D., PhD., Stuart Shapira, director adjunto para ciencias del Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, indicó que en niños de raza negra e hispana, la incidencia del autismo se estaba acercando a la de los de raza blanca.

Asimismo, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades mostraron preocupación hacia la identificación temprana de menores con este diagnóstico, señalando que los datos muestran que menos de la mitad fue diagnosticada con un trastorno del espectro autista antes de los cuatro años; y que el 85 % de menores tenían anotaciones en relación con la intranquilidad de su desarrollo antes de los tres años. También señalaron que solo al 42 % se le realizó una evaluación previa, pudiendo esto afectar a los niños con el diagnóstico cuando empiecen a recibir los servicios que requieren (CDC, 2018).

Por su parte, citando cifras de Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los National Health Statistic Reports del 2017, Lampert-Grassi (2018) refirió que en el mundo casi 1 de cada 160 niños y niñas poseía algún trastorno del

espectro autista; y que un 58.3 % poseía un nivel leve; un 34.8 %, un nivel moderado; y un 6.9 %, un nivel severo.

Mientras que para el The National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH, 2017), aproximadamente 1 de cada 68 niños tenía un trastorno del espectro autista y que este era más común en varones que en mujeres. En tanto que Vásquez (2019) sostuvo que de cada 150 personas nacidas una presentaba un caso de autismo; y por cada mujer había cuatro varones con el referido trastorno. Asimismo, de dicho grupo, que al menos el 20 % tenía un desarrollo intelectual superior y más del 40 % presentaba dificultades intelectuales.

A nivel nacional, el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) señaló que entre el 2001 y el 2015 se registró un aumento de sujetos con trastorno del espectro autista; y en este último año indicó que se registraron 2,219 personas diagnosticadas con algún trastorno del espectro autista. De esa cifra, 436 personas eran damas; 1,783, varones; y el mayor porcentaje residía en Lima (CONADIS, 2016).

Las cifras difundidas por el Minsa también llaman la atención: al 2019, en el Perú había 15,625 personas con trastorno del espectro autista; y de estos, un 90.6 % eran niños y niñas menores de 11 años; 81.1 % varones, y 18.9 % mujeres. Además que, de las 15,625 personas atendidas, 9,294 presentaron autismo en la niñez; 2,280, trastorno generalizado del desarrollo no especificado; 882, síndrome de asperger; 702, autismo atípico; y 732, otro trastorno generalizado del desarrollo (Más de 15 mil personas son tratadas por autismo en Perú, 2019).

Estos datos reflejan la necesidad de establecer más servicios de salud en el Perú. Por ello, el Ministerio de Salud ha implementado 103 centros de salud mental comunitarios, en los que se incluye la atención a pacientes con trastornos del espectro autista, teniéndose como meta para fines del 2021 que se cuente con 281 centros en todo el país (Más de 15 mil personas son tratadas por autismo en Perú, 2019).

2.2. Aspectos Conceptuales del Trastorno del Espectro Autista

2.2.1. Definición del trastorno del espectro autista

Según el Manual Diagnóstico DSM-IV (APA, 1994), en el siglo XXI el término *trastornos generalizados del desarrollo* hacía referencia al grupo de trastornos biológicos, caracterizados por una alteración en el desarrollo de las habilidades sociales, de comunicación, conducta e intereses; y contenía los siguientes trastornos: trastorno desintegrativo infantil, trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno generalizado del desarrollo no especificado y trastorno de Asperger. Sin embargo, en el DSM-V (APA, 2013) se dejó de emplear *trastorno generalizado del desarrollo*, precisándose que los trastornos del espectro autista se ubicaban dentro de los trastornos del desarrollo neurológico. En la actualidad, este diagnóstico se emplea para referirse a las diferentes subcategorías usadas anteriormente (tales como: trastorno autista, síndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, entre otros). Asimismo, hace referencia a la presencia de dificultades en la interacción social y en la exteriorización de patrones conductuales reiterativos presenciados desde las primeras etapas del desarrollo, lo cual provoca un deterioro significativo en diferentes ámbitos de la vida (como el social o laboral).

Bohórquez et al. (2012) señalaron que el trastorno del espectro autista es un grupo de alteraciones ubicadas en el cerebro que afectan el desarrollo; pero que dichas alteraciones, a pesar de estar presentes desde el nacimiento del niño o niña, no afectaban de la misma manera a todos. Por ello, se habla de ‘espectro’ para indicar las diversas maneras en las que estas dificultades pueden causar un impacto.

Citando información de la American Psychology Association, Bohórquez et al. (2012), describieron que entre los trastornos del espectro autista se encontraban: el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el síndrome de Rett, el autismo y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Según el Ministerio de Educación (Minedu, 2013), los trastornos del espectro autista son llamados también trastornos generalizados del desarrollo (TGD), en los cuales se presentan dificultades relacionadas al neurodesarrollo, con manifestaciones conductuales y cognitivas que provocan limitaciones en la autonomía. Los TGD se clasifican en autismo, síndrome de Asperger, trastorno desintegrativo de la infancia, trastorno de Rett y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Arberas y Ruggieri (2007) describieron los referidos trastornos de manera más detallada:

- **Autismo:** Trastorno biológico asociado a distintas etiologías, en el cual la persona evidencia: aislamiento social, ausencia de juego simbólico,

desinterés por su entorno, poco contacto visual y dificultad para identificar expresiones faciales.

- **Síndrome de Asperger:** El individuo que lo posee evidencia alteración en la interacción social, buen desarrollo de su lenguaje, ausencia de compromiso cognitivo, rigidez, reducida coordinación y atención.
- **Trastorno desintegrativo de la infancia:** Quien lo posee tiene aparentemente un desarrollo normal, pero aproximadamente a los dos años de edad aparece en distintas áreas del desarrollo una regresión conductual.
- **Síndrome de Rett:** Es ocasionado por la mutación del gen MECP2 y se evidencia mayormente en el sexo femenino; con presencia de estancamiento en el desarrollo cefálico, continuo deterioro psicomotor y movimientos estereotipados de manos.
- **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado:** Evidencia dificultades generalizadas en el desarrollo de sus habilidades sociales, lenguaje y conductas estereotipadas que no cumplen con los criterios diagnósticos para ser catalogados dentro de alguno de los cuatro trastornos previamente descritos (Minedu, 2013).

Morales et al. (2013) señalaron que los trastornos del espectro autista, nombrados también TGD, abarcan un grupo de trastornos del neurodesarrollo según el DSM-IV (APA, 1994) y la CIE 10 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1992), en los cuales se presentan síntomas de distinta complejidad caracterizados por la presencia de dificultades en las habilidades de comunicación, interacción y conducta (siendo esta repetitiva o restringida). En tanto que Borax y Buron (2017) definieron el trastorno del espectro autista como el conjunto de

síntomas originados por la disfunción del sistema nervioso central y como un problema en el desarrollo de la socialización adherido a patrones específicos de comportamientos.

También está la definición del NCCIH (2017), que definió al espectro autista como un grupo de trastornos en el desarrollo, presentes durante toda la vida y generalmente identificado en la niñez; precisando que a palabra *espectro* indicaba que podía provocar diferentes síntomas (de leve a moderado).

Lampert-Grassi (2018) señaló que el trastorno del espectro autista se identifica por la presencia de intereses o comportamientos monótonos y dificultades en la socialización; siendo diversos factores, entre estos, los ambientales y genéticos, los que creaban mayor probabilidad de padecerlo. Según Huamanchumo (2019), el autismo es un conjunto de trastornos que empiezan en la niñez con un desarrollo neurológico deficiente, con alteración en el lenguaje, la comunicación, socialización y comportamientos estereotipados.

Más reciente, Maica (2021) aludió que el trastorno del espectro autista es producido por alteraciones en el sistema nervioso central, que afecta áreas importantes como la conducta, los intereses, la interacción y la comunicación; que pueden ser diagnosticados en la infancia (Trastorno del espectro autista, 2021).

2.2.2. Características presentes en el trastorno del espectro autista

Bohórquez et al. (2012) mencionaron que, aun cuando en el trastorno del espectro autista se presentan dificultades que afectan a niños y niñas en el desarrollo del lenguaje, socialización, comunicación y conducta; de acuerdo con la Asociación Proyecto Autismo, quienes lo padecen también poseen

características positivas: no mienten con frecuencia, raras veces se les escucha juzgar, son emocionales, presentan dificultad de entendimiento ante bromas de doble sentido, son menos superficiales y no están pendientes de las expectativas que impone la sociedad (ASPAU, 2014).

No obstante lo anterior, en este trabajo se detallarán las dificultades que se manifiestan.

- **Socialización:** En esta área se presentan las siguientes dificultades:
 - Reducida capacidad para interactuar con otros niños o adultos mediante el juego o para manifestar sus intereses.
 - Reducida capacidad para mantener contacto visual.
 - Dificultad para comprender o seguir instrucciones.
 - Preferencia por el juego solitario.
- **Lenguaje y comunicación:** La presente área se caracteriza por las siguientes dificultades:
 - Dificultad para comprender y complementar la comunicación con el uso correcto de sus expresiones faciales.
 - Ausencia o retardo en la articulación y emisión de palabras.
 - Dificultad para empezar o finalizar un diálogo.
 - Peculiaridad en la velocidad y tono de voz.
 - Empleo de palabras repetitivas (ecolalia).
 - Dificultad para imitar.
- **Conducta:** En esta área se muestran las siguientes dificultades:
 - Mayor interés por partes específicas de un objeto; por ejemplo: luces o espejo de un auto, entre otros.

- Gustos específicos de alimentos o dificultad para tolerar texturas.
- Dificultad para aceptar cambios en su entorno.
- Presencia de movimientos estereotipados (aleteo o balanceo).

Según el Ministerio de Educación (2013), los niños, niñas y adultos con trastorno del espectro autista tienen las siguientes seis características:

- 1. Alteración en la socialización:** En la niñez se presenta retraimiento social, dificultad para interactuar, comprender indicaciones, entender la intención de las personas y establecer amistades.
- 2. Alteración en la comunicación:** Hay presencia de alteración en el desarrollo del lenguaje, comunicación verbal-no verbal (expresiones y gestos), comprensión de bromas u otras motivaciones de sus interlocutores. Sin embargo, aquellos que logran desarrollar el lenguaje verbal, usan características peculiares (entonación anormal, ecolalia, perseveración e inversión).

Rogel (2004) mencionó que los individuos con trastornos del espectro autista que tienen un coeficiente intelectual elevado, suelen desarrollar mejor el lenguaje y mostrar mayor independencia.

- 3. Alteración en el comportamiento:** Hay presencia de comportamientos rígidos y estereotipados. No suelen emplear juego simbólico, sino, por el contrario, son monótonos y con poca creatividad. Además, muestran intereses poco frecuentes en comparación a otros; y aquellos que presentan mayor capacidad intelectual tienen intereses más elaborados y complejos (por ejemplo: recopilan datos, coleccionan objetos, etc.).

- 4. Alteraciones sensoriales:** Hace referencia a la presencia de hiposensibilidad e hipersensibilidad en los estímulos gustativos, táctiles, visuales y auditivos. Ello puede evidenciarse cuando seleccionan los alimentos, se cubren los oídos, se cubren los ojos, al retirar las etiquetas de la ropa o pueden carecer de dolor.
- 5. Alteraciones cognitivas:** Se presentan en aquellos que tienen una discapacidad intelectual como en los que tienen un nivel cognitivo superior. Pueden tener capacidades para el arte, cálculo, música, memoria visual, entre otras, pero incapacidad para imaginar lo que otro individuo siente o piensa.
- 6. Alteraciones emocionales:** Hacen referencias a la dificultad para identificar las emociones del otro y expresar las que siente, evidenciándose niveles de estrés o ansiedad cuando se cambian sus rutinas, poca tolerancia a la frustración con manifestaciones de autoagresión o agresión hacia otro, teniendo en cuenta que ello varía según la edad.

2.2.3. Categorización del nivel de gravedad del trastorno del espectro autista (TEA)

El DSM-V (APA, 2013) señaló que existen tres niveles de gravedad:

- **Nivel 1 «Necesidad de ayuda»:** En la comunicación social se haya dificultades para interactuar y manifiestan respuestas atípicas en comparación con sus pares. La conducta e intereses se caracterizan por ser monótonos, ocasionando interferencia con su funcionamiento en uno o diferentes contextos.
- **Nivel 2 «Necesidad de ayuda notablemente»:** En la comunicación social a pesar de recibir apoyo, denota marcada dificultad en la comunicación no verbal y verbal. Además, muestra interés restringido para interactuar, y

atípica o mínima respuesta a la apertura social de otros (basada en intereses muy concretos y oraciones simples). En cuanto a la conducta, evidencia monotonía, preocupaciones frecuentes que interfieren con su funcionamiento en distintos contextos y exteriorizan sensación de frustración cuando sus conductas repetitivas son interrumpidas.

- **Nivel 3 «Necesidad de ayuda muy notablemente»:** Muestra severa dificultad en la comunicación no verbal y verbal, restringido interés para interactuar y reducida respuesta a la apertura social de otros. La conducta e intereses se caracterizan por ser monótonas y difíciles de interrumpir, interfiriendo en forma significativa en el funcionamiento de todas las áreas.

2.2.4. Familia y trastorno del espectro autista

Milena et al. (2007) estudiaron los cambios de emociones que van presentando los integrantes de la familia (en especial los padres), luego de recibir el diagnóstico de TEA en sus hijos e hijas:

- **Estado de *shock*:** Hace referencia a la pérdida del deseo de hablar que experimentan los padres por un espacio de tiempo, tras conocer el diagnóstico.
- **Confusión:** En un inicio cuando los padres reciben el diagnóstico, tienen muchas dudas en relación con el trastorno. Pero ello va disminuyendo a medida que pasa el tiempo y empiezan a adquirir más conocimiento sobre los trastornos del espectro autista.
- **Impotencia:** Hace referencia a la sensación de impotencia que tienen los padres, al no poder cambiar el estado de sus hijos e hijas.

- **Ira y rabia:** Son sentimientos que experimentan los padres al hallarse frente a un escenario inesperado, e incluso tratan de encontrar al culpable de dicha situación.
- **Culpabilidad:** En ocasiones, los progenitores suelen culparse a sí mismos de la situación.
- **Sensación de perder el control:** En un inicio los padres no saben a dónde ir. Pero conforme van conociendo más el trastorno y los recursos que existen irán alcanzando numerosos logros en sus hijos e hijas.
- **Aceptación:** Por último, los padres aceptan el trastorno de sus hijos e hijas, y se alistan para ayudarlos y luchar junto a ellos.

Baña (2015) señaló que al ser los progenitores los primeros educadores que tienen sus hijos, son responsables de la formación de su identidad y de instaurar un vínculo con ellos que les permita entender sus necesidades en determinados instantes. Por esa razón, es muy importante que los padres se involucren constantemente en las sesiones de terapias de sus hijos e hijas, pues eso les posibilitará conocer más sobre el trastorno, poner en práctica lo aprendido, controlar el estrés, ser parte de su evolución, contribuir positivamente en su educación y mejorar su relación familiar (Cabezas, 2001).

2.3. Análisis Teórico del Autismo

2.3.1. Antecedentes

El término ‘autismo’ hace referencia a una discapacidad definida en el siglo XX. Bohórquez et al. (2012) sostuvieron que el psiquiatra Leo Kanner (en 1943) y el médico Hans Asperger (en 1944), describieron al autismo tras hallar niños con las siguientes conductas: ausencia de relación con miembros de su

familia o la sociedad, y gusto excesivo por temas específicos o rutinarios; dando mayor atención a la diferencia que existía en el desarrollo de distintas habilidades como, la memoria, la psicomotricidad, el lenguaje, entre otras.

Ferrari (2015) señaló que los referidos investigadores hicieron estudios en forma paralela e independiente. Así, en un artículo, Leo Kanner describió a un grupo de once infantes, de entre 2.5 y 8 años, que presentaban autismo, al cual relacionó como una afección vinculada con la niñez. Poco después, también en un artículo, Hans Asperger describió algunas características en común de cuatro niños: dificultad para socializar y aparentemente un adecuado desarrollo del lenguaje y de los procesos cognitivos, coincidiendo sus observaciones con las de Kanner, sin conocerlas.

Si bien en sus publicaciones Kanner y Asperger emplearon el mismo término: autismo; en 1911, Eugen Bleuler ya lo había empleado para describir la esquizofrenia –dificultad para poseer adecuadas relaciones afectivas– (García, 2015).

2.3.2. Definición de autismo

Desde que fue descrito por Leo Kanner y Hans Asperger, la definición del autismo ha cambiado. Según Riviére (1988), el autismo es una perturbación emocional y afectiva; mientras que Parmelee (1998), citado por Molina (2007), informó que en el DSM-IV es considerado un trastorno general del desarrollo con la presencia de alteración en las habilidades sociales y comunicativas.

Cuxart (2000) reseñó que el término ‘autismo’ deriva de la palabra griega *eaftismos*, que significa ‘encerrado en sí mismo’; y Ferrari (2015), citado por García (2015), provenía de *autos*, cuyo significado es ‘sí mismo’.

Para Kaiser (2000), el autismo es un trastorno del cerebro que surge cuando un infante está en crecimiento. Según dicha institución, el autismo cambia la forma en la que el cerebro va creciendo, ocasionando repetitivos pensamientos o actitudes diferentes y dificultades para relacionarse o comunicarse.

De acuerdo con Rogel (2004), el autismo es un trastorno del desarrollo neurológico presente durante toda la vida, con manifestaciones de dificultades en el comportamiento, socialización, lenguaje verbal-no verbal, y comprensión (de sentimientos o pensamientos); que además, a pesar de tener múltiples causas, puede deber al componente genético.

También está la definición de Arberas y Ruggieri (2007), para quienes el autismo es un trastorno biológico asociado a distintas razones, en el cual se evidencia: aislamiento, ausencia de juego simbólico, desinterés hacia el entorno, escaso contacto visual y dificultad en el reconocimiento de las expresiones.

Pfeiffer (2017) expuso que el autismo inicia en la niñez con una alteración en el desarrollo de la comunicación, socialización y conducta. Además, refirió que es una discapacidad del desarrollo, en la cual el cerebro funciona de diferente forma, causando problemas de salud mental en algunas personas con este diagnóstico.

Por último, Vásquez (2019) aseveró que entre los trastornos generalizados del desarrollo se encuentra el autismo, caracterizado por presentar dificultades en

la comunicación, cognición, socialización, conducta e intereses; pero la gravedad en la que estos se presentan es diferente en cada persona.

2.3.3. Características del autismo

El autismo tiene tres dimensiones (Holtz et al., 2004).

2.3.3.1. Dificultades en la interacción social. Que se caracterizan por:

- Ausencia de juego simbólico.
- Escaso control de sus emociones.
- Ausencia o escaso contacto visual.
- Problema para interpretar el lenguaje no verbal.
- Escasa comprensión de perspectivas o bromas de otros.
- Escasa expresión facial y problema para entenderlas en los demás.

2.3.3.2. Dificultad en la comunicación verbal y no verbal. Caracterizada por:

- Ausencia o atraso en el desarrollo del lenguaje.
- Presencia de ecolalia.
- Comprensión literal.

2.3.3.3. Dificultad en el comportamiento. Cuyos principales rasgos son:

- Gustos inusuales (por ejemplo: interés por fechas, países y otros).
- No miden los riesgos y pueden agredirse a sí mismos o a los demás.
- Conductas repetitivas o estereotipadas (balanceo, saltos reiterativos, agitación de manos, etc.).

- El umbral de la sensibilidad puede ser mayor o menor en comparación con otros niños o niñas de su misma edad.

2.3.4. Características del autismo en las diferentes etapas evolutivas de la niñez

Hortal (2014) propuso las siguientes características del autismo que se presentan en las etapas evolutivas de la niñez:

- **De 0 a 3 años:** Durante los primeros meses no siempre se perciben las diferencias, en comparación con sus pares. Pero a medida que van creciendo, empiezan a mostrar rabietas excesivas, gusto por elementos inusuales y no responden ante la llamada de su nombre.
- **De 3 a 6 años:** Entre estas edades se inicia la escolarización y empiezan a exteriorizarse dificultades para socializar, para controlar sus esfínteres y autonomía.
- **De 7 a 12 años:** Evidencian dificultades para interactuar y comunicarse con los demás. En cuanto al área intelectual, conductual y de autonomía, va a variar de un niño a otro; por ejemplo, en algunos casos pueden tener discapacidad intelectual y en otros pueden saber leer y escribir.

Por su parte, Riviére (1998) realizó un estudio con cien familias de menores diagnosticados con autismo, con la finalidad de poder realizar un diagnóstico e intervención a temprana edad. El investigador halló que la mayoría de estas familias percibían las siguientes características conductuales durante los primeros años de sus hijos con autismo:

- **De 0 a 12 meses:** Muestran tranquilidad, ausencia de lenguaje verbal y no verbal (expresiones), movimientos o sonidos repetitivos.
- **De 12 a 24 meses:** Presentan desconexión con su entorno, les falta desarrollar el lenguaje y responder ante una llamada.
- **De 18 a 36 meses:** Muestran ausencia de respuesta ante alguna indicación o esta debe ser por medio de expresiones claras y de frente para que las comprenda. Suelen no establecer contacto visual, no les agradan los cambios repentinos, no realizan juegos simbólicos, les cuesta socializar y tienen dificultad para expresar sus sentimientos o para entender aquello que no sea de su interés (Dolz, & Alcantud, 2002).

2.3.5. Teorías etiológicas del autismo

2.3.5.1. Factores biológicos. El The National Institutes of Health (NIH, 2019) señaló que los genes son los elementos principales que contribuyen al desorden del espectro autista, ya que se ha evidenciado en muchos sujetos con autismo mutaciones a nivel genético. Arberas y Ruggieri (2019) refirieron que en estudios moleculares se encontraron más de cien genes enlazados con el trastorno del espectro autista, tales como el SHANK, el MECP2, el DYRK1A, el ANK y otros; siendo algunos de estos vinculados a encefalopatías epilépticas. Además, se halló mayor gravedad en los síntomas y menor capacidad intelectual en pacientes que no lo heredaron de sus padres, a diferencia de aquellos que lo heredaron, quienes presentan menor gravedad y mejor capacidad intelectual. Dichos autores también indicaron que en medios hermanos maternos el riesgo es mayor en comparación a medios hermanos paternos. Este riesgo puede verse incrementado cuando el tiempo transcurrido entre un niño o niña con trastorno del espectro

autista y la procreación de su hermano es menor a 18 meses, a diferencia de aquellos que están separados por un tiempo de cuatro años a más.

Reynoso et al. (2016) revelaron que en estudios a familiares y gemelos se encontró un componente genético en la mayoría de los casos con autismo. Además, que el desarrollo cerebral en individuos con TEA se acelera en los tres primeros años; y que, luego, entre los 4 y 10 años, empieza a ser menor de lo esperado. Estos estudios evidencian la existencia de una reducción de las células de Purkinje, del volumen cerebral de manera precoz y de las células en el área de Broca y núcleo olivar inferior en estos pacientes.

Por último, citado por García (2015), Ruggieri (2013) señaló que existen también bases neurológicas que podrían causar autismo, tales como «el sistema de las neuronas espejo». El autor afirmó que en los individuos con autismo estas neuronas no funcionan de manera adecuada, provocando una incapacidad para entender la conducta de otras personas.

2.3.5.2. Factores ambientales. Agrawal et al. (2018) –citados por Arberas y Ruggieri (2019) –, encontraron que los niños y niñas de reducido peso durante la gestación, con presencia de dificultades perinatales y prematuridad extrema (con menos de 28 semanas), mostraban sintomatología del TEA.

Arberas y Ruggieri (2019) manifestaron que el reducido peso al nacer, la ruptura precoz de membranas, las hemorragias agudas, la eclampsia, los antecedentes de infecciones virales y la elevada temperatura durante la gestación incrementan la predisposición de presentar TEA. El estrés o depresión, la

exposición a pesticidas, el consumo de alcohol, drogas o medicamentos antiepilépticos también son causantes de dicho trastorno.

2.3.6. Criterios para diagnosticar el autismo

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1994), el trastorno generalizado del desarrollo evidencia alteraciones en las habilidades para socializar, comunicarse, comportarse; pudiendo generar los trastornos de Rett, de Asperger, desintegrativo infantil, autista y trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Como esta investigación aborda el TEA, solo se explicarán los criterios para diagnosticar el trastorno autista.

A. En el trastorno autista, se debe cumplir con seis a más ítems o como mínimo dos del ítem (1), uno del (2) y del (3) para que se emita un diagnóstico. Siendo estos ítems los siguientes:

1. Alteración de la socialización, exteriorizada por lo menos con dos de las siguientes características:
 - a. Dificultad para emplear conductas no verbales (como: posturas, gestos, expresiones y contacto visual).
 - b. Dificultad para entablar relaciones acordes con su etapa de desarrollo.
 - c. Dificultad para compartir con otros sujetos, gustos e intereses.
 - d. Poca correspondencia emocional o social.
2. Alteración de la comunicación, exteriorizada por lo menos con dos de las siguientes características:
 - a. Ausencia o atraso en el desarrollo del lenguaje verbal.
 - b. Individuos que desarrollan el lenguaje verbal, presentan dificultad para empezar o mantener un diálogo.

- c. Presencia de lenguaje monótono y estereotipado.
 - d. Ausencia de juego simbólico.
3. Alteración del comportamiento exteriorizado por lo menos con una de las siguientes características:
- a. Inquietud por patrones rígidos y estereotipados de sus intereses.
 - b. Poca flexibilidad a cambios de rutinas.
 - c. Movimientos estereotipados.
 - d. Inquietud constante por las partes de un elemento.
- B. Retraso o funcionamiento anómalo como mínimo en una de las siguientes áreas, que se presenta antes del tercer año.
- C. El autismo no es explicado mejor por la presentación de un trastorno de Rett o desintegrativo infantil.

En el DSM-V (APA, 2013) se dejó de emplear el término ‘trastorno generalizado del desarrollo’. Los trastornos del espectro autista se ubican dentro de los trastornos del desarrollo neurológico y actualmente se emplea este diagnóstico para referirse a las diferentes subcategorías que se empleaban antes (tales como: trastorno autista, de Asperger, generalizado del desarrollo no especificado, y otros). Es decir, a los pacientes que serán diagnosticados o fueron diagnosticados según el DSM-IV (APA, 1994) con trastorno autista, trastorno generalizado del desarrollo no especificado o trastorno de Asperger se les establecerá el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo; y en el caso que el trastorno del espectro del autismo esté relacionado a un componente o afección genética, médica, ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico, conductual o cognoscitivo, será registrado como trastorno del espectro del autismo

asociado al nombre de este (por ejemplo: trastorno del espectro del autismo asociado al síndrome de Rett), con la presencia de distintas manifestaciones y niveles de gravedad.

A continuación, se mencionan los criterios diagnósticos según el DSM-V (APA, 2013):

A. Continuas deficiencias para socializar en diferentes ámbitos, siendo estas las siguientes:

1. Dificultades en la correspondencia socioemocional.
2. Dificultad en la comunicación no verbal.
3. Dificultad para iniciar, sostener y comprender las relaciones sociales.

B. Determinar la gravedad actual: La gravedad se sustenta en déficit de la interacción social y en pautas de comportamientos monótonos. Además, los patrones de estas conductas se deben manifestar en dos o más de las siguientes opciones:

- Uso de cosas o lenguaje repetitivo o estereotipado (alineación de elementos).
- Rigidez o poca flexibilidad ante cambios de rutinas (necesidad de ir siempre por el mismo camino).
- Intereses anormales en relación a su intensidad (apego hacia objetos poco comunes).
- Hiper o hipo reactividad ante estímulos sensoriales (respuesta indiferente o excesiva ante el dolor, texturas o sonidos).

C. La sintomatología debe presentarse durante los primeros períodos del desarrollo, aunque en algunos casos no se exteriorizan totalmente.

D. La sintomatología provoca un deterioro en diferentes áreas de la vida de una persona.

E. Estas deficiencias no son explicadas por la incapacidad intelectual, ya que esta y el trastorno del espectro del autismo suelen coincidir. Por ello, para emitir un diagnóstico de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social tiene que ser inferior a lo esperado.

Según el CIE-10 (OPS, 1992), el autismo en la niñez es una subcategoría del trastorno generalizado del desarrollo, caracterizado por:

- Dificultades en el desarrollo antes de los tres años.
- Funcionamiento anómalo en tres campos de la psicopatología, siendo estas: habilidades sociales, lenguaje y comportamiento. Asimismo, se pueden presentar otras complicaciones como problemas de sueño, agresividad, fobias o autoagresión.

2.3.7. Teorías de intervención en el autismo

2.3.7.1. Teoría de la mente. El término fue planteado por los autores Woodruff y Premack en 1978. Se basa en la habilidad de los individuos para pronosticar, enseñar y deducir la conducta por medio de estados mentales (creer, reflexionar o imaginar).

Uno de los momentos significativos en el progreso de la teoría de la mente fue cuando los autores Baron, Cohen, Frith y Leslie, en 1985, plantearon la hipótesis de que las personas con autismo no poseen dicha teoría debido a la imposibilidad que tienen para asignar estados mentales en los demás y en sí

mismos, con el propósito de explicar y prever los comportamientos. Surgiendo ello, a partir del análisis realizado por Leslie en el 1987 sobre las habilidades cognitivas en niños y niñas con ausencia de autismo, el cual señalaba que desde el primer año adquieren la capacidad para establecer metarrepresentaciones de los acontecimientos del entorno.

Luego, Karmiloff-Smith, en 1994, señaló que la presente teoría no se hallaba muy genéticamente establecida; sino que la capacidad mental se da cuando existe una apropiada interacción con el entorno sociocultural. Es decir, que un recién nacido llega al mundo con predisposiciones que le ayudarán a distinguir con facilidad entre los objetos y los seres humanos. Pero, para que este conocimiento continúe desarrollándose necesita de un extenso aprendizaje y vivencias (Uribe et al, 2010).

2.3.7.2. Teoría del aprendizaje social. Según Ocadiz (2015), Albert Bandura desarrolló su teoría conocida como aprendizaje vicario, de imitación o cognitivo social, centrada en la participación de dos o más personas, en la cual uno de estas cumplía la función de efectuar una conducta específica y la otra efectuaba la observación de la conducta, siendo esta observación importante parte del desarrollo del aprendizaje por imitación. Asimismo, Bandura, al referir que existe una causa mutua entre el mundo y el comportamiento del individuo, consideró a la personalidad como una interrelación entre el comportamiento, los procesos psicológicos y el ambiente.

Por último, Ocadiz (2015) señaló que para Bandura, el aprendizaje observacional tiene los siguientes elementos: atención, retención (hace referencia

al recuerdo de aquello a lo que se puso atención), reproducción (hace referencia a la exteriorización de las imágenes, por medio del comportamiento) y motivación (razón que impulsa a imitar).

2.3.7.3. Teoría conductual. De Mar (1987) señaló que la teoría conductual se inició con el psicólogo John B. Watson, quien refería que el interés de la psicología se centraba en la conducta y no en la mente del hombre. Además, se basó en los experimentos realizados por medio del condicionamiento a animales de Iván Pávlov.

Posteriormente, B. F. Skinner comprobó la teoría de Watson, rechazando el énfasis que le daba a los reflejos y al condicionamiento, ya que –consideraba– los individuos no solo responden a su ambiente, sino que también operan sobre este para provocar ciertos resultados. Asimismo, Skinner propuso la teoría del condicionamiento operante con la finalidad de explicar que el comportamiento que efectúan los humanos está basado en algunas consecuencias que se tuvieron en el pasado; es decir, que se actúa con la perspectiva de una recompensa. Sin embargo, Skinner, de la misma manera que Watson, rechazó que los sentimientos y la mente determinan la conducta, al considerar que eran las experiencias y reforzamientos los que la determinaban la conducta. Skinner precisó que esta teoría era efectiva para guiar la conducta y podía ser aplicada en diferentes áreas (De Mar, 1987).

Por su parte, Reynolds (1968) definió el condicionamiento operante como una ciencia experimental, que estudia al proceso de las frecuencias que generan una conducta y a los cambios por las consecuencias que esta provoca. Para el

autor, el condicionamiento operante muestra interés en la relación que existe entre la conducta de un individuo y el entorno en el que se encuentra.

2.3.8. Técnicas de intervención en el autismo

2.3.8.1. Dirigidas a la familia. Una técnica que suele aplicarse a las familias es la siguiente.

2.3.8.1.1. *Psicoeducación.* En un inicio fue empleada para tratar enfermedades mentales. Es estimada como una estrategia segura para afrontar necesidades y considera elementos vulnerables a los componentes bioquímicos, cognitivos, genéticos y a las situaciones estresantes que pueden desencadenar una difícil resolución para el sujeto. Se encuentra compuesta por sesiones que dependen de la información a tratar con los miembros de la familia, y en su mayoría comparten tres aspectos: (a) apoyo a la familia, (b) reconocimiento de que en el entorno no se haya la causa, y (c) reforzamiento de las destrezas presentes en la familia.

Además, la psicoeducación tiene como propósito comprender y disminuir el malestar psicológico que experimenta la familia o cuidador, y enseñar los aspectos principales de la patología, para que la familia esté mejor informada, tome decisiones adecuadas y brinde un mejor sustento (Cuevas, & Moreno, 2017).

2.3.8.2. Dirigidas a niños.

2.3.8.2.1. *Técnicas conductuales.* Según Bados y García (2011), dentro de estas técnicas están:

- **Técnicas de reforzamiento:**

- **Reforzamiento positivo:** Un reforzador positivo puede ser un evento, conducta o elemento que, al ser presentado, produce un incremento o mantenimiento de una conducta. Existen diferentes tipos de reforzadores positivos, entre ellos:
 - **Reforzadores primarios:** Estos no necesitan experiencias de aprendizaje para actuar como reforzadores (por ejemplo: los alimentos o bebidas).
 - **Reforzadores secundarios:** Estos adquieren su capacidad al relacionarse con otros reforzadores primarios o secundarios.
 - **Reforzadores generalizados:** Estos están asociados con distintos reforzadores primarios y secundarios (por ejemplo: el afecto, la atención y el dinero).
 - **Reforzadores sociales:** Hacen referencia a la aprobación, elogios (buen trabajo), atención, sonrisa, besos, guiño de ojo, abrazos y aplausos. Además, estos no son difíciles de administrar y no distraen de las conductas a ejecutar.
 - **Reforzadores materiales:** Hacen referencia a objetos deseados como reforzamientos. Estos pueden ser: dulces, frutas, *stickers*, juguetes, bebidas, ropa, puntos o cualquier otro elemento de preferencia.
 - **Reforzadores de actividad:** Hace referencia a la realización de actividades de mayor gusto e interés y puede ser empleada cuando se desea reforzar actividades de menor preferencia. Además, muchos de estos pueden requerir interacción social (jugar monopolio o ir al

parque con alguien), o pueden efectuarse de manera solitaria (leer un libro, jugar con plastilina, nadar).

- **Técnicas de instigación:**

- **Instrucciones:** Reside en el uso del lenguaje escrito o verbal con el propósito de tener control sobre la conducta y que esta pueda ser eliminada, disminuida, mantenida o incrementada. En oportunidades, puede que no sean orales o escritas y que sean empleadas por medio de gestos con el mismo propósito (por ejemplo: una madre dirige la vista hacia la ropa desordenada en el dormitorio del niño o niña para que estos la ordenen).
- **Modelado:** Puede efectuarse cuando un individuo ejecuta una conducta observando un modelo a seguir y se fija en los resultados que obtiene. Es decir, con esta técnica un sujeto puede adquirir una conducta nueva, incrementar una conducta que conocía o liberarse de una conducta, y el modelado puede darse de manera simbólica (por medio de videos o audios) o presencial (efectuado por otra persona en vivo).
- **Guía física:** Reside en la enseñanza de una conducta por medio de una guía física con las partes adecuadas del organismo de una persona, por ejemplo: dirigir las manos de una persona para que adquiera movimiento deportivo (saque de vóley) o dirigir las manos de alguien para que aprenda a moldear plastilina. Además, esta técnica puede usarse para copiar modelos o enseñar instrucciones.

- **Técnicas de castigo:**

- **Castigo positivo:** Hace referencia a la presentación de un estímulo aversivo después de una conducta, con la finalidad de disminuirla o anularla.
- **Castigo negativo:** Se presenta cuando una conducta inadecuada es seguida por la anulación de un estímulo, reduciendo su probabilidad de ocurrencia.
- **Sobrecorrección:** Es también un tipo de castigo en donde el individuo debe ejecutar continuamente conductas apropiadas relacionadas con la conducta no deseada. Esta técnica puede aplicarse en conductas que poseen una consecuencia destructiva en el entorno (por ejemplo: si un niño o niña pinta las paredes debe limpiarlas; o si golpea a otros, debe disculparse), y en la repetición de conductas incompatibles o adecuadas después de realizar una conducta inapropiada (por ejemplo: si un o una menor que golpea alguien se hace que lo cure con delicadeza, pida perdón y practique conductas socialmente apropiadas).
- **Tiempo fuera del reforzamiento positivo:** Consiste en la eliminación de la oportunidad de obtener reforzadores positivos por un espacio de tiempo después de una conducta. Por ejemplo: se aísla a un individuo en un espacio vacío o se le pide que se pare mirando hacia la pared.
- **Contrato de contingencias:** Hace referencia a un acuerdo de negociación entre dos o más individuos y por lo general se da de forma escrita. Asimismo, este especifica las consecuencias de las conductas que se deben y no se deben realizar.

- **Economía de fichas:** Se basa en la entrega de fichas (*stickers*, puntos y otros), a cambio de la ejecución o no ejecución de ciertas conductas. Estas fichas pueden ser canjeadas por algún objeto o actividad de interés.

2.3.8.3. Técnica de relajación. Una de las técnicas de relajación empleada es la siguiente:

- **Técnicas respiratorias:** Es una de las principales técnicas de relajación por la capacidad que tiene para controlar la ansiedad y ayudar a afrontar situaciones que generen estrés.

2.4. Investigaciones Internacionales y Nacionales

2.4.1. Investigaciones internacionales

Urueta (2021) realizó una investigación en México sobre sujetos con autismo, de tres a 12 años de edad. El objetivo de este estudio fue conocer el impacto de los tratamientos (como terapias, medicamentos y programas) en el trastorno del espectro autista. Para ello, se realizaron dos entrevistas y se aplicaron encuestas en los colegios donde se trabajaba con niños autistas, tanto a las personas que conocían del tema y a los individuos que lo presentaban. El investigador concluyó que los tratamientos basados en terapia eran eficaces, al igual que el tratamiento basado en medicamentos, solo que este podía afectar el organismo del menor. Además, el autor señaló que las terapias ayudan a mejorar la personalidad, habilidades sociales y desarrolla la autonomía en los pacientes.

Garrote et al. (2018) realizaron una investigación con el objetivo de conocer la consecuencia de la musicoterapia en cuatro individuos de 6 a 13 años de edad diagnosticados con trastorno del espectro autista.

Para ello, comenzaron analizando el comportamiento de los participantes, posteriormente efectuaron sesiones de musicoterapia y al finalizar se aplicaron cuestionarios con apoyo de docentes y padres. Los cuales dieron como resultado que la musicoterapia puede generar un efecto positivo en los individuos con trastorno del espectro autista y ayudar a mejorar sus habilidades sociales.

También está la investigación cualitativa en México de González (2017), con el propósito de identificar si el juego tenía un impacto en el desarrollo de las emociones, simbolismo y comunicación de un menor diagnosticado con autismo.

El investigador empezó con una entrevista dirigida a los padres, observación al menor en diferentes contextos y aplicación de una evaluación antes del proceso de intervención. Luego realizó la intervención basada en el método experimental planteado por Vygotsky; y al finalizar, se volvió a aplicar la misma evaluación del principio.

Obtuvo como resultado que el niño empezó a expresarse por medio de la comunicación verbal, no verbal y a tomar en cuenta al otro en un diálogo. Además, se sentía motivado al notar que su vocalización y entonación de palabras mejoraba gradualmente y empezó a atender no solo a los objetos que le rodeaban, sino también a la persona que estaba con él. Por último, comenzó a repetir conductas, identificar, entender y exteriorizar diferentes emociones.

2.4.2. Investigaciones nacionales

Dávila (2021) realizó una investigación en Chimbote, con el objetivo de analizar la relación existente entre los juegos educativos y el desarrollo del lenguaje en niños con autismo. Encontró que los juegos lingüísticos y el desarrollo

del lenguaje poseían una relación significativa, evidenciándose un coeficiente de correlación de Pearson del 0.545, lo cual indicaba una reciprocidad positiva moderada entre la mejoría que producen los juegos populares en la comunicación de los niños.

También está la investigación de Pérez (2020), en Trujillo, para determinar la relación entre actitud y conocimiento sobre autismo en padres de niños y adolescentes con TEA. La muestra estuvo conformada por 40 padres que tenían un hijo en la etapa de la niñez o adolescencia, con autismo. Dentro de los resultados se encontró que el 25 % de los padres mostró una actitud totalmente favorable; y el 40 % una actitud parcialmente favorable. Asimismo, que un 52.5 % tenía conocimiento de manera regular sobre el autismo; y el 25 %, un conocimiento alto.

Asimismo, se revisó el trabajo de Ormeño (2018), en Lima, con el objetivo de crear un programa dirigido a niños con trastorno del espectro autista que presentaban dificultades en atención y hábitos para comer en forma apropiada. El autor desarrolló este programa de intervención a un niño de 9 años con este trastorno. Dentro de los principales resultados obtenidos, se evidenció que el niño vivía mejor en lugares estructurados, resaltando que el establecimiento de metas con la familia del niño y el niño fue importante para poder percibir los pequeños logros. La teoría de modificación de conducta brinda óptimos resultados en el establecimiento o eliminación de una conducta, cuando los padres se involucran en la intervención de sus hijos y el proceso de intervención es multidisciplinario (neuropediatra, terapeutas, psicólogo y otros) los resultados son favorables.

Capítulo III. Metodología

3.1. Contextualización del Problema

3.1.1. Problema de estudio

3.1.1.1. Descripción del caso. La madre indicó que al detectar comportamientos extraños en su hijo acudió a una consulta con el neuropediatra y este la derivó al Departamento de Neuropsicología para descartar la presunción diagnóstica de autismo u otra patología.

La madre entrevistada refirió:

[...] mi hijo empezó a formar oraciones a la edad de 4 años y 6 meses, repite algunas palabras o frases al hablar; cuando no consigue lo que desea o no sabe cómo pedir algo, empieza a tirar manotazos o jalar el cabello. Siente gusto por coleccionar estampas o rosarios, levanta el tono de voz o grita en cualquier lugar en el que esté; se asusta al escuchar algunos ruidos como los de taladro y fuegos artificiales. No emplea mucho contacto visual, sus calificaciones son bajas, no entiende bromas, le fastidia la etiqueta de las prendas de vestir, clasifica sus juguetes (carros a un lado; y al otro, sus muñecos). Le cuesta saludar-despedirse o seguir la secuencia en una conversación; por momentos se aísla, sonrío sin motivo y tiene dificultad para seguir indicaciones complejas, generándome preocupación por no saber qué es lo que tiene y como poder ayudarlo. (Entrevista sostenida en octubre del 2019)

3.1.2. Delimitación del problema

En base a la problemática identificada, a nivel conductual el niño presenta conductas estereotipadas y rígidas, escaso contacto visual, ausencia de juego simbólico, sensibilidad auditiva y táctil; a nivel emocional, poca tolerancia a la frustración y bajo control de impulsos; a nivel social, dificultad para relacionarse y comunicarse con sus pares; y a nivel escolar, dificultades en el aprendizaje.

3.1.3. Estrategia de evaluación y medición de la problemática

Las técnicas e instrumentos de evaluación empleadas fueron las siguientes:

- **Observación conductual:** La fiabilidad del registro de la observación conductual se basa en tres aspectos. El primero hace referencia a la concordancia de los observadores respecto a un tema al momento de emitir un juicio; el segundo, que la observación puede ser considerada parte de una prueba estandarizada, que permite emplear las definiciones de fiabilidad brindadas por la teoría psicométrica clásica (fiabilidad inter observadores u intra observadores, equivalencia y constancia); y el tercero, que la medición observacional debe basarse en distintos aspectos de una situación –distintos observadores, momentos, maneras de registro e instrumentos– (Blanco, 1989).
- **Entrevista:** La validez y fiabilidad de la entrevista se basa en principios y procedimientos relacionados a la elaboración y aplicación de cuestionarios, tomando en cuenta el fraseo de preguntas, tono de voz y palabras exactas durante la recopilación de información. Asimismo, esta se clasifica en: (a) estandarizada –sigue un orden, no permite cambios en las preguntas y las respuestas son cerradas–; (b) no estandarizada– empleada en estudios exploratorios, las respuestas pueden ser profundizadas, las preguntas no tienen una secuencia y pueden ser reformuladas–; y (c) semiestandarizada – busca seguir un orden, las preguntas pueden ser reformuladas y permite profundizar en un tema– (Añorve, 1991).
- **Dibujo de la figura humana de Koppitz:** No se ha realizado la validación psicométrica del presente *test* en el Perú. Sin embargo, en Latinoamérica, Sánchez de Gallardo y Pirella de Faria (2012) realizaron un estudio psicométrico con una muestra de 559 personas (484 mujeres y 75 varones),

de entre 17 y 47 años de edad. Se obtuvo como resultado una correlación positiva media alta con un coeficiente de fiabilidad del 0,77, lo cual indicaba que era fiable el presente *test*. Asimismo, se empleó la validez de constructo en la que se encontró un índice de consistencia interna del 0.51.

- **Escala de madurez social de Vineland:** En 1925, Edgar Doll publicó esta presente escala, que es aplicada de manera individual a personas de 0 a 25 años, consta de 117 ítems, ocho dimensiones y está dividida en las siguientes categorías: autosuficiencia, autoconducción, ocupación, comunicación, socialización y locomoción.

Carrasco y Viton (2021) adaptaron la escala de madurez social de Vineland en Perú, encontrando una validez de 0.92 y una confiabilidad de 0.93, lo que indicaba la aceptación del instrumento.

- **Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANIN):** Los autores José Portellano, Rocío Mateos y Rosario Martínez, en el 2000, crearon el presente instrumento que consta de 83 ítems, 13 subescalas (psicomotricidad, lenguaje articulatorio, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, viso percepción, estructuración espacial, memoria icónica, fluidez verbal, atención, ritmo, lateralidad, lectura y escritura), y su aplicación es de manera individual a niños y niñas que tienen entre 3 y 6 años de edad.

En el 2016, María Karla Guerrero adaptó el cuestionario de madurez neuropsicológica infantil en Perú, hallando una confiabilidad oscilante entre 0.51 y 0.87; y al evaluar la validez del cuestionario por medio de un análisis factorial, se evidenció índices aceptables.

- **C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale):** Sus autores fueron Schopler, Reichler y Renner (1998), para evaluar el autismo mediante 15 ítems. Es aplicado de manera individual a padres o cuidadores de niños o niñas que tengan entre 4 y 11 años de edad, durante casi de 20 a 30 minutos.

Cárdenas (2019) aplicó el C.A.R.S. en el Perú en 42 niños y niñas de entre 5 y 10 años, diagnosticados con trastorno del espectro autista, encontrando una validez de 0.94 y una confiabilidad de 0.71, lo cual indicaba que era posible realizar detección diagnóstica con la presente escala.

- **WPPSI-IV:** Fue diseñada por David Wechsler para evaluar la inteligencia en niños de 2 años y 6 meses, a 7 años y 7 meses. Tiene 15 pruebas (semejanza, información, comprensión, vocabulario, matrices, cubos, rompecabezas, reconocimiento, conceptos, búsqueda de animales, localización, clave de figuras, cancelación, nombres y dibujos) y es aplicada de manera individual, pero a nivel preescolar y de educación primaria aún no ha sido aplicada en el Perú (Wechsler, 2014).

Cabe resaltar que la WPPSI-IV fue adaptada en España por el departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment, en un grupo de niños y niñas de entre 4 y 6 años con 6 meses, hallando una validez en el coeficiente intelectual de 0.90 a 0.97; en la escala verbal, de 0.339 a 0.74; y en las escalas manipulativas, de 0.14 a 0.64 (Velásquez, 2018).

- **Lista de chequeo:** Fue elaborada por la institución y es aplicada a padres o tutores del niño o niña al iniciar y finalizar las sesiones de intervención.

Consta de seis áreas (habilidades sociales, habilidades de comunicación y comprensión, habilidades atencionales, habilidades de movimiento, conductas inadecuadas y otras características); y dentro de cada área hay afirmaciones con recuadros para marcar (de 0 a 3), considerando que a mayor puntaje obtenido la dificultad es más significativa. Asimismo, cabe señalar que no tiene una estandarización, pero sí una validez clínica porque es utilizada hace muchos años.

- **Registro de frecuencia de conductas y desarrollo de nuevas habilidades sociales:** Se elaboró el presente registro sobre la base de los objetivos que se quieren lograr con el niño.

3.1.4. Procedimiento de la evaluación

La evaluación consto de seis sesiones.

La primera sesión se basó en una entrevista a la madre del niño, para establecer un acuerdo de confidencialidad verbal, conocer en forma detallada las características conductuales, emocionales, sociales y cognitivas presentes en su hijo. Asimismo, durante esta sesión, se aplicó la escala de madurez social de Vineland al niño. En la segunda, tercera y cuarta sesión se volvieron a aplicar diferentes pruebas neuropsicológicas (dibujo de la figura humana de Koppitz, cuestionario de madurez neuropsicológica infantil y WPPSI-IV); y a la madre se aplicó la escala de evaluación del autismo C.A.R.S. Luego, en la quinta sesión se explicó y entregó a la madre los resultados de las pruebas de evaluación, la presunción diagnóstica, y se le brindó orientación. Por último, en la sexta sesión, se identificó junto con la madre, las áreas a trabajar, por medio de un registro de

frecuencia. Para ello, se enseñó a ella el adecuado llenado de dicho formato y se acordaron las fechas de las sesiones de intervención.

3.1.5. Diagnóstico del problema

En el Departamento de Neuropsicología, los instrumentos de evaluación establecidos para pacientes del área infantil son: la observación conductual, la escala de inteligencia de WPPSI-IV, el cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANIN), la lista de chequeo, el dibujo de la figura humana de Koppitz y la escala de madurez social de Vineland. Además, debido a las dificultades presentes en el niño, se aplicó el C.A.R.S., para descartar la presunción diagnóstica de autismo.

3.1.6. Observación conductual

Durante la evaluación, el niño empleó escasa fijación ocular, no saludaba al ingresar ni se despedía al salir. Al inicio, tomaba los objetos del escritorio sin pedir permiso o usar la frase «por favor»; se tapaba los oídos ante algunos estímulos auditivos, apilaba los juguetes, se le dificultaba entablar un diálogo, seguía instrucciones sencillas, levantaba el tono de voz por momentos o repetía palabras, permanecía sentado, se llevaba las imágenes cerca a los ojos y jalaba el cabello o tiraba manotazos a la madre mientras esta respondía algunas preguntas.

3.1.6.1. Escala de inteligencia WPPSI-IV. Es el siguiente.

- **Análisis cuantitativo:** Véase la Tabla 2.

Tabla 2

Resultados de la Escala de Inteligencia WPPSI-IV

| Índice | C.I. | Categoría |
|----------------------------|------|---------------|
| Comprensión verbal | 59 | Muy bajo |
| Visoespacial | 82 | Promedio bajo |
| Razonamiento fluido | 77 | Bajo |
| Memoria de trabajo | 67 | Muy bajo |
| Velocidad de procesamiento | 65 | Muy bajo |
| C. I. Total | 60 | Muy bajo |

- **Análisis cualitativo:** En comprensión verbal, el niño presentó debilidad en la expresión de conceptos, pensamiento asociativo, razonamiento abstracto, amplitud de conocimientos, memoria a largo plazo y comprensión verbal.

A nivel visoespacial, el niño tuvo dificultad leve en el razonamiento no verbal, en la integración visomotora y espacial, para conceptualizar, analizar y sintetizar. Asimismo, presentó habilidad en organización visoespacial a tiempo controlado, y en la integración de las relaciones entre una parte y el todo.

En razonamiento fluido, demostró una dificultad moderada en la formación de conceptos no verbales y organización, así como una dificultad leve en la organización perceptual, en las relaciones espaciales y razonamiento serial.

En memoria de trabajo, presentó debilidad en la memoria inmediata y reconocimiento de dibujos, además de habilidad en la formación de secuencias y manejo mental de información.

En velocidad de procesamiento, tuvo debilidad en selección visual y atención selectiva; mientras que en destreza visomotora, dificultad moderada en recuerdo visual y velocidad psicomotora.

3.1.6.2. Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil

(CUMANIN). Se realizó lo siguiente.

- **Análisis cuantitativo:** Véase la Tabla 3.

Tabla 3

Resultados del Cuestionario de Madurez Psicológica Infantil (CUMANIN)

| | Prueba | Centil | Categoría |
|----|------------------------|--------|------------|
| 1 | Psicomotricidad | 50 | Medio Bajo |
| 2 | Lenguaje articulatorio | 10 | Muy Bajo |
| 3 | Lenguaje expresivo | 20 | Bajo |
| 4 | Lenguaje comprensivo | 10 | Muy Bajo |
| 5 | Visopercepción | 4 | Muy Bajo |
| 6 | Memoria icónica | 40 | Medio Bajo |
| 7 | Fluidez verbal | 15 | Muy bajo |
| 8 | Atención | 20 | Bajo |
| 9 | Lectura | 30 | Bajo |
| 10 | Escritura | 35 | Bajo |

- **Análisis cualitativo:** En el cuestionario de madurez psicológica infantil (CUMANIN), el niño obtuvo los siguientes resultados:

- **Psicomotricidad:**

- **Coordinación motora fina:** Adecuada capacidad para realizar armado de torre de cubos y rompecabezas.
- **Coordinación motora gruesa:** Adecuada capacidad para realizar movimientos coordinados de extremidades, como saltar, ponerse en cuclillas, etc.

- **Lenguaje:**

- **Expresivo:** Presenta lenguaje con dificultad articulatoria y en el uso de nexos oracionales.

- **Comprensivo:** Logra ejecutar consignas simples. Tiene dificultad para acatar órdenes complejas y comprensión audioverbal.
- **Repetitivo:** Tiene adecuada capacidad en la reproducción de frases.
- **Visopercepción:**
 - Tiene dificultad para reproducir figuras complejas.
- **Memoria Icónica:**
 - Dificultad para retener y evocar información de tipo visual, pero logra reconocer objetos familiares y colores.
- **Habilidades escolares:**
 - **Lectura:** Logra reconocer las vocales, en proceso de adquisición.
 - **Escritura:** Logra reproducir figuras muy simples, en proceso de adquisición.

3.1.6.3. Lista de chequeo. Se realizó lo siguiente.

- **Análisis cuantitativo:** Véase la Tabla 4.

Tabla 4

Resultados de la Lista de Chequeo

| Áreas | Puntuación |
|---|------------|
| Habilidades sociales | 18 puntos |
| Habilidades de comunicación y comprensión | 16 puntos |
| Habilidades atencionales | 15 puntos |
| Habilidades de movimiento | 10 puntos |
| Conductas inadecuadas | 20 puntos |
| Otras características | 4 puntos |

- **Análisis cualitativo:** En la lista de chequeo se obtuvo los siguientes resultados:

En el área «Habilidades sociales» se halló una mayor dificultad en los ítems que requieren de: emplear el saludo y despido en su vida cotidiana, disfrutar normalmente del contacto social y hacer uso adecuado de buenos modales (por favor, gracias y permiso).

En el área de «Habilidades de comunicación y comprensión» el niño presentó una mayor dificultad para entender ironías e indicaciones complejas.

En el área de «Habilidades atencionales» se olvidó de hacer algunas actividades diarias, como las tareas del hogar.

En el área de «Habilidades del movimiento» mostró una mayor dificultad para correr o saltar excesivamente.

En el área de «Conductas inadecuadas», el niño respondía por medio de manotazos, gritos o jalada de cabellos; y clasificaba objetos por su forma, color o tamaño.

Por último, en «Otras características», el niño exteriorizó una mayor angustia ante ligeros roces sobre la piel y sonidos inesperados o fuertes.

3.1.6.4. Dibujo de la figura humana de Koppitz. En este aspecto, se tuvo lo siguiente:

- **Análisis cualitativo:** En el dibujo de la figura humana de Koppitz, evidenció: bajas habilidades sociales, poca tolerancia a la frustración, rigidez y poco control de impulsos.

3.1.6.5. Escala de madurez social de Vineland. Al respecto, se obtuvo la siguiente información:

- **Análisis cuantitativo:** Véase la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados en la Escala de Madurez Social de Vineland

| Escala | Cociente Social | Categoría |
|----------------------------|-----------------|------------|
| Madurez social de Vineland | 78 | Fronterizo |

- **Análisis cualitativo:** En la escala de madurez social de Vineland, el niño mostró un cociente de madurez social de 78, con la presencia de dificultades en actividades de la vida diaria, como: dirección de sí mismo, comunicación y socialización.

3.1.6.6. Escala de evaluación del autismo C.A.R.S. Se llegó a lo siguiente:

- **Análisis cuantitativo:** Véase la Tabla 6.

Tabla 6

Resultados en la Escala de Evaluación del Autismo CARS

| Escala | Puntuación obtenida | Categoría |
|---------|---------------------|------------------|
| Autismo | 34 | Autismo moderado |

- **Análisis cualitativo:** Se empleó la escala de evaluación del autismo C.A.R.S. con la que se obtuvo un rango de 34 puntos, lo cual ubicó al niño en la categoría de autismo moderado. En el *test*, resaltan puntuaciones altas en los ítems I, IV, VII, VIII y IX, que están vinculados con la presencia de conductas perseverativas, retraso en el lenguaje, hipersensibilidad auditivo-táctil, dificultades para relacionarse y emplear contacto visual.

3.1.6.7. Presunción diagnóstica. El niño obtuvo un CI total de 60, «Muy bajo». A nivel de sus funciones superiores presentó dificultad en lenguaje expresivo-comprensivo, atención, visopercepción y memoria icónica.

En cuanto a sus habilidades sociales, se evidenció dificultad para disfrutar del contacto social y relacionarse con los demás a través del saludo, despedida y hacer uso de buenos modales. También en el área conductual el niño presentó dificultades, por la presencia de conductas estereotipadas e inadecuadas, como tirar manotazos, jalar el cabello y levantar el tono de voz (gritar).

Asimismo, en la escala de evaluación del autismo C.A.R.S., el niño se encontró dentro de la categoría de autismo moderado (34), con presencia de retraso del habla, sensibilidad táctil y auditiva. Es preciso señalar que la madre tenía poca información sobre el diagnóstico del niño, mostrando preocupación y compromiso con los objetivos de la intervención.

Ante lo señalado, los indicadores sugieren la presunción diagnóstica de autismo en la niñez (F84.0).

3.2. Intervención

3.2.1. Problema delimitado

En el presente trabajo, de acuerdo con los resultados de la evaluación, la presunción diagnóstica encontrada es autismo. Además, se halló que el niño tiene dificultades en las habilidades sociales; estas deficiencias se evidencian en los hechos de que no saluda, ni se despide ni dice «por favor».

Asimismo, se evidenció la presencia de conductas inadecuadas, tales como: jalar el cabello a la madre, tirar manotazos y gritar, las cuales la madre no sabía cómo controlar.

En la Tabla 7, se describe la definición operacional de las variables de intervención.

Tabla 7

Operacionalización de las Variables

| Variables | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores | Medición |
|-----------------------|---|-------------------|---|------------------------------------|
| Habilidades Sociales | Citado por García (2010), Phillips (1978) hizo referencia al nivel por el cual un sujeto puede relacionarse con los otros para satisfacer sus carencias, obligaciones y derechos, sin lastimar a nadie. | Saludar | Emite un saludo de manera vocal (hola, buenos días, buenas tardes o buenas noches). | Frecuencia, duración e intensidad. |
| | | Despedirse | Responde de manera vocal al despido de alguien (chau o adiós). | Frecuencia, duración e intensidad. |
| | | Decir «por favor» | Solicita de manera vocal coger un objeto, con la frase «por favor». | Frecuencia, duración e intensidad. |
| Conductas Inadecuadas | Citado por Arellano (2020), De Galicia | Tirar manotazos | Da manotazos a la madre, cuando desea | Frecuencia, duración e |

| | | |
|---|---|------------------------------------|
| (2005) definió que son aquellas que afectan de forma negativa al sujeto y el medio en el que se desarrolla. | algo. | intensidad. |
| Jalar el cabello | Jala el cabello señalando lo que quiere. | Frecuencia, duración e intensidad. |
| Uso de todo de voz elevado (gritar) | Cuando quiere pedir algo dice la palabra “dame” gritando. | Frecuencia, duración e intensidad. |

3.2.2. Objetivos de la intervención

3.2.2.1. *Objetivo general.* Es el siguiente:

Desarrollar habilidades sociales y control conductual que repercutan en la mejora de la adaptación social de un niño diagnosticado con autismo.

3.2.2.2. *Objetivos específicos.* Son los siguientes:

1. Desarrollar en el niño habilidades sociales tales como: saludar, despedirse y decir «por favor».
2. Disminuir en el niño la frecuencia de las conductas inadecuadas, como: tirar manotazos, jalar el cabello y el uso de un tono de voz elevado (gritar) en su comunicación cotidiana.

3.2.3. Técnicas

- Psicoeducación.
- Economía de fichas.
- Instrucciones.
- Reforzamiento positivo (social y material).
- Castigo negativo.
- Modelado.

- Sobrecorrección.
- De relajación.
- Estrategia para que el niño comprenda (pictogramas).

3.2.4. Selección y sustento de las técnicas empleadas

- **Psicoeducación:** Se empleó esta técnica para explicar a la familia del menor las características del trastorno autista, el objetivo de las sesiones, las pautas a desarrollar en casa y recomendaciones, siendo de gran importancia que la familia se involucre en la intervención y reciba asesoramiento, para que sus niveles de estrés se reduzcan y el progreso en el desarrollo del menor se vea beneficiado, tal como señaló Bravo (2021).
- **Instrucciones:** Esta técnica fue aplicada de manera oral y por medio de gestos cada vez que se quería reducir conductas no deseadas o desarrollar una conducta nueva; dado que esta técnica tiene como finalidad tener control sobre la conducta (Bados, & García, 2011).
- **Economía de fichas:** Esta técnica se usó para modificar conductas no deseadas, tales como: gritar, jalar el cabello y tirar manotazos; así como, instaurar conductas positivas y habilidades sociales a cambio de la entrega de fichas de su preferencia (caritas felices), y promover la motivación hacia actividades que para el niño no resultaron muy atractivas. Se debe tomar en cuenta que esta técnica es indicada para modificar y reducir conductas problemáticas (Jurado, 2009).
- **Reforzamiento positivo:** Esta técnica permitió desarrollar en el niño un sentimiento de satisfacción y motivación luego de presentar las conductas

deseadas. Además, permitió que la conducta se aumente o conserve como respuesta a dicho reforzador (Bados, & García, 2011).

- **Castigo negativo:** Esta técnica fue empleada cuando se deseó reducir las conductas negativas, eliminando un evento agradable en forma inmediata después de una respuesta no deseada emitida por el niño (Herrera, 2019).
- **Sobrecorrección:** Esta técnica se usó para corregir conductas inadecuadas en el niño, por medio de la ejecución de conductas apropiadas en su ambiente (Bados y García, 2011).
- **Modelado:** Esta técnica se empleó con el niño mediante el uso de videos, cuentos y por medio de ejemplos en vivo durante las sesiones; con la finalidad que este logre desarrollar una conducta nueva, incrementar una conducta o eliminar una conducta que haya sido castigada con anterioridad (Bados, & García, 2011).
- **De relajación:** Se enseñó esta técnica a la madre para aplicarla en casa y se trabajó durante algunas sesiones con el niño para reducir sus conductas inadecuadas. Guevara (2018) indicó que esta técnica es favorable para controlar la irritación y reducir conductas como: empujar, golpear con manos y pies.
- **Estrategias para que el niño comprenda (pictogramas):** Fueron usadas con el niño cada vez que se deseaba describir o enseñar una conducta. García y Palao (2013) señalaron que los pictogramas eran signos que comunican de manera clara y sencilla.

3.2.5. Ejecución: descripción del plan de intervención (sesión modelo)

El programa de intervención constó de ocho sesiones con una hora de duración, durante dos meses.

Cada una de estas sesiones estuvo conformada por tres etapas: inicio, desarrollo y cierre. En la etapa de inicio se hizo un acuerdo de confidencialidad verbal, luego se trabajaron dinámicas de presentación con el niño y se aplicó a la madre una lista de chequeo. En la etapa de desarrollo se realizó a la madre diferentes preguntas, se le enseñaron técnicas conductuales (economía de fichas, reforzamiento positivo, sobrecorrección y castigo negativo) y se estableció una línea base de las conductas inadecuadas y nuevas habilidades sociales a trabajar; también se explicó y aplicó diferentes técnicas conductuales por medio de actividades al niño. Por último, en la etapa del cierre, se realizaron actividades lúdicas, se resolvieron inquietudes, se volvió a aplicar a la madre la lista de chequeo y se le solicitó los registros semanales de frecuencia.

3.2.6. Indicadores de logro

Se decidió que la mejor opción para realizar la medición del éxito del proceso era mediante los siguientes indicadores:

- **Desarrollar habilidades sociales:**
 - Saludar y despedirse en forma correcta.
 - Solicitar lo que requiere de manera adecuada (usando la frase «por favor»).
- **Desarrollar control conductual:**
 - Autocontrol de la conducta «jalar el cabello».
 - Autocontrol de la conducta «tirar manotazos».

- Modulación del tono de voz (no gritar).

3.2.7. Monitoreo y evaluación de la intervención

3.2.7.1. Monitoreo de la intervención. Durante cada sesión realizada de manera semanal, se enseñó a la madre a emplear técnicas conductuales como: reforzamiento positivo, sobrecorrección, castigo negativo y el programa de economía de fichas. Asimismo, se le instruyó sobre el uso adecuado del registro de frecuencia de conductas y habilidades sociales, para que pueda realizarlo en casa por las tardes/noches, durante dos meses. De igual manera, en las sesiones de intervención, se llevó a cabo un conteo de las conductas y habilidades sociales por medio del registro mencionado, teniendo en cuenta la intensidad y duración aproximada de estas, para ver el progreso y mantenimiento en el tiempo de las conductas y habilidades sociales del niño.

3.2.7.2. Evaluación de la intervención. Al iniciar y terminar las sesiones de intervención, se aplicó a la madre del niño una lista de chequeo que constó de seis áreas, de las cuales se tomaron en cuenta las áreas de *habilidades sociales* y de *conductas inadecuadas*, con el objetivo de comparar y ver las mejoras de estas en un periodo de ocho semanas.

Capítulo IV. Resultados

4.1. Resultados

4.1.1. Descripción de los resultados hallados

Las sesiones de intervención tuvieron una duración de ocho semanas. Cada sesión se dio una vez por semana con una hora de duración, dividida entre la madre y el niño. Se intervino en las habilidades sociales como saludar, despedirse y decir «por favor», las cuales se potencializaron en gran medida durante el avance de las sesiones.

Por otro lado, las conductas de tirar manotazos, jalar el cabello y gritar del niño, disminuyeron de manera progresiva, cumpliendo con los objetivos propuestos.

Los resultados pueden apreciarse en las siguientes tablas:

Tabla 8

Evaluación Inicial y Final Mediante la Lista de Chequeo

| Áreas | Evaluación de inicio | Evaluación de término |
|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| Habilidades sociales | 18 | 14 |
| Conductas inadecuadas | 20 | 17 |

La Tabla 8 muestra el puntaje comparativo obtenido en la evaluación inicial y final mediante la lista de chequeo. En el área de habilidades sociales el niño inicialmente obtuvo un total de 18 puntos (mayor dificultad) y luego obtuvo 14 (menor dificultad); estos resultados señalan una evolución favorable en este aspecto. Por otro lado, en el área de conductas inadecuadas se registró una puntuación inicial de 20 (mayor dificultad) y una final de 17 (menor dificultad), indicando una disminución en la frecuencia de las conductas.

Tabla 9

Registro de Línea Base y Evolución de las Habilidades Sociales en el Hogar

| Sesión | Saludar | | Despedirse | | Decir «por favor» | |
|----------|------------|----------------|------------|----------------|-------------------|----------------|
| | Frecuencia | *Intensidad | Frecuencia | Intensidad | Frecuencia | Intensidad |
| Semana 1 | 0 | Sin intensidad | 0 | Sin intensidad | 0 | Sin intensidad |
| Semana 2 | 1 | Fuerte | 1 | Moderado | 2 | Moderado |
| Semana 3 | 3 | Fuerte | 1 | Fuerte | 2 | Fuerte |
| Semana 4 | 7 | Moderado | 4 | Fuerte | 4 | Moderado |
| Semana 5 | 10 | Moderado | 7 | Moderado | 8 | Ligero |
| Semana 6 | 14 | Moderado | 11 | Ligero | 12 | Moderado |
| Semana 7 | 19 | Ligero | 14 | Ligero | 16 | Moderado |
| Semana 8 | 24 | Moderado | 17 | Moderado | 20 | Ligero |

Nota. * Intensidad: Nivel de tono de voz.

En la Tabla 9 se estableció una línea base y evolución de las habilidades sociales a instaurar en el niño, siendo esto determinado en la evaluación, fijado como objetivo de intervención y trabajado mediante las técnicas de modelado, reforzamiento positivo y economía de fichas. Se nota que al inicio las habilidades de saludo, despido y decir «por favor» tuvieron una frecuencia de 0 y al finalizar la intervención se dio un incremento en los resultados, lo cual significa que la intervención fue favorable.

Tabla 10

Registro de Línea Base y Evolución de las Habilidades Sociales Durante las

Sesiones de Intervención

| Sesión | Saludar | | | Despedirse | | | Decir «por favor» | | |
|----------|---------|----------|----------------|------------|----------|----------------|-------------------|----------|----------------|
| | * F | Duración | Intensidad | F | Duración | Intensidad | F | Duración | **Intensidad |
| Sesión 1 | 0 | 0 | Sin intensidad | 0 | 0 | Sin intensidad | 0 | 0 | Sin intensidad |
| Sesión 2 | 0 | 0 | Sin intensidad | 0 | 0 | Sin intensidad | 0 | 0 | Sin intensidad |
| Sesión 3 | 0 | 0 | Sin intensidad | 1 | 3" | Fuerte | 1 | 2" | Fuerte |
| Sesión 4 | 1 | 6" | Fuerte | 1 | 4" | Fuerte | 1 | 4" | Moderado |
| Sesión 5 | 1 | 4" | Moderado | 1 | 4" | Moderado | 1 | 2" | Fuerte |
| Sesión 6 | 1 | 3" | Moderado | 2 | 6" | Ligero | 2 | 3" | Moderado |
| Sesión 7 | 2 | 5" | Moderado | 2 | 3" | Moderado | 3 | 3" | Moderado |
| Sesión 8 | 2 | 5" | Ligero | 2 | 2" | Moderado | 3 | 2" | Moderado |

Nota. *F: Frecuencia; **intensidad: Nivel de tono de voz.

Tal como puede verse en la Tabla 10, hay un evidente desarrollo en las habilidades sociales medidas en cada sesión de intervención, donde las habilidades de saludar, despedirse y decir «por favor» iniciaron con una frecuencia de 0, y al término de la intervención obtuvieron una frecuencia de entre 2,2 y 3, lo cual significa que hubo un incremento progresivo y que la intervención fue favorable.

Tabla 11

Registro de Línea Base y Evolución de las Conductas Inadecuadas en el Hogar

| Semana | Tirar manotazos a la madre | | Jalar el cabello a la madre | | Tono de voz elevado (gritar) | |
|----------|----------------------------|------------|-----------------------------|------------|------------------------------|-------------|
| | Frecuencia | Intensidad | Frecuencia | Intensidad | Frecuencia | *Intensidad |
| Semana 1 | 35 | Moderado | 20 | Fuerte | 43 | Moderado |
| Semana 2 | 38 | Moderado | 24 | Fuerte | 46 | Fuerte |
| Semana 3 | 36 | Fuerte | 22 | Fuerte | 44 | Fuerte |
| Semana 4 | 33 | Moderado | 20 | Moderado | 41 | Ligero |
| Semana 5 | 28 | Ligero | 18 | Ligero | 38 | Fuerte |
| Semana 6 | 23 | Ligero | 15 | Moderado | 34 | Moderado |
| Semana 7 | 18 | Ligero | 11 | Moderado | 31 | Moderado |
| Semana 8 | 13 | Ligero | 8 | Ligero | 27 | Moderado |

Nota. *Intensidad: Niveles de dolor.

En la Tabla 11 puede verse una línea base en donde la incidencia de estas conductas eran repetitivas de manera constante hacia su madre dentro del hogar en el periodo de tarde/noche, siendo el uso de tono de voz elevado-gritar (43) el más habitual durante la semana, seguido de la conducta tirar manotazos (35) y la conducta jalar el cabello (20). Tras las intervenciones, se visualiza un avance progresivo en la modificación de dichas conductas, ya que el tono de voz elevado-gritar bajó a 27; tirar manotazos a la madre, a 13; y jalar el cabello a la madre, a 8; mediante técnicas de enfoque conductual, generando un impacto positivo en el desarrollo del autocontrol del niño.

Tabla 12

Registro de Línea Base y Evolución de la Conducta Inadecuadas Durante las Sesiones de Intervención

| Sesión | Tirar manotazos a la madre | | | Jalar el cabello a la madre | | | Tono de voz elevado (gritar) | | |
|----------|----------------------------|----------|------------|-----------------------------|----------|------------|------------------------------|----------|--------------|
| | F* | Duración | Intensidad | F | Duración | Intensidad | F | Duración | **Intensidad |
| Sesión 1 | 4 | 7" | Moderado | 3 | 7" | Ligero | 5 | 30" | Fuerte |
| Sesión 2 | 5 | 5" | Moderado | 5 | 4" | Ligero | 6 | 30" | Fuerte |
| Sesión 3 | 5 | 7" | Moderado | 4 | 6" | Ligero | 6 | 35" | Fuerte |
| Sesión 4 | 4 | 6" | Moderado | 3 | 6" | Ligero | 4 | 38" | Moderado |
| Sesión 5 | 4 | 8" | Moderado | 3 | 5" | Ligero | 4 | 36" | Moderado |
| Sesión 6 | 3 | 7" | Ligero | 3 | 5" | Ligero | 4 | 30" | Moderado |
| Sesión 7 | 2 | 6" | Ligero | 2 | 6" | Ligero | 3 | 30" | Moderado |
| Sesión 8 | 2 | 6" | Ligero | 2 | 5" | Ligero | 3 | 30" | Moderado |

Nota. *F: frecuencia; **intensidad: niveles de dolor.

La Tabla 12 da cuenta de la evolución conductual durante cada sesión de intervención, registrando que en la primera sesión la conducta de tirar manotazos a la madre fue 4; jalar el cabello, 3 veces; y gritar, 5 veces. En las siguientes

sesiones, tras la aplicación de técnicas conductuales, se logró una disminución en cada una de las conductas: tirar manotazos a la madre, 2 veces; jalar el cabello a la madre, 2 veces; y tono de voz elevado-gritar, 3 veces; lo cual es positivo.

4.1.2. Análisis de los resultados encontrados

A continuación, se presentarán los resultados obtenidos de la intervención que se llevó a cabo durante ocho sesiones; de esta manera se demuestra que se alcanzaron los objetivos propuestos.

Referente al objetivo general, desarrollar habilidades sociales y control conductual que repercutan en la mejora de la adaptación social de un niño diagnosticado con autismo, se evidenció mediante el *pretest* mayores dificultades en las habilidades sociales (18) y una tendencia reiterativa de conductas inadecuadas (20), lo cual se registró a partir de su comportamiento inicial, durante la evaluación. Por otro lado, al término de la intervención, se aplicó el *postest* hallando un desarrollo favorable en las habilidades sociales (14) y disminución en las conductas inadecuadas (17) del niño, lo cual ha influenciado de manera positiva en su adaptación social y en la relación con la madre. Esto se condice con la investigación realizada por Carranza (2014), quien concluyó que la intervención conductual en el desarrollo de habilidades sociales era eficiente en los niños diagnosticados con autismo y en el trabajo de disminución de conductas inadecuadas.

De acuerdo con el primer objetivo específico: Desarrollar en el niño habilidades sociales tales como saludar, despedirse y decir «por favor», se hallaron en una evaluación inicial puntajes de cero, lo cual indicó una ausencia de

dichas habilidades. Por otro lado, después de la intervención, se obtuvo resultados favorables, los cuales fueron medidos con los registros de frecuencia. Entre los resultados encontrados por la madre se evidenció la habilidad de saludar (24), despedirse (17) y decir «por favor» (20); durante la intervención se halló la habilidad de saludar (2), despedirse (2) y decir «por favor» (3), lo cual significa un incremento en cada una de estas habilidades que permiten al niño tener una mayor interacción con su entorno. Al respecto, Boyso y Ruiz (2021) lograron mediante el uso de técnicas conductuales, resultados positivos en el desarrollo de las habilidades sociales, de saludo y despedida en niños con diagnóstico de autismo. De igual modo, Bernal y Quesquén (2017), en su estudio dieron cuenta de un resultado positivo al trabajar la habilidad social de decir «por favor» en un niño con autismo.

En relación con segundo objetivo específico: Disminuir en el niño la frecuencia de las conductas inadecuadas, como: tirar manotazos, jalar el cabello y el uso de un tono de voz elevado (gritar) en su comunicación cotidiana, lo cual afectaba su interrelación con la madre, al comienzo se registraron puntajes elevados. Sin embargo, se evidenció un resultado favorable al término de la intervención, por medio de los registros de frecuencia empleados, encontrándose entre los resultados descritos por la madre, la frecuencia de (13) en la conducta tirar manotazos, (8) en jalar el cabello y (27) en el tono de voz elevado-gritar. Asimismo, durante las sesiones de intervención, se halló la conducta de tirar manotazos a la madre (2), jalar el cabello a la madre (2) y uso de tono de voz elevado-gritar (3), lo cual significa un incremento en el autocontrol. Este resultado

fue contrastado con el de Redondo (2015), quien halló que por medio de un programa de intervención conductual, se mejoró la conducta de dar manotazos.

4.2. Reflexión de la Experiencia

4.2.1. Limitaciones encontradas en el proceso de intervención

- **Mayor importancia a la evaluación y diagnóstico:** Por la gran demanda de pacientes que tiene la institución en la que se realizó el estudio, no suele realizarse sesiones de intervención. Por ello, las sesiones trabajadas con el niño tuvieron un tiempo reducido.
- **Poca experiencia para aplicar técnicas conductuales en niños con autismo:** Al comenzar la intervención, la autora de esta tesis tenía poca experiencia para aplicar las técnicas conductuales, pero logró capacitarse y buscar nueva información para dar una mejor intervención.
- **Diagnóstico basado en el manual CIE-10 o DSM-IV:** La institución no empleaba el uso de manuales diagnóstico actualizados, pese a ya estar en vigencia el DSM-V y el CIE-11.
- **Reevaluación anual:** Se logró realizar diferentes pruebas psicológicas antes de las sesiones de intervención, pero no pudieron volverse a aplicar al finalizar la intervención, ya que se sugirió deberían ser anuales.

4.2.2. Impacto en la institución de los resultados hallados

- La jefa del área de Neuropsicología tuvo acceso a los resultados de la intervención, por lo que al corroborar que esta tuvo resultados positivos, deseó implementar ese servicio a una mayor cantidad de pacientes.

- Los médicos del área de Pediatría, al conocer los resultados de la intervención, empezaron a solicitar este servicio para los niños que se encontraban hospitalizados.
- Los pictogramas que se diseñaron quedaron en la institución, como herramienta a utilizar en futuras intervenciones con niños que presenten dificultades similares.

4.2.3. Aporte en el área psicológica y en contexto

- Se reafirma que por medio del trabajo con técnicas conductuales se pueden lograr resultados eficaces en procesos de intervención a niños con autismo.
- El presente trabajo será una herramienta de apoyo para profesionales que investiguen o trabajen con niños con autismo. Asimismo, será de gran ayuda para familias que tengan a un niño con el referido diagnóstico y cuenten con poco conocimiento al respecto.

4.2.4. Demandas profesionales requeridas (competencias)

Al realizar la intervención con el niño se logró desarrollar las siguientes habilidades:

- Mayor paciencia, puesto que el proceso de aprendizaje de los niños con autismo se da de manera pausada. Entonces, los resultados se evidencian a largo plazo.
- Mejor conocimiento sobre la aplicación de las técnicas conductuales en niños con autismo.

- Mediante las actividades trabajadas con el niño, se logró desarrollar habilidades de comunicación, puesto que se tenía que dar consignas de manera clara y sencilla.
- El desarrollo de las actividades permitió conocer el uso de pictogramas en niños diagnosticados con autismo.

4.2.5. Autoevaluación y autocrítica personal e institucional

Durante el tiempo que la autora de esta tesis intervino al niño, obtuvo mayor conocimiento sobre la elaboración y desarrollo de tal práctica en niños y niñas diagnosticados con autismo. Además, logró desarrollar mayor empatía, lo cual le permitió aprender a entender, comunicarse y trabajar de manera eficaz con el niño.

Aun cuando la intervención fue adecuada, sin embargo, la autora de esta investigación tuvo que superar ciertos retos como el aprender a trabajar de manera multidisciplinaria, atender una gran demanda de pacientes y emplear actividades lúdicas.

Por otro lado, para un mejor abordaje, la institución debe considerar la ampliación del tiempo de las sesiones de intervención, el uso del DSM-V y del CIE-11, ya que tienen términos actualizados y la administración de todos los instrumentos de evaluación que sean necesarios.

Por último, los mayores logros de este trabajo fueron conseguir que el niño desarrolle sus habilidades sociales, disminuya sus conductas inadecuadas y que la familia haya quedado satisfecha con los resultados alcanzados.

Capítulo V. Recomendaciones y Conclusiones

5.1. Recomendaciones

1. Se recomienda la ampliación del programa de intervención, para que las conductas trabajadas logren eliminarse y las habilidades sociales se manifiesten de manera más frecuente.
2. Se recomienda, además, hacer un seguimiento a las conductas y habilidades sociales trabajadas en la intervención y que la familia continúe reforzando en casa las técnicas conductuales aprendidas.
3. Asimismo, se recomienda desarrollar sesiones de intervención basadas en las otras dificultades presentes en el niño y una re evaluación de las conductas, habilidades sociales y funciones superiores.

5.2. Conclusiones

1. Mediante la intervención el objetivo planteado fue desarrollar habilidades sociales y control conductual que repercutan en la mejora de la adaptación social de un niño diagnosticado con autismo. Después de las sesiones de intervención aplicadas al niño puede afirmarse que se cumplió el objetivo planteado de manera satisfactoria.
2. El niño logró incrementar sus habilidades sociales, tales como saludar, despedirse y decir «por favor», mejorando su relación con su entorno y logrando mayor desenvolvimiento. Por otro lado, también disminuyó sus conductas inadecuadas como tirar manotazos, jalar el cabello a la madre y usar un tono de voz elevado (gritar), potencializando su autocontrol y creando nuevas formas de interacción.

3. Asimismo, la psicoeducación aplicada a la madre del niño tuvo un impacto positivo, permitiéndole que tenga un mayor conocimiento sobre el uso adecuado de las técnicas conductuales y cómo aplicarlas en casa. Esto generó que el niño aprendiera habilidades sociales y reduzca conductas inadecuadas trabajadas en las sesiones.
4. Se concluye también que el diagnóstico a temprana edad e intervención de los síntomas son de gran importancia para la evolución y desarrollo que el niño logre.

Referencias

- Agrawal, S., Rao, S. C., Bulsara, M. K., & Patoles, S. K. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder in preterm infants: a meta-analysis. *Pediatrics* 2018, 142. doi: 10.1542/peds. 2018-0134.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/0B09dAja1kRg_YzEzMjc5N2EtNmU3ZC00ODZmLTljOGMtZGVhNjA0ODBhODQy/view?resourcekey=0-LwG_6zvzegXWbL2bqgJ_-A
- American Psychiatric Association [APA]. (2013) DSM-V. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos*. Recuperado de https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf
- Añorve, M. (1991). La fiabilidad en la entrevista: La entrevista semi estructurada y estructurada, un recurso de la encuesta. *Investigación Bibliotecológica: Archivonomía, Bibliotecología e Información*, 5(10), pp. 29-37. Recuperado de http://ru.iibi.unam.mx/jspui/handle/IIBI_UNAM/A456
- Arberas, C., & - (2019). Autismo. Aspectos genéticos y biológicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1), pp. 16-21. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30776274.pdf>
- Arellano, F. E. (2020). *Programa de habilidades sociales y conductas inadecuadas en los estudiantes de 3º grado B de la I.E. «María Purizaca Benítez»* (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo (UCV). Lima,

- Perú. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/53754/Arellano_SFE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bados, A., & García, E. (2011). *Técnicas operantes*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%c3%a9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Baña, M. (2015). El rol de la familia en la calidad de vida y la autodeterminación de las personas con trastorno del espectro del autismo. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), pp. 323-336. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/623/625>
- Bernal, K. A., & Quesquén, B. E. A. (2017). Programa “Fastuosa” en habilidades sociales en adolescentes féminas-Chiclayo, 2017 (Tesis de licenciatura). Universidad Señor de Sipán. Chiclayo, Perú. Recuperado de <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4106/Bernal%20Guerrero%20-%20Quesquen%20Cumpa.pdf?sequence=1>
- Blanco, A. (1989). *Fiabilidad y generalización de la observación conductual*. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/39049834.pdf>
- Bohórquez, D., Alonso, J., & Canal, R. (2012). *Los trastornos del espectro autista en la primera infancia*. Recuperado de <https://apacv.org/wp-content/uploads/2014/08/guia-2-tea-1-infancia.pdf>
- Borax, J., & Buron, V. (2017). *Trastorno del espectro autista*. Recuperado de <https://www.camara.cl/>

- Boyso, B. P., & Ruiz, M. (2021). Pictogramas: Una propuesta para el desarrollo de habilidades sociales en niños de edad escolar con diagnóstico de trastorno del espectro autista (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de Querétaro. Querétaro, México. Recuperado de <http://ri-ng.uaq.mx/bitstream/123456789/2999/1/PSLIN-257352-0621-621-Brenda%20Boyso%20Elisea%20Tesis%20Colectiva%20%20%20-A.pdf>
- Bravo, M. F. A. (2021). Estrés parental y psicoeducación en padres de niños con el trastorno del espectro autista (Tesis de licenciatura). Universidad de Lima. Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.ulima.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12724/13817/Bravo_Estr%C3%A9s_Parental.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Cabezas, H. (2001). Los padres del niño con autismo: Una guía de intervención. *Revista Electrónica «Actualidades Investigativas en Educación»*, 1(2), pp. 1-16. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/447/44710202.pdf>
- Carranza, A. (2014). Efecto del análisis conductual aplicado en el desarrollo de las habilidades sociales de los niños y las niñas de edad preescolar con síndrome del espectro autistas. Estudio realizado en Instituto Panameño de Habitación Especial (IPHE), distrito de Santiago (Tesis de maestría). Universidad de Panamá. Santiago de Veraguas, Panamá. Recuperado de <http://up-rid.up.ac.pa/1869/1/alejandra%20carranza.pdf>
- Carrasco, E. M., & Viton, S. F. (2021). Madurez social en niños de educación inicial de una institución educativa nacional y particular (Tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo,

Perú. Recuperado de
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3317/3/TL_CarrascoQuinterosErika_VitonEliasFabiola.pdf

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC]. (2018, 26 de abril). *Prevalencia del autismo levemente más alta según informe de la Red ADDM de los CDC*. Recuperado de https://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_prevalencia-autismo_042618.html

Chiu, J. C. (2021). Estudio de caso clínico-educativo: Programa para disminuir conductas disruptivas en niño con trastorno del espectro autista (Tesis de licenciatura). Universidad San Martín de Porres (USMP). Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/9253/CHI_U_LJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad [CONADIS]. (2016). *Informe temático N° 3. Situación de las personas con trastorno del espectro autista en el Perú*. Recuperado de https://www.conadisperu.gob.pe/observatorio/wp-content/uploads/2018/12/ObservatorioPeru_Art3_Autismo.pdf

Cuevas, J. J., & Moreno, N. E. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enferm. Univ*, 14(3), pp.207-218. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632017000300207&script=sci_abstract

Cuxart, F. (2000). *El autismo: Aspecto descriptivos y terapéuticos*. Málaga: Ediciones Aljibe. Recuperado de <https://rosicler93.files.wordpress.com/2015/03/el-autismo.pdf>

Dávila, J. D. (2021). Los juegos educativos y el desarrollo del lenguaje e estudiantes con autismo en los CEBES del distrito de Chimbote, 2021 (Tesis de maestría) Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Chimbote, Perú. Recuperado de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/21873/AUTISMO_LENGUAJE_Y_JUEGOS_DAVILA_REYES_JESUS_DELFINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

De Mar, G. (1987). *El conductismo*. Recuperado de https://www.contra-mundum.org/index_htm_files/Dem_Conductismo.pdf

De Goñi, A. (2015). La familia del niño con trastorno del espectro autista: de la detección a la aceptación (Tesis de grado). Universidad de Navarra. Pamplona, España. Recuperado de <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/39668/1/ADRIANA%20DE%20GON%20C3%91I.pdf>

Dolz, I., & Alcantud, F. (2002). *Atención temprana e intervención en niños con trastornos generalizados del desarrollo*. Recuperado de [http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20DESARROLLO/AT%20e%](http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/ATENCION%20TEMPRANA%20Y%20DESARROLLO/AT%20e%20)

20intervencion%20en%20TGD%20-%20Dolz%20y%20Alcantud%20-%20art.pdf

Ferrari, P. (2015). *El autismo infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva

García, D., y Palao, S. (2013). *Pautas de diseño de pictogramas para todas las personas. Proyecto de biblioteca digital de recursos gráficos orientativos en accesibilidad cognitiva urbana*. Recuperado de http://accesibilidadcognitivaurbana.fundaciononce.es/docs/Manual_pictogramas.pdf

García, L. (2015). *El autismo en la primera infancia (Tesis de grado)*. Universidad de Granada. Granada, España. Recuperado de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/40791/GarciaLi%C3%B1anLaura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garrote, D., Pérez, G., & Serna, R. M. (2018). Efectos de la musicoterapia en el trastorno de espectro autista. *Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva*, 11(11), pp. 175-192.

González, C. X. (2017). Intervención en un niño con autismo mediante el juego. *Fac. Med*, 66(3), pp. 365-374. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v66n3/0120-0011-rfmun-66-03-365.pdf>

Guerrero, M. K. (2016). *Adaptación del cuestionario de madurez neuropsicológica infantil –Cumanin– en una población urbana de Lima*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/237356921_Adaptacion_del_Cu

estionario_de_Madurez_Neuropsicologica_Infantil-
CUMANIN_en_una_Poblacion_Urbana_de_Lima

Guevara, C. S. (2018). Efecto del Programa técnicas de relajación vivencial en conductas agresivas. Callao – 2016 (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo (UCV). Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17623/Guevara_CCS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Herrera, M. A. (2019). Modificación de conducta en un niño de 9 años con agresividad en el hogar (Tesis de segunda especialidad). Universidad Nacional Federico Villarreal (UNFV). Lima, Perú. Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3340/bitstream_1pdf;jsessionid=86CF8C7790ED0B4B0D4C8B51F6B6A1E9?sequence=1

Holtz, K. D., Ziegert, A. K., & Baker, C. D. (2004). Un viaje por la vida a través del autismo. Guía para los educadores. *Organización para la Investigación del Autismo*, pp. 1-39. Recuperado de <https://revistas.um.es/sportk/article/view/401121/273151>

Hortal, C. (2014). *Trastorno del espectro autista. ¿Cómo ayudar a nuestro hijo con TEA?* Barcelona: Medici.

Huamanchumo, S. (2019). Preeclampsia factor de riesgo para trastornos del espectro autista (Tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Trujillo, Perú. Recuperado de Preeclampsia factor de riesgo para trastornos del espectro autista <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5330>

Jurado, R. L. (2009). Técnicas para la disminución y/o restauración de conductas. *Innovación y Experiencias Educativas*.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1992). *CIE 10. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume2.pdf>

Lampert-Grassi, M. (2018). *Trastorno del espectro autista. Epidemiología, aspectos psicosociales y políticas de apoyo en Chile, España y Reino Unido*. Recuperado de https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25819/1/BCN__Políticas_de_apoyo_al_espectro_autista_FINAL.pdf

Maica, D. L. (2021). Manejo de conducta de paciente odontopediátrico con trastorno del espectro autista (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16987/Maica_nd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Más de 15 mil personas son tratadas por autismo en Perú. (2019, 17 de marzo). Ministerio de Salud [Minsa]. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/26606-mas-de-15-mil-personas-son-tratadas-por-autismo-en-peru>

Milena, D., Alonso, J. R., Canal, R., Martín, M. V., García, P., Guisuraga, Z., Martínez, A., Herráez, M. M., & Herráez, L. (2007). *Un niño con autismo en la 42 familia. Guía básica para familias que han recibido un*

diagnóstico de autismo para su hijo o hija. Salamanca: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.

Ministerio de Educación [Minedu]. (2013). *Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con trastorno del espectro autista-TEA*. Recuperado de <http://www.minedu.gob.pe/minedu/archivos/a/002/05-bibliografia-para-ebe/5-guia-para-la-atencion-de-estudiantscon-trastorno-del-espectro-autista.pdf>

-Molina. A. (2007). Neuropsicología y comunicación familiar en el autismo de Asperger (Estudio de caso). *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Bolivariana «San Pablo»*, 5(2), pp. 219-243. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545472006.pdf>

Morales, P., Doménech-Llaberia, E., Jané, M., & Canals, J. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: Prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), pp. 217- 231. Recuperado de https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/05_2013_n3_morales_llaberia_jane_canals.pdf

Kaiser Permanente. (2000). *Autismo. Manual para padres* (2a ed.). Oakland, CA: Kaiser Permanente, & Californi CADDRE.

Ocadiz, I. (2015). *Aprendizaje y comunicación social en niños de 3 a 5 años desde el aprendizaje de Albert Bandura*. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/atotonilco/n3/m2.html>

Ormeño, K. E. (2018). Estudio de caso clínico_educativo: Programa de atención y hábitos para comer adecuadamente en un niño con espectro autista (Tesis de licenciatura). Universidad San Martín de Porres (USMP). Lima, Perú. Recuperado de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4533/ormeno_rke.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría del niño y adolescente*. Madrid: Casanova.

Pérez, J. J. (2020). Relación entre actitud y conocimiento sobre autismo en padres de niños y adolescentes con autismo. Institución Educativa Santo Toribio-Trujillo, 2020 (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo (UCV). Trujillo, Perú. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60038/P%c3%a9rez_RJJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pfeiffer, M (2017). *Cómo se puede curar el autismo*. Andalucía: Andalucía Health. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=ei8tDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Portellano, J., Mateos, R., Martínez, R. (2000). *Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil (CUMANIN)*. Madrid: TEA

Redondo, P. (2015). Apoyo conductual positivo: Estudio de un caso (Tesis de grado). Universidad de Valladolid. Valladolid, España. Recuperado de <https://campus.autismodiario.com/wp-content/uploads/2017/07/TFG-G-1493.pdf>

- Reynolds, G. S. (1968). *Compendio de condicionamiento operante*. Recuperado de http://www.soyanalistaconductual.org/g_s_reynolds_compendio_de_condicionamiento_operante.pdf
- Reynoso, C., Rangel, M., & Melgar, V. (2016). El trastorno del espectro autista: Aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), pp. 214-222. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im172n.pdf>
- Riviére, A. (1988). *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en autismo infantil*. Recuperado de <https://idoc.pub/documents/riviere-autismo-od4p5kxgx6np>
- Rodgla, E., Miravalls, M. (s.f.). *Guía para la práctica educativa con niños con autismo y trastornos generalizados del desarrollo: Currículum y materiales didácticos*. Recuperado de <https://famiyaiycole.files.wordpress.com/2013/03/guia-autismo-educadores.pdf>
- Rogel, F. (2004). Autismo. *Gaceta Médica de México*, 141(2), pp. 143-147. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/gmm/v141n2/v141n2a9.pdf>
- Ruggieri, V. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 56(1), pp.13-21.
- Sánchez de Gallardo, M., & Pírela de Faría, L. (2012). Estudio psicométrico de la figura humana. *Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 14(2), pp. 210-222. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/993/99323311004.pdf>

Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). *Childhood Autism Rating Scale*. Los Angeles, CA: Western Psychological Service.

The National Center for Complementary and Integrative Health [NCCIH]. (2017, September). *Autism*. Recuperado de <https://www.nccih.nih.gov/health/autism>

Trastorno del espectro autista. (2021, 1 de junio). Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>

Uribe, D., Gómez, M., & Arango, O. (2010). Teoría de la mente: Una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Revista Colombiana*, 1(1), pp. 28-37. Recuperado de https://www.academia.edu/32145823/Teor%C3%ADa_de_la_mente_una_revisi%C3%B3n_acerca_del_desarrollo_del_concepto

Urueta, A. (2021). Tratamiento de los niños con autismo en etapa de 3 a 12 años de edad. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(19), pp. 1-10. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe1/2007-7890-dilemas-8-spe1-00019.pdf>

Vásquez, F. I. (2019). Estrategia psicoterapéutica basada en la equinoterapia para desarrollar habilidades sociales en pacientes con trastorno del espectro autista atendidos en el Centro Equinoterapia PNP-Ch (Tesis de maestría). Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Perú. Recuperado de

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6875/Flor%20Idamia%20V%c3%a1squez%20Bravo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Velázquez, G. (2015). Propuesta de un programa para trabajar habilidades sociales en educación infantil (Tesis de grado). Universidad Internacional de La Rioja. Lima, Perú. Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/4269/VELAZQUEZ%20RODRIGUEZ,%20GIOVANNA.pdf?sequence=1>

Velásquez, S. (2018). Madurez neuropsicológica y coeficiente intelectual en niños de 3 a 6 años con bajo peso al nacer (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional San Agustín (UNAS). Arequipa, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7256>

Wechsler, D. (2014). *WPPSI-IV, Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria*. México D. F.: Pearson

Anexos

Anexo A. C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale)

Esta escala se trata de una escala de apreciación conductual destinada al diagnóstico y a la planificación del tratamiento de personas con autismo. Consta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc. El fundamento teórico de esta escala parte de los criterios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961) y Rutter (1987). El propósito de la escala es identificar a las personas autistas y diferenciarlas de aquellas otras que padeciendo un retraso en el desarrollo no manifiestan tales síntomas autistas. Este instrumento permite también clasificar a los autistas en diversos grados de severidad de la patología autista: medio-moderado y severo.

Cada ítem se puntúa a lo largo de un continuum desde normal a gravemente anormal y/o inapropiado.

1. indica que la conducta evaluada está dentro de los límites propios de la edad del paciente;
 2. indica una conducta medianamente anormal y/o inapropiada;
 3. moderadamente anormal;
 4. refleja una conducta severamente anormal e inapropiada.
- Las puntuaciones intermedias (p.ej. 2.5) se seleccionan cuando la conducta aparece en una posición intermedia a dos categorías.

El rango de puntuación total puede oscilar entre 15 y 60 puntos:

1. $P \geq 36$ indica un grado de autismo severo;
2. Entre 30 y 36 indican autismo moderado
3. Entre 15 y 30 reflejan ausencia del

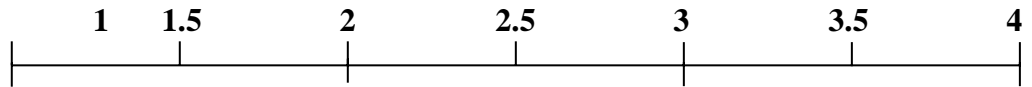
Síndrome autista (Schopler, Reichler & Renner, 1988).

Normas de aplicación:

- El test consta de 15 ítems o áreas.
- Debe redondearse la opción que describa mejor el rendimiento de su hijo en esa área.
- Si cree que la mejor descripción de su hijo está entre dos puntuaciones, redondee la puntuación intermedia.

A.1. Relación con los Demás

Inicio del test



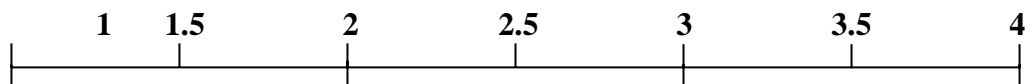
| | | | |
|------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Sin dificultades | Evita la mirada | Actitud distante | Muy distante |
| Cierta timidez | Exigente | Dificultades en la interacción | Muy poca interacción |
| | Excesivamente tímido | | |
| | Dependencia paterna excesiva | | |

A.2. Imitación



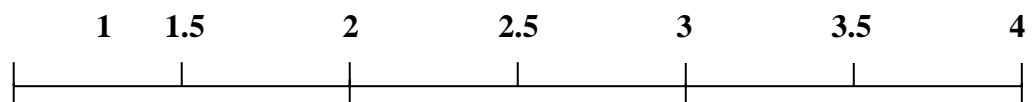
| | | | |
|------------------|--|--|--|
| Sin dificultades | Imita conductas simples (aplaudir/sonidos) | Imita algunas veces con gran esfuerzo del adulto | Raramente o nunca imita, ni con ayuda del Adulto |
|------------------|--|--|--|

A.3. Afecto



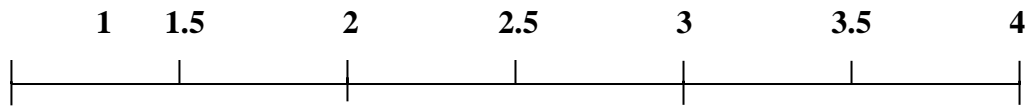
| | | | |
|------------------|--|---|--|
| Sin dificultades | En ocasiones, tipos y grados de respuesta, emocional inadecuados | Respuesta emocional inadecuada (por exceso o por defecto) | Respuesta raramente apropiada (rigidez afectiva) |
|------------------|--|---|--|

A.4. Uso del Cuerpo



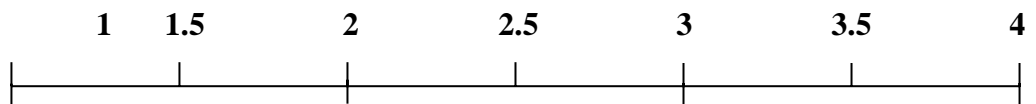
| | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| Se mueve como un niño de su edad | Torpeza, movimientos repetitivos, pobre coordinación o movimientos inusuales | Movimientos extraños de dedos, postura peculiar de dedos y cuerpo. Mirada fija. Autoagresión | Mayor intensidad y persistencia de las conductas descritas en el punto 3. |
|----------------------------------|--|--|---|

A.5. Uso de Objetos



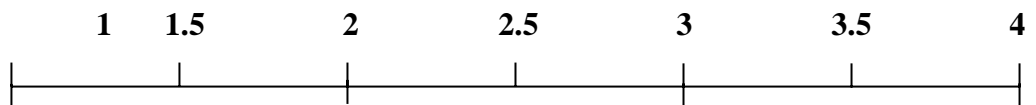
| | | | |
|---|--|--|---|
| Interés en juguetes y otros objetos con los que juega | Puede mostrar interés atípico o jugar de modo excesivamente infantil | Poco interés en juguetes o “absorto” en ellos. Fascinado por la luz de un objeto. Realiza movimientos repetitivos. | Mayor intensidad y frecuencia de las conductas descritas en el punto 3. |
| Apropiadamente | | | |

A.6. Adaptación al Cambio



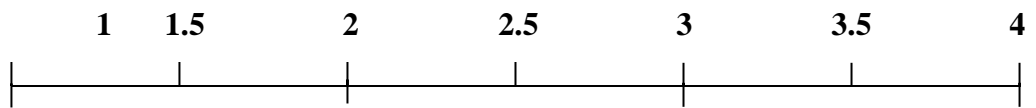
| | | | |
|-----------------------------------|--|--|---|
| Respuesta apropiada a los cambios | Persistencia en la actividad o en los mismos objetos aún con intervención del adulto | Resistencia activa a los cambios de rutina (enfado o tristeza) | Reacciones severas al cambio (furia o falta de cooperación) |
| | | | |

A.7. Respuesta Visual



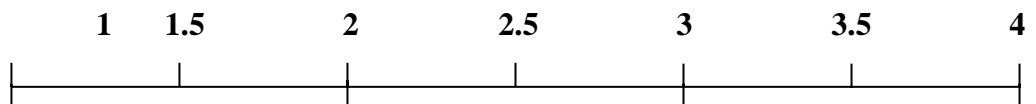
| | | | |
|------------------|--|--|---|
| Respuesta visual | Olvidad mirar objetos | Mirada fija, evita la mirada | Evita resistientemente la mirada de la gente. |
| Adecuada | más interés en espejos o una luz que en sus iguales. Cierta evitación de la mirada | mira objetos desde un ángulo inusual. Sujeta los objetos muy cerca de sus Ojos | Conductas extremas del punto 3. |
| | | | |

A.8. Respuesta Auditiva



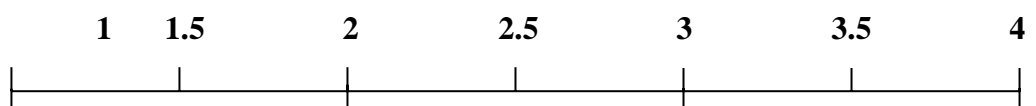
| | | | |
|----------------------|--------------------------------|----------------------|---------------------|
| Respuestas auditivas | Puede haber falta de respuesta | Respuesta variante | Puede reaccionar de |
| Adecuadas | o reacción ligeramente extrema | Ignorar a menudo un | modo extremo o |
| | a ciertos sonidos | sonido. Asustarse o | no reaccionar a |
| | | cubrirse | sonidos |
| | | los oídos aun siendo | Frecuentes |
| | | sonidos | |
| | | Conocidos | |

A.9. Gusto, Olfato y Uso, y Respuesta Táctil



| | | | |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Uso normal de los | Persistencia en ponerse objetos | Puede estar moderadamente | Absorto oliendo, probando |
| Sentidos | en la boca. Puede oler o probar | absorto tocando, oliendo o | o sintiendo objetos más |
| | objetos incomedibles. Puede | probando objetos o | por la sensación que |
| | ignorar o reaccionar de modo | personas | por la exploración. |
| | extraño a dolores suaves | Puede reaccionar mucho o | Puede ignorar el dolor |
| | | muy poco | o |
| | | | sobrerreaccionar a un |
| | | | ligero malestar |

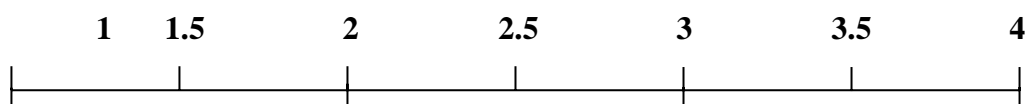
A.10. Ansiedad y Miedo



| | | | |
|-------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Conducta adecuada | Ocasionalmente muestra | Muestra más o menos | Miedos persisten tras una |
| para ambas | excesivo | miedo de lo que sería | experiencia repetida con |
| | o muy poco miedo o | | |

| | | | |
|-------------|---------------------------|---|---|
| situaciones | ansiedad | típico | |
| | comparado con sus iguales | de un niño más joven en situación similar | sucesos u objetos inofensivos |
| | | | Es muy difícil de calmar. |
| | | | Puede fallar en percibir peligros que otros niños de su edad evitan |

A.11. Comunicación Verbal



| | | | |
|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Comunicación verbal | Retraso global del habla | Puede haber ausencia de | Sin uso del habla con |
| Adecuada | Mayor parte del habla con | habla. Si habla, puede haber | significado. Gritos infantiles |
| | poco significado. Puede haber | mezcla de lenguaje con | sonidos extraños o |
| | repetición o inversión de | sentido y lenguaje peculiar | parecidos a animales. |
| | pronombres. Usa palabras | (preguntas excesivas, repetición | Puede usar palabras o |
| | peculiares o jerga | o inversión de pronombres) | frases reconocibles. |

Anexo B. WPSSI-IV



Anexo C. Escala de Madurez Social de Vineland

H.C.:

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Instrucción: _____
Domicilio: _____
Padre (Ocupación): _____ Edad: _____
Madre (Ocupación): _____ Edad: _____
Examinador: _____ Fecha de Nac.: _____
Fecha de Evaluación: _____ Edad Cronológica: _____

RESULTADOS

Edad Cronológica: _____ Puntaje Bruto: _____
Edad Base: _____ Puntaje Adicional: _____
Edad Social: _____ Total: _____
Cociente Social: _____ Diagnóstico: _____

EDAD 0 – 1 AÑO

- _____ 1. Balbucea, se ríe
_____ 2. Sostiene la cabeza
_____ 3. Coge objetos a su alcance
_____ 4. Pide a personas conocidas que lo tomen en brazos
_____ 5. Da vueltas sobre sí mismo
_____ 6. Trata de alcanzar objetos cercanos
_____ 7. Juega y se distrae solo
_____ 8. Se sostiene sin apoyo
_____ 9. Se incorpora solo
_____ 10. "Habla". Imita sonidos de palabras
_____ 11. Toma de la taza o vaso con ayuda
_____ 12. Se desplaza libremente (gatea, se arrastra)
_____ 13. Coge con el pulgar y el índice
_____ 14. Exige que se le preste atención
_____ 15. Se para solo
_____ 16. No babea
_____ 17. Cumple instrucciones sencillas

EDAD 1-2 AÑOS

- _____ 18. Camina solo por el cuarto
_____ 19. Marca con lápiz o crayola
_____ 20. Mastica los alimentos
_____ 21. Se saca las medias
_____ 22. Vierte líquidos sin derramar, arregla objetos, etc.
_____ 23. Supera obstáculos pequeños
_____ 24. Ejecuta órdenes sencillas como traer, llevar, etc.
_____ 25. Bebe solo de taza o vaso
_____ 26. Abandona el andador, camina
_____ 27. Juega con otros niños
_____ 28. Come con cuchara
_____ 29. Camina por la casa o jardín
_____ 30. Diferencia las sustancias alimenticias de las que no lo son
_____ 31. Nombra objetos familiares
_____ 32. Sube escaleras solo
_____ 33. Desenvuelve caramelos
_____ 34. Habla empleando oraciones cortas

EDAD 2-3 AÑOS

- _____ 35. Pide ir al baño
_____ 36. Inicia sus propias actividades y juegos
_____ 37. Se quita el abrigo o vestido
_____ 38. Come con tenedor
_____ 39. Se sirve agua solo
_____ 40. Se seca las manos
_____ 41. Evita obstáculos pequeños
_____ 42. Se pone abrigo o vestido solo
_____ 43. Corta con tijeras
_____ 44. Cuenta sus experiencias

EDAD 3-4 AÑOS

- _____ 45. Baja escaleras alternando los pies
_____ 46. Juega en asociación con otros niños (rondas, etc.)
_____ 47. Se abotona los vestidos
_____ 48. Ayuda en las tareas simples de la casa
_____ 49. Recita, danza o canta para los otros
_____ 50. Se lava las manos solo

EDAD 4-5 AÑOS

- _____ 51. Va al baño y se atiende solo (evacuaciones)
_____ 52. Se lava la cara solo
_____ 53. Camina por el vecindario solo
_____ 54. Se viste solo pero no se ata los zapatos
_____ 55. Usa lápiz o crayola para dibujar
_____ 56. Juega en actividades cooperativas (participa en juegos de Competencia).

EDAD 5-6 AÑOS

- _____ 57. Juega con patines, carritos, velocípedos, sin vigilancia
_____ 58. Escribe palabras simples con letra de imprenta
_____ 59. Juega juegos de mesa simples
_____ 60. Se le confía pequeñas sumas de dinero para comprar o pagar
_____ 61. Va solo al colegio

EDAD 6-7 AÑOS

- _____ 62. Usa cuchillo para esparcir mantequilla, etc.
_____ 63. Emplea lápiz para escribir
_____ 64. Se baña con cierta ayuda
_____ 65. Va solo a la cama

EDAD 7-8 AÑOS

- _____ 66. Lee el reloj hasta cuartos de hora
_____ 67. Usa cuchillo para cortar
_____ 68. No cree en Papá Noel
_____ 69. Participa en juegos de adolescentes (Nota diferencia sexual)
_____ 70. Se peina o cepilla el pelo

EDAD 8-9 AÑOS

- _____ 71. Usa algunos instrumentos o utensilios
_____ 72. Hace trabajos rutinarios en casa
_____ 73. Lee por su propia iniciativa
_____ 74. Se baña solo

EDAD 9-10 AÑOS

- _____ 75. Se atiende solo en la mesa
_____ 76. Hace pequeñas compras
_____ 77. Se moviliza por su vecindario (barrio) solo

EDAD 10-11 AÑOS

- _____ 78. Ocasionalmente escribe cartas cortas
_____ 79. Hace llamadas telefónicas
_____ 80. Hace trabajos simples remunerados
_____ 81. Atiende pequeñas compras y otros asuntos por correo

EDAD 11-12 AÑOS

- _____ 82. Hace trabajos simples creativos
_____ 83. Se le confía que se cuide a sí mismo y a otros
_____ 84. Disfruta de la lectura de libros, periódicos, etc.

EDAD 12-15 AÑOS

- _____ 85. Juega juegos complicados
_____ 86. Toma completo cuidado de sus vestidos
_____ 87. Compra accesorios de sus vestidos
_____ 88. Participa en actividades juveniles

_____ 89. Se responsabiliza por actividades rutinarias como cuidar el jardín, lavar el carro, etc.

EDAD 15-18 AÑOS

- _____ 90. Se comunica por cartas
_____ 91. Discute y se interesa por noticias, hechos sensacionales, deporte.
_____ 92. Va a lugares cercanos solo
_____ 93. Sale solo durante el día sin ser vigilado
_____ 94. Dispone de dinero propio para sus gastos

_____ 95. Se compra toda su ropa

EDAD 18-20 AÑOS

_____ 96. Va a lugares distantes solo

_____ 97. Cuida su salud

_____ 98. Tiene un trabajo o continúa estudiando

_____ 99. Sale solo por la noche sin ninguna restricción

_____ alguna ganancia.

_____ 100. Ejercita su propia discreción en proveer para sus propios gastos o propinas

_____ 101. Asume responsabilidades por sí mismo.

EDAD 20-25 AÑOS

_____ 102. Usa el dinero juiciosamente

_____ 103. Asume responsabilidad más allá de sus propias necesidades, contribuyendo con el mantenimiento de otros, es buen vecino.

_____ 104. Participa en labor social o actividades altruistas

_____ 105. Planea y prevé para el futuro

_____ Universidad

_____ 106. Ejecuta trabajos que requieren entrenamiento o continúa estudiando en la

_____ 107. Se dedica a actividades saludables que contribuyen a su bienestar físico y moral (Deportes, música, lectura, arte, etc.)

_____ 108. Organiza su propio trabajo

_____ 109. Inspira confianza

_____ 110. Promueve el progreso cívico

_____ 111. Maneja y supervisa sus propios asuntos o los de otros

_____ 112. Compra para otros

_____ 113. Dirige o maneja asuntos importantes de otros

_____ 114. Ejecuta labor profesional o que requiere cierta habilidad o pericia


_____ 115. Participa en la organización o manejo de grandes empresas o labores de la comunidad.

_____ 116. Crea sus propias oportunidades, contribuye con ideas nuevas

_____ a actividades filantrópicas

_____ 117. Se le reconoce como una persona que ha contribuido al progreso público,

Anexo D. CUMANIN



CUMANIN
Cuaderno de anotación

Autores:
A. Tiguero y otros
E. Moreno y otros
E. Martínez y otros
S. Tamarit y otros
M. La Jirafilla y otros y otros

Curso de Maestría en Neuropsicología Infantil

Apellido y nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha de exploración: _____

Años: _____ Meses: _____ Sexo: Varón Mujer

Nombre del examinador: _____

Motivo del examen: _____

Colegio: _____ Curso: _____

Domicilio y teléfono del niño: _____

Duración total de la prueba: _____

OBSERVACIONES: Registrar el estado psicológico del niño, su motivación y conducta durante la aplicación, integridad de las funciones motoras (fuerza muscular, fuerza motriz, sica, temblores, involuntarios controlados, etc.). También se deben registrar posibles alteraciones faciales, trastornos sensoriales, deficiencia intelectual, psicopatología, en general, cualquier peculiaridad que contribuya a mejorar cualitativamente los resultados de la prueba.

ESCALAS PRINCIPALES

1 PSICOMOTRICIDAD

| Tareas | | | | Punt. | Miembro usado | |
|--------|--|-----------|-----------|-----------|---------------|-----|
| 1 | A la pata coja | | | 0-1 | (P1) | D I |
| 2 | Tocar la nariz con el dedo | | | 0-1 | (M1) | D I |
| 3 | Estimulación de los dedos (mano y secuencia) | | | | | |
| 3.1 | derecha | 1-corazón | 2-anular | 0-1 | | |
| 3.2 | izquierda | 1-pulgar | 2-anular | 0-1 | | |
| 3.3 | derecha | 1-meñique | 2-corazón | 3-pulgar | 0-1 | |
| 3.4 | izquierda | 1-pulgar | 2-corazón | 3-meñique | 0-1 | |
| 3.5 | derecha | 1-índice | 2-anular | 3-pulgar | 0-1 | |
| 4 | Andar en equilibrio | | | 0-1 | (P2) | D I |
| 5 | Saltar con los pies juntos | | | 0-1 | | |
| 6 | En pucillas con los brazos en cruz | | | 0-1 | | |
| 7 | Tocar con el pulgar todos los dedos de la mano | | | 0-1 | (M2) | D I |

PD



Copyright © 2005 by TEA Ediciones, S.A.

Edita: TEA Ediciones, S.A. - Fraig Bernabé de Sahagún, 24 - 28028 Madrid - Este ejemplar está impreso en papel 100% reciclado. Si se presenta un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. De beneficio de la profesión y de el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

2 LENGUAJE ARTICULATORIO

| | | Punt. | |
|----|--------------|-------------------------|---|
| 1 | Rosa | 0 | 1 |
| 2 | Espada | 0 | 1 |
| 3 | Escalera | 0 | 1 |
| 4 | Almeja | 0 | 1 |
| 5 | Pardo | 0 | 1 |
| 6 | Ermita | 0 | 1 |
| 7 | Prudente | 0 | 1 |
| 8 | Cromo | 0 | 1 |
| 9 | Gracioso | 0 | 1 |
| 10 | Transparente | 0 | 1 |
| 11 | Dragón | 0 | 1 |
| 12 | Esterilidad | 0 | 1 |
| 13 | Influencia | 0 | 1 |
| 14 | Pradera | 0 | 1 |
| 15 | Entrada | 0 | 1 |
| | | PD <input type="text"/> | |

3 LENGUAJE EXPRESIVO

| | Redacción del elemento | Respuesta | Punt. |
|---|---|-----------|-------------------------|
| 1 | En la frutería venden peras verdes | | 0 1 |
| 2 | El sol sale por detrás de la montaña | | 0 1 |
| 3 | La estufa da mucho calor en el invierno | | 0 1 |
| 4 | El jardinero plantó rosas blancas y amarillas | | 0 1 |
| | | | PD <input type="text"/> |

4 LENGUAJE COMPRESIVO

| | Elemento | Respuesta | Punt. |
|---|------------------------------------|-----------------------|-------------------------|
| 1 | ¿Cómo se llamaba la niña? | Raquel | 0 1 |
| 2 | ¿Cuándo fue al circo? | El domingo | 0 1 |
| 3 | ¿Dónde estaba el circo? | En la plaza | 0 1 |
| 4 | ¿Qué llevaba el domador? | Una cape | 0 1 |
| 5 | ¿Cómo eran los payasos? | Cherifidos | 0 1 |
| 6 | ¿Qué le pasó a un trapeartista? | Se cayó | 0 1 |
| 7 | ¿Qué le compró su papá? | Palomitas | 0 1 |
| 8 | ¿Dónde fue al terminar la función? | A casa de sus abuelos | 0 1 |
| 9 | ¿Qué fue lo que más le gustó? | Las focas | 0 1 |
| | | | PD <input type="text"/> |

5 ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL (Anexo 1)

| | Redacción del elemento | Punt. |
|------------------------------------|---|-------------------------|
| 1 | Pon el lápiz debajo de la mesa | 0 1 |
| 2 | Pon el lápiz encima del papel | 0 1 |
| 3 | Ponte delante de mí | 0 1 |
| 4 | Ponte detrás de mí | 0 1 |
| 5 | Levanta la mano derecha | 0 1 |
| 6 | Levanta la pierna izquierda | 0 1 |
| 7 | Con la mano derecha, tócate la oreja derecha | 0 1 |
| 8 | Con la mano izquierda, tápate el ojo izquierdo | 0 1 |
| 9 | Con la mano derecha, tócate la pierna izquierda | 0 1 |
| 10 | Con la mano izquierda, tócate la oreja derecha | 0 1 |
| 11 | Con tu mano derecha, tócame mi ojo izquierdo | 0 1 |
| 12 | (Anexo 1) Un cuadrado a la derecha | 0 1 |
| | Dos cuadrados hacia arriba | 0 1 |
| | Dos cuadrados hacia la izquierda | 0 1 |
| | Un cuadrado hacia abajo | 0 1 |
| Mano usada en la tarea 12 (M3) D I | | PD <input type="text"/> |

6 VISOPERCEPCIÓN (Anexo 2)

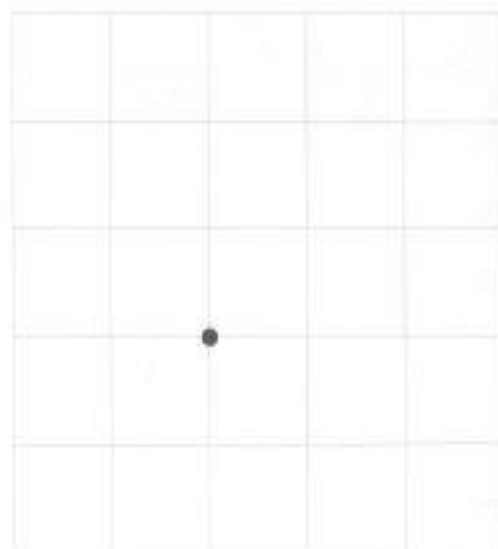
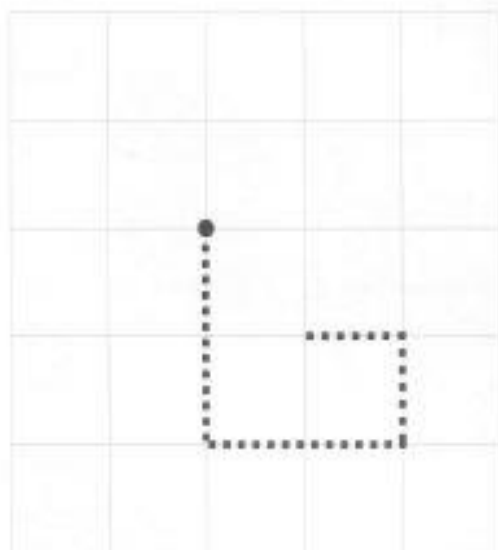
| Figura | Punt. |
|-------------------------|-------|
| 1 | 0 1 |
| 2 | 0 1 |
| 3 | 0 1 |
| 4 | 0 1 |
| 5 | 0 1 |
| 6 | 0 1 |
| 7 | 0 1 |
| 8 | 0 1 |
| 9 | 0 1 |
| 10 | 0 1 |
| 11 | 0 1 |
| 12 | 0 1 |
| 13 | 0 1 |
| 14 | 0 1 |
| 15 | 0 1 |
| Mano usada (M4) | |
| PD <input type="text"/> | |

ANEXO 1

ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL

Elemento de entrenamiento

TAREA: dos abajo, dos derecha, uno arriba y uno izquierda



ANEXO 2

Finalizar después de 4 dibujos consecutivos mal reproducidos

1



2



3



4



5



ANEXO 2 (cont.)

6



7



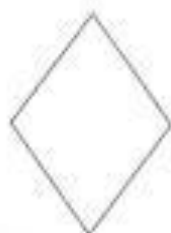
8













9



10



ANEXO 2 (cont.)

| | | |
|-----------|---|--|
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |

ANEXO 3



ANEXO 4

Mula

Loba

Zapato

Sol

Pinza

Cajón

Globo

Fruta

Prisa

Truco

La luna sale de noche

La espiga es de trigo

ANEXO 5

Escritura

1ª

2ª

3ª

4ª

5ª

6ª

7ª

8ª

9ª

10ª

Dictado de frases

11ª

12ª

CUMANIN - PERFIL

| | | | |
|--------------------|--|--------|--|
| Nombre y apellidos | | | |
| Edad en meses | | Fecha | |
| Examinador | | Centro | |

| Prueba | PD | | Centil | 1 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 99 |
|--|----|---|---------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 PSICOMOTRICIDAD | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2 LENGUAJE ARTICULATORIO | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3 LENGUAJE EXPRESIVO | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4 LENGUAJE COMPRENSIVO | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5 ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 6 VISOPERCEPCIÓN | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 7 MEMORIA ICÓNICA | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8 RITMO | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 FLUidez VERBAL | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 ATENCIÓN | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 11 LECTURA | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 12 ESCRITURA | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | PD | | Centil | 1 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 99 |
| Desarrollo verbal (DV) (suma de las pruebas 2, 3 y 4) | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | + | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo no verbal (DNV) (suma de las pruebas 1, 5, 6, 7 y 8) | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | = | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo total (suma de DV y DNV) | | ▶ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | ▼ | | | | | | | | | | | | |
| | | | Usa de la tabla B.16 del Manual | | | | | | | | | | | |
| Cociente de desarrollo (CD) | | | | | | | | | | | | | | |

13. LATERALIDAD

| | | | | | | | |
|------|----|----|----|-----|---|-----|---|
| MANO | | | | OJO | | PIE | |
| D+ | D- | I+ | I- | D | I | D | I |

Anexo E. Lista de Chequeo

Responda cada ítem con una X, teniendo en cuenta los siguientes valores.

| | | | |
|-------|---------------|----------------|---------|
| Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Habilidades sociales

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|-----|--|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Le cuesta disfrutar normalmente del contacto social. | | | | |
| 2. | Tiene problemas para jugar con otros niños. | | | | |
| 3. | Quiere imponer sus propias reglas al jugar. | | | | |
| 4. | Le cuesta salir de casa. | | | | |
| 5. | Espera su turno. | | | | |
| 6. | Le cuesta emplear el saludo y despido en su vida cotidiana. | | | | |
| 7. | Le cuesta ayudar a otros niños con actividades y juegos. | | | | |
| 8. | Sigue normas de convivencia. | | | | |
| 9. | Tiene dificultades para hacer uso adecuado de buenos modales (por favor, gracias y permiso). | | | | |
| 10. | Participa activamente en actividades y convenciones con otros niños. | | | | |
| | Puntaje | | | | |

Habilidades de comunicación y comprensión

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|--|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Tiene dificultades para mirar a los ojos cuando se le habla. | | | | |
| 2. | Tiene dificultades para entender ironías. | | | | |
| 3. | Tiene dificultad para entender una pregunta o indicación compleja. | | | | |
| 4. | Habla en un tono de voz peculiar como si estuviera cantando. | | | | |
| 5. | No comprende porque se le castiga o amonesta. | | | | |
| 6. | Interpreta literalmente frases como: «hay miradas que matan». | | | | |
| 7. | En ocasiones parece estar ausente, absorto en sus pensamientos. | | | | |
| 8. | Le es difícil entender cómo debe portarse en una situación social | | | | |

| | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|
| | determinada. | | | | |
| 9. | Cambia de tema cuando esta confuso. | | | | |
| 10. | Le cuesta entender una conversación larga. | | | | |
| | Puntaje | | | | |

Habilidades atencionales

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|-----|---|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Dificultad para mantener la atención en actividades lúdicas. | | | | |
| 2. | Dificultad para organizar tareas y actividades. | | | | |
| 3. | Evita actividades que requieren esfuerzo mental. | | | | |
| 4. | Pierde objetos. | | | | |
| 5. | Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes. | | | | |
| 6. | Se demora realizando actividades lúdicas. | | | | |
| 7. | Concluye con actividades propuestas. | | | | |
| 8. | Le cuesta permanecer concentrado en tareas o juegos. | | | | |
| 9. | No es capaz de prestar atención minuciosa a los detalles o comete errores por descuido en los trabajos escolares. | | | | |
| 10. | Se olvida de hacer algunas actividades diarias, como tareas del hogar. | | | | |
| | Puntaje | | | | |

Habilidades de movimiento

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|-----|---|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Dificultad para permanecer sentado. | | | | |
| 2. | Tiene buena coordinación motriz. | | | | |
| 3. | Constantemente está agarrando un objeto. | | | | |
| 4. | Mueves las manos y brazos Repetitivamente. | | | | |
| 5. | Corre o salta excesivamente. | | | | |
| 6. | Da golpecitos con las manos o los pies, o se retuerce en el asiento. | | | | |
| 7. | Bastante activo y difícil de frenar. | | | | |
| 8. | Puede tener energía ilimitada con dificultades para dormir en las noches. | | | | |
| 9. | Tiene destreza para atrapar una pelota. | | | | |
| 10. | Interrumpe actividades de otros. | | | | |

| | | |
|--|---------|--|
| | Puntaje | |
|--|---------|--|

Conductas inadecuadas

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|-----|--|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Clasifica objetos por forma, color o tamaño. | | | | |
| 2. | Hace girar objetos. | | | | |
| 3. | Responde por medio de .manotazos, gritos, jalada de cabello o patadas. | | | | |
| 4. | Clava su mirada en sus dedos u objetos. | | | | |
| 5. | Va de un lado a otro sin medir el peligro. | | | | |
| 6. | Lanza objetos, cuando se molesta o no consigue lo que quiere. | | | | |
| 7. | Se golpea o muerde. | | | | |
| 8. | Se balancea. | | | | |
| 9. | Realiza actos rituales. | | | | |
| 10. | Empuja a sus compañeros de clase. | | | | |
| | Puntaje | | | | |




Otras características:

Miedo, angustia o malestar debido a:

| | | Nunca | Algunas veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|---------|
| 1. | Ligeros roces sobre la piel. | | | | |
| 2. | Sonidos inesperados o fuertes. | | | | |
| 3. | Ciertos alimentos por su textura y temperatura. | | | | |

Anexo G. Economía de Fichas

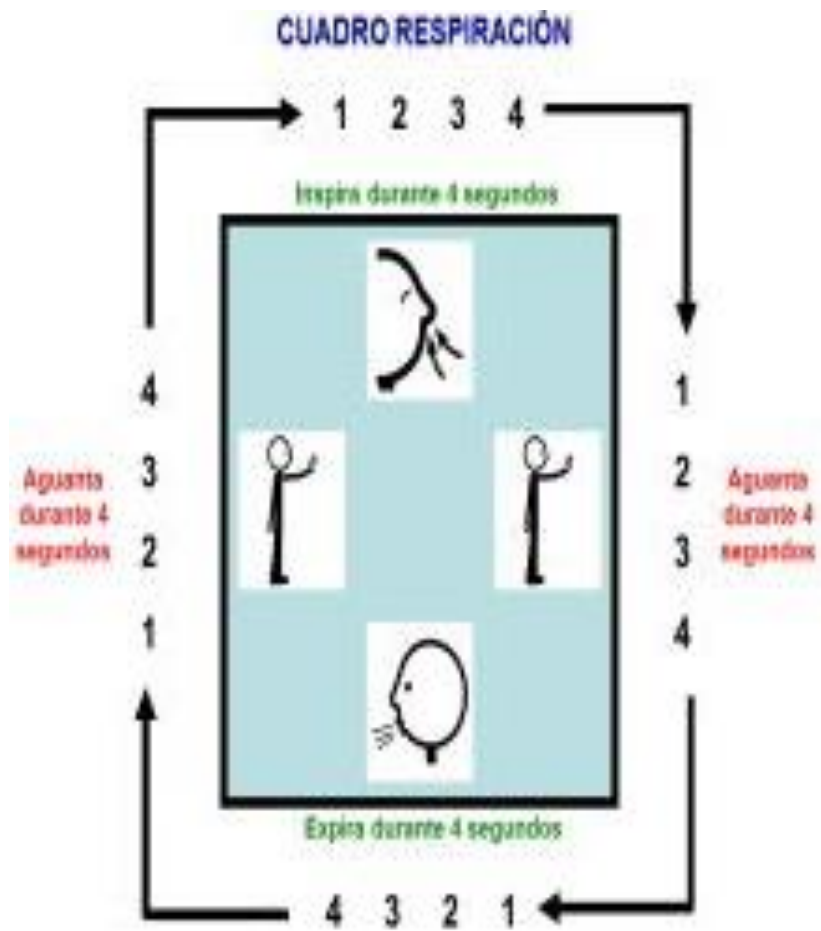
Trabajada con el niño durante las ocho semanas, en casa (por la madre).

| Habilidades sociales | Saludar  | Despedirse  | Dice «Por favor»  | Observaciones |
|----------------------|--|---|--|---------------|
| Lunes | | | | |
| Martes | | | | |
| Miércoles | | | | |
| Jueves | | | | |
| Viernes | | | | |
| Sábado | | | | |
| Domingo | | | | |

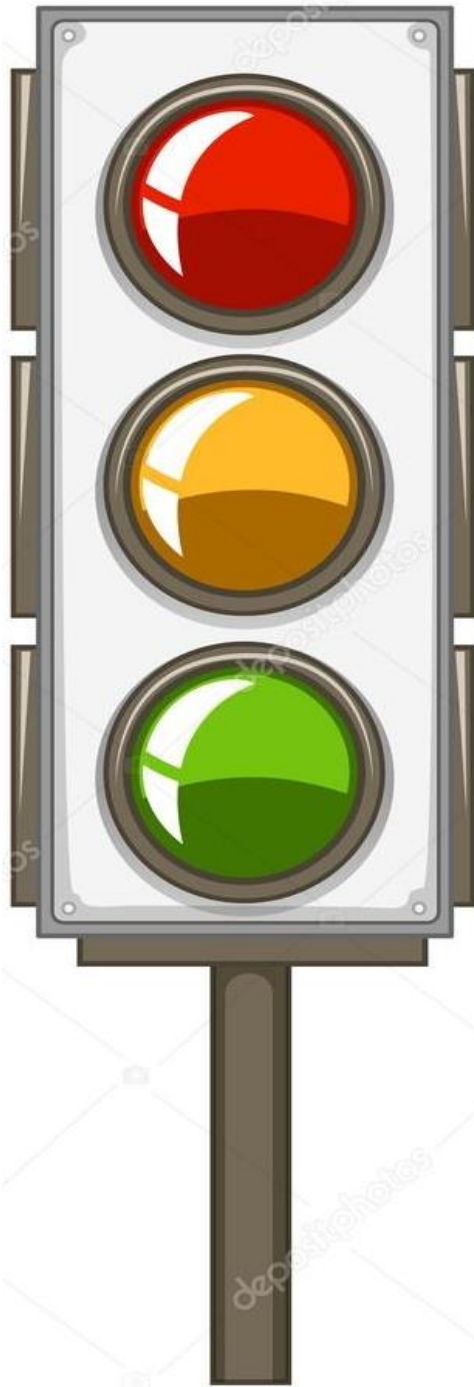
Anexo I. Pictograma de Habilidades Sociales



Anexo J. Pictograma de Técnica de Respiración



Anexo K. Semáforo de la Conducta



Anexo L. Cronograma de Trabajo

| Duración 8 sesiones | | | | | |
|---------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|
| Sesión | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales | Tiempo |
| 1 y 2 | Saludos y despedidas. | <ul style="list-style-type: none"> Desarrollar las habilidades sociales, para que el niño mejore sus relaciones interpersonales. | <p>Actividad de inicio: Para establecer un ambiente de confianza inicie con una dinámica de presentación y repasamos algunas normas que se debe poner en práctica cada semana.</p> <p>Actividades de desarrollo: 1. Se inició empleando la técnica del modelado, para escenificar situaciones en las que se pueden aplicar las habilidades sociales de saludar (empleando las palabras hola, buenos días, buenas tardes y buenas noches) y despedirse (empleando la palabra chau o adiós). 2. Posteriormente, mediante instrucciones directas, se pidió al niño que repita verbalmente las habilidades sociales enseñadas dentro del aula de trabajo y luego en otros contextos (tienda, puerta del hospital); y por cada vocalización que realizaba de manera correcta y en el momento indicado, se le brindaba un reforzador social (levantamiento del dedo pulgar y sonrisa). 3. Una vez terminado ello, se colgó en ambos lados de la puerta un recuadro con imágenes de saludo y despedida, para que podamos continuar aplicando lo aprendido durante cada sesión.</p> <p>Actividades de desarrollo con la madre: 1. Se le aplicó una lista de chequeo. 2. Se coordinó con la mamá un programa de economía de fichas con las habilidades sociales a trabajar en casa (saludar, despedirse y pedir por favor) por el periodo de ocho semanas. 3. Se le entrego un registro de frecuencias para trabajar en casa. 4. Se le brindo orientación sobre el adecuado llenado del registro y se le instruyo sobre las técnicas conductuales a aplicar.</p> <p>Cierre: 1. Se le brindo un juguete de preferencia al niño. 2. Se respondieron las preguntas que la madre tenía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Cartulina. Imágenes impresas. Goma. Lana. Tijera. Ambientes del hospital. | Una hora (40 minutos con el niño y 20 minutos con la madre). |
| 3 | Decir «por favor» | <ul style="list-style-type: none"> Facilitar el aprendizaje de las habilidades sociales en el niño, basado en la vocalización de decir «por favor» cuando quiere un objeto. | <p>Actividad de inicio: Se comienza la sesión con una dinámica que refuerce la sesión anterior.</p> <p>Actividades de desarrollo con el niño: 1. Esta actividad se realizó mediante un cuento, plasmado con imágenes, empleando diferentes tonos de voz y movimientos para que el niño pueda comprenderlo mejor, y teniendo en cuenta que si logra concentrarse se le brindará un reforzador positivo. 2. Se pide al niño que elija uno de los objetos situados en cada una de mis manos (rompecabezas y plastilina). 3. En el momento en que el niño extiende su brazo para tomar el objeto de preferencia, se le indica que emplee la palabra «por favor». Se realiza este procedimiento tres veces.</p> <p>Actividades de desarrollo con la madre: 1. Se explicó a la madre la actividad trabajada con el niño, para que pueda realizarla en casa. 2. Se le solicitó el registro de frecuencias trabajado en casa, la semana anterior. 3. Se le brindó orientación sobre el adecuado llenado del registro y se le instruyo sobre las técnicas conductuales a aplicar, durante esa semana.</p> <p>Cierre: 1. Se le brindó al niño un juego didáctico. 2. Se resolvieron las dudas que la madre tenía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Imágenes del cuento. Objetos (rompecabezas y plastilina). | Una hora (40 minutos con el niño y 20 minutos con la madre). |
| 4 | Aprendo a regular mi volumen de voz. | <ul style="list-style-type: none"> Reducir en el niño la conducta de levantar el tono de voz, para que pueda mejorar la relación con sus pares. | <p>Actividad de inicio: Se inicia la sesión con una dinámica y se recuerda lo trabajado en la sesión anterior.</p> <p>Actividades de desarrollo con el niño: 1. Se inició explicando los diferentes tonos de voz, por medio de pictogramas. 2. Se explicó el uso adecuado de los diferentes tonos de voz en cada contexto; y mediante la técnica del modelado (verbalizando y gesticulando) se enseñó cuatro tonos de voz diferentes (silencio, susurro, normal y gritar). 3. Luego se presentó al niño dos casos hipotéticos en imágenes y se le preguntó: ¿crees que es correcto gritar?, ¿en qué lugares o momentos se puede gritar?; y cada vez que responde en forma adecuada, se le dará un reforzador social (halago).</p> <p>Actividades de desarrollo con la madre: 1. Se le solicito el registro de frecuencias trabajado en casa, durante la semana. 2. Se le instruyo sobre las técnicas conductuales a aplicar.</p> <p>Cierre: 1. Se le brindo unos cubos. 2. Se respondieron las preguntas que la madre tenía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Carteles con imágenes impresas (pictogramas). Plumones. Imágenes de casos hipotéticos. Espacios del hospital. | Una hora (40 minutos con el niño y 20 minutos con la madre). |

Anexo L. Cronograma de Trabajo (Continuación)

| Duración 8 sesiones | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---|--|---|--|
| Sesión | Tema | Objetivo | Desarrollo | Materiales | Tiempo |
| 5 y 6 | El semáforo de la conducta. | <ul style="list-style-type: none"> Favorecer el desarrollo de estrategias de autocontrol. Implantar la reflexión antes de actuar. | <p>Actividad de inicio: Se comienza la sesión con una canción y se mostró la imagen de un semáforo.</p> <p>Actividades de desarrollo con el niño: 1. Inicialmente se le presenta al niño la imagen del semáforo explicándole el significado de cada color: rojo (parar y reconocer lo que se siente), amarillo (pensar) y verde (soluciones simples). 2. Se le enseña que mediante la técnica del semáforo, podrá tener mayor autocontrol por medio de un juego. 3. Posteriormente, se le presentan casos hipotéticos relacionados con sus conductas inadecuadas, donde tendrá que aplicar todos los pasos de la técnica del semáforo.</p> <p>Actividades de desarrollo con la madre: 1. Se le explico a la madre la técnica trabajada con el niño y se le indico pegar la imagen de un semáforo en casa. 2. Se le solicito el registro de frecuencias trabajado en casa, la semana anterior. 3. Se le brindo orientación sobre el adecuado llenado del registro y se le instruyo sobre las técnicas conductuales a aplicar. 4. Si el niño tiraba manotazos, jalaba el cabello o gritaba se le ayudaba a recordar la técnica del semáforo.</p> <p>Cierre: 1. Se le brindo al niño un juego didáctico. 2. Se respondieron las preguntas que la madre tenía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Imagen impresa de un semáforo. Imágenes de casos hipotéticos. | Una hora (40 minutos con el niño y 20 minutos con la madre). |
| 7 y 8 | La historia de la tortuga. | Enseñar al niño el ejercicio de la «tortuga» para disminuir sus conductas inadecuadas. | <p>Actividad de inicio: Comenzamos la sesión con una dinámica y recordamos lo trabajado en la sesión anterior.</p> <p>Actividades de desarrollo con el niño: 1. Se inicia en esta sesión con la presentación de un cuento, por medio de imágenes. 2. Se le brinda y explica mediante casos hipotéticos situaciones problemáticas. En base al cuento relatado. 3. Se explica al niño que cuando sienta que va a reaccionar inadecuadamente, tiene que esconderse en su caparazón (detenerse y pensar), relajarse (técnica de respiración) y realizar una conducta positiva. 4. Posteriormente, se enseñó al niño la respiración, a través de la técnica del modelado; y se empleó casos hipotéticos, para que aplique las actividades anteriores.</p> <p>Actividades de desarrollo con la madre: 1. Se explicó a la madre la actividad trabajada con el niño. 2. Se le solicitó el registro de frecuencias trabajado en casa. 3. Se le brindó orientación sobre el adecuado llenado del registro, se le instruyó sobre las técnicas conductuales a aplicar; y al finalizar todas las sesiones de intervención, se le solicitó el último registro de frecuencia.</p> <p>Cierre: 1. Se le brindo al niño un juego didáctico. 2. Se absolvió las dudas que la madre tenía.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Un escritorio. Sillas. Imágenes de la historia de la tortuga. Casos hipotéticos en imágenes. | Una hora (40 minutos con el niño y 20 minutos con la madre). |