



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA DE
ATENCIÓN Y HÁBITOS PARA COMER ADECUADAMENTE EN UN
NIÑO CON ESPECTRO AUTISTA**

**PRESENTADA POR
KATIA ELIZABETH ORMEÑO RUIZ**

**ASESOR
ANGEL MANYA ASPILCUETA**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2018



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y DE
PSICOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO- EDUCATIVO: PROGRAMA DE ATENCIÓN Y
HÁBITOS PARA COMER ADECUADAMENTE EN UN NIÑO CON ESPECTRO
AUTISTA

TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA DE
PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
ORMEÑO RUIZ, KATIA ELIZABETH

ASESOR:
DR. MANYA ASPILCUETA, ANGEL

LIMA- PERU

2018

A mis padres Juan Carlos y Alinda, por el inmenso amor que me demuestran día a día y por el gran ejemplo que representan. Por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este.

A mi hermano Juan Carlos, compañero de mil travesuras, por compartir mis éxitos y fracasos.

A mi Esposo, tu ayuda ha sido fundamental, has estado conmigo en los buenos y malos momentos. Al amor de mi vida, mi hijo por ser mi motivación y fuerza. Este estudio de caso no fue fácil, pero estuvieron motivándome y ayudándome hasta donde sus alcances lo permitieran.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, Nuestro Señor, por estar a mi lado en cada momento de mi vida y por la gran familia que me ha brindado.

A mi Alma Mater, la Universidad San Martín de Porres, por cobijarme en sus aulas y permitirme lograr una importante etapa de mi vida, convertirme en una Profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Psicología, por compartir sus conocimientos y experiencias en el desarrollo de mi formación académica.

A todos aquellos, que forman parte de mi vida.

INDICE

	Pág.
PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I.- MARCO TEÓRICO	8
1.1.- Antecedentes Históricos	8
1.2.- Definición de Espectro Autista	10
1.3.- Características del Espectro Autista	12
1.4.- Causas del Espectro Autista	15
1.5.- Detección del Espectro Autista	16
1.6.- Estrategias de Evaluación, Diagnostico	20
1.6.1.- Las áreas	22
1.6.2.- Diagnostico	23
1.7.- Intervención en el Espectro Autista	24
1.7.1.- Intervención Temprana	24
1.7.2.- Modelos de Intervención	24
1.8.- Clasificación del Espectro Autista	25
CAPÍTULO II.- EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	27
2.1.- Anamnesis Psicológica	27
2.2.- Informe Psicológico	31
CAPÍTULO III.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	34
3.1.- Identificación del Problema	34
3.1.1.- Programa de Atención	35
3.1.2.- Programa de Hábitos de comer adecuadamente	39
3.2.- Resultados	42
3.2.1.- Programa de Atención	42
3.2.2.- Programa de Hábitos de comer adecuadamente	46
CAPÍTULO IV.- REESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52

4.1.- Resumen	52
4.2.- Conclusiones	53
4.3.- Recomendaciones	53
REFERENCIAS	56
ANEXOS	58

INTRODUCCIÓN

El Espectro autista es un trastorno del desarrollo que persiste a lo largo de toda la vida. Este trastorno se hace evidente desde el nacimiento o antes de los primeros 30 meses de vida y da lugar a diferentes grados de alteración del lenguaje, la comunicación, las competencias sociales y de la imaginación.

El nivel de inteligencia y la gama de capacidades de las personas con espectro autista son muy variables, aunque la inmensa mayoría presentan una deficiencia mental asociada de diverso grado. En algunos casos, sin embargo, pueden ser normales en ciertos aspectos o incluso estar por encima de la media.

Hay muy pocas personas con espectro autista que tengan capacidades suficientes para vivir con un grado importante de autonomía, y la mayoría requieren una gran ayuda durante toda la vida; tratándose de esta condición, su evaluación debe concebirse desde una perspectiva integral y longitudinal tendiente a mejorar su calidad de vida brindando los servicios apropiados a cada fase del proyecto de vida.

Gran parte de los síntomas del espectro autista son psicológicos por lo que la intervención en ellos desde un enfoque psicopedagógico y conductual es importante para su adaptación a los diferentes ambientes por donde se mueve.

Por lo tanto, es trascendental tomar en cuenta cada aspecto del desarrollo de un niño para lograr: socialmente interactuar con su entorno, biológicamente cuidar y estar al tanto de su salud y psicológicamente estimular cada una de sus áreas. Si no se toma en cuenta estos factores, al niño se le dificultará la realización de diferentes tareas.

En el presente estudio se pretende implementar programas para incrementar los niveles de atención y el hábito de comer adecuadamente los alimentos a la hora de la lonchera, logrando la autonomía personal del niño con espectro autista.

Lo antes mencionado despierta la inquietud por responder a la siguiente interrogante:

¿La aplicación de programas de intervención educativa logrará incrementar los niveles de atención y potenciar la conducta de comer adecuadamente los alimentos a la hora de la lonchera, en un niño con espectro autista?

Para su mejor comprensión el presente trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos

En el primer capítulo se presenta el marco teórico, sobre las bases teóricas más importantes del espectro autista. Antecedentes históricos, definiciones, características, causas, detección, estrategias de evaluación, diagnóstico e intervención y clasificación del espectro autista

En el segundo capítulo está referido a la evaluación psicológica el cual está conformado por la anamnesis psicológica e informe psicológico.

En el tercer capítulo, se presenta la intervención psicológica conformada por los programas de intervención.

En el cuarto capítulo, se presenta resumen, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1.- Antecedentes Históricos

Es muy importante ir conociendo como la definición de espectro autista ha ido evolucionando a través del tiempo, estas definiciones han ido cambiando a través de cada autor de cada época. Por otro lado, antiguamente no existían tantos métodos o terapias para los pacientes con espectro autista, eran tratados o cuestionados de acuerdo a la percepción de que se tenía en ese momento.

Se conoce muchas investigaciones sobre el espectro autista. Arebillaga (2015), menciona, que el término autismo fue ideado por el psiquiatra suizo Bleuler en 1911, refiriéndolo originariamente a un trastorno básico de la esquizofrenia, que consistía en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo casi de manera extrema.

Munro (1999) refiere los doctores, Kanner en América y Asperger en Austria en 1940 ambos coincidieron con la aparición del espectro autista, así mismo lo describían de manera distante ya que se basaban sobre los niños que estaban estudiando.

Baron – Cohen (2008) menciona que el psiquiatra infantil Rutter integrante del instituto de psiquiatría de Londres menciona que la cifra de espectro autista oscilaba entre niños de 4 por cada 10 000; esta cifra se basa en un estudio realizado por Later. El doctor Rutter contribuyo con la clasificación y definición del espectro autista el cual pudo diferenciarse de diversas patologías psiquiátricas.

El psicoanalista Bettelheim en (1960), citado por Baron – Cohen (2008) refiere, que consideraba que el espectro autista se presentaba por la poca relación afectiva que existía con la madre. Esta teoría llevó al que psicoanalista pueda diseñar un tratamiento, consistía en apartar a los padres biológicos del niño para que estos logren un desarrollo normal, lo denominaba “parentectomía”, pero este tratamiento no tuvo buenos resultados (el separar a los padres de sus hijos),

así mismo el doctor Rutter, llegó a la conclusión que los padres de niños diagnosticados con espectro autista eran menos afectuosos gracias a sus contribuciones se pudo aclarar que los progenitores no tenían culpa alguna por la conducta de sus hijos.

Tinbergen de Oxforf en (1983) citado por Baron – Cohen (2008), publicó un libro donde mencionaba que existía la posibilidad que cualquier trauma que afectará el apego del infante en relación con su madre era el factor que podía causar el espectro autista. Así mismo se conoce que los estudios que realizó se reconocieron que elevados niveles de ansiedad son relacionados con niños autistas, pero no dio resultados de sus hipótesis, sin embargo, sugería que se realizaría, la terapia del apego la cual tenía como finalidad en obligar a los niños abrazar a sus padres, esto fue muy discutido por temas éticos.

Los estudios del Rutter citado por Baron – Cohen (2008), se pueden afirmar que el espectro autista no se debía a la frialdad que tiene la madre con el niño. En estos niños su mayor discapacidad es poder relacionarse socialmente, lo que ha llevado a tener muchas fantasías o rotulaciones sobre ellos, decían que eran animales, criaturas abandonadas que pertenecían a otro planeta, estos conceptos son mitos y después de muchos años que investigaron se pudo demostrar que esta enfermedad es una patología neurológica.

Munro (1999) sostiene: Que Kanner argumenta que estos niños estaban pasando por una esquizofrenia infantil, pero tenía claro que no se podía percibir todos los síntomas de dicha enfermedad la cual lo atribuyó como autismo infantil. Por otro lado, Asperger lo identifica como un trastorno de personalidad, ya que se veían afectados un porcentaje de niños referidos por la clínica psiquiátrica infantil, pero él reconocía que estaban erróneamente etiquetados por el término espectro autista. Asperger reconoce que la sintomatología entre pacientes psiquiátricos y pacientes con espectro autista era totalmente distintos. Kanner llegó a publicar un artículo en Inglaterra. Por otro lado, la terminación de autismo infantil llegó a ser reconocido en los años 50 y 60 y así más pacientes pudieron ser diagnosticados. Hans Asperger no obtuvo tanta suerte en el mundo de habla inglesa ya que sus

aportes venían siendo ignorados a diferencia que, en Europa, que logró continuar con sus investigaciones sobre la psiquiatría infantil.

Munro (1999) refiere: Que existe una incertidumbre si Kanner conocía sobre las investigaciones de Asperger, pero si se conoce que Asperger más adelante llegó a leer sobre la investigación de Kanner. Este autor manifestó que ambos habían identificado síndromes separados con grandes similitudes. Otros autores manifestaron que el espectro autista de estos investigadores era el mismo síndrome.

Baron – Cohen (2008), refiere que la doctora Wing psiquiatra social miembro fundadora de National Autistic Society (NAS), madre de una hija con autismo, realizó un estudio donde intervenía individuos con problemas de aprendizaje, en ese tiempo los identificaban como “retrasados mentales”. Wing fue la primera que sugirió que el autismo era un trastorno de espectro.

Munro (1999), Posteriormente en 1981 Wing, utilizó la terminología de Asperger para especificar a los diversos grupos que venía observando. La terminología fue ampliamente utilizada en el mundo, así mismo otros autores mencionan que el síndrome de Asperger es una conclusión más admisible desde la percepción de los familiares. Así mismo ellos aducen que existe un signo habitual respecto al espectro autismo que no tiene el término de Síndrome de Asperger los trastornos del desarrollo en general y en el espectro del trastorno autista en particular.

Rapin (s.f.) citado por Arebillaga (2015) sostiene que no existe una causa establecida sobre la aparición del espectro autismo; más bien podría ser un síndrome de causa neurológica que altera el área de la conducta.

1.2. DEFINICIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA

Han sido muchas las definiciones que se le han otorgado al término de espectro autista, el cual ha ido variando a través del tiempo con las respectivas investigaciones que han existido.

Etimológicamente, autismo proviene de la palabra griega “autos” que significa “uno mismo”. El significado de la palabra autismo por tanto sería meterse en uno mismo, enfrascarse.

Benites (2003) sostiene que el espectro autista está definido como un trastorno permanente del desarrollo que daña severamente el proceso de construcción de la experiencia y el desarrollo psicológico. Las personas diagnosticadas con espectro autista principalmente sus características son dificultades en las relaciones interpersonales, disfunción en la comunicación verbal y no verbal, perturbación sensorio-perceptivas y en la imaginación y un repertorio poco usual, en la mayoría repetitivo de intereses y actividades. Usualmente estas características se presentan en los primeros 36 meses de vida y es continuo a través de toda la vida.

Powers (2003) citado por Benites (2003) refiere que los pacientes diagnosticados con espectro autista presentan diversos niveles de complejidad, el cuadro clínico varía entre los pacientes (incluso dentro de la misma persona) esto depende de los factores que se pueden presentar como la edad y capacidad intelectual. Los casos más complejos se observa comportamientos repetitivos, poco usuales, se dañan así mismo y son agresivos. Esta conducta se mantiene a lo largo del tiempo y se requiere de una intervención profesional para poder ayudarlo. Los casos menos complejos de espectro autista se acercan más a un desorden de personalidad y está asociado a una dificultad en el aprendizaje. Algunos profesionales diferencian el síndrome autista de los rasgos autistas, y esta diferencia se daría por la presencia de 3 o 2 características básicas del espectro autista. Es necesario dejar en claro que muy aparte de la complejidad o severidad de los síntomas el tratamiento psicopedagógico para todos los diagnosticados con espectro autista es básicamente el mismo.

Hortiguera, (2008), citado por Muñubel, (2017), manifiesta que el espectro autista se define por presentar perturbación en algunas áreas de funcionamiento como son dificultad en relacionarse con su entorno, el lenguaje y habilidades de ficción e imaginación.

Barthélemy et al. (2008), citado por Muñubel, (2017), refiere que el espectro autista es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta antes de los 36 meses de edad, que llegan afectar a lo largo de su vida y sus áreas más alteradas son las relaciones interpersonales, la comunicación y comportamental, el cual varía en las personas.”

En la actualidad, el espectro autista se incluye dentro de los trastornos generalizados del desarrollo; y que se podría definir como un trastorno del desarrollo mental, debido a una disfunción cerebral, cuyos criterios diagnósticos se ajustan a los dictados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV).

1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL ESPECTRO AUTISTA

El espectro autista se define por un amplio espectro de limitaciones en diferentes áreas fundamentales del desarrollo. Las características principales del espectro autista son sus serias limitaciones en las relaciones interpersonales, dificultad en la comunicación y perturbación en el juego imaginativo y la imitación.

Según Holgin (2003), sostiene que la complejidad de estas limitaciones varía. Algunos niños se irritan cuando sus progenitores se alejan o pueden tener lazos afectivos o unión con uno de sus progenitores o con un amigo. Pero dicha relación no logra obtener la calidez y/o constancia que pueden tener los otros niños. Los pacientes diagnosticados con espectro autista presentan patrones de contacto visual y expresión facial atípicos. Tienen dificultad para mantener contacto visual y variar de expresión para mantener un contacto social; carecen de habilidad para identificar pautas y gestos de las personas, falta de empatía para reconocer el temperamento o respuestas de los demás. Su desenvolvimiento social es inapropiado, lo cual los lleva a no tener con éxito una relación interpersonal desde los primeros años hasta más tarde. Por otro lado, cuando se entrevistaba a los padres de familias ellos mencionan que sus niños parecían raros desde que nacieron, porque no podía mantener un contacto visual, no tendían a los brazos al ir a cogerlos, se encontraban callados y quietos en la mayoría de tiempo, no respondían a sus nombres, lo cual podía confundirse que “eran sordos” pero por otro lado si reaccionan a ciertos sonidos como el frotar el

papel de un caramelo, oír la música de un programa. Dificultad de la “atención conjunta”, una conducta espontánea, poco interés ante nuevas conductas. Los pacientes con espectro autista no perciben las emociones de los demás, carencia para entender la comunicación no verbal, gestos de manos o gestos faciales. La interacción social intencional es superficial y transitoria. Su carencia de la perspectiva del otro, dificultad que logré mantener relaciones interpersonales. Se observa que utilizan a las personas como objetos para satisfacer sus necesidades.

Tabla N.- 1

Características clínicas del espectro autista:

Área	Características	Ejemplo
Comunicación y Lenguaje	1.- Ausencia o retraso del lenguaje expresivo. 2.-Anomalías en el habla. 3.-Dificultades en las habilidades pragmáticas del lenguaje. 4.-Dificultades en lenguaje no verbal. 5.- Alteración prosodia.	1.- Emisiones sin función comunicativa. 2.-Ecolalias, neologismos. 3.-Dificultad para mantener una conversación. 4.- Dificultad para mantener el contacto visual. 5.- Inadecuada fluidez verbal

<p>Interacción Social</p>	<p>1.-Dificultad para comprender reglas y normas sociales.</p> <p>2.-Falta de reciprocidad socioemocional.</p> <p>3.- Escaso interés hacia los demás.</p>	<p>1.- Escaso interés por juegos y/o actividades propias de la edad.</p> <p>2.-Escasa comprensión de emociones elaboradas.</p> <p>3.- Dificultad para comprender el concepto de amistad</p>
<p>Flexibilidad mental y comportamental</p>	<p>1.-Desarrollo de actividades repetitivas sin meta aparente.</p> <p>2.- Manierismos motores y estereotipados.</p> <p>3.- Resistencia a cambios en el entorno o rutinas.</p> <p>4.-Preocupación excesiva por ciertos objetos o temas de interés</p> <p>5.- Alteraciones en la imaginación</p>	<p>1.- Insistencia por alinear objetos y resistencia a variar sus posiciones.</p> <p>2.- Aleteo de manos, balanceos.</p> <p>3: demanda o búsqueda de patrones estereotipados o repetitivos.</p> <p>4.- Fascinación por partes de objetos, letras.</p> <p>5.- Problemas para anticipar, planificar o programar.</p>
<p>Otras manifestaciones</p>	<p>1.-Alteraciones sensoriales.</p> <p>2.-Dificultades a nivel motor.</p>	<p>1.- Hipo e hipersensibilidad a estímulos auditivos, gustativos, olfativos, táctiles y visuales.</p> <p>2.- Dificultades en motricidad fina: problemas en escritura y</p>

		en el desarrollo de tareas sencillas que impliquen coordinación motriz.
--	--	---

Elaboración de Federación de Autismo (2010) citado por Muñubel (2017).

1.4 CAUSAS DEL ESPECTRO AUTISTA

Rodríguez (2002), sostiene que el espectro autista no se manifiesta como una enfermedad específica, ya que no se conoce una etiología exacta, por eso la considera como síndrome ya que se presenta como una disfunción neurológica dada por un trastorno profundo de la conducta. Así mismo existe varios síndromes que están concernidos con el espectro autista, el diagnóstico es estrictamente clínico. La generalidad de estos trastornos prematuros que están relacionados con las funciones cerebrales no son selectivos, lo que incita la existencia de señales del espectro autismo, tiene que presentarse otra sintomatología de disfunción neurológica. Se conoce pacientes con síndromes neurológicos bien precisos a los que se le relaciona la conducta autista.

Manya (2013) refiere que existen teorías que evidencian causas emocionales y sostiene que la mayoría de niños que padecen de espectro autista en sus primeros años de vida presentan dificultades en su conducta ya que tienen problemas para establecer una relación interpersonal y/o con su entorno y manifestar emociones. Muchas investigaciones comprueban que los progenitores de los niños diagnosticados presentan personalidades anormales, la madre de familia se le conoce por ser fría, de no mantener un lazo afectivo con su niño, negación al bebé, consecuencia de crecer en una especie de “refrigeradora emocional”, los progenitores suelen ser muy negativos, con poca empatía, distantes, la mayoría de su tiempo lo dedican sus labores personales, estas características de sus padres hacen que sus niños autistas no reciban afecto. El afecto es un factor importante en los primeros seis meses de vida del niño, ya que a falta de este puede manifestarse el síndrome, el lazo que existe entre la madre e hijo juega un papel importante con respecto a la génesis del espectro autista, el cual se añade un factor innato, está relacionado a una relación orgánica cerebral.

Garibay (2009) manifiesta que la causa perjudicial que daña la salud de las personas tiene mucha relación con las mismas sustancias químicas que estamos viviendo día a día con la expansión industrial, es algo que ya no está en discusión. Muchas enfermedades se desarrollan por estas sustancias químicas, como las alergias, dificultades gastrointestinales, problemas con el hígado, enfermedades de la piel, las malformaciones, daño en el desarrollo del sistema nervioso, alteración hormonal, el contacto con estas sustancias se puede obtener a través del aire, también al tener una relación continua o los alimentos que se llegan a consumir y ya están contaminados.

Manya (2013),” hay otras teorías que exponen causas físicas: plantean la posibilidad de factores orgánicos que predisponen la aparición de este síndrome, entre algunas causas podemos señalar: Rubéola materna, meningitis, encefalitis, aproximadamente el 1/3 tienen anormalidades del cerebro y del sistema nervioso. Investigaciones recientes afirman que el espectro autismo es de origen orgánico y se deben a alteraciones metabólicas, bioquímicas y en el funcionamiento cerebral; al parecer hay dificultades en las conexiones sinápticas por deficiencia de Dopamina ó Serotonina.” Pág. 8 – 9.

1.5.- DETECCION DEL ESPECTRO AUTISTA

Manya (2013), refiere que el espectro autista, inicia meses antes de cumplir los dos años de edad y la incidencia es más grande en varones que en mujeres (tres veces más) y que los medios socioeconómicos también intervienen, ya que esta se da en los medios más altos. Los niños necesitan regularmente una escolaridad especial y a su vez llevar un tratamiento y seguimiento para el niño y sus progenitores.

La detección se puede hacer:

- Revisando toda la anamnesis psicológica y su desarrollo
- Realizar exámenes correspondientes para descartar sordera o deficiencia auditiva o visual
- Investigar el lazo afectivo que existe con la madre, los niños autistas no responden a las caricias o afecta de su progenitora.

Barthélemy et al. (2008) citado por Muñubel (2017). Sostiene que investigaciones recientes indican que no se presencia de indicadores biológicos para la existencia de un espectro autista, pero los avances que se han venido obteniendo si se puede reconocer que el trastorno de espectro autista se presenta en edades tempranas.

La Federación de Autismo (2010) citado por Muñubel (2017).

Informa que existen señales que colaboran a estar atentos con una posibilidad de portar este trastorno. En la siguiente tabla quedan reflejadas para una mayor comprensión de las mismas:

Tabla N.- 2

Detección del espectro autista

De 18 a 36 meses	De 3 a 5 años	A partir de 5 años
No tiene interés por otros niños/as. No usa juego simbólico. Juega de forma poco imaginativa, repetitiva o ritualista. No utiliza el dedo índice para señalar, para indicar interés por algo. No trae objetos con la intención de mostrarlos. Parece que no quiere compartir actividades. Tiende a no mirar a los ojos, su mirada tiende a ser corta y “de reajo”. En ocasiones parece sordo, otras veces sensible a ciertos ruidos.	Tiene dificultades para entender mensajes a través del habla. Empieza a hablar con retraso y no muestra interés por comunicarse de otro modo alternativo Presenta dificultades para resolver los problemas propios de su edad. Presta escasa atención a lo que hacen otras personas. Hay determinados estímulos que les resultan intolerables. Utiliza objetos de manera funcional, sin desarrollar juego simbólico.	Tiene dificultades para compartir intereses o juegos con otros niños/as. En recreos o situaciones sociales similares suele estar solo o abandonar rápidamente los juegos con otros niños/as por falta de habilidad para la comprensión de “su papel” dentro del juego. Presenta una persistencia inusual a realizar determinados juegos o actividades que, aun siendo propias de su edad, llaman la

Presenta movimientos raros, como balanceos.	Tiene dificultades para centrar la atención y presenta una gran inquietud que se traduce en concretos y deambulaciones “sin sentido” Presenta dificultades para entender y soportar cambios en la vida diaria. En algunas ocasiones, manifiesta comportamientos extraños, como correteos, conductas estereotipadas del tipo balanceos o aleteos. A veces tiene rabietas de intensidad variable	atención, llegando a ser incluso obsesivas.
---	--	---

Elaboración de Federación de Autismo (2010) citado por Muñubel (2017).

Para identificar la existencia del espectro autista existen material, algunos de ellos se mencionan en la tabla:

Tabla N.- 3

Pruebas que se pueden aplicar para detectar el espectro autismo.

Herramientas	Nivel	Edad	Finalidad	Características	Autores
CSBS-BP (Communication and Symbolic BehaviirScales Developmental Profile)	Vigilancia del desarrollo	6-24 meses	Valoración aspectos sociales, comunicativos y simbólicos.	Cuestionario de 24 preguntas con diferentes grados de respuesta. Incluye un	Wetherby & Barry M, Prizant 1993

				apartado de preocupaciones	
M-CHAT (Modified checklist for Autism in Model)	Detección específica de TEA	18- 24 meses	Valoración del desarrollo comunicativo y social,	Cuestionario de 23 preguntas con respuestas si/no. Autocumplimentados por los propios padres.	Robins y cols 2001
CAST (childhead Asperger Sydomme Test)	Detección específica de TEA	4- 11 años	Evaluación de áreas de socialización, juego, interés y patrones de conducta repetitiva.	Cuestionario de 39 preguntas de respuesta si/no, para aplicar a padres o profesores	Scott cols, 2001
ASAS The Australian Scales for Asperger's Syndrome	Detección específica de TEA	A partir de 6 años	Evaluación de habilidades sociales y emocionales, comunicación, habilidades cognitivas, interés específicos y habilidades motoras	Cuestionario de 24 preguntas. Se puntúa de 0 a 6. Incluye un cuestionario adicional de 10 preguntas sobre características conductuales.	M.S. Gamett A.J. Attwood, 1998
Escala autónoma para la detección del Síndrome	Detección específica de TEA	A partir de los 6 años	Evaluación de habilidades sociales, lenguaje y	Cuestionario de 18 preguntas con diferentes grados de	Balinchón M; Hernandez JM; Martos

de Asperger y el Autismo de alto funcionamiento			comunicación, coherencia central, función ejecutiva, ficción e imaginación y habilidades mentales.	respuesta.	J; Sotillo M; Oliva Márquez, M y Olea, J (2008)
---	--	--	--	------------	---

Elaboración de Federación de Autismo (2010) citado por Muñubel (2017).

1.6.- ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO

Baltes (1996) citado por Manya (2013), refiere que la evaluación es un grupo de tareas profesionales, las cuales están indicadas a recopilar información verídica de las diferentes áreas psicológicas del paciente con la finalidad de conocer e identificar la problemática y poder intervenir. Tiene como objetivo describir y explicar:

- a) Como se encuentra actualmente, se conoce específicamente las áreas como inteligencia, aptitudes, personalidad, habilidad social, aprendizaje, deficiencias e impedimentos, nivel de deficiencia o característica que evidencie alguna dificultad.
- b) Circunstancias que puedan entorpecer el aprendizaje y adaptación del individuo especial en diferentes áreas ya sea a nivel familiar, educativo, social y laboral.
- c) Conocer las habilidades o áreas en las que destaca el niño, para seguir potenciando.

La evaluación Psicológica sigue la siguiente secuencia: Baltes (1996) citado por Manya (2013)

a) Recopilación de Información del Referente:

Los informantes pueden ser los progenitores del niño, el encargado de aula, el profesor o la máxima autoridad de la institución educativa a la cual pertenece, la información brindada sobre las áreas que presentan dificultades, describir la conducta que mantiene el paciente, la recaudación de la información servirá para establecer una línea base para dar inicio al

trabajo el cual puede ser aceptada o rechazada dicha hipótesis para dar el proceso de evaluación.

b) Elaboración y Análisis de la Anamnesis Psicológica:

Está dirigida para tener información sobre cómo se encuentra en la actualidad y la historia individual y familiar del paciente, se pone énfasis para conocer la aparición y como se viene desarrollando el problema. Se investiga sobre referencias familiares, el embarazo, el nacimiento, sobre enfermedades y si existió alguna anormalidad. Al terminar se podrá obtener hipótesis o apreciación del problema, el cuál se podría contrastar con toda la información que se recauda durante el proceso.

c) Entrevista:

Es un proceso que se utiliza para averiguar sobre la persona. La relación debe ser positiva y debe existir mucha empatía para que tenga un buen desarrollo, aquí se observa el comportamiento del individuo, la comunicación verbal y no verbal, la postura, también puede mostrar sus conocimientos, habilidades y deficiencias.

Este proceso se desarrolla por medio de algunas interrogantes o asignando tareas para conocer su nivel de comprensión. Al terminar se obtiene una apreciación sobre la persona.

d) Observación:

A través de esta estrategia se puede visualizar la conducta del evaluado frente a las situaciones que se le presentan a diario. La observación de la conducta frente a diversas circunstancias nos brinda una idea acerca del problema del educando y de cualquier comportamiento que el individuo haga ya sea caminar, saltar, hablar, agredir y comer, de ello se extrae la observación. La observación se hace con el fin de hacer una descripción e interpretación de la conducta que se está visualizando. Esta estrategia es muy útil, nos permite sacar información acerca del problema o problemas que el evaluado pueda presentar, la observación suministra información complementaria a otras formas de recogida de información y es de mucha utilidad porque permite obtener información de la conducta o de los

problemas del individuo. Siendo a veces el único procedimiento que nos permite recoger información sobre todo en los casos de los niños que no pueden hablar.

e) Registro:

Técnica que permite graficar la conducta del individuo, esta estrategia se realiza únicamente con la conducta observada. La conducta se observa de diferentes maneras cómo se desarrolla, cuantas veces se presenta, y esto permite poder informar sobre lo visto.

La elección de las pruebas psicológicas según Manya (2013), refiere que se realiza en base al conocimiento y manejo que presenta el examinador, al igual que ciertas características como la edad del examinado y el nivel que puede presentar.

1.6.1 Las áreas

a) Área Intelectual

Benites, (2003) sostiene que las personas diagnosticada con espectro autista, es un poco más dificultoso poder evaluar esta área ya que en algunos casos carecen de lenguaje o presentan ecolalia (lenguaje repetitivo), sus áreas con un mejor desempeño con aquellas tareas manipulativas. Mayormente sus retrasos están a un nivel profundo, moderado o leve, pero en algunas circunstancias su capacidad se puede presentar a un nivel promedio o normal

b) Área Social

Riviere, (2001) citado por Benites, (2003) manifiesta que son personas que presentan dificultad para interactuar con su entorno, muy poco participan de eventos sociales o logran formar lazos afectivos, personas que tiene dificultad para comunicarse y parece no importarle lo que le puede comunicar. Sus dificultades son poder comprender o ayudar a las personas,

en ponerse en su lugar, o de darse cuenta de sus intenciones que el otro tiene para él. La particularidad de ellos es que no saben mentir o engañar.

c) Área Emocional

Benites, (2003) Son individuos que como cualquiera tienen sentimientos, se les puede observar bipolares cambian rápidamente de situación emocional pueden estar contentos y en otras oportunidades pueden llorar o simplemente gritar sin tener causa alguna. Logran obtener un nivel de relación o lazo afectivo con personas de su entorno como son sus progenitores o profesores de aulas, lo que es dificultoso es que puedan expresar sus sentimientos.

d) Área Psicomotora

Manya (2013) sostiene que esta área es fundamental evaluar para observar también la coordinación motora fina y gruesa que puede estar presentando estas personas, como pueden resolver o desenvolverse con objetos, manejar lápiz, papel y posturas, reconocer e identificar su cuerpo, lateralidad, noción de tiempo y espacio.

e) Área Sensoperceptual y Visomotora

Manya (2013) Investigar sobre esta área es para conocer la coordinación Visomotora, el manejo ocular- manual (ojo- mano) poder diferenciar ruidos, objetos, y texturas

1.6.2 Diagnóstico

Manya (2013), El diagnóstico es el proceso final que se obtiene de la evaluación, este se define como la obtención de las características psicológicas tanto adaptativas e inadaptables. Existen diversos tipos de diagnóstico:

- Diagnóstico Nosográfico, tiene como finalidad describir e identificar en una sola palabra el diagnóstico
- Diagnóstico Etiológico, este diagnóstico consiste de donde proviene el problema como se originó y como va evolucionando.
- Diagnóstico Diferencial, este consiste en comparar los síntomas o síndromes entre dos o más diagnósticos que estén presentando sintomatología o manifestaciones comunes. El diagnóstico de autismo

ocurre continuamente con otros desórdenes, es por eso que este tipo de diagnóstico es un poco difícil por lo cual siempre se debe buscar al personal indicado.

- Diagnóstico Descriptivo, este tipo de diagnóstico tiene como tarea de describir de manera clara y precisa, siempre destacando las habilidades y las áreas con poco desempeño.
- Diagnóstico Funcional, lo conocen también como diagnóstico conductual, este consiste en describir la conducta y sus características. Es descriptivo, objetivo, operacional y analítico.

1.7.- INTERVENCIÓN EN EL ESPECTRO AUTISTA

1.7.1.- Objetivos de la Intervención

Intervención Temprana

Aparicio, (2012), la intervención se da inicio con un diagnóstico temprano, la cual está dirigida a los niños de 0 a 6 años, a sus familiares y a su entorno y tiene como finalidad conocer la problemática para ofrecer una intervención al sujeto que presenta trastornos de espectro autista. Una adecuada atención también consiste en elegir un tratamiento de intervención adecuado, y a la vez informar y acompañar a los familiares y tener contacto con los centros educativos.

1.7.2.- Modelos de Intervención

Benites, (2003), sostiene que hasta la fecha no se conoce de una cura para el espectro autista. Las intervenciones son propuestas y diseñadas con la finalidad de poder tener un abordaje adecuado para cada paciente con espectro autismo. Las intervenciones más usuales y con óptimos resultados son tratamientos médicos, neurológicos, educativos y psicológicos. Estas intervenciones no curan en sí el espectro autismo, pero sí se logra tener cambios positivos en el comportamiento.

- Tratamiento Médico: La intervención médica corresponde al uso de medicamentos para reducir niveles de hiperactividad, ansiedad, la autoagresión u otros síntomas que se presentan en niños con espectro autista. (Benites, 2003).

- Tratamiento Psico- Educativas: Este tipo de intervenciones priorizan el diseño, la estructuración del programa para potenciar algunas áreas. La intervención temprana es favorable para obtener resultados positivos al desarrollo personal, académico y social de pacientes con espectro autista. (Benites, 2003),
- Tratamiento basadas en la familia: Su finalidad es trabajar sobre la inclusión de la familia en la intervención y formen parte de el como pieza fundamental para mejorar las necesidades del paciente. Brindan información y apoyo a todos los familiares. (Naranjo, 2010).

1.8.- TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

La definición de Espectro Autista fue planteada por Wing en (1996) citado por Manya (2013) para dar a conocer que el autismo se presenta en diversos grados y diferentes cuadros del desarrollo.

1.8.1 Trastorno de Asperger

Cimino et al. (2005). Es un trastorno neurobiológico que afecta la interacción social y patrones de la conducta y de actividades restrictivas y repetitivas, lo cual se ve afectado el desempeño en diversas áreas del individuo, a nivel personal, social o laboral.

Manya (2013), menciona que este trastorno se evidencia a los cuatro años de edad, y la diferencia que tiene con el autismo es el retraso significado del lenguaje, la cognición, en las áreas de capacidades cognitivas llega a destacar.

1.8.2 Trastorno de Rett

Manya (2013), trastorno neurológico que se evidencia en el género femenino. El desarrollo del individuo es normal y luego existe una pérdida parcial o total de diversas áreas como son el lenguaje, habilidades sociales y el área de motricidad la cual se hace evidente a los cuatro años de edad. La particularidad de este trastorno es la pérdida de movimientos intencionados, convulsiones, debilidad muscular y retraso mental.

1.8.3 Trastorno Desintegrativo de la Niñez

Espíndola, et al (2008). Este tipo de trastorno se manifiesta luego de haber tenido un desarrollo normal durante los dos primeros años de vida, el cual se ve estacando de forma gradual o total evidenciando un deterioro severo y tiene como consecuencia pérdidas en las habilidades comunicativas y lingüísticas, sociales y de juego. A su vez también presentan perdida en el control de esfínteres y área de motricidad.

CAPITULO II EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

2.1.- ANAMNESIS PSICOLÓGICA

I.- DATOS DE FILIACIÓN:

Nombres : Alonso
Lugar y Fecha de Nacimiento: Lima 8 de enero del 2001
Edad : 9 años y 7 meses
Escolaridad : Inicial II
Números de hermanos : 2 hermanos
Lugar que ocupa : Último
Fecha de Entrevista : 9, 11, 13 y 16 Agosto del 2010

II.- PROBLEMA ACTUAL:

Niño de 9 años y 7 meses. Presenta dificultad con los niveles de atención y dificultad para comer adecuadamente los alimentos. Necesita apoyo para realizar sus actividades requiriendo siempre de supervisión

¿Qué problema tiene el niño?

Autismo

¿Desde cuándo notaron las dificultades?

A partir de los 2 años notaron las dificultades, el diagnóstico lo confirmaron a los 2 años y 6 meses.

¿Cómo reaccionan los miembros de la familia?

Al inicio mucha tristeza y decepción ante el diagnóstico, luego lo aceptaron con mucha resignación.

III.- DATOS FAMILIARES

a) PADRES:

PADRE: Nombre : Carlos
Edad : 44 años
Ocupación : Economista

MADRE: Nombre : Patricia
Edad : 40 años
Ocupación : Administradora

b) HERMANOS:

HERMANO: Nombre : Antonio
Edad : 15 años
Ocupación : Estudiante de secundaria

HERMANA: Nombre : Alessandra
Edad : 11 años
Ocupación : Estudiante de primaria

c) VIDA FAMILIAR:

Alonso asiste al centro de educación especial desde los 3 años. La relación entre los hermanos y los padres es muy buena, se llevan bien y entre ellos se apoyan. Ellos quedan al cuidado de los abuelos paternos, mientras sus papás trabajan. La forma que ellos sancionan al niño es retirándole de su lonchera las papitas light.

III.- DESARROLLO DEL NIÑO

a) Desarrollo pre- natal

Embarazo no planificado de alto riesgo obstétrico, fue concebido cuando la madre tenía 30 años. Control médico durante todo el desarrollo pre- natal. Estado emocional de la madre constante pena. Refiere que no bebió alcohol, ni fumo, ni se administró medicamentos.

b) Desarrollo peri- natal

Parto distócico: Nació a los 9 meses por cesárea considerado el embarazo de riesgo por encontrarse con el cordón umbilical alrededor de su cuello. El Test de Apgar 8. Peso al nacer: 2,850 Kg. y estatura de 49 cm

c) Desarrollo post- natal

Permaneció internado 3 días en Neonatología. Desarrolló un cuadro de Neumonía a los 2 años y medio. Suele presentar infecciones a las vías respiratorias con fiebres altas. A los 2 años los padres observaron conductas extrañas en el niño.

d) Desarrollo Neuromuscular

Empezó a caminar a los 15 meses, presentaba cierta hipotonía muscular, torpeza motriz (tropiezos y caídas frecuentes) Dificultades de motricidad fina (botones, zapatos, cubiertos). Caminaba de puntillas

e) Desarrollo del Lenguaje

Presenta un retraso en el lenguaje expresivo, Empezó a hablar a los 3 años, palabras sueltas. No formaba oraciones, aún dificultades de pronunciación (r, l) Por otro lado, tiene un lenguaje muy infantil e inmaduro y Tiene dificultades para comenzar o continuar una conversación

f) Desarrollo de Hábitos

Autonomía:

- Dificultades en la adquisición de hábitos básicos, como: vestirse, comer, lavarse, etc. Presenta control de esfínteres, el vesical nocturno le requirió más tiempo, pero a los 3 años pudo manejar un adecuado control.

Afectividad:

- Evita el contacto físico. No le gusta que lo toquen o levanten en brazos. Muestra desinterés por su entorno.

IV.- DESARROLLO EN LA ACTUALIDAD

a) Alimentación

Come de todo, excepto carne de res, pescado y menestras, aún presenta dificultad en utilizar los cubiertos. En muchas oportunidades come muy rápido y se atraganta con la comida. Le cuesta estar sentado durante la hora de comer, se muestra inquieto, se levanta constantemente.

b) Sueño:

Alonso comparte la habitación con su hermano mayor, necesita de ciertos rituales para dormir (leer cuento, luz encendida, sus peluches a los pies de su cama).

Presenta un sueño muy inquieto, se despierta muchas veces (pesadillas, miedos).

c) Escolaridad

Inicio su escolaridad desde los 3 años de manera regular, y su nivel de adaptación fue muy buena.

Actualmente en el salón de clases, él niño es inquieto; sin embargo, trabaja en sus cuadernos, pero siempre con apoyo y supervisión de la docente siempre hay que instigarlo a seguir las instrucciones. Le gusta pintar, punzar, realizar trabajos manuales; lo que menos le agrada es escribir.

Demuestra habilidad para los números y la música, sabe llevar muy bien el compás. Algunas veces cuando no logra hacer o conseguir lo que él desea empieza a gritar, pararse y golpear la pared.

En el patio de juegos, son pocas las veces que él juega con otros niños, prefiere estar solo en el columpio, por otro lado, presenta episodios de risas exageradas sin aparente motivo.

2.2.- INFORME PSICOLOGICO

I.- DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre : Alonso
Edad : 9 años, 7 meses
Fecha de Nacimiento : 8 de enero del 2001
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de Instrucción : Inicial II de Educación Especial
Fecha de Evaluación : 9, 11, 13 y 16 Agosto del 2010

II.- FUENTES DE INFORMACIÓN:

Anamnesis Psicológica y Entrevista a la madre.

Reportes y aplicación de los siguientes instrumentos psicológicos: Escala de Inteligencia Stanford Binet, Escala de Madurez Social de Vineland, Test de Desarrollo de Gessell y Escala de Valoración del Autismo en la niñez. C.A.R.S.

III.- OBSERVACIÓN DE CONDUCTA:

El examinado es de estatura promedio normal y contextura gruesa. De tez trigueña, cara ovalada, frente amplia. Ojos de color marrón oscuro, evita las miradas, en ocasiones tiene la mirada perdida. Su cabello es de color negro, largo, con las puntas semionduladas por lo que en ocasiones parece ser desordenado; por lo demás su arreglo e higiene personal son adecuados; la vestimenta es acorde a su sexo, edad y estación.

Es inquieto, colabora con su trabajo, pero también hace pataletas cuando no se le da lo que requiere. En cuanto a sus antecedentes, el niño fue gestado cuando la madre tenía 30 años, no fue planificado por los padres, nació a los 9 meses, su parto fue por cesárea, su peso y estatura se encontró dentro de lo esperado. Desde muy pequeño asistió a Terapia de Lenguaje y Psicomotricidad. Asiste al C.E.B.E desde los 3 años.

En la observación realizada en el aula, el niño se muestra inquieto, su atención es muy dispersa trabaja siempre con motivación, apoyo y supervisión de la docente, le gusta pintar, punzar y realizar trabajos

manuales, lo que menos le gusta es escribir, cuando se le indica que tiene que trabajar las vocales en su cuaderno empieza hacer pataletas y a gritar, y se para de su asiento constantemente.

Durante la evaluación del niño, se conversó con él y se mostró tranquilo con buena predisposición para trabajar.

IV.- ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados de la evaluación realizada, el examinado se encuentra funcionando con un Coeficiente Intelectual de 43 equivalente a una categoría de Retardo Mental Moderado, su edad Mental actual corresponde a 4 años 3 meses decir 5 años 4 meses por debajo de su edad cronológica. Al analizar las diferentes funciones encontramos que tiene habilidades para insertar las figuras geométricas en el tablero, reconoce las partes del cuerpo, buena discriminación en tamaño, identifica objetos por su nombre, obedece órdenes sencillas y ordena figuras, sin embargo, muestra dificultades en las semejanzas y diferencias entre figuras, completar dibujos y hacer definiciones de las palabras dadas.

Socialmente se encuentra funcionando con una Edad Social de 5 años, lo que equivale a una categoría de Retraso Social Leve, realizando conductas tales como leer por su propia iniciativa, escribir palabras con letras de imprenta, usa lápiz o crayola para dibujar, sin embargo, muestra dificultad en conductas tales como bañarse solo, realizar trabajos rutinarios en casa, leer el reloj, se moviliza solo hacia el colegio. Con respecto a su nivel grafomotor llega a 4 años, desarrollando sin ninguna dificultad la reproducción de algunas figuras geométricas, línea vertical, círculo, cruz y aspa.

Según la escala de autismo infantil, el examinado se ubica en la Categoría de Autismo Moderado y presenta las siguientes características como imitar simples comportamientos, la actividad del niño resiste cambios de rutina trata de continuar la actividad anterior y es difícil de distraer, se interesa más en mirar a espejos y uso inmaduro de comunicación no verbal, solo señala vagamente algo.

V.- CONCLUSIÓN DIAGNOSTICA:

Alonso, es un niño que presenta signos y síntomas compatibles a Autismo Infantil. Actualmente se encuentra funcionando intelectualmente con un Coeficiente Intelectual correspondiente a un Déficit Moderado. En cuanto a su desenvolvimiento y adaptación al medio se encuentra funcionando con un Retraso Social Leve. Con respecto a su nivel grafomotor llega a 4 años. El examinado se ubica en la categoría de Espectro Autismo Moderado.

VI.-RECOMENDACIONES:

- Continuar con la Educación Especializada
- Diseñar y ejecutar un programa de atención.
- Diseñar y ejecutar un programa de autovalimiento para comer adecuadamente los alimentos.
- Incentivar su Independencia Personal
- Brindar orientación y apoyo psicológico a la familia.

CAPITULO III INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

3.1.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En relación a la intervención que se lleva acabo con el evaluado, esta se orienta al incremento de las conductas deficitarias que el presenta.

Las técnicas que se usaron son las de modificación de conducta las cuales se basan en el modelo conducta y nos permitirán que se muestre un mejor desenvolvimiento en su desarrollo posterior.

El programa de intervención, que se trabajo fue incrementar su nivel atencional, ya que se observó las dificultades que aun presentaba para poder mantener su atención ante un estímulo por un periodo establecido.

El siguiente programa de intervención que se trabajó fue de hábitos para comer adecuadamente los alimentos a la hora de la lonchera, se observaba que al ingerir los alimentos lo hacía en pedazos muy grandes, llenándose la boca y hasta llegar que se le caiga la comida, masticaba con la boca abierta y hacer ruidos.

- Diseño del Programa de Tratamiento

3.1.1 PROGRAMA DE ATENCIÓN

1. DATOS GENERALES:

NOMBRE : Alonso
FECHA DE NACIMIENTO : 08 de enero 2001
EDAD : 9 años, 7 meses
RESPONSABLE : Katia
ESCOLARIDAD : Inicial II

2. OBJETIVO:

Que el niño establezca contacto visual con la instructora cada vez que se le llame, y realice las actividades que se le indique por un periodo 15 minutos y sin distracción alguna.

Al terminar el programa el niño sea capaz de obtener un nivel de atención con un 90% de efectividad.

3. DEFINICIÓN DE LA CONDCUTA:

Se define la atención como aquella conducta que consiste en realizar una tarea específica y dejar de lado los estímulos distractores que interfieran en el desarrollo de dicha tarea

4. REPERTORIO INICIAL:

Que el examinado no mantenga impedimentos físicos ni sensoriales.

5. REPERTORIO FINAL:

El programa concluirá cuando el niño sea capaz de mantener un contacto visual durante un periodo de 15 minutos y con el 90% de efectividad.

6. MATERIALES:

- Tarjetas de colores
- Juguetes
- Cronometro
- Útiles escolares

7. AMBIENTE:

Aula de clases

8. TÉCNICAS:

a) Reforzamiento positivo:

Reforzadores primarios: Cada vez que el niño sea capaz de mantener el contacto visual con la tarjeta de colores o juguetes que se le entregue, sin distraerse, se le dirá “Muy bien, te felicito” “Muy bien, tu puedes” “Lo estás haciendo muy bien”

b) Instigación Verbal y Física

Cada vez que el evaluado se distraiga mirando a otro lado, cogiendo los objetos que se encuentren a su alrededor, se le dirá “vamos tu puedes, sigue no te distraigas”, sino responde se le tomará de la mano y se hará que siga con las actividades y se le dirá “Vamos tu quedas”.

c) Reforzamiento diferencial de otras conductas.

Cuando al niño se le envié a realizar una conducta como repartir los colores a sus compañeros del aula y termine de realizar la conducta, será reforzada inmediatamente después de haberse presentado, se le dirá “Muy bien Alonso”, “genial”, lo estás haciendo muy bien.

d) Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles

Cuando se le indica al examinado “Ven Alonso nos toca estar sentado aquí” y mientras el niño realiza la conducta, trabaja en mesa, se mantiene sentado, coge los colores. Se refuerza directamente la conducta “Que bien, eres un campeón”

9. DISEÑO EXPERIMENTAL:

En el presente estudio de caso se va a utilizar el diseño bicondicional modelo AB, que según Alarcón Reynaldo (1991), comprende una fase inicial “A” para obtener una línea base “B” en la que se introduce el tratamiento. En ambas fases se toman medidas repetidas; en la primera fase “A” el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de

la conducta bajo estudio. En la fase “B” introduce la variable independiente y registra los cambios de la variable dependiente. De producirse cambios se atribuye a la acción de la variable independiente.

10. PROCEDIMIENTO:

a) FASE I: LINEA BASE O EVALUACIÓN INICIAL

Se realizará una observación de 5 sesiones con una duración de 30 minutos cada una, en donde se registrará el tiempo que el niño permanezca atento realizando las actividades que la examinadora le da.

b) INTERVENCIÓN

- Fase 1: Instrucción verbal: Inmediatamente después de que el niño se distraiga mirando a otro lado, se le dirá “mira aquí”, “no te distraigas”, la orden será con un tono de voz fuerte. Si no sigue la instrucción verbal se emplea inmediatamente la instigación
- Fase 2: Instigación: Cuando el niño mire a otros lados o coja otros objetos se hará uso de la instigación verbal, si no obedece la orden, se aplicará la instigación física, es decir se tomará de la mano del niño y se hará que continúe realizando la tarea que se le da, repitiendo de nuevo las instrucciones, se registrará el tiempo en que el niño mantenga la atención realizando la tarea que se le encomiendan y se refuerza la conducta con verbalizaciones “Muy bien” “Así se hace”
- Fase 3: Desvanecimiento: Se va disminuyendo la aplicación de la instigación, retirando los estímulos, hasta que el niño responda a la instrucción verbal. Se sigue reforzando las conductas, pero de manera gradualmente.
- Fase 4: Generalización: Se trata de que el examinado siga manteniendo la conducta y logre mantener en sus diversos espacios, como en la casa y escuela.

c) EVALUACIÓN FINAL

Se hará un registro al igual al de la línea base, se llevará a cabo durante las últimas cinco sesiones, registrando el tiempo que el examinado presta atención a las tareas asignadas. En esta fase no se le dará ningún reforzador.

d) SEGUIMIENTO

Se llevará a cabo después de la evaluación final, en cinco sesiones una vez que se da finalizada la aplicación del programa, las tres primeras sesiones serán una vez por semana y las dos últimas sesiones será cada 10 días.

3.1.2 PROGRAMA DE HABITOS DE COMER ADECUADAMENTE A LA HORA DE LONCHERA

1.- DATOS GENERALES:

NOMBRE : Alonso
FECHA DE NACIMIENTO : 08 de enero 2001
EDAD : 9 años, 7 meses
RESPONSABLE : Katia
ESCOLARIDAD : Inicial II

2.- OBJETIVO:

Que el niño sea capaz de imitar al 90% de las conductas establecidas de la lista 1.

3.- DEFINICIÓN DE LA CONDCUTA:

Se define comer adecuadamente que el examinado ingiera sus alimentos correctamente, pedazos pequeños no llenarse la boca, masticar con la boca cerrada y no hacer ruidos, limpiarse la boca con su servilleta.

4.-REPERTORIO INICIAL:

Que el examinado que no mantenga impedimentos físicos ni sensoriales.

5.-REPERTORIO FINAL:

El programa concluirá cuando el niño sea capaz de realizar de la lista 18 estímulos durante un periodo de 45 minutos con el 85% de efectividad.

6.- MATERIALES:

- Lista de estímulos
- Lápiz o lapicero
- Tapers de comida, individual, termo de refresco y vaso

7.-AMBIENTE:

Aula de clases

8.-TÉCNICAS:

a) Modelado: La examinadora modelará la conducta que desea que el niño realice, luego de esto el niño será capaz de imitarla de manera adecuada.

b) Reforzamiento positivo:

Reforzadores primarios: Cada vez que el niño realice la conducta establecida de la lista de estímulos se le dirá “Muy bien, te felicito” “Muy bien, tu puedes” “Lo estás haciendo muy bien”

Reforzadores sociales: Se otorgan a lo largo de todo el programa de intervención (aplausos, halagos, frases agradables)

9.-DISEÑO EXPERIMENTAL:

En el presente estudio de caso se va a utilizar el diseño bicondicional modelo AB, que según Alarcón Reynaldo (1991), comprende una fase inicial “A” para obtener una línea base “B” en la que se introduce el tratamiento. En ambas fases se toman medidas repetidas; en la primera fase “A” el investigador efectúa una serie de observaciones y toma continuas medidas para determinar la frecuencia de ocurrencia natural de la conducta bajo estudio. En la fase “B” introduce la variable independiente y registra los cambios de la variable dependiente. De producirse cambios se atribuye a la acción de la variable independiente.

10.-PROCEDIMIENTO:

a) FASE I: LINEA BASE O EVALUACIÓN INICIAL

Se realizará una observación de 5 sesiones en donde se registrará en porcentaje la manera como el evaluado realiza las conductas de la lista de estímulos que la examinadora modela.

b) INTERVENCIÓN

- Fase 1: Instrucción verbal: Inmediatamente después de que el niño ha visto el modelado de la conducta se le dirá ahora hazlo tu “recuerda cada una de los pasos que hice para realizar la conducta adecuadamente, este orden se dará usando un tono de

voz fuerte y firme, sino es capaz de seguir la instrucción verbal inmediatamente se emplea la instigación

- Fase 2: Instigación: Cuando el niño no sea capaz de realizar la conducta se hará uso de la instigación verbal, si aun así no acata la orden, se le aplicara la instigación física, es decir, se le tomara la mano y se le ayudara para que realice la conducta.
- Fase 3: Desvanecimiento: Se va disminuyendo la aplicación de la instigación, retirando los estímulos, hasta que el niño responda a la instrucción verbal. Se sigue reforzando las conductas, pero de manera gradualmente.
- Fase 4: Generalización: Se trata de que el examinado siga manteniendo la conducta y logre mantener en sus diversos espacios, como en la casa y escuela.

c) EVALUACIÓN FINAL:

Se hará un registro al igual al de la línea base, se llevará a cabo durante las últimas cinco sesiones, registrando en porcentajes la forma que el examinado realiza las conductas. En esta fase no se le dará ningún reforzador.

d) SEGUIMIENTO

Se llevara a cabo después de la evaluación final, en cinco sesiones una vez que se da finalizada la aplicación del programa, las tres primeras sesiones serán una vez por semana y las dos últimas sesiones será cada 10 días

3.2.- Resultados

3.2.1.- Programa para incrementar los niveles de atención

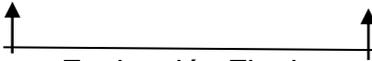
Línea base observacional

N.- de sesiones	1	2	3	4	5
Duración	2'	1'	2'	0	1'

:

Intervención

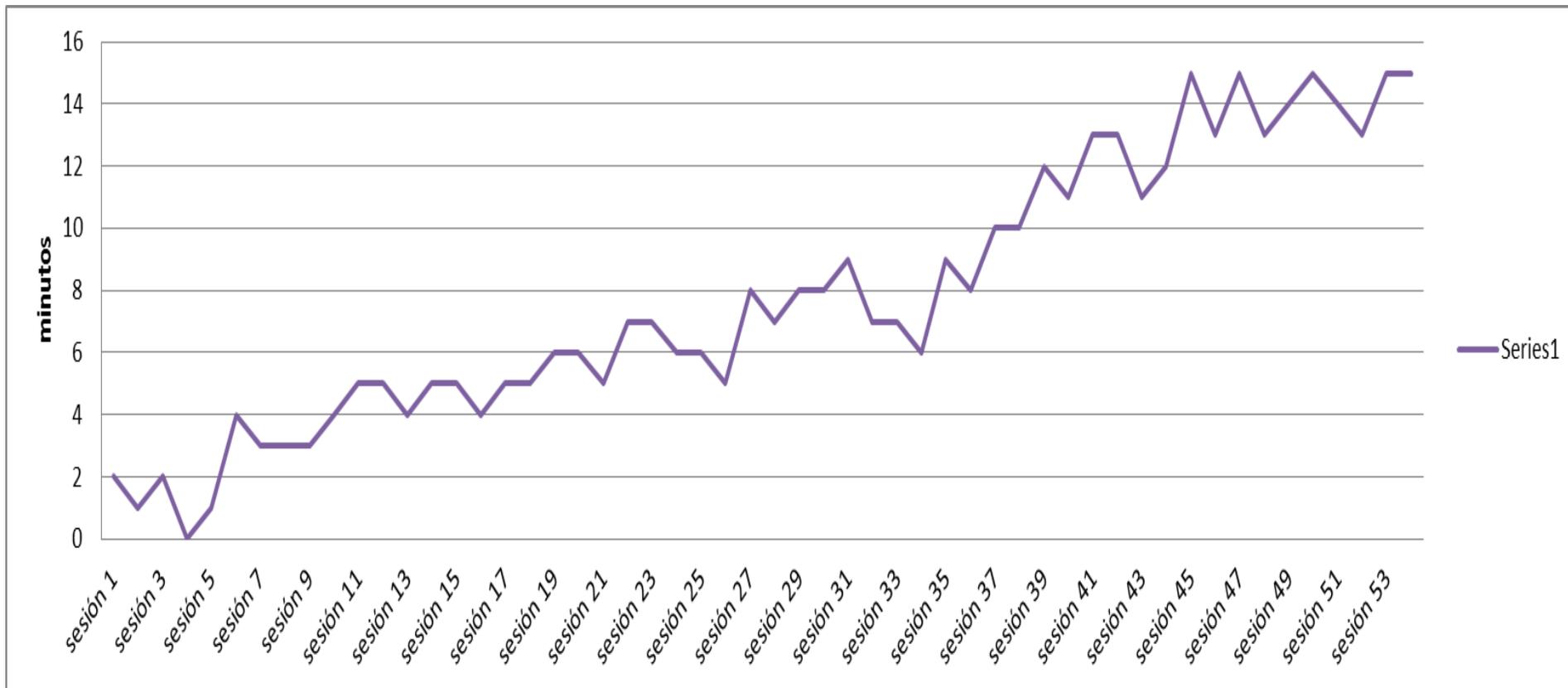
N.- Sesiones	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Duración	4'	3'	3'	3'	4'	5'	5'	4'	5'	5'	4'
N.- Sesiones	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Duración	5'	5'	6'	6'	5'	7'	7'	6'	6'	5'	8'
N.- Sesiones	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
Duración	7'	8'	8'	9'	7'	7'	6'	9'	8'	10'	10'
N.- Sesiones	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
Duración	12'	11'	13'	13'	11'	12'	15'	13'	15'	13'	14'


 Evaluación Final

Seguimiento

N.- de sesiones	1	2	3	4	5
Duración	15'	14'	13'	15'	15'

GRÁFICO



3.2.2 Programa de Hábitos de comer adecuadamente a la hora de la lonchera

- Lista de las conductas
 - 1.- Se dirige a los SSHH y se lava las manos
 - 2.- Se dirige a su asiento
 - 3.- Va por su lonchera y la lleva a la mesa
 - 4.- Abre su lonchera, saca y coloca su individual sobre la mesa
 - 5.- Sacar sus tapers de alimentos
 - 6.- Cierra su lonchera y la pone en su lugar
 - 7.- Lleva su termo con refresco y vaso a la mesa
 - 8.- Abre su taper de cereal y se lleva a la boca 1 x 1
 - 9.- Mastica el cereal con la boca cerrada
 - 10.- Termina el cereal y abre el taper del pan
 - 11.- Se lleva un trozo de pan a la boca y mastica con la boca cerrada
 - 12.- Espera tener la boca vacía para comer otro trozo de pan
 - 13.- Toma un poco de refresco
 - 14.- Se limpia la boca con la servilleta
 - 15.- Coge el plátano lo pela y se lleva un trozo a la boca, masticando con la boca cerrada.
 - 16.- Espera tener la boca vacía para llevarse otro pedazo de plátano
 - 17.- Toma nuevamente un poco de refresco
 - 18.- Abre la bolsa de papitas y se lleva a la boca 1 x 1
 - 19.- Se limpia la boca con la servilleta
 - 20.- Bota los desperdicios a la basura
 - 21.- Lleva nuevamente su lonchera a la mesa, guarda su individual y su tapers

Línea base observacional

N.- de sesiones	1	2	3	4	5
N.- de respuesta	0	0	0	1	1
%	0%	0%	0%	5%	5%

Intervención

N.- de sesiones	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
N.- de respuesta	2	2	4	3	4	3	5	3	5	5	6
%	10%	10%	19%	14%	19%	14%	24%	14%	24%	24%	29%
N.- de sesiones	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
N.- de respuesta	6	5	7	7	8	8	10	9	12	10	10
%	29%	24%	33%	33%	38%	38%	48%	43%	57%	48%	48%
N.- de sesiones	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
N.- de respuesta	14	14	17	15	17	16	18	15	18	18	17
%	67%	67%	81%	71%	81%	76%	85%	71%	85%	85%	81%
N.- de sesiones	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
N.- de respuesta	19	19	18	18	19	21	21	20	20	19	21

%	90%	90%	85%	85%	90%	100%	100%	95%	95%	90%	100%
----------	------------	------------	------------	------------	------------	-------------	-------------	------------	------------	------------	-------------

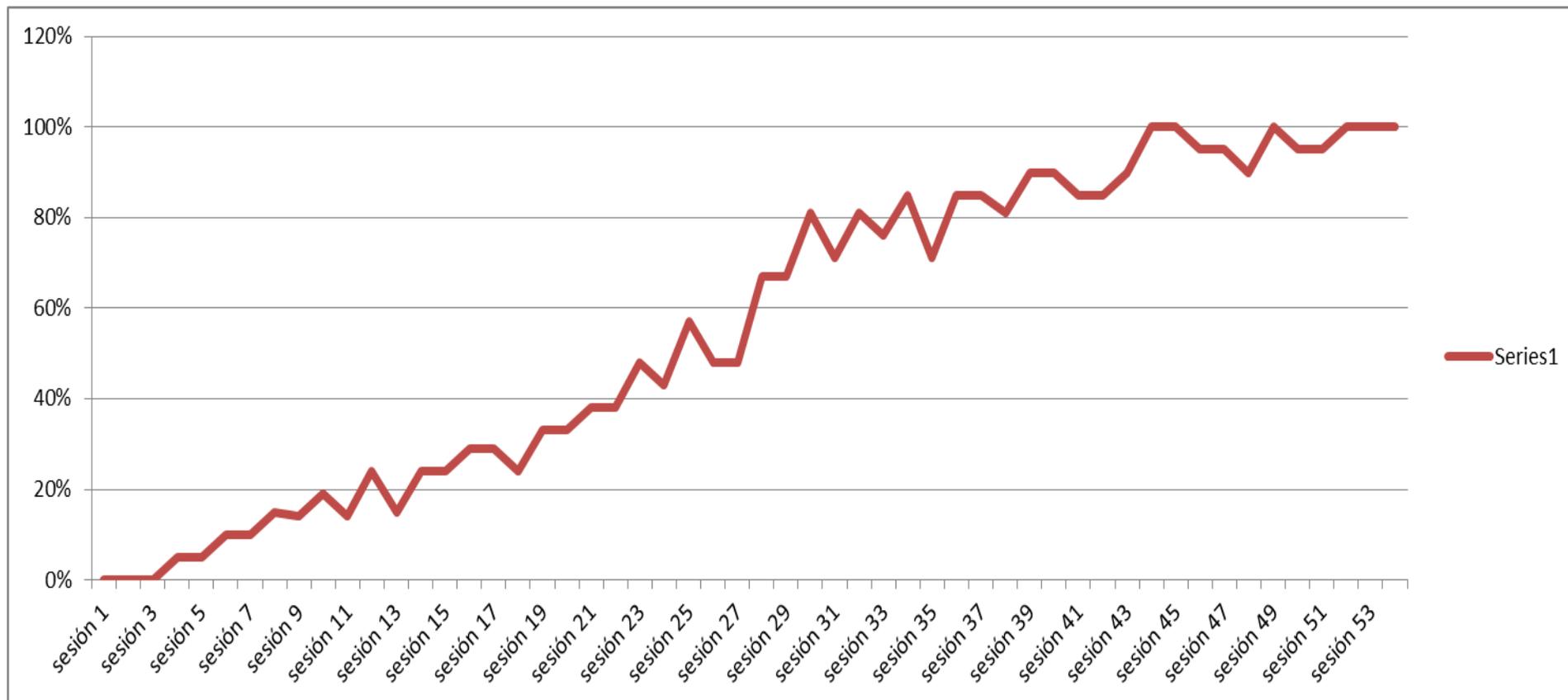


Evaluación Final

Seguimiento

N.- de sesiones	1	2	3	4	5
N.- de respuesta	20	20	21	21	21
%	95%	95%	100%	100%	100%

GRÁFICO



CAPITULO IV RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1.- RESUMEN

El presente estudio de caso se trata de un niño de 9 años y 7 meses de edad, es de estatura promedio normal y contextura gruesa. De tez trigueña, cara ovalada, ojos de color marrón, cabello de color negro y largo, por su apariencia personal aparente ser un niño descuidado, su vestimenta es acorde a su edad, sexo y estación. Acude a la institución educativa “San Rafael” cursando el nivel II de inicial especial.

El examinado es referido y llevado a consulta por la profesora encargada del aula, la cual refiere que el niño presenta dificultad en su área de atención, pero informa que es muy hábil con lo que él se propone realizar, para que logre terminar una tarea, la profesora tiene que apoyarlo ya que observa que su atención es muy dispersa y también es muy desordenado para ingerir sus alimentos a la hora de la lonchera, come muy rápido y suele ser un poco sucio.

En la observación realizada se ve que el examinado es muy inquieto y el trabajo siempre lo realiza con apoyo de la profesora.

Se llama a los padres de familia para poder realizar su anamnesis psicológica, la madre nos informa que su embarazo no fue planificado y que no lo llevó sin ninguna dificultad, llegando al término de él, su parto fue por cesárea.

Se encuentra estudiando en la institución desde los tres años de edad.

Se le aplicaron algunas pruebas las cuales fueron, la escala de inteligencia de Stanford Binet, arrojando un resultado de un coeficiente intelectual de 43 el cual indica que se encuentra en una categoría de Retraso mental moderado, escala de madurez social de Vineland, arrojando una edad social de 5 años de edad lo que equivale a una categoría de retraso social leve, test de desarrollo de Gessell, y se encuentra a nivel grafomotor de 4 años de edad y por último se le aplico la escala de valoración del autismo en la niñez (CARS), ubicándolo en la categoría de autismo moderado.

Para la intervención del programa se realizaron las observaciones correspondientes, el registro de conductas y se le aplicaron las pruebas psicológicas respectivas para poder aplicar el programa adecuado. Se obtuvo una línea base el cual ayudó para poder elaborar el programa de intervención de

atención y hábitos para comer adecuadamente la lonchera con la finalidad de poder modificar conductas inadecuadas.

El programa de atención estuvo conformado por 54 sesiones de las cuales, cinco sesiones fueron la línea base observacional, treinta nueve sesiones fueron de intervención, cinco sesiones fueron de evaluación final y las últimas cinco sesiones de seguimiento.

El programa de intervención de hábitos de comer adecuadamente los alimentos estuvo conformado por una lista de veintiuno actividades y 54 sesiones las cuales se aplicaron de esta manera: las cinco primeras sesiones fueron la línea base para conocer cómo se encontraba el niño, las siguientes treinta y nueve sesiones fueron de intervención. A partir de la sesión cuarenta y cinco fueron la evaluación final y las cinco últimas sesiones fueron el seguimiento.

Se intervino de forma paralela con el alumno y la profesora del aula. Se logró obtener el objetivo planteado, ya que obtuvo un 90% de efectividad. Actualmente, el niño está más controlado.

Sigue un tratamiento una vez por semana para mejorar la psicomotricidad, continúa con la terapeuta de Lenguaje para mejorar la pronunciación y en el colegio, sigue una adaptación curricular (escolarización compartida)

En casa, la conducta ha mejorado y los padres pueden manejar mejor la situación, están menos angustiados y con la medicación se controla más y puede concentrarse mejor en las tareas escolares.

4.2.- CONCLUSIONES

1.- Todo niño diagnosticado con espectro autista tiene sus tiempos, especialmente aquellos en los que se muestran "desconectados" de su entorno inmediato. Cuando ello ocurre se hace especialmente difícil poder interactuar con ellos. Debemos buscar un equilibrio entre respetarle unos tiempos de desconexión con otros en los que debe trabajar.

2.- Los niños con espectro autista viven mejor en un ambiente previsible y estructurado. Se debe ser constante en la aplicación del tratamiento de los diferentes problemas. Tiene que darse una complicidad y coordinación total

entre la familia y los demás profesionales que intervienen, tanto en la escuela, en casa, como en otros entornos.

3.- Con el niño y la familia se debe establecer metas a corto, medio y largo plazo. Ir paso a paso, para ser capaces de conseguir pequeños logros siendo conscientes de la grandeza que ello implica. Se debe concretar los objetivos.

4.- Las técnicas de modificación de conducta han demostrado ser altamente eficaces en la eliminación o creación de conductas. Comportamientos agresivos, impulsivos o desafiantes pueden ser corregidos. No obstante, se debe ajustar las técnicas a las peculiaridades de cada niño. El método de intervención de un “Programa para incrementar la conducta de comer adecuadamente los alimentos a la hora de la lonchera” ha demostrado una alta eficacia en este sentido con sesiones y asesoramiento intensivos

5.- Por otro lado, las intervenciones específicas muestran la eficacia de las técnicas psicológicas cuando se enseñan de manera adecuada e intensiva. Es eficaz, por ejemplo, el uso de reforzadores, los que dependen de cada niño y de la aceptación de ellos en el entorno habitual. Las diferentes técnicas aplicadas han resultado eficaces al enseñar conductas básicas como mirar a los ojos o imitar conductas adecuadas, al enseñar lenguaje (repetir palabras, pedir adecuadamente, nombrar objetos, hacer o responder preguntas, usar preposiciones correctamente o al enseñar habilidades sociales como iniciar y mantener conversaciones

6.- Los mejores resultados se han dado cuando los padres colaboran con la intervención para ganar en mantenimiento y generalización de la terapia, pudiendo aprender algunas técnicas de conducta y aplicarlas bajo supervisión del profesional.

7.- Insistir en la necesidad de la intervención de un equipo multidisciplinario (psicólogo, neurólogo, pediatra, terapeuta de lenguaje, fisioterapeuta, docentes especializados), su correcta coordinación y la complicidad de la familia con

todos ellos en un clima favorable. El colegio de Educación Especial o, en el mejor de los casos, la Escuela Ordinaria serán también elementos vitales en la intervención psicoeducativa.

4.3. RECOMENDACIONES

- 1.- Se recomienda continuar con sus estudios escolares.
- 2.- Se recomienda seguir trabajando con el niño con respecto al programa de intervención para seguir incremento las conductas adecuadas.
- 3.- Se recomienda continuar brindando al niño atención integral, equipo multidisciplinario (psicólogo, neurólogo, pediatra, terapeuta de lenguaje, fisioterapeuta y docentes especializados).
- 4.- Se recomienda incentivar su Independencia Personal y brindar acompañamiento para orientación y apoyo psicológico a la familia.
- 5.- Se recomienda que debe continuar trabajando en la psicomotricidad, equilibrio, coordinación de brazos, piernas, orientación espacio y tiempo, motricidad fina, desplazamientos, relajación, respiración y lateralidad.
- 6.- Se recomienda que los padres de familia a nivel conductual pueden trabajar, lo enseñado y practicado para obtener conductas adecuadas y desvanecer aquellas no favorables como economía de fichas, tiempo fuera, reforzar conductas positivas, ponerse a su altura, mirar siempre a los ojos, ordenes cortas y sencillas, no dar más de una orden al mismo tiempo, evaluar más el esfuerzo
- 7.- Se recomienda integrarlo en las actividades y respetar sus espacios.

REFERENCIAS

- Aparicio, D. (2012). *Indicadores y Modelos de Intervención en niños con Autismo*. Recuperado de <http://www.psyciencia.com>.
- Arebillaga, M. (2015). *Neuropsicología clínica infantil. Intervenciones terapéuticas en TGD, Autismo, Asperger, Síndrome de Ret.* Cordova: editorial Brujas
- Benites, L. (2003). *Atención a la Diversidad. Guía Psicoeducativa para padres y familiares de niños y jóvenes con necesidades educativas especiales*. Lima: Universidad San Martín de Porres.
- Cinimo, M., Dalmás, L & Villalba, M (2005). *Síndrome de Asperger. Revista Argentina de Neuropsicología*: 6, 50 – 60.
- Espíndola J.& González S. (2008). *Necesidades Educativas Especiales Asociadas al Autismo*. (1ra. Edición). Santiago de Chile: Atenas.
- Garibay, A. (2009). *Implementación de un programa de modificación de conducta de niños diagnosticados autistas*. (Tesis de Licenciatura) México: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.
- Holgin, J. (2003). *El autismo de etiología desconocida. Revista Neurol*, 37 (3), 259-266
- Manya, A. (2013). *Manual de Psicología de la Excepcionalidad*. Lima. USMP
- Martin, A. (2010). *Intervención Educativa e Importancia de las rutinas en niños/as con autismo*. (Tesis de fin de grado educación infantil). España: Universidad de Valladolid.
- Mulas F & Tellez de Meneses M. (2010). *Modelos de intervención en niños con autismo. Revista Neurol*, 50 (3), 77- 84.

Munro, N. (1999). *Cuál es la diferencia entre autismo alto funcionamiento y el síndrome de asperger*. Recuperado de http://espectroautista.inf/aaf_sa.html.

Muñubel, A. (2017). *Estrategias comunicativas en niños con trastorno del espectro del autismo*. (Tesis de fin de grado educación infantil). España: Universidad de Valladolid.

Rodríguez, A & Rodríguez, M. (2002) *Diagnóstico clínico del autismo*. España. Malaga: *Revista Neurol.* 34 (1), 72- 77.

Simon Baron- Cohen (2008). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid: Alianza

Stanton, M. (2002). *Convivir con el autismo. Una orientación para padres y educadores*. Barcelona: Paidós

ANEXOS

ANAMNESIS PSICOLOGICA

I. DATOS DEL NIÑO:

Nombres y Apellidos : C.A.
Lugar y fecha de nacimiento : Lima - 08/01/01
Edad : 9a, 7m
Domicilio :
Teléfono :
Escolaridad : Inicial II / Boños
Es hijo único : No
Numero de hermanos : 2 hermanos
Lugar que ocupa :
Informante :
Fecha de Entrevista : Agosto del 2010

II. MOTIVO DE EVALUACION:

III. PROBLEMA ACTUAL:

¿Qué problema tiene su hijo(a)?

Retraso Autista

¿Desde cuando lo notaron?

Se dio cuenta cuando tenía 2 1/2 porque no hablaba.

¿Cómo se presenta?

con 1/2 de un

¿Cómo reaccionan los miembros de la familia?

¿Origina problemas en la familia?

set
DANNE DAVILA GONZALEZ
PRACTICAS PTE-PROFESIONALES
ICA - EDUCATIVA
P. P. 4089

IV. DATOS FAMILIARES:

Padre
Nombres y Apellidos : S. A. M.
Edad : 44 años
Grado de instrucción : Superior
Ocupación (especificar) : _____
Centro de trabajo : _____
Horas de trabajo : _____
Carácter : _____

Madre
Nombres y Apellidos : P. B.
Edad : 40 años
Grado de instrucción : Superior
Ocupación (especificar) : _____
Centro de trabajo : _____
Horas de trabajo : _____
Carácter : _____

Relación Padre- Madre:

Relación Madre - Hijo:

Relación Padre- Hijo:

¿De trabajar los padres quien cuida al niño(a)? _____

Sus abuelitos

¿De no vivir con los padres con quien vive el niño(a)? _____

Sus abuelitos

¿Cree Ud. que tiene buena comunicación con su hijo(a)? _____

SI

¿Como resuelven sus problemas familiares?

Discuten ___ Dialogan Alguna vez hubo agresión física: SI ___ NO ___

Se ponen indiferentes ___ No se hablan ___

¿Quien resuelve sus problemas familiares? Ambos padres

¿Qué actividades realizan en sus momentos libres?

Juegan Pasean Conversan Ven televisión

Descansan independientemente c/u ___ Duermen con el niño(a) No

¿Qué hace cuando su hijo(a) le desobedece?

Lo grita ___ Le pega ___ Le quita algo que le guste Se pone indiferente

Le conversa sobre las consecuencias de sus actos Le quita el habla ___

¿Qué otras formas de castigo? ¿Cuales? de quitan los popitos

¿Ha pensado en separarse o divorciarse de su pareja? ¿Porque? _____

No

¿Viven otros parientes en casa? dos abuelitos

¿En la familia tiene alguna persona que consuma alcohol, adicción a drogas, alteraciones del lenguaje, problemas de aprendizaje, problemas mentales, ansiedad, depresión u otros?

No

Hermanos

Nombre	Edad	Escolaridad	Como se llevan
<u>A.</u>	<u>15</u>	<u>Estudiante Sec.</u>	
<u>A.</u>	<u>10</u>	<u>Estudiante Primario</u>	

V. HISTORIA DEL DESARROLLO:

PRE-NATAL

¿Fue un embarazo programado? SI ___ No

Edad de los padres al iniciarse el embarazo: _____

¿Tuvo amenaza de aborto? Embarazo de riesgo

Enfermedades, accidentes o algún tipo de complicaciones durante el embarazo: _____

Embarazo

¿Tuvo control medico durante el embarazo? Si

Estado nutricional durante el embarazo: Bueno

Estado emocional durante el embarazo: la madre estaba triste

Estado fisiológico durante el embarazo: _____

¿Ha ingerido y/ o tomado durante el embarazo, alcohol, cigarros, drogas y otros? _____

No

¿Tipo de medicamentos ingeridos durante el embarazo? _____

No

¿Tomo medicamentos sin consulta médica? _____

No

¿Qué fue lo que más le desagradó en su embarazo? _____

PARTO

¿A los cuantos meses se presentó? 9 meses

Normal Cesárea Inducido Fórceps

¿Hubo complicaciones en el parto? No

Talla 50 cm.

Peso 3.400 Kg

POST-NATAL

¿Necesito de oxígeno o incubadora? No

¿Lloro enseguida al nacer? Si

Cianótico: Morado Ligeramente morado Muy morado

Lactancia: Materna Artificial Mixta

¿Hasta que edad le dio leche materna? 4 meses

¿Como fue el destete? Brusco Progresivo Voluntario

¿Se orina en la cama? SI NO ¿Desde cuándo? _____

¿Frecuentemente tiene pesadillas? SI NO A veces ¿Se ha percatado desde cuando son las pesadillas? _____

¿Toma biberón? SI NO

Accidentes, caídas, golpes, operaciones: _____

Neumonía - 2 1/2 años

¿Esta con tratamiento en la actualidad? No

¿Utiliza chupón? SI NO

¿En la actualidad controla la orina y heces? SI NO ¿A que edad controlo sus esfínteres? 4 años

Enfermedades: _____

Neumonía

DESARROLLO NEUROMUSCULAR

¿A qué edad gateó? 7 meses

¿A qué edad camino con ayuda? 8 meses

¿A qué edad camino sin ayuda? 1 año, 3 meses

¿Lo considera inquieto o demasiado tranquilo? Inquieto

DESARROLLO DEL LENGUAJE

¿A qué edad empezó a balbucear? _____

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? 8 meses (No, papá)

¿Tuvo dificultades para pronunciar sus primeras palabras? _____

No

¿Cuáles? _____

¿Qué hacían cuando pronunciaba mal? Corrección

¿Tiene dificultades actuales? No

¿De qué tipo? _____

¿Ante que situación? _____

¿Recibe tratamiento actual? Terapia de lenguaje

¿Usa un lenguaje que sólo es entendido por los familiares que viven con él(a)? No

¿Usa solo lenguaje mímico y/o gestual? No

FORMACION DE HABITOS

Alimentación: Normal Exceso Déficit Rechaza algún alimento

Hora de dormir desde: Variable Hasta

¿Con quien duerme? Padres Solo Hermanos Otros

¿Tiene su propia habitación? No

¿Con quiénes comparte la habitación? Con su hermano

¿Respeto las horas de comida? Si

Intereses: Arroz blanco y Papitos de yos, Gaseosas

Actitudes ante el juego: Participa, pide jugar y se ríe

ESCOLARIDAD

¿A qué edad se inicio? 3 años

¿Asistió regularmente? Si

¿A qué centro asistió? María Auxiliadora

¿Ha repetido algún grado? SI NO Cual:

Nivel de adaptación: Buena

¿Qué dificultad notó en su aprendizaje?

¿Quien se encarga en casa de revisar las tareas? Papás o abuelitas

Comentario del profesor sobre la conducta del niño(a):

¿Siempre concluye con sus tareas? Si, o veces

¿Le agrada estudiar?

Reacción de los padres si hay dificultades en éste campo:

Relación con sus compañeros: tranquilo.

VI. CONDUCTAS INADAPTADAS: (¿En qué momento presenta las conductas?)

Llora constantemente	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se chupa el dedo	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se come las uñas	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se succiona los dedos	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le sudan las manos	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le tiemblan las manos	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se muerde los labios	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta tics	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realiza movimientos automáticos	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se golpea con frecuencia	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muerde a otros niños	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escupe a otros niños	: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hace pataletas o berrinches	: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quando no se le deja hacer lo que el quiere

Sex-2002

Agrede físicamente a sus hermanos,
primos, vecinos, etc.
A cambiado de carácter
Destroza las cosas

: SI NO _____
: SI NO _____
: SI NO _____

VII. AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA:

Ve bien
Se agacha mucho para escribir
Se pone cerca al TV
Reconoce todos los colores
Lagrima sus ojos
Discrimina bien los sonidos y
las palabras

: SI NO _____
: SI NO _____

OBSERVACIONES:

San borja, _____ de _____ del 2010

ESCALA DE INTELIGENCIA DE STANFORD - BINET

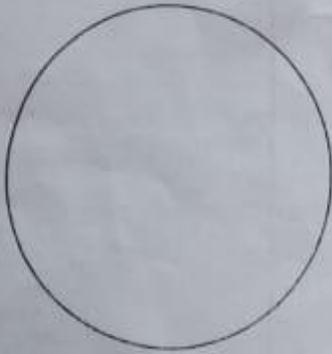
EC = 9 \bar{a} , 7 \bar{m}
 EM = 4 \bar{a} , 3 \bar{m}
 CI = 43
 Dx = R.M.H

PROTOCOLO DE RESPUESTAS

Nombre: C.A. Fecha de la prueba: 08-01-2010
 Instrucción: Inicial II Sexo: Huculino Fecha de Nacimiento: 08-01-01
 Examinador: Kotia Ormeño Ruiz. Edad: 9 \bar{a} , 7 \bar{m}

AÑO II (6 tests x 1 ó 4 x 1½)			AÑO II-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)		
1. Tablero de formas	(1)	(✓)	1. Identificar objetos por su uso	(3)	(✓)
2. Respuesta diferida	(2)	(✓)	2. Identificar partes del cuerpo	(6)	(✓)
3. Partes del cuerpo	(4)	(✓)	3. Nombrar objetos	(5)	(✓)
4. Torre de bloques		(✓)	4. Vocabulario de imágenes	(8)	(✓)
5. Vocabulario de imágenes	(3)	(✓)	5. Repetir dos dígitos	(1)	(✓)
6. Combinación de palabras	(2)	(✓)	6. Obedecer ordenes sencillas	(2)	(✓)
PS.: Identificar objetos por su nombre	(5)	(✓)	PS.: Tablero de formas invertido	(2)	(✓)
AÑO III (6 tests x 1 ó 4 x 1½)			AÑO III-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)		
1. Ensartado de cuentas	2'	(4) (✓)	1. Comparación de pelotas (3 de 3 ó 5 de 6)		(✓)
2. Vocabulario de imágenes	(10)	(✓)	2. Paciencia: Figuras	(1)	(✓)
3. Puente de cubos		(✓)	3. Discriminar figuras de animales	(4)	(✓)
4. Memoria de imágenes	(1)	(✓)	4. Describir grabado: Nivel 1	(2)	(-)
5. Copiar un círculo	(1)	(✓)	5. Clasificar botones	2'	(✓)
6. Dibujar una línea vertical	(1)	(✓)	6. Comprensión I	(1)	(-)
PS.: Repetir tres dígitos	(1)	(✓)	PS.: Comparar palitos (3 de 3 ó 5 de 6)	(-)	(4)
AÑO IV (6 tests x 1 ó 4 x 1½)			AÑO IV-6 (6 tests x 1 ó 4 x 1½)		
1. Vocabulario de imágenes	(14)	(✓)	1. Comparaciones estéticas	(3)	(✓)
2. Nombrar objetos de memoria	(2)	(✓)	2. Analogías opuestas I	(3)	(-)
3. Analogías opuestas I	(2)	(-)	3. Semejanzas/Diferencias de figuras I	(3)	(-)
4. Identificar imágenes	(3)	(✓)	4. Materiales	(2)	(-)
5. Discriminación de formas	(8)	(✓)	5. Tres encargos	(3)	(✓)
6. Comprensión II	(2)	(-)	6. Comprensión III	(1)	(-)
PS.: Memoria de frases I	(1)	(✓)(5)	PS.: Identificar imágenes	(4)	(✓)(2)
AÑO V (6 tests x 1 ó 4 x 1½)			AÑO VI (6 tests x 1 ó 4 x 1½)		
1. Completar dibujo de hombre	(2)	(-)	1. Vocabulario	(6)	(-)
2. Doblar papel: Triángulo		(-)	2. Diferencias	(2)	(-)
3. Definiciones	(2)	(-)	3. Figuras incompletas	(4)	(-)
4. Copiar un cuadrado	(1)	(-)	4. Concepto de número	(4)	(-)
5. Semejanzas/Diferencias de figuras II	(9)	(-)	5. Analogías opuestas II	(3)	(✓)
6. Paciencia: Rectángulo en dos	(2)	(✓)	6. Recorrer un laberinto	(2)	(-)
PS.: Nudo I		(✓)(2)	PS.: Describir grabado: Nivel II	(2)	(-)(1)
AÑO VII (6 tests x 2 ó 4 x 3)			AÑO VIII (6 tests x 2 ó 4 x 3)		
1. Figuras absurdas I	(4)	(-)	1. Vocabulario	(8)	(-)
2. Semejanzas entre dos cosas	(2)	(-)	2. Memoria de cuentos	(5)	(-)
3. Copiar un rombo	(1)	(-)	3. Absurdos verbales I	(3)	(-)
4. Comprensión IV	(3)	(-)	4. Semejanzas y diferencias I	(3)	(-)
5. Analogías opuestas III	(2)	(-)	5. Comprensión IV	(4)	(-)
6. Repetir 5 dígitos	(1)	(-)	6. Nombrar días (orden correcto + 2)	(-)	(-)
PS.: Repetir tres dígitos al revés	(1)	(-)	PS.: Interpretar situaciones I	(2)	(-)

COPIAR UN CIRCULO
(III,5)

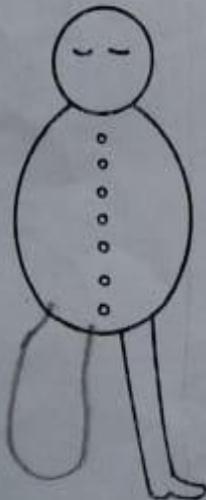


DIBUJAR EN LINEA VERTICAL
(III,6)

COPIAR UN CUADRADO
(V,4)



COMPLETAMIENTO DE UN
DIBUJO DE HOMBRE (V,1)



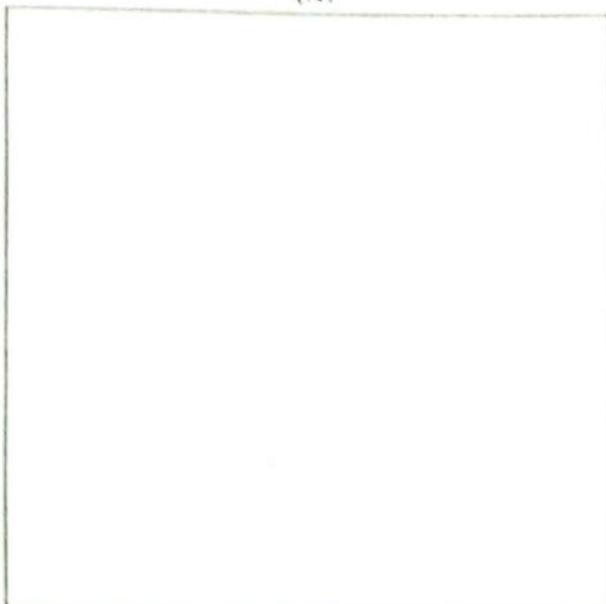
COPIAR UN ROMBO
(VIII,3)



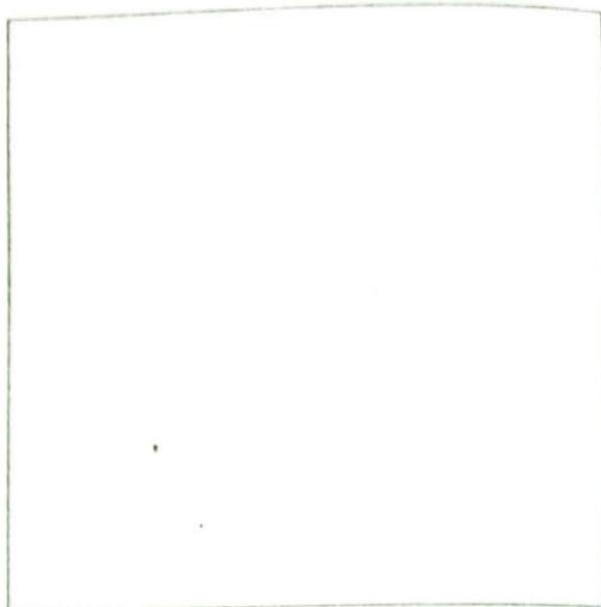
MEMORIA DE DIBUJOS I, II
(IX,3; XI,1; XII,PS)

RECORTADO DE PAPEL I, II, III

(A)



(B)



IX,1; XIII,PS; AM,PS; ASII,PS

**PLANEAR UNA BUSQUEDA
(XIII,1)**



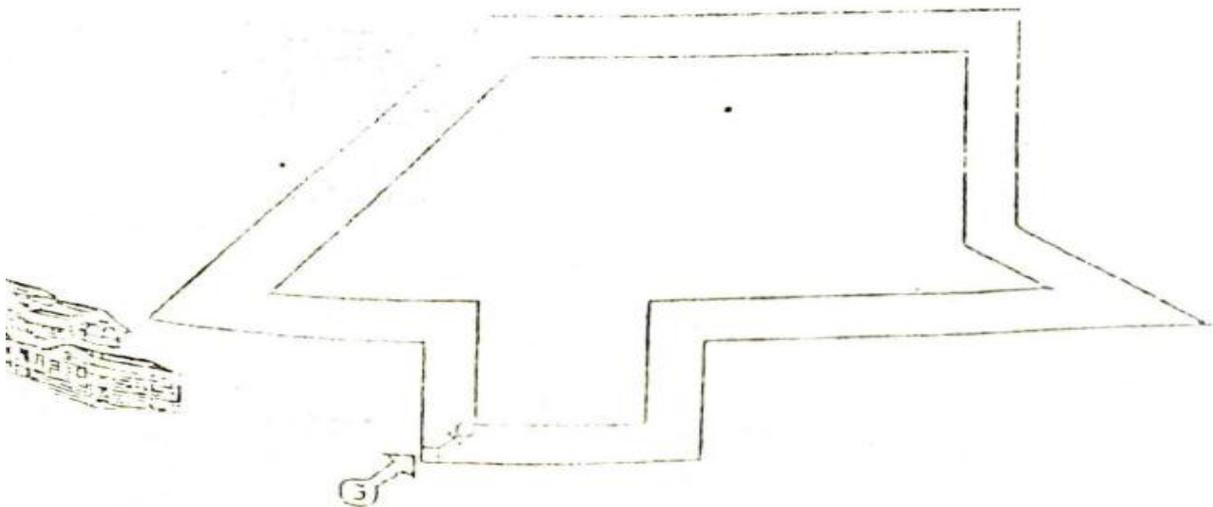
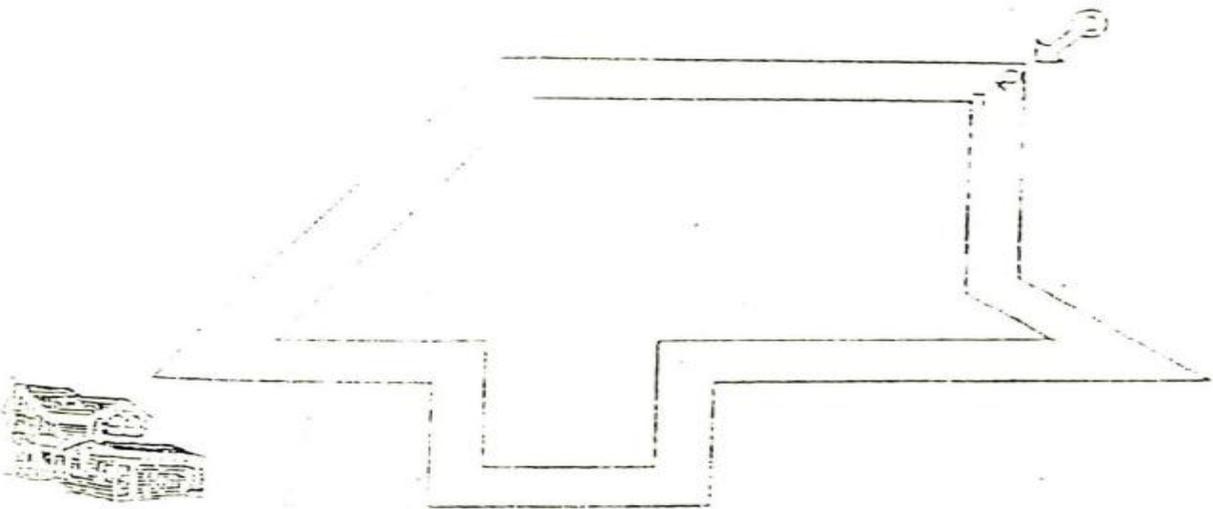
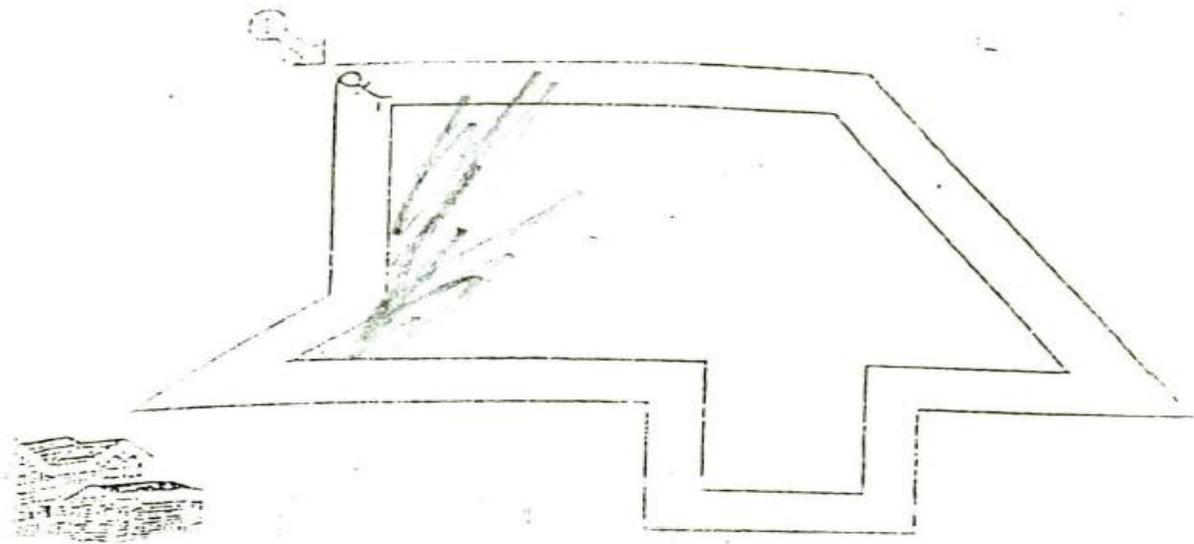
**CLAVE I
(ASII,PS)**

- a) E N V I E R E M I T I R E
b) F M W H F Q F L J S J Q F
FONDOS.....
- b) E N V I E R E M I T I R E
C Ñ T J C S C N G U G S C
FONDOS.....

**COMPLETAMIENTO DE FRASES (MINKUS)
(XII,6; ASI,3)**

- a) "NOS GUSTA TOSTAR MAIZ ASAR CASTAÑAS AL FUEGO".
- b) "NO SE PUEDE SER SIEMPRE UN HEROE,
SE PUEDE SER SIEMPRE UN HOMBRE".
- c) "LOS ARROYOS ESTAN SECOS HA HABIDO POCA LLUVIA".
- d) "EL CAMPEON NO DESPERTO ENVIDIAS, NO ERA INTERESADO".

RECORRER UN LABERINTO (VI,6)



PERFIL DE RESULTADOS DE LA ESCALA DE INTELIGENCIA STAFFORD - BINET

- INSTRUCCIONES: 1. Trazar una línea roja vertical a través de la edad base.
 2. Encerrar en un círculo rojo todas las pruebas aprobadas, por el examinado, más allá de la línea base.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																								
COMPRESION GENERAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
HABILIDAD VISOMOTORA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
RAZONAMIENTO MATEMÁTICO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
MEMORIA Y CONCENTRACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
VOGABULARIO Y FLUIDEZ VERBAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
JUICIO Y RAZONAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	AM	ASI	ASH	ASHH																																																																																							
	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS	PS																																																																																							
<p>Nombre: <i>Esteban M. Hernandez</i></p> <p>Fecha de nacimiento: <i>25/05/1975</i> Fecha de prueba: <i>10/05/2000</i></p> <p>Observaciones: <i>Deficit de lenguaje</i></p> <p>Diagnóstico: <i>Deficit de lenguaje</i></p>																																																																																																									
PRUEBAS APROBADAS																																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Años</th> <th style="width: 10%;">Nº</th> <th style="width: 10%;">Meses</th> <th style="width: 10%;">Sub</th> <th style="width: 10%;">Total</th> <th style="width: 10%;">EC</th> <th style="width: 10%;">E-BASE</th> <th style="width: 10%;">TOTAL</th> <th style="width: 10%;">E-BASE + TOTAL = EM</th> <th style="width: 10%;">EM</th> <th style="width: 10%;">CE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>Años</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="text-align: right;">TOTAL</td> </tr> </tbody> </table>																		Años	Nº	Meses	Sub	Total	EC	E-BASE	TOTAL	E-BASE + TOTAL = EM	EM	CE	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95	TOTAL										
Años	Nº	Meses	Sub	Total	EC	E-BASE	TOTAL	E-BASE + TOTAL = EM	EM	CE																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
Años	8	8	8	8	95	95	95	95	95	95																																																																																															
TOTAL																																																																																																									
<p>EC: <i>95, 100</i></p> <p>E-BASE: <i>95</i></p> <p>TOTAL: <i>95</i></p> <p>E-BASE + TOTAL = EM: <i>95</i></p> <p>EM: <i>95, 95</i></p> <p>CE: <i>45</i></p> <p>Dx: <i>Deficit de lenguaje</i></p> <p>Inflect: <i>Hernandez</i></p>																																																																																																									

ESCALA DE MADUREZ SOCIAL DE VINELAND

Nombre	C. A.	Ayuda a Si Mismo.....
Edad	9 años 7 meses	Autov. en la Comida.....
Fecha - 2010	Autov. en el Vestido.....
Punt. Parc.	595 pto	Locomoción.....
Punt. Total	56 pto	Ocupación.....
Edad Socia	5.4 meses	Comunicación.....
Cociente Social	54	Autodirección.....
Diagnóstico	R. H. L.	Socialización.....

EDAD 0 - I

- 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 Habla imitando sonidos de palabras
- 10 Se incorpora solo
- 11 Toma la taza o vaso con ayuda.
- 12 Se desplaza libremente (gatea, se arrastra)
- 13 Coge con el pulgar e índice
- 14 Exige que se le preste atención
- 15 Se para solo
- 16 No Babea
- 17 Cumple instrucciones sencillas

$$C.S = \frac{E.S}{E.C} \times 100$$

$$C.S = \frac{60}{118} \times 100$$

$$C.S = 54$$

Dx = Retardo Mental Leve.

EDAD I - II

- 18 Camina solo por el cuarto
- 19 Marca con lápiz ó crayola
- 20 Mastica los alimentos
- 21 Se saca las medias
- 22 Vierte líquidos sin derramar
- 23 Supera obstáculos pequeños
- 24 Ejecuta ordenes 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 sustancias alimenticias de las que no son
- 31 Nombra objetos familiares
- 32 Sube escalera solo
- 33 Pela caramelos
- 34 Habla empleando oraciones cortas

EDAD II - III

- 35 Pide ir al baño
- 36 Inicia sus propias actividades
- 37 Se quita el abrigo o vestido
- + 0 - 38 Come con tenedor
- 39 Se sirve agua sólo
- 40 Se seca las manos
- 41 Evita obstáculos pequeños
- 42 Se pone el abrigo o vestido solo
- 43 Corta con tijera
- + 0 - 44 Cuenta sus experiencias

EDAD III - IV

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

EDAD IV - V

- + - ✓ 51 Va al baño y se atiende solo
- 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 (partic. en juegos de carp.

EDAD V - VI

- + 0 - ✓ 57 Juega con patines, velocípedos, carritos, etc. Sin vigilancia
- 58 Escribe palabras simples con letra de imprenta
- 59 Juega juegos simples de mesa
- 60 Se le confía pequeñas sumas de dinero para comprar
- 61 Va solo al colegio

EDAD VI - VII

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

EDAD VII - VIII

- 66 Lee el reloj hasta cierta hora
- 67 Usa cuchillos para cortar
- 68 No cree en Papá Noel
- 69 Participa en juegos pre-adolescentes (notar diferencia sexual)
- 70 Se peina o se cepilla el pelo

EDAD VIII - IX

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

EDAD IX - X

- 75 Se atiende solo en la mesa
- 76 Hace pequeñas compras
- 77 Se moviliza por su vecindario o barrio libremente

EDAD X - XI

-78 Ocasionalmente escribe cartas
-79 Hace llamadas por teléfono
-80 Hace trabajos simples remunerados
-81 Atiende pequeñas compras y otros asuntos por correo
-82 Hace trabajos simples creativos
-83 Se le confía que se cuide a si mismo o a otros
-84 Disfruta de lecturas de libros, periódicos, revistas, etc.

EDAD XII - XV

-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, cuida el jardin, lava el carro, etc.

EDAD XV - XVI

-90 Se comunica por cartas
-91 Discute y se interesa por noticias, deportes o novedades
-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 XVI - XX

-96 Va a lugares distintos solo
-97 Cuida su salud
-98 Tiene un trabajo y continua estudiando
-99 Sale solo de noche sin ninguna restricción
-100 Ejercita su propia discreción en proveer para sus propios gastos, de propinas, algunas ganancias, etc.
-101 Asume responsabilidad por si mismo

EDAD XX - XXV

-102 Usa dinero juiciosamente
-103 Asume responsabilidades más allá de sus propias decisiones contribuyendo al mantenimiento de otros, es un buen vecino
-104 Participa en labor social, actividades altruistas
-105 Piensa y provee para el futuro

EDAD XXV - XXVI

-106 Ejecuta trabajos que adquieren entrenamiento o continúa estudiando en la universidad
-107 Se dedica actividades saludables que contribuyen a su bienestar físico y mental (Hobbies, música, lectura, arte, jardinería, etc.)
-108 Organiza su propio trabajo
-109 Inspira confianza
-110 Promueve el programa cívico
-111 Maneja y supervigila sus propios asuntos o de otros
-112 Compra para otros
-113 Maneja o dirige 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
-116 Crea sus propias oportunidades, contribuye con ideas nuevas
-117 Se le reconoce como una persona que ha contribuido al progreso público a actividades filantrópicas, educacionales, religiosas, etc