



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



DOCUMENTO PROBATORIO (DIMENSIÓN ESCRITA)
DEL EXAMEN COMPLEXIVO DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGO
CLÍNICO

PROBLEMA:

TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA E INTELIGENCIA EN UN
ESTUDIANTE

AUTORA:

JESSICA LORENA MERINO ZURITA

TUTORA:

DRA. GINA ESMERALDA BELTRÁN BAQUERIZO. MGS T.F.

BABAHOYO

ENERO

2020



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



DEDICATORIA.

Primero al creador Universal, Dios por todas las bendiciones que me ha brindado día a día, con profunda satisfacción a mis Padres quienes han sido un pilar fundamental en mi vida y aquella persona que me impulso a seguir adelante, la que confió en mi cuando nadie más creía que podía lograrlo.



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



AGRADECIMIENTO

Mi infinito agradecimiento a mis Padres por su amor incondicional, esfuerzo y su dedicación constante hacia mí, además aquella persona muy especial que siempre ha estado conmigo en todo momento, mis queridos maestros de la Carrera de psicología Clínica quienes han impartido en mí sabios conocimientos.

De manera muy especial a mi tutora, Dra. Gina Beltrán Baquerizo Mag. Tf, guía de este trabajo.

Y a todos aquellos quienes forman parte de mi familia, por brindarme el apoyo incondicional y enseñarme que el esfuerzo, dedicación y la perseverancia al final habrá valido la pena.





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



RESUMEN

Este estudio de caso tiene por tema: Trastorno del espectro autista e inteligencia en un estudiante de la Institución de Educación Básica Particular María Auxiliadora, y como objetivo la relación entre éstas dos variables, determinado así los criterios diagnósticos, el coeficiente intelectual y estableciendo la intervención psicoterapéutica a nivel individual, familiar y académica. Se utilizó, técnicas como la ficha de observación, historia clínica, técnicas psicométricas como pruebas del Test M-CHAT, APGAR familiar, Escala Wechsler no verbal. El análisis de estos permite confirmar que el estudiante presenta criterios diagnósticos del TEA, y no existe relación con la inteligencia. Las áreas afectadas son: cognitivas, afectivas, social-conductual, por lo que la intervención psicoterapéutica se realizó con el modelo Cognitivo-Conductual con el enfoque del Análisis conductual aplicado (ABA).

Palabras claves: autista, inteligencia, cognitivo, conductual.





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



ABSTRACT

This case study has as its theme: Autism spectrum and intelligence disorder in a student of the Maria Auxiliadora Private Basic Education Institution, and as a goal the relationship between these two variables, thus determining the diagnostic criteria, the IQ and establishing the intervention individual, family and academic psychotherapeutic. We used techniques such as the observation sheet, medical history, psychometric techniques such as tests of the M-CHAT test, family APGAR, non-verbal Wechsler scale. The analysis of these allows to confirm that the student presents diagnostic criteria of ASD, and there is no relationship with intelligence. The affected areas are: cognitive, affective, social-behavioral, so the psychotherapeutic intervention was carried out with the Cognitive-Behavioral model with the applied Behavioral Analysis (ABA) approach.

Keywords: autistic, intelligence, cognitive, behavioral.



Índice general

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTO	II
RESUMEN.....	III
ABSTRACT.....	IV
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	2
TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	11
RESULTADOS OBTENIDOS	13
CONCLUSIONES.....	19
RECOMENDACIONES.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS.....	23

INTRODUCCIÓN

El estudio de caso que se ha desarrollado, cuyo tema es: el Trastorno del espectro autista e inteligencia en un estudiante, se enmarca a la línea de investigación de la carrera de Psicología clínica: prevención y diagnóstico que pertenece a la sublínea de investigación trastornos del comportamiento y su impacto en el proceso de enseñanza aprendizaje, se justifica porque brindó atención psicológica mediante el uso de técnicas psicoterapéuticas a nivel individual.

El Manual Diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-V) y el Manual de Clasificación internacional de enfermedades mentales (CIE- 10), mencionan que las características principales son: deficiencias a nivel comunicativo, interrelaciones sociales y dificultades adaptativas.

En la Institución de Educación Básica Particular María Auxiliadora se realizó las practicas pre profesionales, donde se observó a un estudiante con las características del TEA, el mismo que cursa el quinto año de educación básica con 9 años de edad al que le denominaremos “N”, por lo que nace la necesidad de enfrentar esta problemática aplicando la intervención psicoterapéutica apoyado en la terapia cognitivo-conductual con el modelo de intervención Análisis conductual Aplicado (ABA), las cuales se desarrollaron en cada sesión.

Para identificar el Trastorno del Espectro Autista y la relación con la inteligencia del estudiante se emplearon las siguientes técnicas: observación, entrevista clínica, historia clínica, test psicométricos cómo: la Escala Wechsler no verbal para identificar el coeficiente intelectual, Test M-CHAT con el fin de indagar el desarrollo comunicativo y social en la infancia.

Finalmente en el desarrollo del estudio de caso se puede denotar que se encuentra estructurado con los siguientes elementos: justificación, objetivos, sustento teórico, técnicas aplicadas para la recolección de la información y resultados obtenidos, además de las conclusiones, bibliografía y anexos.

DESARROLLO

JUSTIFICACIÓN

El estudio de caso es importante porque permitió conocer la relación del Trastorno del espectro autista con el nivel de inteligencia de un estudiante, es decir si su coeficiente intelectual afecta a su desenvolvimiento escolar, familiar, social, garantizando así su bienestar a corto y/o a largo plazo. Para esto, se plantearon criterios psicoterapéuticos que ayudan a brindar tratamiento y rehabilitación para esta problemática.

La Institución de Educación Básica Particular María Auxiliadora, proporcionó la factibilidad necesaria en este estudio de caso mediante la pre disposición de la autoridad competente para que los estudiantes de la carrera de Psicología Clínica realicen sus prácticas pre-profesionales, brindando un espacio propicio para la atención psicológica del estudiante, además del consentimiento de la madre de familia para acceder a realizar el estudio de caso y así cumplir con los objetivos planteados.

El beneficiario directo fue un estudiante de 9 años de edad, se encuentra en quinto año de educación, recibió la atención psicológica oportuna y eficaz, mejorando su rendimiento académico, la reinserción social, el manejo familiar para este tipo de trastornos mentales, la institución educativa se beneficia por el aporte de intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de estos casos de TEA.

El impacto de este estudio de caso se encuentra en establecer el nivel de inteligencia que presenta el estudiante y relacionarlo con el TEA. Como futura profesional en el área de Psicología Clínica, se fortaleció el manejo clínico psicológico de sus criterios diagnósticos e intervención psicoterapéuticas.

OBJETIVO

Relacionar el Trastorno del Espectro Autista con el nivel de inteligencia de un estudiante de la Institución de Educación Básica Particular María Auxiliadora.

SUSTENTOS TEÓRICOS

Trastorno Espectro Autista

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se definen según el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM V)

Un grupo de alteraciones del desarrollo que ocasionan deficiencias en diferentes grados, de las habilidades e interrelaciones sociales (las cuales no están adaptadas al contexto social), alteraciones en la comunicación verbal y alteraciones en la comunicación no verbal de los niños y adolescentes, manifestándose en todos los estratos económicos-sociales, sin distinción de raza, etnia y sexo (American Psychiatric Association, 2014, pág. 90).

Según el DSM V (American Psychiatric Association, 2014, pág. 90), las principales características de las personas TEA son dos: “deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos y segundo patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades”.

La Organización Mundial de la salud, menciona que las personas con TEA tienen problemas, en el desarrollo sobre todo en la primera infancia y en la mayoría de los casos persisten a lo largo de toda la vida, eso quiere decir que durante el nacimiento pueden aparecer ciertas características que serían factores causales para la aparición de síntomas de espectro autista sin embargo esto se puede identificar a los 2 o 3 años de edad de la persona con TEA y que con la tercera infancia puede aparecer ciertas dificultades en el proceso de aprendizaje por su nivel de inteligencia (Organización Mundial de la salud , s.f.).

En la historia natural de la enfermedad que hace referencia a los orígenes del Autismo nos menciona múltiples causas como factores genéticos, ambientales,

determinantes sociales que muchas veces pueden influir durante el embarazo o en el nacimiento (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Horwitz y colaboradores, en 1988 formularon la hipótesis de que el autismo es provocado por un déficit de la conectividad funcional de los circuitos neuronales por déficit en las neuroquinas, en la neurogénesis y la gliogénesis. Sistema que permite la sincronización entre las diferentes áreas cerebrales. Por esta razón, se refiere al autismo como un problema de tipo cognitivo y neurobiológico (Cornelio, 2009, págs. 27-30).

En la actualidad no se establece un solo factor causante sin embargo se toma muy en cuenta los factores ambientales como problemas en el embarazo, defectos congénitos ha tomado mucha importancia, (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 33) otros factores de riesgo como la edad avanzada de los padres y madres, infecciones maternas durante el embarazo, prematuridad, bajo peso al nacer, epilepsia de inicio temprano, antecedentes familiares.

Las características generales de los TEA, es el desarrollo del niño/a normal hasta el año 6 meses, su neurodesarrollo (motor, comunicativo y de relación social) se cumple de manera adecuada , sin embargo a los 18 meses, la mayor parte de los padres y madres describen las primeras manifestaciones de alteraciones en el desarrollo, frecuentemente con pérdida de habilidades del lenguaje, una sordera extraña que no responde cuando se lo llama, ni cuando se le da órdenes, reaccionando en cambio hipersensible a otros estímulos auditivos (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 28).

En las relaciones con sus pares existe dificultad para el contacto visual, las actividades funcionales con objetos y juguetes es muy rutinaria, sencilla, repetitiva, resistencia a los cambios en el entorno, problemas emocionales y que si no se reciben intervenciones rápidas pueden crear deterioro generando trastorno en el desarrollo con problemas de sueño, hiperactividad, agresividad, ansiedad, depresión, cambios de humor, psicosis, problemas académicos con un rendimiento cognitivo (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Entre señales de alerta de los TEA que son importantes para la detección temprana y oportuna según el (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 25) menciona las siguientes:

- No balbucea, no hace gestos a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No hace frases espontáneas de 2 palabras a los 24 meses.
- Pérdida de habilidad del lenguaje a cualquier edad.

Tabla 1

Antes de los 18 meses	Entre los 18 – 24 meses
Poco contacto visual.	Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo.
Falta de interés en juegos interactivos.	
Falta de sonrisa.	
No responde a su nombre.	Ausencia del juego simbólico (no le da un significado añadido a los objetos de juego).
No señala para "pedir algo".	
Ausencia de imitación espontánea.	Retroceso del lenguaje y comunicación.
Ausencia de balbuceo comunicativo.	Inicio de movimientos estereotipados, rituales, conductas repetitivas.
A partir de los 36 meses	A partir de los 5 años
Ecolalia o referirse a sí mismo en segunda o tercera persona.	Comunicación que incluye mutismo, ecolalia, vocabulario no acorde a su edad cronológica o grupo social.
Fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros.	Uso restringido del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente sólo, sobre temas específicos de su interés.
Falta de interés o aproximaciones extrañas a los niños de su edad.	La lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental.
Preferencia por actividades solitarias.	Áreas del conocimiento pueden estar especialmente desarrolladas, en áreas como: matemáticas, mecánica, música, pintura, escultura.
indiferencia.	intentos inadecuados de jugar colectivamente.
Hipersensibilidad (al sonido, contacto físico, estímulos visuales) o hiposensibilidad (al dolor).	Limitada habilidad para apreciar las normas culturales (en el vestir, estilo del habla, intereses, etc.).
Patrones posturales extraños como andar de puntillas.	
Movimientos estereotipados marcados.	

Fuentes: Constantino JN, Zhang Y, Frazier T, Abbachi A & Law P (2010) (16); Mazefsky CA, McPartland JC, Gastgeb HZ & Minshew NJ (72); Pellicano E (2012) (73); Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des psychologues du Québec (2012) (74) y Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica (2009). Tomado de (Ministerio de Salud Pública , 2017).

Los criterios diagnósticos son tomados desde la (Organización Panamericana de la salud , 2010) en la CIE-10 que las define como:

F84.0 Autismo infantil.

F84.1 Autismo atípico.

F84.2 Síndrome de Rett.

F84.3 Otros trastornos desintegrativos de la infancia.

F84.4 Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados.

F84.5 Síndrome de Asperger

Dentro del (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales , 2018) (DSM V) los clasifica Trastornos del desarrollo neurológico donde se subdivide como Trastornos del Espectro del Autismo 299.00 (F84.0).

El tratamiento de los TEA según (Ministerio de Salud Pública , 2017) “se basa en enfoque integral donde participan múltiples profesionales como psicólogos, psiquiatras, psicorehabilitador, terapia de lenguaje, neuropsicología, neurología, dependiendo de la necesidad de la persona con TEA”(pag.41).

En el presente estudio de caso se utilizó el tratamiento psicológico basado en el enfoque Cognitivo Conductual (Ministerio de Salud Pública , 2017) “ayuda a los pacientes a comprender que los pensamientos y sentimientos influyen en su comportamiento” (pág. 70). Su conducta está influyendo sus distorsiones cognitivas, ideas erróneas, emociones alteradas que se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva, economía de fichas, descarga de emociones, expresiones de emociones, a través de la educación al niño reduciendo los síntomas, generando adaptación al entorno.

El modelo de intervención Análisis conductual Aplicado (ABA) ha generado múltiples estudios científicos que garantizan la eficacia de la modificación de conductas de los TEA basándose en principios básicos como los definen “el análisis se evalúa las intervenciones registradas y medidas en el progreso del tratamiento, segundo el comportamiento basado en el cambio de la conducta y la aplicación de las conductas modificadas observadas” (Cañon, 2014).

El enfoque del Análisis conductual establece principios para realizar intervenciones psicológicas de las siguientes maneras.

La evaluación del niño previa al inicio de tratamiento esto se lo realizo con la ficha de observación, un diseño individualizado de la intervención con la historia clínica psicológica, seguido de las horas de tratamiento conjuntamente con la aplicación de reactivos psicológicos, la formación del entorno con los padres para detallar el modelo de intervención con la psicoeducación, la presencia de apoyos o como los llamaremos premios y la retirada de comportamientos con los castigos reforzando

con dobles premios y la realización sistemática de registros. (Cañon, 2014, págs. 33-36)

La Inteligencia

El concepto de inteligencia tiene una larga y fructífera historia en Psicología, sin embargo hasta la actualidad la define (Ardila, R. , 2010) “capacidad de solucionar problemas, de razonar, de adaptarse al ambiente, han sido altamente valoradas a lo largo de la historia” (pag.2). La forma de tomar decisiones, alternativas para mejorar las relaciones sociales, familiares y adaptarse al entorno y sociedad.

Por lo que las definiciones de inteligencia han sido estudiadas por múltiples científicos sin embargo una que considero más acorde a la actualidad es la que define:

Conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que permite la adaptación eficiente al ambiente físico y social. Incluye la capacidad de resolver problemas, planear, pensar de manera abstracta, comprender ideas complejas, aprender de la experiencia. No se identifica con conocimientos específicos ni con habilidades específicas sino que se trata de habilidad cognitiva general, de la cual forman parte las capacidades específicas. (Ardila, R. , 2010, pág. 4)

Los primeros intentos formales de medir la inteligencia según (Ardila, R. , 2010) se deben a Alfred Binet (1857-1911) quien fue comisionado por el gobierno francés para encontrar una forma de seleccionar a los estudiantes que tenían habilidades para cursar estudios en las escuelas francesas. Binet diseñó una serie de situaciones problema que poseían dificultad gradual creciente y clasificó las que podían ser resueltas por niños de diversas edades. En esta forma se propuso una secuencia que dio origen al concepto de “edad mental” a diferencia de la “edad cronológica”.

El primer test de inteligencia (Binet-Simon) se presentó en 1905 en Francia. Estos test tuvieron en su forma inicial una función práctica y se aplicaron a varios contextos educativos. Se buscó correlacionar dichos resultados en los test con el éxito en

la escuela. Más adelante se propusieron otras pruebas de inteligencia como el Terman, el Stanford-Binet y el Weschler en sus diversas formas (WAIS, WISC, etc.).

En el año de 1974 se publica el WISC-R para evaluar aptitudes intelectuales de estudiantes universitarios, esta escala cuenta con una considerable serie de datos de validez y factibilidad, y es útil para la evaluación clínica de distintas poblaciones. Es un instrumento flexible que permite evaluar diferentes objetivos dentro de los rangos de los 5 a los 21 años, y aporta la aplicación para detectar la inteligencia general de una persona de forma no verbal (Wechsler, D; Naglieri, J., 2006).

Dentro de la WNV se compone de seis pruebas: matrices, claves, rompecabezas, memoria espacial, reconocimiento, historietas de las cuales se seleccionan de acuerdo a la edad del sujeto, una para los niños de 5 años a 7 años 11 meses con pruebas como matrices, claves, rompecabezas y reconocimiento y otra para los mayores de 8 años a 21 años 11 meses está compuesta de matrices, claves, memoria espacial e historietas (Wechsler, D; Naglieri, J., 2006).

La prueba matrices consiste en que el sujeto descubra diferentes formas y elementos geométricos se interrelacionan a través del espacio o se organizan lógicamente como cuadrados, círculos y triángulos; las claves el sujeto copia, en 120 segundos una serie de símbolos que aparecen emparejados con una figura geométrica o a un número tiene dos partes A se aplica a los niños de 5 años a 7 años 11 meses y parte B a los de 8 años hasta 21 años 11 meses (Wechsler, D; Naglieri, J., 2006).

La prueba rompecabezas son piezas de un puzle para formar un objeto o figura reconocible, la cantidad de piezas varia de 2 a 8 por cada ítem. Reconocimiento requiere que el sujeto que observe durante 3 segundos, identifique la figura que ha visto entre 4 a 5 opciones; memoria espacial consiste en dos tareas: en primer lugar el examinador señala unos cubos que están adheridos a un tablero, al ritmo de uno por segundo debe señalar los mismos cubos en orden y en segundo lugar se señala los cubos pero en orden inverso. Las historietas requieren que el sujeto

ordene una serie de tarjetas presentadas en un orden determinado de forma que ilustre una historia con sentido (Wechsler, D; Naglieri, J., 2006).

Stern William citado en (Ardila, R. , 2010) indica que el coeficiente intelectual es el resultado de la edad mental dividida por la edad cronológica en meses y multiplicada por 100 y se obtiene el nivel de CI según rangos: inteligencia superior: 115 a 130, inteligencia normal: 85 a 115, retraso mental con limite o borderline: 70 a 85, leve 50-70, moderado: 35-55, grave 20-40, profundo menos de 20. Esto nos permitirá identificar el nivel de inteligencia del estudiante que se utilizó en el estudio de caso.

El nivel del desarrollo comunicativo y social según su inteligencia en los trastornos del espectro autista

Las limitaciones más tempranas que presentan los TEA

Consisten en dificultades de establecer relaciones adecuadas como aislamiento, pasividad, no interés por atraer hacia sí mismo la atención del otro, no responder con su nombre, retraso y/o ausencia de gestos protodeclarativos y protoimperativos, retraso, ausencia o pérdida del lenguaje, dificultad en la imitación, apego inusual a ciertos objetos (Palomo & Belichon).

Los niveles de comunicación social que menciona (Ministerio de Salud Pública , 2017) los describo a continuación.

Grado 1: Sin ayuda in situ las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 174).

La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los

problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía. Pueden existir hiper o hipo reactividad a la información sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del contexto (como la aparente indiferencia al dolor/calor/frío), respuesta adversa a sonidos específicos o texturas, olfato o contacto excesivo de objetos, fascinación por las luces u objetos giratorios, entre otras (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 174).

Grado 2: Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 174).

La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción. Pueden existir hiper o hipo reactividad a la información sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del contexto (como la aparente indiferencia al dolor/calor/frío), respuesta adversa a sonidos específicos o texturas, olfato o contacto excesivo de objetos, fascinación por las luces u objetos giratorios, entre otras (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 174).

Grado 3: Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 175).

La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción. Pueden existir hiper o hipo reactividad a la información sensorial o interés inusual en aspectos sensoriales del contexto (como la aparente indiferencia al dolor/calor/frío), respuesta adversa a sonidos específicos o texturas, olfato o contacto excesivo de objetos, fascinación por las luces u objetos giratorios, entre otras (Ministerio de Salud Pública , 2017, pág. 175).

TÉCNICAS APLICADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Dentro de las técnicas del estudio de caso se utilizaron las siguientes:

Ficha de observación

Es un instrumento que se basa en una lista de indicadores que pueden redactarse ya sea como afirmaciones o bien como pregunta y que ayuda a orientar por medio de la observación al sujeto, se utilizó para visualizar por medio de las observaciones los signos que presenta el usuario. (Guerrero, s.f.)

Durante la observación se identificaron criterios diagnósticos del Trastorno Espectro Autista en el estudiante es decir la poca interacción social con los otros niños, dificultad para expresar el lenguaje, apego inusual a objetos, inquietud excesiva, síntomas de ansiedad a la aplicación de los reactivos psicológicos, dificultad para comprender órdenes, poco contacto visual.

Historia clínica

Es una herramienta de gran utilidad para el Psicólogo Clínico pues con ella se recaba información referente a la historia personal, los antecedentes de enfermedades médicas o de origen psicológico en el paciente o en sus familiares, la

irrupción del cuadro psicopatológico, los diagnósticos diferenciales y estructurales así como las posibles alternativas de intervención terapéutica.

Técnicas psicométricas:

Se usaron los siguientes test:

Test M-CHAT

Con el objetivo de identificar el desarrollo comunicativo y social en la infancia, se realizó la aplicación a la madre de familia con 23 preguntas de sí o no, es un test que se realiza para la detección temprana entre los 18 meses a 30 meses de edad, se aplica a la madre ya que es importante conocer los antecedentes de la infancia del estudiante, fue diseñado por Robín, Fein y Barton en el 2009 con el significado en ingles MODIFIED-CHECLIST FOR AUTISM IN TODDLERS.

Apgar familiar

Cuyo objetivo es identificar el nivel de funcionalidad o disfunción familiar en el caso del estudiante con 7 preguntas con opciones de nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre con la interpretación del puntaje normal: 17-20 puntos, disfunción leve: 16-12 puntos, disfunción moderada: 12-10 puntos, disfunción severa: menor o igual a 9 puntos. Elaborado por Dr. Gabriel Smilkstein, en el año 1978. (Suarez C, 2014, págs. 53-55)

Escala no verbal de aptitud intelectual de Weschler

Desarrollado por David Wechsler; Jack A. Naglieri, mediante el objetivo de la evaluación de la aptitud intelectual mediante pruebas de aplicación no verbal, ámbito de aplicación es niños, adolescentes y jóvenes adultos en edades comprendidas entre 5 años 0 meses y 21 años 11 meses, el formato no verbal permite la aplicación en poblaciones de difícil evaluación con limitaciones lingüísticas en este estudio de caso el Trastorno del espectro autista.

La estructura se compone de seis pruebas: matrices, claves, rompecabezas, reconocimiento, memoria espacial e historietas. Por ello se han creado dos versiones diferentes para los niños de 5 años a 7 años 11 meses se aplica las pruebas matrices, claves, rompecabezas y reconocimientos, y otra para los mayores de 8 años a 21 años 11 meses con las pruebas matrices, claves, memoria espacial e historietas.

Tiempo de aplicación de 45 minutos aproximadamente para la forma de 4 pruebas y 20 minutos aproximadamente para la forma de 2 pruebas.

La calificación se realizó en el cuadernillo de anotación con la puntuación de cada subprueba con la conversión directa a puntuaciones T para obtener la conversión de la suma de puntuaciones T a Escala Total que equivale al coeficiente intelectual.

RESULTADOS OBTENIDOS

El estudiante “N”, tiene 9 años de edad, sexo masculino, nació en Italia el 15 de abril del 2010 y a la edad de 3 años se trasladó a Ecuador con la madre “por la situación económica que estaban atravesando”, actualmente habitan en la ciudad de Babahoyo en la dirección Clemente Baquerizo y octava, su familia está compuesta por la madre, abuela, tía y primo con quienes mantiene una relación funcional, acude a la Institución de Educación Básica Particular María Auxiliadora, se encuentra en el quinto año de educación básica, por lo que es derivado por la docente: según refiere “es un niño muy tímido, tiene problemas para comunicarse con los compañeros, es inteligente pero tiene problemas en matemáticas”.

El estudio de caso se desarrolló en seis sesiones detalladas de la siguiente manera:

En la primera sesión realizada a la madre el día miércoles 30 de octubre del 2019 a las 8H00am, se llevó a cabo en la institución educativa que estudia “N”, con la finalidad de recolectar información y confirmar el motivo de consulta expuesto por la docente.

En la segunda sesión realizada a la progenitora el día martes 5 de noviembre del 2019 siendo las 9H00 am, se indagó acerca de la anamnesis personal y

familiar (tío paterno con esquizofrenia y prima con retraso mental), historia escolar, conductual del estudiante, fundamentando con la aplicación del Test M-CHAT y APGAR familiar para uso de la familia.

En la tercera sesión clínica psicológica, el día lunes 18 de noviembre del 2019 a las 8H30am, se realizó al estudiante donde se estableció rapport y empatía con él, se investigó con la observación clínica síntomas que corresponden al Trastorno del espectro autista y se aplicó el APGAR familiar para uso de niños.

La aplicación de reactivos psicológicos se realizó en una cuarta sesión el día lunes 6 de enero del 2020 a las 10H35 am, la Escala Wechsler no verbal (WNV) se aplicó ya que permite identificar si existió dificultades en la comunicación verbal e interacción social.

En la quinta entrevista se realizó el día martes 7 de enero del 2020 a las 9H00 am, donde se procedió a psicoeducar a la madre y al estudiante acerca del posible diagnóstico que presenta y la intervención que se va a realizar con “N”.

En la sexta sesión, el día jueves 9 de enero del 2020 a las 9H30am, se realizó la aplicación de los principios del enfoque del análisis conductual con la presencia de apoyos o premios y castigos como retirada de comportamientos al estudiante “N”, además de la instrucción de habilidades sociales.

SITUACIONES DETECTADAS

Los hallazgos obtenidos en el estudio de caso fueron que “N” durante su desarrollo evolutivo, nació de parto cesárea programada, a los 4 meses según refiere la madre empieza “a decir mamá, teta”, a los 6 meses de edad “cuando era pequeño le fastidiaba los ruidos fuertes como la licuadora, aspiradora”, al año seis meses empieza “a caminar y controló esfínteres”, además según la aplicación del reactivo psicológico Test M-CHAT que es para edad de 18 meses hasta los 2 años 6 meses refiere “no muestra interés para otros niños, niñas, no señala con el dedo para pedir algo, no puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace y no dirige la mirada hacia el juguete”. A los 5 años de edad ingresa a la educación inicial 1, mantenía las relaciones sociales con

facilidad con los adultos a diferencia de personas de su edad, a los 7 años se cambia de residencia a la ciudad de Manabí y se reinsertó al tercer grado de educación básica, a los 8 años mantenía los mismos síntomas de TEA por lo que refiere la madre que durante ese año “le hicieron bullying de parte de docentes y compañeros, le decían apodos, que le haga ver porque él no es normal”, además empezó a reaccionar con ataques de ira, conductas auto agresivas y heteroagresivas hacia los compañeros, por lo que la madre decidió cambiarle a su anterior Institución Educativa María Auxiliadora en la cual se mantiene hasta la actualidad.

En el contexto familiar vive en una familia extendida con: abuela, madre, tía y primo, con los cuales mantiene una relación funcional, además la madre se dedica a trabajar en un restaurante de un familiar ya que por la condición de salud requiere mayores cuidados y dependencia de la madre por lo que no tiene trabajo fijo.

En el área afectiva tiene dificultad para comprender sus pensamientos y sentimientos que muchas veces aparecen de manera repentina y sintiéndose confundido al momento de demostrar las mismas con sus compañeros o la familia.

En el área escolar – comportamental es un estudiante que se encuentra en quinto año de educación básica con dificultades en el aprendizaje de matemáticas y lenguaje, en el ámbito comportamental dificultades en la interacción social con los compañeros, sin embargo solo mantiene una relación de amistad.

Durante la intervención se observó que el estudiante se encontraba ansioso, poco contacto visual, dificultad para mantener intercambios en la conversación; sin embargo al crear rapport existió participación por parte del mismo, se reforzó el comportamiento entregando dobles premios al ver la predisposición para realizar la aplicación de los reactivos psicológicos que determinaron lo siguiente:

La escala Wechsler no verbal consiste en la aplicación de pruebas:

Tabla 2: Interpretación de resultados

Pruebas	Puntuación directa	Puntuación T
<i>Matrices</i>	23	58
<i>Claves</i>	54	59

<i>Memoria espacial</i>	16	56
<i>Historietas</i>	10	45
Suma de puntuaciones T		218

Tabla 3: Coeficiente intelectual

Suma de puntuaciones T	Puntuación Escala Total	Percentil	Intervalo de confianza 90% o 95%
218	110	75	100-118

Resultado: **110 que significa Inteligencia Normal**, esto nos indica que el nivel de inteligencia no está relacionado con el Trastorno del espectro autista.

Apgar familiar para uso de la madre: Una puntuación de 28 puntos que se interpreta como familia funcional normal, es decir que la familia se encuentra adaptada al estudiante.

Apgar familiar para uso en niños: Con una puntuación de 5 que representa a disfunción moderada, es decir que el estudiante tiene dificultades para adaptarse a las relaciones familiares.

Dentro del DSM –V (American Psychiatric Association, 2014, pág. 90) lo clasifica como Trastorno del Desarrollo Neurológico con criterios diagnósticos del Trastorno del espectro autista especificando sin déficit intelectual y sin deterioro del lenguaje correspondiendo a:

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social e interacción social en diversos contextos, como las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales, en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones afectivas, es decir el estudiante no mantenía relaciones sociales con sus compañeros, solo mantiene una relación de amistad, en la familia de la misma manera simpatiza mejor con la abuela.

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades que se manifiestan con la utilización de objetos repetitivos en la institución educativa llevaba un carrito de juguete con el cual pasaba siempre, en la casa el uso excesivo de la Tablet con interés inhabitual por aspectos de videos con astronautas, además de la inflexibilidad de rutinas presentaba arranques de iras ante situaciones como cuando le quitaban su carro de juguete o la Tablet en la casa, además de hipersensibilidad ante los ruidos de vehículos en la calle o cuando los compañeros hacían ruidos excesivos en clases se tapaba los oídos y si persistían empezaba a llorar.
- C. Los síntomas se hicieron presentes cuando él estudiante tenía 6 meses de edad es decir en las primeras fases del desarrollo.
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual en este caso en lo académico y familiar.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y TEA con frecuencia concuerdan, sin embargo en este estudio de caso la inteligencia del estudiante es de 110 que significa normal.

Se descartó un trastorno específico del desarrollo (trastorno del lenguaje y del habla) ya que pudo haber tenido características similares al TEA, sin embargo en este trastorno no existe dificultad en la interacción social que involucren compartir intereses, actividades y emociones en común.

SOLUCIONES PLANTEADAS

Se propone implementar la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el estudiante se reinerte a la sociedad, a la familia, en el ámbito educativo-escolar desde el enfoque cognitivo-conductual que ayuda a las personas a darse cuenta que los pensamientos y sentimientos influyen en su comportamiento basándose en el enfoque del

modelo Análisis conductual aplicado (ABA), utilizando el aumento de consecuencias adaptativas y reducción de *Tabla 4: Intervención psicoterapéutica* comportamientos inapropiados logrando una mejor integración del niño con su ambiente escolar, familiar.

En la intervención psicoterapéutica se realizó el entrenamiento en habilidades sociales con el objetivo de que el estudiante comprenda las reglas sociales para interactuar adecuadamente con los demás compañeros, docentes y la familia.

Para los hallazgos en la categoría cognitiva mencionados en situaciones detectadas, se propone la siguiente actividad: enseñar los síntomas del Trastorno espectro autista, la técnica que se usó, es la psicoeducación al paciente y familiar, en la fecha: 07/01/2020 y los resultados esperados fueron la adquisición de conocimientos.

El área afectiva entre cuyos hallazgos mencionados también en situaciones detectadas, tenemos la siguiente actividad: lograr que el estudiante identifique los pensamientos y sentimientos negativos y los cambie a positivos a través de la técnica presentación y retirada de apoyos afectivos, el día 09/01/2020, obteniendo como resultado el control de pensamientos positivos y empoderamiento afectivo.

Dentro del área social-comportamiento, hallazgos también mencionados en situaciones detectadas, se plantea, la actividad: reinserción escolar y familiar, la técnica que se usaron es el entrenamiento de habilidades sociales, se realizó en la fecha: 09/01/2020 y los resultados esperados es la mejor relación social con los compañeros en su institución educativa y en su familia.

A continuación se observará en la tabla 4 la intervención psicoterapéutica

Finalmente, realizando el estudio de caso, se obtuvo el logro que la madre

Categorías	Actividad	Técnica	Nº de sesión	Fecha	Resultados esperados
Cognitivo	Enseñar los síntomas del Trastorno del espectro Autista.	Psicoeducar al paciente y familiar(madre)	5	07/01/2020	Adquisición de conocimientos del TEA.
Afectivo	Lograr que el estudiante identifique los pensamientos y sentimientos negativos y los cambie a positivos	Presentación y retirada de apoyos afectivos.	6	09/01/2020	Control de pensamientos positivos y empoderamiento afectivo
Social-comportamiento	Reinserción escolar y familiar.	Entrenamiento de habilidades sociales	6	09/01/2020	Mejor relación social con los compañeros en su institución educativa y en su familia.

de familia aceptó la condición de salud y reconoció los síntomas que presenta “N” por el Trastorno del espectro autista; en la institución educativa se realizó una charla educativa para evitar la discriminación por el trastorno mental y del comportamiento que padece el estudiante, ya que ayudó a que se integre al grupo académico y mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El Trastorno del Espectro Autista se incluye dentro de los trastornos del desarrollo neurológico según el DSM-V (299.00) y en la CIE-10 (F84.5) trastornos generalizados del desarrollo cumpliendo con los objetivos establecidos, es decir que no existe relación directa entre el nivel de inteligencia y el TEA ya que el estudiante presentó una inteligencia normal.

En el estudio de caso constatamos que el estudiante cumple con los criterios diagnósticos del TEA, observándose dificultad en la interacción social, presencia de comportamientos estereotipados y repetitivos, ausencia en el retraso del lenguaje y cognitivo.

El área más afectada fue, la escolar-comportamental, existe alteración en la comunicación y es importante ya que permite una integración social con los compañeros, evidenciándose aspectos como el hecho de que una sola persona es amiga del estudiante y no mantiene relación de amistad con los demás compañeros, las conductas agresivas arranques de ira no controladas que pueden causar daño a terceros.

La intervención psicoterapéutica planteada para el estudiante y la familia generó mayor conocimiento acerca de la condición de salud que presenta, enseñando como abordar este trastorno del espectro autista, las técnicas que se pueden aplicar para el manejo de las conductas desadaptativas en el área escolar, familiar, afectiva mejorando la calidad de vida de “N” e incluyendo a la sociedad. Además nos invita a reflexionar que como futura profesional del campo psicológico cada persona tiene diferentes problemas que afectan a su calidad de vida y debemos estar preparados para cada reto que se nos presente y así brindar bienestar psíquico en cada individuo.

RECOMENDACIONES

A la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y de la Educación, se recomienda continúe realizando estudios que identifiquen el nivel de inteligencia en las personas con Trastorno del Espectro autista para posteriores comparaciones con el presente estudio de caso.

Se recomienda que el estudiante “N” tenga un seguimiento con el esquema planteado para mejorar la integración en procesos sociales, educativos, comunitarios, familiares y así mantener los síntomas del TEA de manera leve y que no requiera la supervisión y dependencia de otra persona.

Es importante trabajar con la madre para el manejo de los síntomas del TEA y persistencia del esquema terapéutico en la familia con el apoyo de la abuela, tía y primo ya que así se fortalecerá la relación familiar desde la mirada del estudiante hacia ellos.

Fomentar que la Institución Educativa Particular María Auxiliadora realice talleres para las familias y estudiantes para la comprensión del trastorno del espectro autista y como integrarlos en el ámbito escolar.

A los futuros profesionales Psicólogos clínicos se recomienda establecer intervenciones psicoterapéuticas basadas en el modelo cognitivo conductual para mejorar las habilidades sociales, la integración social, eliminación de comportamientos repetitivos, estereotipados, conductas agresivas dirigidas a personas con TEA.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Ardila, R. . (2010). *Inteligencia ¿Qué sabemos y que nos falta por investigar?* Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/racefn/v35n134/v35n134a09.pdf>
- Cañon, L. P. (2014). *Instituto de evaluación tecnológica en salud* . Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Estudio-Efectividad-Terapias-analisis-comportamiento-aplicado.pdf>
- Cornelio, J. (2009). *Autismo infantil y neuronas en espejo*. Obtenido de Rev Neurol: <http://www.neurologia.com/articulo/2009091>
- Guerrero, J. (s.f.). *Docente al día*. Obtenido de <https://docentesaldia.com/2019/09/15/instrumentos-para-evaluar-a-los-alumnos-ejemplos-de-guia-de-observacion-diario-de-clase-registro-anecdótico-y-escala-de-actitudes/>
- Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales . (2018). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. Obtenido de <http://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Ministerio de Salud Pública . (2017). *Trastornos del Espectro Autista en niños y adolescentes: detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento*. Quito: Dirección Nacional de Normatización.
- Organización Mundial de la salud . (s.f.). *Organización Mundial de la salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es>
- Organización Panamericana de la salud . (2010). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* .
- Palomo, R., & Belichon, M. L. (s.f.). *Las investigaciones del autismo en los primeros años de vida*.

Suarez Cuba, M., & Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR. *Revista Médica La Paz*, 53-55.

Wechsler, D; Naglieri, J. (2006). *Escala no verbal de aptitud intelectual de Wechsler*. Pearson .

ANEXOS

Anexo 1: Fotografías

Imagen 1

La autora del estudio de caso Jessica Lorena Merino Zurita, en tutorías con la Dra. Gina Esmeralda Beltrán Baquerizo. Mgs T.F durante la primera sesión.



Imagen 2.

Aplicación de las técnicas para la recolección de información al estudiante “N”



Anexo 2: Ficha de observación psicológica

FICHA DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES

Nombre: _____

Sexo: _____

Edad: _____

Instrucción: _____

Numero de sesión: _____

Tiempo de observación: minutos _____ hora de inicio _____ hora final _____

Tipo de observación: _____

Nombre del observador: _____

Fecha: _____

II. DESCRIPCIÓN DE LA OBSERVACIÓN

DESCRIPCIÓN FÍSICA

DESCRIPCIÓN DEL ENTORNO

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (CURSO Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO, CONDUCTAS, REGISTRO NARRATIVO)

COMENTARIO

Anexo 3: Historia clínica psicológica

HISTORIA CLÍNICA

HC. # _____

Fecha: ____ / ____ / ____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombres: _____ Edad: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Género: _____ Estado civil: _____ Religión: _____

Instrucción: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Remitente: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

3. HISTORIA DEL CUADRO PSICOPATOLÓGICO ACTUAL

4. ANTECEDENTES FAMILIARES

- a. Genograma (Composición y dinámica familiar).
- b. Tipo de familia.
- c. Antecedentes psicopatológicos familiares.

5. TOPOLOGÍA HABITACIONAL

6. HISTORIA PERSONAL

6.1. ANAMNESIS

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

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

6.3. HISTORIA LABORAL

6.4. ADAPTACIÓN SOCIAL

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

6.6. AFECTIVIDAD Y PSICOSEXUALIDAD

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

6.8. ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

6.9. HISTORIA MÉDICA

6.10. HISTORIA LEGAL 6.11. PROYECTO DE VIDA

7. EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

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

7.2. ORIENTACIÓN

7.3. ATENCIÓN

7.4. MEMORIA

7.5. INTELIGENCIA

7.6. PENSAMIENTO

7.7. LENGUAJE

7.8. PSICOMOTRICIDAD

7.9. SENSOPERCEPCION

7.10. AFECTIVIDAD

7.11. JUICIO DE REALIDAD

7.12. CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

7.13. HECHOS PSICOTRAUMATICOS E IDEAS SUICIDAS

8. PRUEBAS PSICOLOGICAS APLICADAS

9. MATRIZ DEL CUADRO PSICOPATOLOGICO

Función	Signos y síntomas	Síndrome
Cognitivo		
Afectivo		
Pensamiento		
Conducta social - escolar		
Somática		

9.1. Factores predisponentes:

9.2. Evento precipitante:

9.3. Tiempo de evolución:

10. DIAGNÓSTICO ESTRUCTURAL

11. PRONÓSTICO

12. RECOMENDACIONES

13. ESQUEMA TERAPÉUTICO

Hallazgos	Meta Terapéutica	Técnica	Número de Sesiones	Fecha	Resultados Obtenidos

Firma del pasante

Anexo 5: Test M-CHAT

Cuestionario del desarrollo comunicativo y social en la infancia (M-CHAT)

La información que contiene este cuestionario es totalmente confidencial. Los datos personales que aparecen al final están separados del resto del cuestionario para proteger la confidencialidad de sus respuestas. Le garantizamos que no se realiza ninguna difusión de los datos aquí contenidos.

Seleccione rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa normalmente. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

Solo para uso oficial (no rellenar)			
1.- ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándose en sus rodillas, etc.?	Si	No	
2.- ¿Muestra interés por otros niños o niñas?	Si	No	
3.- ¿Le gusta subirse a sillas como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc.?	Si	No	
4.- ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras"? (taparse los ojos y luego descubrirlos, jugar a esconderse y aparecer de repente)	Si	No	
5.- ¿Algunas vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así?	Si	No	
6.- ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?	Si	No	
7.- ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?	Si	No	
8.- ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?	Si	No	
9.- ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?	Si	No	
10.- ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?	Si	No	
11.- ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)	Si	No	
12.- ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?	Si	No	
13.- ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca, él o ella también lo hace)	Si	No	
14.- ¿Responde cuando se le llama por su nombre?	Si	No	
15.- Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?	Si	No	
16.- ¿Ha aprendido ya andar?	Si	No	
17.- Si su hijo o hija se da cuenta de que usted está mirando algo atentamente. ¿Se pone a mirarlo también?	Si	No	
18.- ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándose a los ojos?	Si	No	
19.- ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?	Si	No	
20.- ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?	Si	No	
21.- ¿Entiende su hijo o hija lo que dice la gente?	Si	No	
22.- ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?	Si	No	
23.- Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida. ¿Le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?	Si	No	

Fecha de hoy: _____

Datos confidenciales del niño o niña	
Nombre y apellidos: _____	
Fecha de nacimiento: _____	
Sexo: Varón ___ Mujer ___	Teléfono de contacto: _____
Dirección: _____	CP _____ Localidad _____
Nombre de la persona que rellena el cuestionario: _____	
Parentesco con el niño/niña: madre ___ padre ___ otro: (especifique) _____	

Tomado de: Robins D, Fain D, Barton M & Fuentes J (2010). (75)

Anexo 6: Apgar familiar

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

Preguntas	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor					
Me satisface como compartimos en mi familia					
1. El tiempo para estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos(as)					

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda las preguntas planteadas en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer; caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3: Casi siempre •4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17 – 20 puntos.
- Disfunción leve: 16 – 13 puntos.
- Disfunción moderada: 12 – 10 puntos.
- Disfunción severa: menor o igual a 9.