

RESUMEN

El conocimiento sobre el autismo en los profesionales de Educación Especial es insuficiente al no conocer sus antecedentes, historia, teorías, avances reveladores, ya que en años anteriores el autismo se trataba o englobaba como otra patología; en la actualidad por el número de casos encontrados en nuestra ciudad que han ido en ascenso, se debe concientizar a las personas encargadas de su manejo y cuidado integral deben manifestar interés por conocer y aplicar nuevas técnicas, métodos que permitan una apropiada y precoz evaluación, diagnóstico e intervención.

Este trabajo de investigación se realiza a través de un estudio cuantitativo descriptivo, que básicamente permite conocer la evaluación de la certeza diagnóstica y plan de intervención de los niños y niñas autistas de 3 a 5 años de edad que acuden a los Centros de Educación Especial del área urbana del Cantón Cuenca en el período enero a julio del 2010.

En la etapa comprendida entre febrero a mayo del 2010, se realiza el proceso de evaluación a 36 niños y niñas del Cantón Cuenca que asisten a los Centros de Educación Especial, se presentan 9 casos con autismo equivalente al 25% con este diagnóstico; ratificando que en nuestro Cantón existe mayor incidencia en el género masculino.

PALABRAS CLAVES: evaluación, diagnóstico, planes y programa de salud, desarrollo integral infantil, trastorno autístico, niños, preescolares, educación especial, zona urbana, cuenca- ecuador.

SUMMARY:

The knowledge about autism in special education professionals is insufficient to be unaware of their background, history, theories, progress developers, as in previous years it was autism or other pathology encompassed as, at present the number of cases found in our city that have been rising, it should create awareness among people responsible for its management and comprehensive care should express interest in learning and applying new techniques, methods that allow for appropriate and early assessment, diagnosis and intervention.

This research is carried out through a descriptive quantitative study, which basically lets you know the diagnostic accuracy assessment and intervention plan for autistic children 3-5 years of age attending the Special Education Centers Guangzhou urban area in the Basin in the period January to July 2010.

In the stage between February and May 2010, makes the process of assessment to 36 children in the Canton Cuenca attending special education centers, there are 9 cases with autism equal to 25% with this diagnosis, confirming that in our County, there is a greater incidence in males.

KEY WORDS: assessment, diagnosis, planning and health programme, comprehensive child development, autistic disorder, children, preschool, special education, urban, cuenca-ecuador

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen.....	2
Agradecimiento.....	7
Dedicatoria.....	8
Introducción.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Justificación y uso de los resultados.....	13
Fundamento teórico.....	14
1. Definiciones de autismo.....	14
2. Teorías de autismo.....	14
3. Etiología.....	17
4. Tipos de autismo.....	19
4.1. Trastorno de Rett.....	19
4.2. Trastorno Desintegrativo Infantil.....	20
4.3. Trastorno de Asperger.....	20
5. Diagnóstico de autismo.	22
5.1. Los profesionales dentro del diagnóstico para el autismo.....	24
5.1.1. El Médico.....	24
5.1.2. El Psicólogo.....	24
5.1.3. El Estimulador Temprano.....	25
5.1.4. El Fonoaudiólogo o Terapeuta de Lenguaje.....	26
5.1.5. El Terapeuta Físico.....	26
5.2. Descripción del proceso diagnóstico.....	27
5.2.1. Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia "Brunet Lezine", primera forma de la escala del Brunet Lezine de 24 meses a 5 años.....	27
5.2.2. Escala de Autismo ABC.....	29
5.2.3. Inventario de Espectro Autista "IDEA"	30
5.2.4. Según el DSM IV-TR.....	32
5.2.4.1. ¿Qué es el DSM IV-TR? ¿Cuál es su utilidad?	32
5.2.5. ¿Cómo se lee el DSM IV-TR?	32
5.2.6. Trastorno generalizado del desarrollo.....	33
5.3. Desarrollo evolutivo de tres a cinco años	37
5.3.1. Características del desarrollo de un niño y niña de tres años.....	37
5.3.1.1. Área motriz.....	37
5.3.1.1.1. Área motriz gruesa.....	37
5.3.1.1.2. Área motriz fina.....	37
5.3.1.1.3. Área cognoscitiva.....	37
5.3.1.1.4. Área del lenguaje.....	38



5.3.1.1.5. Área afectivo-social.....	39
5.3.1.1.6. Hábitos.....	40
5.3.2. Características del desarrollo de un niños y niña de cuatro años	40
5.3.2.1. Área motriz.....	40
5.3.2.1.1. Área motriz gruesa.....	40
5.3.2.1.2. Área motriz fina.....	41
5.3.2.1.3. Área cognoscitiva.....	41
5.3.2.1.4. Área del lenguaje.....	41
5.3.2.1.5. Área afectivo-social.....	42
5.3.3. Características del desarrollo de un niño y niña de cinco años.....	43
5.3.3.1. Área motriz.....	43
5.3.3.1.1. Área motriz gruesa.....	43
5.3.3.1.2. Área motriz fina.....	44
5.3.3.1.3. Área cognoscitiva.....	45
5.3.3.1.4. Área del lenguaje.....	46
5.3.3.1.5. Área afectivo-social.....	47
6. Programa del desarrollo integral “PDI”	47
6.1. Programa individual por áreas “PIA”	50
7. Objetivos de la investigación.....	51
7.1.1. Objetivo general.....	51
7.1.2. Objetivos específicos.....	51
8. Metodología.....	52
8.1. Tipo de estudio y diseño general.....	52
8.2. Universo de estudio.....	52
8.3. Selección y tamaño de la muestra.....	52
9. Definición de variables.....	52
9.1. Operacionalización de variables.....	53
9.2. Procedimientos para recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.....	56
9.3. Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	56
9.4. Criterios de inclusión y exclusión	56
10. Análisis de resultados.....	57
Discusión.....	70
Conclusiones.....	72
Recomendaciones.....	74
Referencias Bibliográficas.....	75
Bibliografía Consultada.....	77
Anexos.....	80

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

**“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE
INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE
EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL
ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JULIO
DE 2010.**

**Tesis previa a la obtención del título de licenciatura en estimulación
temprana en salud**

**Autoras: María José Gomezcoello Bernal
María Salomé Ramírez Rubio**

Directora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

Asesora: Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén

**Cuenca – Ecuador
Julio 2010**

RESPONSABLES

Todos los contenidos, criterios de este trabajo investigativo están bajo la responsabilidad de las autoras:

María José Gomezcoello Bernal

María Salomé Ramírez Rubio

AGRADECIMIENTO

A través de palabras escritas en pocas líneas nos permitimos abrir surcos con los más lindos, bellos y nobles nutrientes que dejó en nosotros peremnizado un pléyade de maestros universitarios, docentes de los Centros de Educación Especial que nos brindaron acogida para llegar a cristalizar nuestro trabajo de investigación y de manera especial a nuestra directora y asesora de tesis Dra. María de Lourdes Huiracocha Tutivén, quien con su grandeza colosal de su alma, corazón y mente nos brindó raudales de luz a través de la raíz y la sabia y ejerciendo un verdadero apostolado de su condición de mujer caritativa, solidaria y humanista ha dejado año tras año sus huellas indelebles en el tiempo y en el espacio para que reconozca el mundo y luego nosotras continuar cumpliendo ésta tarea y transmitiendo la lección de la siembra y de la cosecha; ojalá lo hagamos con esa misma mística con esa misma profundidad de la ética como lo hicieron ellos que hoy nos toca continuar manteniendo ese equilibrio perfecto para no ser en esta vida solamente buenos sino siempre ser mejores.

En esta virtud dejamos constancia de nuestra gratitud más efusiva e imperecedera a este apostolado.

Las Autoras

DEDICATORIA

Luego de un trabajo arduo y sacrificado planteado por un gran ideal, el cual fue llegar a una meta como es el de obtener un título académico, respaldo para un porvenir eterno y triunfante; destinado también a la satisfacción y complacencia en el sentido magnifico de quienes más adoro en mi vida; estos son mis padres, hermanas, mi esposo, mi hijo, mi nana y al P. Carlos Velásquez quienes no escatimaron ningún tipo de sacrificio ni esfuerzo alguno en todos los órdenes de la vida para así ser cristalizadas sus aspiraciones puestas en mí durante mis años de estudio, motivos suficientes por los cuales esta tesis se ha dedicada a ellos, como los seres que mas añoro en la tierra y que en la mayor parte de las páginas que contienen este trabajo son escritas por ellos, páginas nutridas e impregnadas para la peremnización del ejemplo de la tarea y la lección cumplida, el respaldo en mi existencia de mi porvenir triunfante como digo al principio y que este trabajo de investigación no será la ola del olvido sino será un eco y la tónica que siempre vibrará en las fibras de mi alma y en lo más profundo de mi ser para que siempre lo que me proponga hacer vaya destinadas a la solidaridad con cariño, confraternidad, ternura y caridad infinitas para mis niños niñas y mi prójimo porque esto reza como un eslogan nuestra especialidad **“ESTIMULACIÓN TEMPRANA”**.

MARÍA JOSÉ GOMEZCOELLO BERNAL

DEDICATORIA

**“Porque Jehová da la sabiduría,
y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia”**

Proverbios 2:6

Mi principal agradecimiento a Dios porque él ha estado conmigo desde que me hizo en el vientre de mi madre, ya que en oculto fui formada y aún mi embrión vieron sus ojos y en su libro estaba escrita mi vida y mis logros. Gracias a él y sus enseñanzas ha hecho que mi existencia tenga éxito y sentido en mi vida.

Dedico esta investigación a mis padres y a mis hermanos por guiarme y apoyarme en todos los caminos que he emprendido.

Dedico también a mis maestros, que desde los inicios de mis estudios, estuvieron compartiendo e instruyéndome día a día, para lograr y culminar esta profesión.

**“Jehová cumplirá su propósito en mí, tu misericordia Jehová es para siempre
y no desampares mi vida que es obra de tus manos”**

MARÍA SALOMÉ RAMÍREZ RUBIO

INTRODUCCIÓN

Durante nuestros estudios en la carrera de Estimulación Temprana en la Universidad de Cuenca, siempre nos interesamos en el trastorno autista ya que cada uno de estos niños o niñas requieren una mejor atención en todas las etapas del desarrollo y preocupación e interés en cuanto se refiere a un diagnóstico precoz, certero e intervención adecuada; consientes de que el mismo se realiza alrededor de los siete a ocho años de edad en nuestro cantón.

En el transcurso de estos años se ha constatado que no existen estudios a cerca de esta temática que permitan un mejor manejo. *“Según las estadísticas en la provincia del Azuay, 149 personas registradas actualmente en el CONADIS padecen de una discapacidad psicológica incluyéndose en este grupo el autismo” (1)*; esta información no es precisa y no permite determinar el número exacto de los casos existentes de autismo.

En la primera parte de esta investigación se basa en el fundamento teórico basándose en la definición, teorías, etiología, tipos de autismo, proceso diagnóstico, desarrollo evolutivo de un niño o niña normal de 3 a 5 años de edad; plan y programa de intervención. Vale recalcar que esta información orienta y ayuda a los profesionales para su diagnóstico y buen manejo de cada uno de ellos.

En lo posterior se detalla la información obtenida en base a la aplicación de las evaluaciones respectivas considerando los parámetros que se deben seguir para un adecuado diagnóstico realizado en los Centros de Educación Especial del cantón Cuenca.

Este trabajo de investigación es un instrumento que sirve como referencia destinada a orientar a un diagnóstico certero de autismo. Se espera que esta revisión contribuya a cambios, progresos, despeje dudas, y se utilice de una manera responsable.

Para la realización de esta investigación y a su vez recolección de datos fue necesaria la participación de cinco Centros de Educación Especial del área urbana del cantón Cuenca, la elección de los centros antes mencionados se realizó aleatoriamente, el grupo de edad que se escoge es de niños y niñas de 3 a 5 años. El número total de casos evaluados corresponde a 36 niños y niñas; de los cuales 30 pertenecen al sexo masculino y 6 al sexo femenino. Para mayor veracidad se realiza una amplia y minuciosa revisión en lo que se relaciona a su historial médico, pedagógico y contexto familiar obteniendo datos que hacen referencia a cada uno de ellos, indicando también el número de casos que tienen un diagnóstico emitido.

Para el diagnóstico de autismo en cada uno de los niños y niñas se realiza una evaluación completa del desarrollo, se utiliza herramientas para determinar el autismo los cuales deben cumplir con los criterios del DSM IV-TR, de esta manera se diagnostican 9 casos de autismo en la investigación, es importante recalcar que existe mayor incidencia en el sexo masculino con una frecuencia de 8 a 1; y una igualdad en cuanto se refiere al plan de intervención.

Después de haber analizado y palpado más de cerca cada uno de los aspectos que engloba a este trastorno, nos damos cuenta que debe existir mayor conciencia en todos los profesionales de salud y educación, es por eso que al emitir un diagnóstico se debe hacer con mucha responsabilidad, conocimiento y veracidad evitando así ocasionar consecuencias contra productores para el manejo, avance e intervención correcta para que desarrollen sus potenciales.

Esta investigación pretende mejorar la certeza diagnóstica y plan de intervención dando la oportunidad de optimizar el manejo a menores que adolezcan de este trastorno.

Tomando en cuenta aspectos importantes como la ética profesional, integridad, respeto que debemos tener a cada uno de los niños o niñas y padres de familia; y así mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país al igual que en otros, el Autismo está latente, de acuerdo a las estadísticas según la *“Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de autismo varía de 4 a 13/10.000, situándose en el tercer lugar entre los trastorno de desarrollo infantil, afecta a una niña por cada cuatro niños. En los EE.UU., de cada 1.000 niños nacidos al menos uno, en algún momento de su desarrollo reciben un diagnóstico de trastorno del espectro autista.”* (1)

“Presentándose en la provincia del Azuay 149 personas registradas actualmente en el CONADIS con discapacidad psicológica incluyéndose en este grupo el autismo” (1)

El diagnóstico del autismo implica un trabajo largo y de gran responsabilidad por parte de un equipo de profesionales que evalúan el desarrollo desde diversos enfoques: la cognición, el lenguaje, el afecto, las relaciones. Los profesionales deben tener experiencia en el tema.

La dificultad que se observa es que cuando se interroga a los padres el cómo consiguieron el diagnóstico ellos comentan pasos inadecuados de evaluación lo que hace suponer que el niño o niña con autismo puede ser o no ser. Por otro lado el momento en que los padres llevan a un centro de educación especial para que sus hijos reciban la intervención, al matricularlos repiten el diagnóstico que alguna vez escucharon pero que no se confirma con ningún informe en donde estén claros los test o los criterios del DSM IV -TR.

También puede ocurrir que exista otro grupo de niños y niñas que teniendo autismo no han sido ni siquiera detectadas y menos diagnosticadas.

JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Por estas razones esta investigación pretende hacer un acercamiento a las instituciones de educación especial del área urbana del Cantón Cuenca que atienden a niños y niñas de 3 a 5 años de edad con el fin de captar a aquellos que son considerados como autistas para hacer una evaluación de la calidad del proceso diagnóstico (evaluación del desarrollo, test de autismo, existencia de indagación de los criterios del DSM IV-TR, informes y el diagnóstico funcional integral), plan de intervención.

Y en estos niños y niñas realizar nuevamente el proceso “evaluación” para confirmar la veracidad del diagnóstico inicial de autismo con la participación del equipo profesional.

Se quiere complementar la investigación con la realización de un formulario que dé a conocer el proceso diagnóstico y plan de intervención con el hijo o hija autista.

“En los EE.UU., de cada 1.000 niños nacidos al menos uno, en algún momento de su desarrollo reciben un diagnóstico de trastorno del espectro autista “(2). Se cree que la incidencia está en aumento, pero no está claro si eso se debe a un incremento real de casos o simplemente a un mayor número de diagnósticos. El autismo afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres, y se puede encontrar en todo el mundo, sin importar etnia, cultura, características de los padres o nivel económico.

Los resultados de esta investigación demostrarán la realidad del quehacer profesional en autismo y estos datos serán una guía para implementar medidas correctivas en esta área.

Nuestra investigación servirá como una herramienta de consulta a todas las personas que necesiten una revisión de cómo evaluar el diagnóstico y plan de intervención a niños o niñas con autismo del cantón Cuenca.

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. DEFINICIONES DE AUTISMO:

“El término autismo proviene del griego autos que significa yo e ismos que significa condición. Bleuler introdujo el término en 1911 para describir la exclusión de los pacientes esquizofrénicos del mundo y de la vida social” (3), con esto se quiere significar que hay una incapacidad de mantener relaciones afectivas normales con las personas y situaciones es decir, está presente una soledad autista que le lleva a rechazar y excluir todo lo que viene de afuera, porque es percibido como peligroso. Sin embargo, aunque este desinterés es una norma de vida y que parezca una incoherencia, un niño cálidamente trabajado y educado tiene momentos de ternura y acercamiento sobre todo con personas importantes en su vida.

De acuerdo con el *“American Psychiatric Association [APA], 2000; Organización Mundial de la Salud [OMS], 1992. Se caracteriza por una perturbación grave y generalizada en varias áreas del desarrollo: i) habilidades para la interacción social, ii) habilidades para la comunicación y iii) la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados.”(4)*

Sin duda alguna, la definición más aceptada es la de la APA (2002). En la reciente revisión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), se afirma que el autismo tiene como características esenciales la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales junto con un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.

2. TEORÍAS SOBRE EL AUTISMO.-

Existen varias teorías sobre el autismo, las cuales nombraremos a continuación:

2.1. Bleuler (1911), *“introdujo el término autismo, como sinónimo de la pérdida del contacto con la realidad, que se produce en el proceso de pensamiento en el síndrome esquizofrénico del adolescente y el adulto”. (5)*

2.2 Kanner (1943), en un trabajo titulado *Perturbaciones autísticas del contacto afectivo*. En éste utilizó el término la soledad autista para definir la característica de conducta más notable en los primeros años de vida de estos niños, acompañada de severas dificultades para relacionarse con la gente y el retraso y perturbación en el desarrollo del lenguaje rituales y frecuentes angustias producidas por cambios medioambientales. Este conjunto de sintomatologías conductuales anómalas lo definió como "autismo infantil precoz". (5)

Para Kanner, el autismo era causado por la falta de respuesta de los padres y de las madres a las demandas de sus hijos/as. Este autor describe a la persona autista según dos grupos de sensaciones: Primero por la insistencia obsesiva en la permanencia del ambiente en el que se desenvuelven los autistas, sin cambio alguno, ni en el entorno físico ni en las rutinas que tienen lugar en él, que para el siquiatra son un reflejo de la invariancia en las acciones de los autistas; y segundo, por la soledad en el que parece transcurrir su existencia.

2.3. Hans Asperger (1944), *“describe el síndrome de psicopatía autística, que aparece hacia los cuatro o cinco años y se caracteriza por un contacto muy perturbado, pero en forma superficial en niños en buen estado intelectual; además, ausencia de progresividad, trastornos del pensamiento y disociación afectiva.”* (5)

2.4. Lorna Wing (1981), *“Propone varias modificaciones con relación a la definición original (Psicopatía Autista). Dada la relevancia de estos cambios en la evolución del concepto del Síndrome de Asperger y su gran influencia en el campo de la práctica clínica actual”* (6). Wing introduce el concepto de Síndrome de Asperger es con respecto al desarrollo lingüístico del niño o niña. En su estudio clínico, Wing señala la existencia de individuos adultos con cuadros clínicos típicos del síndrome de asperger y con historias clínicas de retraso en el desarrollo de sus habilidades lingüísticas durante los tres primeros años de sus vidas.

De acuerdo con Wing, en los casos en los que se presenta un retraso inicial de lenguaje, el desarrollo de las habilidades lingüísticas tiende a avanzar

rápidamente y el individuo llega a adquirir y dominar los componentes estructurales y formales del lenguaje. Esto es, habilidades relacionadas con la gramática, sintaxis y fonología. También destaca la posibilidad de que el niño o niña pueda mostrar un rango de dificultades cognitivas específicas. Por un lado, si bien Wing acepta el hecho de que el niño o niña desarrolla una capacidad adecuada para alcanzar un nivel de pensamiento lógico congruente con su edad, también señala el hecho de que las estrategias de razonamiento del niño o niña se caracterizan por ser repetitivas y aplicadas rígidamente.

2.5 Bettelheim (1950 - 1960), *"Consideraba que el autismo era una partida sin retorno de la realidad, en la cual las percepciones se hacían inclasificables, y en consecuencia, el mundo carecía de sentido. Este alejamiento implicaba una obsesión de quienes lo padecían, en respuesta en un ambiente inadecuado y a una no reacción repetida por parte de las madres y de los padres de los autistas"* (7). En la obra de Bettelheim, el hermetismo de los autistas es comparada con la situación de los prisioneros del régimen nazi, durante los años 1930 ya que algunas víctimas de los campos de concentración habían perdido su humanidad, en respuesta a situaciones extremas, y paralelamente, los niños y niñas autistas también presentaban una retirada del mundo, solamente que antes de que su humanidad se hubiera desarrollado.

El psiquiatra Michael Rutter, quien consideraba al autismo (un obstáculo lingüístico, cognitivo), añadió, a la traída de síntomas propuesta por Kanner, una edad de inicio para el autismo, que ubicó en los primeros treinta meses de edad, por lo cual, resultaba comprensible que el proceso de sociabilización no hubiese tenido efectos aún por lo que no podía interpretarse, como anomalías estos signos, que solo podían ser considerados como primitivismo propios de la infancia.

En los años ochenta, los etólogos Elisabeth y Nikolaas Tinbergen debatían acerca de la pertinencia del concepto de enfermedad en el caso del autismo. Según sus estudios, el autismo no era más que la expresión de un conflicto interno y profundo con las motivaciones. Dicho conflicto emocional estaría

presidido por el retraimiento y la ansiedad, estados que se producían el crecimiento del niño.

La idea de los Tinbergen se basó en observaciones con animales y ubicaron al autismo profundo en un lugar oscilante entre lo salvaje y lo bárbaro; y entre lo bárbaro y lo civilizado, si adolecen de una forma más benigna del trastorno. Para ellos, el autismo puede generarse por múltiples causas, como factores genéticos y del entorno, involucrados en cada paciente, y afirman que el trastorno no presenta una condición estática, sino que constituye un proceso, un desarrollo que se desvía respecto de la (norma).

Esta desviación en el desarrollo conformaría una expresión cualitativamente errática de ella, pues la principal diferencia entre niños/as autistas y normales sería de grado: En los autistas, la evitación que en los niños o niñas normales aparece con brevedad al comienzo de un encuentro y en algunas ocasiones y que, pronto, resulta desplazada por una aproximación social o exploratoria cada vez menos inhibida, sigue persistiendo en periodos muchos más largos, cristalizándose.

Desde esta perspectiva, sustentada en el método científico, la objetividad y la neutralidad, el autismo puede ser interpretado como una niñez prolongada y paralela, un estancamiento. En la psiquiatría clásica de la época de Bleuler, la mirada se posaba sobre el lenguaje de la enfermedad mental, cimentada sobre los síntomas. Se observaba lo que el enfermo decía, pues en ello expresaba una verdad de sí mismo, de la cual el profesional interpretaba la realidad de la enfermedad, tanto como el de la curación.

En caso del autismo no existe la posibilidad del intercambio, se conforta con el límite más extremo de las alteraciones. Por lo tanto, la psiquiatría se esfuerza por sustituir con su idioma otro que es inexistente.

3. ETIOLOGÍA:

El trastorno autista se expresa mediante un conjunto variable y disperso de síntomas que describen un espectro sintomático con perturbaciones graves y generalizadas en varias áreas del desarrollo. Ello explica, en parte, la gran dispersión existente en los criterios diagnósticos.

Las investigaciones actuales sobre el autismo reflejan también su imprecisión a nivel de las explicaciones etiológicas. Existe un cierto grado de consenso en los signos biofisiológicos frente a las explicaciones de tipo funcional. Así, las teorías genéticas muestran una gran fuerza y un amplio soporte empírico. Incluso puede afirmarse que, en un alto número de casos, los factores genéticos están presentes y juegan un papel importante en la etiología del autismo. Se han identificado, además, distintos trastornos genéticos y cromosómicos ligados a diferentes comportamientos autistas.

Las alteraciones neuroquímicas y metabólicas, aunque necesitan más estudios confirmatorios, evidencian la presencia, normalmente durante las etapas prenatales, de diversas sustancias que se asocian con determinados síntomas conductuales del autismo.

Las teorías neuropsicológicas tratan de explicar la alteración en la modularidad de la mente, la ceguera mental y los déficits ejecutivos presentes en los sujetos autistas, identificando las posibles disfunciones del Sistema Nervioso Central, la presencia de una disfunción en el sistema de neuronas en espejo y de diversos mecanismos neuropsicológicos.

El enfoque centrado en el estudio de los riesgos perigestacionales ofrece escasas evidencias sobre la presencia de riesgos perinatales y el autismo. En este sentido, las respuestas ofrecidas no muestran evidencias claras que permitan identificar factores de riesgo específicos pre- y perinatales asociados al autismo.

En definitiva, son muchas las teorías y distintos los estudios que cruzan diversidad de factores y resultados que es preciso reorientar en futuras investigaciones.

Tal y como acontece en el estudio de las alteraciones neuropsicológicas, la explicación de un determinado trastorno de esta naturaleza gira en torno a un conjunto heterogéneo de signos y manifestaciones.

Ahora bien, de acuerdo con un número importante de investigadores, podría tratarse de distintos trastornos con su correspondiente variabilidad etiológica pero con un resultado clínico similar.

Muestra de ello es el cambio en el concepto del trastorno autista en los últimos años, el cual va en la dirección de un “continuum o espectro autista”, que pretende describir toda su dispersión y variabilidad, junto con la imprecisión de los límites entre el autismo y el resto de Trastornos Generalizados del Desarrollo e incluso frente a otros trastornos de sintomatología cercana. En la actualidad, la explicación más acertada e integradora sobre la etiología del autismo debe ser considerada desde una predisposición biológica y un, todavía no identificado, número de factores –genéticos, neuropsicológicos y ambientales– que provocan graves y profundas consecuencias neuropsicológicas, expresadas de manera muy heterogénea.

4. TIPOS DE AUTISMO:

Según la bibliografía revisada podemos encontrar cuatro tipos de trastorno Autista:

4.1. Trastorno de Rett:

“La característica esencial del trastorno de Rett es el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de un funcionamiento normal después del nacimiento. Los sujetos presentan un período perinatal aparentemente normal (criterio A1) con un desarrollo psicomotor normal durante los primeros cinco meses de vida (criterio A2). En el nacimiento la circunferencia craneal también se sitúa dentro de los límites normales (criterio A3). Entre los cinco y cuarenta y ocho meses de edad el crecimiento craneal se desacelera (criterio B1). Entre los cinco y treinta meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos (criterio B2). El interés por el ambiente social

disminuye en los primeros años posteriores al inicio del trastorno (criterio B3), aunque la interacción social se desarrolla a menudo posteriormente. Se establece alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco (criterio B4). También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, con retraso psicomotor grave (criterio B5)" (8).

4.2 Trastorno desintegrativo infantil:

"La característica esencial del trastorno desintegrativo infantil es una marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un periodo de por lo menos dos años de desarrollo aparentemente normal (criterio A). El desarrollo aparentemente normal se manifiesta por una comunicación verbal y no verbal, unas relaciones sociales, un juego y un comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto. Tras los primeros dos años de vida, pero antes de los dieciocho años de edad, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras (criterio B). Los sujetos con este trastorno manifiestan el déficit sensorial y comunicativo y las características comportamentales generalmente observados en el trastorno autista. Existe una alteración cualitativamente de la interacción social (criterio C1) y de la comunicación (criterio C2), y unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas (criterio C3). El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia (criterio D). Este trastorno también ha sido denominado síndrome de Heller, dementia infantilis o sicosis desintegrativa" (8).

4.3 Trastorno de Asperger:

"Las características esenciales del trastorno de Asperger son una alteración grave y persistente de la interacción social (criterio A) y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas (criterio B). El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (criterio C). En contraste con el trastorno autista no existe retraso en el lenguaje

clínicamente significativo (por ejemplo se utiliza palabras simples a los dos años de edad y frases comunicativas a los tres años de edad) (criterio D). Además, no se observa retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamientos adaptativos (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente de la infancia (criterio E). No se establece el diagnóstico si se cumple criterio de cualquier otro trastorno generalizado del desarrollo específico o de esquizofrenia (criterio F)” (8)

Es importante mencionar que un criterio común para la distinción entre autismo de alto y de bajo funcionamiento es un cociente intelectual de más de 70-80 para aquellos que se dice que son de alto funcionamiento, y de menos de 70-80 para aquellos que se dice que son de bajo funcionamiento. Este criterio tiene varios problemas:

- Se cree que las pruebas de cociente intelectual son inadecuadas para medir la inteligencia de una persona autista, ya que están diseñadas para personas típicas. Es decir, estas pruebas asumen que existe interés, entendimiento, conocimientos lingüísticos, motivación, habilidad motriz, etc. Se conocen casos de personas autistas cuyo cociente intelectual cambia drásticamente dentro de un periodo relativamente corto, lo cual probablemente no indica un cambio real en el nivel de inteligencia.
- La percepción de "bajo funcionamiento" por lo general se refiere a carencia de habla, incapacidad para cuidarse de sí mismo, falta de interacción social, etc. Esto no siempre coincide con el criterio del cociente intelectual. Existen personas autistas que carecen de habla (aunque se pueden comunicar por escrito) con un cociente intelectual alto. Por otro lado, autistas con un cociente intelectual bajo podrían poseer la capacidad del habla.
- Los autistas varían extremadamente en sus capacidades. Una misma persona puede mostrar características de "alto funcionamiento" y otras de "bajo funcionamiento." Por lo tanto estas etiquetas son unidimensionales y su descriptiva deficiente.

- Las personas autistas que son de "bajo funcionamiento" en algún área pueden desarrollarse y volverse de "alto funcionamiento" en esa misma área. Alguien diagnosticado autista puede volverse indistinguible de alguien diagnosticado con Síndrome de Asperger.

5. DIAGNÓSTICO DE AUTISMO:

La tarea diagnóstica es ardua y compleja, ya que le exige al profesional el conocimiento y la profundización, en forma constante, de nuevas teorías y técnicas, más una capacidad sintética que implique comprender que cada persona es única y siempre diferente de cualquier otra, aunque puede compartir ciertos criterios, estilos relacionales y hasta la historia, medio y factores hereditarios.

Por lo tanto, es poseedora de múltiples facetas y complejidades, formadas a través de sus pocos o muchos años de vida; en tiempo reducido, y a veces con escasos elementos, el profesional que le diagnostique debe tratar de captarla de manera amplia. Sin tener como meta principal llegar al rótulo gnoseológico, lo importante es llegar a una descripción de cómo es, que le pasa y como actúa.

A pesar de la inexistencia de una cura para el autismo, los síntomas del trastorno se pueden tratar y controlar. Para garantizar que un niño o niña recibe el tratamiento adecuado, se necesita un diagnóstico correcto. Los niños o niñas con autismo con un diagnóstico precoz evolucionan mucho mejor y muestran mejoras significativas en cuanto a desarrollo, comportamiento y capacidad funcional. Estas mejoras son debidas a la posibilidad de beneficiarse con más rapidez de programas desarrollados individualmente como resultado de un diagnóstico precoz.

No hay pruebas médicas (análisis de sangre, estudios de cromosomas, etc.) para diagnosticar el autismo. Un diagnóstico debe sustentarse sobre la base de observaciones del niño o niña en el plano de la comunicación, comportamiento

y los niveles de desarrollo. Sin embargo, las diversas pruebas médicas son necesarias para descartar otros cuadros que pueden estar asociados.

Se entiende al autismo como un desorden espectro, lo cual significa que los síntomas y las características pueden presentarse en una variedad amplia (o espectro) de combinaciones. Porque las características del desorden varía tanto, es importante que el diagnóstico sea realizado por un (equipo interdisciplinario): médico pediatra, neurólogo, psicólogo, pedagogo, estimulador temprano, fonoaudiólogo, terapeuta físico, entre otros profesionales entendidos sobre el autismo.

A continuación, se expondrá acerca de la importancia de un diagnóstico a tiempo, para iniciar lo antes posible un tratamiento de estimulación.

Las personas que más cerca se encuentran del niño o niña son las que detectan las primeras irregularidades en las conductas del infante. Los padres, abuelos y profesionales de los jardines maternos son los que describen, con preocupación, ciertas rarezas que lo diferencian de los otros niños o niñas que cuidan o que conocen.

Pero la dificultad que conlleva la sospecha de este tipo de problemas y su desconocimiento hace que, en muchas ocasiones, el diagnóstico se haga tardíamente y que lleguen a la consulta del neuropediatra cuando ya han pasado por otros especialistas, como otorrinolaringólogos, oftalmólogos, traumatólogos, etc.

Las entrevistas diagnósticas constituyen el primer contacto con los padres, el niño o niña o el grupo familiar completo, que permiten comprender la situación por la que consultan y cuáles son sus expectativas.

Cada uno de los profesionales que se encuentran dentro del equipo interdisciplinario, cumple un papel determinado:

5.1. Los Profesionales dentro del diagnóstico para el autismo:

5.1.1. El Médico:

Realiza un diagnóstico lo antes posible, descartando una serie de problemas que puedan asociarse con el autismo.

Se tomará en cuenta los motivos de consulta que traen los padres, como los problemas de lenguaje, las alteraciones en la relación social, el comportamiento atípico, los problemas de visión y el retraso escolar.

- La evaluación comienza con una historia clínica, considerando la descripción del problema actual en el contexto del desarrollo neuroevolutivo del niño o niña, desde el punto de vista (psíquico, motor, socio-afectivo y del lenguaje). También hay que conocer los antecedentes familiares que pudieran estar relacionados.
- En la anamnesis, se detallan datos sobre la gestación, parto, etapa peri y postnatal, y otros antecedentes como: infecciones, el empleo de fármacos, traumatismos, crisis epilépticas, etc.
- También hay que conocer los antecedentes familiares de problemas de este tipo o que pudieran estar relacionados.

En la exploración clínica, se observa al niño o niña en relación con sus padres y con los juguetes que se encuentren dentro del consultorio.

- En esta *“Se descartan posibles malformaciones, y se analiza el perímetro cefálico, los pares craneales, las asimetrías o signos clínicos focales neurológicos, valorando anomalías de tono, de la fuerza muscular, de los reflejos normales y patológicos de la marcha, todo ello dependiendo de la edad del niño”*.(7)

5.1.2 El Psicólogo:

El diagnóstico psicológico aporta información acerca de las capacidades, la personalidad y el nivel de adaptación de un individuo.

Hay diferentes áreas en el que el psicólogo se basa:

- **Cognitivo-Conductuales:** Capacidad intelectual, habilidades ejecutivas, atención, memoria, maduración viso-motriz, estilo de aprendizaje, potencial, modalidad sensorial, creatividad, hábitos, rigidez, autonomía personal, conductas disruptivas, hétero o auto agresiones, estereotipias, trastorno de la conducta alimentaria, etc.
- **Afectivos:** La personalidad como actividad que hace posible la adecuación a su medio, incluyendo el modo de relacionarse, percibir y pensar sobre el entorno o sobre él mismo. Las preferencias, miedos, comprensión y expresión de emociones, tolerancia a la frustración, etc.
- **Social-comunicativos:** Interés e iniciativa social, contacto ocular, imitación, actividad expresiva, reconocimiento de emociones, comprensión verbal, intencionalidad comunicativa, etc.
- **Lúdico:** Juegos de exploración, juego simbólico y de imitación, juegos con pares, etc.

5.1.3 Estimuladores Tempranos:

La estimulación temprana es un programa preventivo que pretende darle al niño o niña la capacidad de desarrollarse en los aspectos: físico, intelectual, social, emocional, utilizando las experiencias que le brinden el medio ambiente enriquecido y las que su propio aprendizaje pueda crear para que logre un desarrollo acorde con las exigencias y necesidades de su entorno.

Una de las prioridades de los estimuladores tempranos es enriquecer el medio ambiente del niño o niña proporcionándole las oportunidades suficientes para lograr un desarrollo integral y adecuado a las necesidades de su medio ambiente.

De esta manera se establece acciones preventivas para todos los niños o niñas especialmente para los de alto riesgo biológico y ambiental; también detectar tempranamente los retrasos en el desarrollo motor, cognitivo, lenguaje, afectivo, social, patológicas incapacitantes. Y a partir de esto desarrollar programas de estimulación temprana e incluir a los padres de familia para

favorecer un desarrollo psicomotor acorde a la edad, ofreciendo estímulos afectivos y adaptación al medio.

El diagnóstico de los Estimuladores tempranos se basa principalmente en la observación y evaluación del desarrollo evolutivo y psicomotor del niño o niña mediante la aplicación de test y pruebas alternativas que tengan un estándar mundial y de esta manera puedan ser aplicadas en cualquier medio, pudiendo así establecer si el niño o niña presenta un retraso en el desarrollo. Una vez emitido el diagnóstico en esta área se organiza la modalidad del plan de intervención adecuada para el niño o niña evaluado.

Los estimuladores tempranos tienen la oportunidad de aplicar entrevistas libres y estructuradas a los padres de familia, ya que ellos son parte imprescindible del diagnóstico a seguir.

5.1.4 El Fonoaudiólogo o Terapeuta de Lenguaje:

La labor diagnóstica del Fonoaudiólogo consiste en recoger la información sobre las habilidades y las dificultades que presenta el niño o niña, con el fin de evaluar alteraciones en la comunicación oral, que comprometan parcial o totalmente la calidad de vida y el desarrollo de las potencialidades del menor.

El proceso se realiza de forma integral, tomando en cuenta las necesidades de cada niño o niña, atendiendo los requerimientos de los padres, entorno y profesionales de la salud y de la educación.

El proceso de evaluación se realiza mediante la observación, con material concreto, lúdico y láminas. Y, también, se aplican algunas pruebas estructuradas relacionadas con el habla, nivel comprensivo o expresivo del lenguaje.

5.1.5 El Terapeuta Físico:

La psicomotricidad es un proyecto diferente para cada niño y para cada patología, que se obtiene de la observación y que permite identificar a cada

niño o niña con el interior de sus propios parámetros psicomotrices (espacio, tiempo, esquema corporal)

5.2 Descripción del proceso diagnóstico:

5.2.1 Escala para medir el desarrollo psicomotor de la primera infancia “Brunet Lezine”; Primera forma de la escala del Brunet Lezine de 24 meses a 5 años:

La escala del desarrollo psicomotor consta de dos partes:

La primera de estas series se utiliza para realizar el examen del niño o niña desde los veinte y cuatro meses a los cinco años y comprende seis ítems por nivel de edad.

La segunda serie comprende cuatro ítems solamente para niveles de tres, cuatro, cinco y seis años. En esta serie a menos pruebas verbales que la anterior.

La finalidad principal de esta segunda serie es prolongar los Baby test elaborados para los primeros años de vida del niño o niña, intentando realizar una transición menos brusca entre el comportamiento sensorio-motor de la primera infancia y las facultades mentales que comienzan a manifestarse y puede ser útil para apreciar el nivel de los niños o niñas que por cualquier razón hablan más tarde, ya que los ítems del lenguaje que figuren en esta serie son independientes de las posibilidades de elaboración de frases por el niño o niña.

Por otra parte, esta nueva serie presenta una graduación mejor de las pruebas de construcción con cubos, ya que se ha modificado la técnica para facilitar al máximo la comprensión de la tarea que tiene que realizar el niño o niña; se hace delante de él la demostración concreta de la realización del modelo propuesto, lo que permite al niño o niña retrasado en lenguaje poner de manifiesto su actitud para reproducir el modelo a partir de una adaptación a la tarea concreta para lo cual utiliza su inteligencia práctica.

Se propone así al niño o niña una prueba de construcción con cubos, siguiendo una progresión de dificultad creciente desde los dos a los seis años y esto en todos los niveles.

Además la formula nueva comporta ítem gráficos para cada edad.

Los ítems de ajuste y rompecabezas son los mismos que los de la serie antigua pero aquí se facilita la reproducción de rompecabezas en cuantos trozos para la edad de cuatro años.

Los problemas de conocimiento de las partes del cuerpo se resuelven aquí utilizando una prueba de reconstrucción del muñeco (maniquí de Grace Arthur).

La serie ha sido simplificada por la supresión de los ítems verbales la mayoría de los cuales fueron tomados del Bidet Simón y que figuraba en la serie antigua de pruebas complementarias, lo que nos permite realizar el examen del niño o niña más rápidamente.

Esta segunda serie no consta ya más de veinte puntos, por cuatro ítems por edad.

Cada uno de los ítems de treinta meses y de tres años tiene un valor de un mes y quince días si se alcanzado el nivel de dos años; cada uno de los cuatro ítems de las edades posteriores (4-5 y 6 años) tiene un valor de tres meses.

Después de los seis años se podrá continuar el examen, bien utilizando la nueva fórmula del Bidet Nemi revisada por R.Zazzo y su equipo, o el Termarril de la misma forma se puede uno limitar a la aplicación de las tres pruebas que no comporten ningún tipo de lenguaje, en cuyo caso cada uno de los ítems tiene un valor de cuatro meses después de los tres años.

“Después de haber evaluado con esta escala cada uno de los ítems se procede a sacar la edad y coeficiente de desarrollo, dando las siguientes equivalencias en su coeficiente de desarrollo:

Coeficiente de desarrollo de 90 a 109 “Normal”.

Coeficiente de desarrollo de 76 a 89 “Retraso del desarrollo leve”.

Coeficiente de desarrollo de 51 a 75 “Retraso de desarrollo moderado”.

Coeficiente de desarrollo de 26 a 50 “Retraso de desarrollo grave”.

Coeficiente desarrollo de 25 o menos “retraso de desarrollo profundo”.”(9)

5.2.2 Escala de Autismo “ABC”:

Esta evaluación se encuentra dividida en cinco categorías:

Sensorial (S).

Relación (R).

Uso del cuerpo y de objetos (CO).

Lenguaje (L).

Social y autonomía (A).

Consta de cincuenta y siete ítems, se procede a rodear el número de los ítems (número situado bajo las claves, si aquellos describen adecuadamente al niño o niña).

Cada una de las categorías tiene un puntaje parcial en:

Sensorial (S) de veinte y cinco “25” puntos.

Relación (R) de treinta y siete “37” puntos.

Uso del cuerpo y de objetos (CO) de treinta y ocho “38” puntos.

Lenguaje (L) de treinta y uno “31” puntos.

Social y autonomía (A) de veinte y cinco “26” puntos.

“Sumando todas las puntuaciones de cada una de las categorías se establecen una puntuación total; ésta da lugar a las siguientes equivalencias:

53 o menos improbable.

54 a 66 cuestionable.

67 o más altamente probable” (10)

5.2.3 Inventario de espectro autista “IDEA”:

Uno de los instrumentos más empleados es (El inventario I.D.E.A), de Angel Riviére en 1997, que tiene el objetivo de evaluar 12 dimensiones. Para aplicar el inventario I.D.E.A, es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo y familiar suficiente de la persona a ser evaluada.

El inventario I.D.E.A. tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo.

Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación par (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las puntuaciones impares, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares.

Así, por ejemplo, si la puntuación 8, en la dimensión de trastorno cualitativo de la relación, implica ausencia completa de relaciones y vínculos con adultos, y la puntuación 6 la existencia de vínculos establecidos con adultos en niños o niñas que son, sin embargo, incapaces de relacionarse con iguales, la puntuación 7 define a una persona con severo aislamiento, pero que ofrece algún indicio débil o inseguro de vínculo con algún adulto.

El inventario I.D.E.A puede tener tres utilidades principales:

- Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).
- Ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas (como se sugiere en estos artículos).
- Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento, valorando así su eficacia y las posibilidades de cambio de las personas con espectro autista.

Característicamente, las puntuaciones en torno a 24 puntos son propias de los cuadros de trastorno de Asperger, y las que se sitúan en torno a 50 de los cuadros de trastorno de Kanner con buena evolución.

Las doce dimensiones de la escala pueden ordenarse en cuatro grandes escalas:

- Escala de Trastorno del desarrollo social (dimensiones 1, 2 y 3)
- Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje (dimensiones 4, 5 y 6).
- Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad (dimensiones 7, 8 y 9)
- Escala de Trastorno de la simbolización (dimensiones 10, 11 y 12)

La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones de cada escala proporciona una valoración del nivel de trastorno en dicha escala.

De este modo, el inventario I.D.E A. proporciona:

Una puntuación global de nivel de espectro autista (de 0 a 96).

Cuatro puntuaciones en las cuatro Escalas de:

- Trastorno del desarrollo social.
- Trastorno de la comunicación y el lenguaje.
- Trastorno de la anticipación y flexibilidad.
- Trastorno de la simbolización.

Estas puntuaciones varían de 0 a 24 puntos cada una, puesto que cada una de ellas está definida por la suma de las tres dimensiones de cada escala.

12 puntuaciones (que varían de 0 a 8 cada una) que corresponden a las dimensiones evaluadas.

“En concreto se señala los siguientes niveles:

Nivel 1: 70 a 96 puntos “Autismo Clásico Tipo Kanner”.

Nivel 2: 50 a 70 puntos “Autismo regresivo”.

Nivel 3: 45 a 50 puntos “Autismo de alto funcionamiento”.

Nivel 4: 30 a 45 puntos “Síndrome de Asperger”.

Las puntuaciones menores de 30 podrían indicar problemas específicos en alguna área pero se alejarían progresivamente de la posibilidad diagnóstica de un Trastorno específico del desarrollo". (11)

El inventario no se ha construido solamente con el objetivo de ayudar el diagnóstico diferencial, sino de valorar la profundidad del trastorno, aportando información cualitativa sobre el nivel alcanzando en las diferentes dimensiones

5.2.4. Según el DSM IV-TR, "Manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)":

5.2.4.1. ¿Qué es el DSM IV-TR? ¿Cuál es su utilidad?

El DSM IV-TR (Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales). Es un instrumento neutral de clasificación, realizado a partir de datos empíricos de los trastornos mentales, que proporciona descripciones precisas a cerca de las categorías diagnósticas.

Su utilidad consiste en mejorar la comunicación entre todos los profesionales de la salud y los investigadores, como guía que debe ser acompañada por la experiencia, el juicio crítico y pautas éticas, con la finalidad de arribar a un criterio diagnóstico unificador e intercambiar información y poder aproximarse a los distintos tratamientos.

"El objetivo de la revisión de la literatura ha sido de proporcionar información amplia y no sesgada, y asegurar que el DSM IV-TR contenga la mejor literatura clínica y de investigación actualmente disponible. Por esta razón se emplearon búsquedas sistemáticas mediante ordenador y revisiones críticas (realizadas por amplios grupos de consejeros) para asegurar que la literatura era adecuada y que la interpretación de los resultados estaba justificada." (12)

5.2.5. ¿Cómo se lee el DSM IV-TR?

La descripción del paciente se establece a través de 5 (ejes), con la meta de obtener un panorama general y actual a cerca de los diferentes ámbitos de su funcionamiento:

- Eje I: Describe los trastornos psiquiátricos principales o a la sintomatología presente. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias esquizofrenia, etc.).
- Eje II: Especificaciones sobre trastornos o rasgos de personalidad, en el desarrollo o retraso mental. (Aquí se sitúa el trastorno autista).
- Eje III: Afecciones médicas existentes.
- Eje IV. Tenciones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).
- Eje V: Evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la escala del funcionamiento global

El manual agrupa en una sección, a los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o en la adolescencia (aunque no necesariamente se diagnostiquen durante este período).

5.2.6. Trastorno generalizado del desarrollo:

- Trastorno autista:
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Asperger

Tabla1.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.0

TRASTORNO AUTISTA (299.00)

A. EXISTE UN TOTAL DE 6 (O MÁS) ÍTEMS DE 1, 2 Y 3, CON POR LO MENOS DOS DE 1, Y UNO DE 2 Y DE 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo

(b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR

(d) Preocupación persistente por partes de objetos.

Autores: Allen Frances, Harold Alan Pincus, Michael B. First.

Fuente: DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Autores: Allen F, Pincus H, First M.

Tabla 2.

B. RETRASO O FUNCIONAMIENTO ANORMAL EN POR LO MENOS UNA DE LAS SIGUIENTES ÁREAS, QUE APARECE ANTES DE LOS 3 AÑOS DE EDAD: 1 INTERACCIÓN SOCIAL, 2 LENGUAJE UTILIZADO EN LA COMUNICACIÓN SOCIAL O 3 JUEGO SIMBÓLICO O IMAGINATIVO.

C. EL TRASTORNO NO SE EXPLICA MEJOR POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO DE RETT O DE UN TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE RETT (299.80)

A. TODAS LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES:

1. Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. Desarrollo psicomotor aparentemente normal, durante los primeros 5 meses, después del nacimiento.
3. Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. APARICIÓN DE TODAS LAS CARACTERÍSTICAS SIGUIENTES, DESPUÉS DEL PERÍODO DE DESARROLLO NORMAL:

1. Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. Pérdida de habilidades manuales intencionales, previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque, con frecuencia, la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL (299-10)

A. DESARROLLO APARENTEMENTE NORMAL DURANTE, POR LO MENOS, LOS PRIMEROS 2 AÑOS POSTERIORES AL NACIMIENTO, MANIFESTADO POR LA PRESENCIA DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL, RELACIONES SOCIALES, JUEGO Y COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO APROPIADOS A LA EDAD DEL SUJETO.

B. PÉRDIDA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA DE HABILIDADES PREVIAMENTE ADQUIRIDAS (ANTES DE LOS 10 AÑOS DE EDAD) EN, POR LO MENOS, DOS DE LAS SIGUIENTES ÁREAS:

1. Lenguaje expresivo y receptivo.
2. Habilidades sociales o comportamiento adaptativo.
3. Control intestinal o vesical.
4. Juego.
5. Habilidades motoras

Fuente: DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Autores: Allen F, Pincus H, First M.

Tabla3.

C. ANORMALIDADES EN, POR LO MENOS, DOS DE LAS SIGUIENTES ÁREAS:

- }}
1. Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración del comportamiento no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).
 2. Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia del lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).
 3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.

D. EL TRASTORNO NO SE EXPLICA MEJOR POR LA PRESENCIA DE OTRO TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O ESQUIZOFRENIA.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ASPERGER (299.80)

A. ALTERACIÓN CUALITATIVA DE LA INTERACCIÓN SOCIAL, MANIFESTADA, AL MENOS, POR DOS DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

1. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
2. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
3. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, interés y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar o enseñar a otras personas objetos de interés).
4. Ausencia de reciprocidad social o emocional.

B. PATRONES DE COMPORTAMIENTO, INTERESES Y ACTIVIDADES RESTRICTIVOS, REPETITIVOS Y ESTEREOTIPADOS, MANIFESTADOS, AL MENOS, POR UNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

1. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos, que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
2. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos y dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
4. Preocupación persistente por partes de objetos.

C. EL TRASTORNO CAUSA UN DETERIORO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO DE LA ACTIVIDAD SOCIAL, LABORAL Y OTRAS ÁREAS IMPORTANTES DE LA ACTIVIDAD DEL INDIVIDUO.

D. NO HAY RETRASO GENERAL DEL LENGUAJE CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO (P. EJ. A LOS 2 AÑOS DE EDAD, UTILIZA PALABRAS SENCILLAS A LOS 3 AÑOS DE EDAD, UTILIZA FRASES COMUNICATIVAS).

E. NO HAY RETRASO CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO DEL DESARROLLO COGNOSCITIVO NI DEL DESARROLLO DE HABILIDADES DE AUTOAYUDA PROPIAS DE LA EDAD, COMPORTAMIENTO ADAPTATIVO (DISTINTO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL) Y CURIOSIDAD ACERCA DEL AMBIENTE, DURANTE LA INFANCIA.

F. NO CUMPLE LOS CRITERIOS DE OTRO TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NI DE ESQUIZOFRENIA.

Fuente: DSM IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

Autores: Allen F, Pincus H, First M.

5.3. DESARROLLO EVOLUTIVO DEL NIÑO O NIÑA DE TRES A CINCO AÑOS:

5.3.1. Características del niño o niña de 3 años de edad:

5.3.1.1 Área motriz:

5.3.1.1.1 Motriz gruesa:

- Equilibrio en un solo pie más de un segundo.
- Saltar con los dos pies, en el mismo lugar o desplazarse.
- Puede vestirse o desvestirse con mayor habilidad.
- Lanzar y patear pelota con dirección.
- Dominio significativo, mayor actividad motriz gruesa.
- Permanece más tiempo en una posición.
- Camina con más seguridad y explora su medio ambiente.
- Camina en puntillas.
- Mayor control de la carrera y velocidad cambiante.
- Sube y baja escaleras alternando los pies.
- Salta uno o dos escalones.
- Equilibrio sobre una línea.
- Imita movimientos de animales, otros niños, familia y escenas conocidas.
- Pedalea triciclo con mayor habilidad.

5.3.1.1.2. Motriz fina:

- Movimiento de pinza es mayor, trozar y punzar siguiendo un contorno.
- Corta con dedos y luego con tijeras.
- Puede enhebrar cuentas.
- Armar rompecabezas de varias piezas.
- Puede enroscar y desenroscar tapas de frascos.
- Puede pintar con dedos o pinceles y crayones gruesos.
- Intenta plegar papel.

5.3.1.1.3. Área cognoscitiva:

- Usa adverbios de tiempo, pero no logra introyectar la noción del tiempo.
- Poco a poco adquiere la capacidad de 1,2, muchos, pocos, ninguno, nada.

- Reconoce formas de cuadrado, círculo, cruz.
- Necesita desarrollar todos sus sentidos.
- Distingue partes de su cuerpo, confunde derecha e izquierda.
- Edad de los “¿Por qué?”.
- Pensamiento egocéntrico, animista y artificialista.
- Confunde lo real con lo imaginario.
- Mayor capacidad de observar, identificar, comparar visualmente.
- Puede organizar verbalmente lo que aprende a través de la generalización y diferenciación.
- Realiza las primeras abstracciones que es el origen de las operaciones intelectuales.
- Percepción global, no capta detalles.
- Puede emparejar con distintas cualidades de los objetos y distinguir 2 ó 3 de ellas.
- Comienza a adquirir nociones de arriba-abajo; dentro-fuera; sobre-debajo.

5.3.1.1.4. Área del lenguaje:

- Mayor desarrollo del lenguaje y control de volumen, ritmo de voz.
- Posee un vocabulario de 900 palabras.
- Usa frases y palabras para designar conceptos, ideas, objetos.
- Mayor desarrollo muscular que ayuda en la pronunciación.
- Conversa sobre acontecimientos y fenómenos de la naturaleza.
- Necesita verbalizar su acción y a veces sólo requiere una palabra para reorganizar su actividad.
- Conoce su nombre y sexo, a veces su edad y nombre de sus padres.
- Le encanta escuchar cuentos y memorizar canciones.
- Puede contar hasta 10.
- Conjuga verbos, pero se equivoca en el uso de tiempos verbales.
- Describe láminas “narra lo que ve”.
- Aprende a escuchar y escucha para aprender.
- Improvisa cuentos con sentido e inicia narraciones cortas.
- Ejecuta órdenes sencillas.

- Hace juego de las palabra

5.3.1.1.5 Área afectivo-social:

- Requiere libertad con vigilancia.
- El negativismo cuando la exigencia es excesiva.
- Realiza pequeños encargos y está atento a indicaciones.
- Juegos muy creativos con imaginación y ficción. Le gustan los paseos.
- No tiene conciencia del peligro.
- Fácil de tratar, aceptar exigencias, le encanta agradar, aunque puede oponerse a normas muy rígidas,
- Interés por jugar con otros y comparte sus juguetes.
- Reaparece el complejo de Edipo, se interesa por los genitales.
- Responde mejor a reglas del hogar y es afectuosos con sus miembros.
- Expresa emociones y capta las de los demás; puede tener pequeñas rabietas.
- Manifiesta temor a la oscuridad y a lo desconocido.
- Aparece el amigo imaginario, en los niños que no tienen compañía para jugar.
- Tiene espíritu de cooperación y busca obtener la aprobación de los adultos.
- Mayor posibilidad de asimilar reglas y conductas sociales.
- Mayor independencia de la madre.
- Empieza a manifestar la capacidad de compartir.
- Se da un juego simbólico, se imita a sí mismo y a los demás.
- Puede construir con representación real y en ubicación horizontal, apila y derriba.
- En el juego dramático asume roles de la familia e imita escenas cotidianas.
- Continúa el juego solitario y paralelo.
- Le agradan los juegos con arena y agua.
- Disfruta con táctilo-pintura, plastilina, barro, arcilla, masa, enhebra cuentas, usar crayones, tijeras.
- Le gustan los libros de imágenes: animales y sus crías.

- Le gusta cantar inventar canciones, escuchar cuentos y pide repetición incansable.
- Le gusta cambiar de actividad.

5.3.1.1.6. Hábitos:

- Puede dormir toda la noche y amanecer seco.
- Se alimenta solo/a y derrama poco.
- Sabe servirse de una jarra.
- Requiere ayuda con la sopa, abotona y se coloca los zapatos.
- Mayores hábitos de independencia: aseo de cara, manos y dientes. Se limpia la nariz.
- Domina el control de esfínteres.

5.3.2. Características del niño o niña de 4 años de edad:

5.3.2.1 Área motriz:

5.3.2.1.1. Motriz gruesa:

- Ejercicios de todas formas, realiza pruebas motrices. Movimientos diferenciados de las partes del cuerpo.
- Puede caminar en forma de talón-punta.
- Corre con mayor facilidad y alternando los ritmos.
- Imita animales, plantas y personajes de cuentos.
- Equilibrio en un solo pie varios segundos.
- Salta de todas las formas, de una cuerda y alternando los pies.
- Lanza la pelota con mayor agilidad, usando sólo un brazo y no todo el cuerpo.

5.3.2.1.2. Motriz fina:

- Copia círculo, cuadrado y triángulo, aunque el trazo oblicuo no es preciso.
- Mayor dominio del lápiz, el cual debe ser más delgado. Respeta el límite de la hoja.
- Mayor coordinación y lateralidad.
- Mayor dominio al abotonarse y enlazar cordones.
- Construye con cubos horizontal y vertical.
- Dibuja un monigote como figura humana.
- Sus dibujos son reconocibles.
- Ejercicios de pre-escritura.
- Modela mejor las formas humanas.
- Realiza collage con varios materiales.
- Cortado y pegado de papel con precisión.

5.3.2.1.3. Área cognoscitiva:

- Mayor actitud individual.
- Mayor capacidad para generalizar y abstraer.
- Creciente capacidad de razonamiento.
- Puede descubrir detalles, pero maneja con dificultad semejanzas y diferencias.
- Clasifica por uno o varios, atributos; forma, tamaño, color, uso.
- Puede realizar seriaciones de tres a cinco objetos.
- Diferencia posiciones de tres a cinco objetos.
- Diferencia posiciones, tamaño y forma.
- Ubicación temporal es muy deficiente.
- Reconoce uno, algunos, más grande, más chico.
- Concepto del número cinco.
- Comienza a diferenciar su lateralidad.

5.3.2.1.4. Área del lenguaje:

- Muy conversador y usa frases más complicadas.

- Posee un vocabulario de unas 1500 palabras.
- Combina frases para reforzar el dominio de palabras, pero no son coherentes.
- La articulación ya no es tan infantil, aunque requiere corrección en pronunciación.
- Charla para atraer la atención.
- Explica las experiencias familiares o de cualquier índole.
- Le encanta escuchar cuentos, memorizar canciones, poesías trabalenguas.
- “Lee imágenes”.
- Hace preguntas interminables y las respuestas las ajusta a sus sentimientos o no se interesa por respuestas ni explicaciones.
- Hace juegos verbales y se divierte mucho más con sus errores.

5.3.2.1.5. Área afectivo social:

- Muy sociable, le encanta impresionar a los adultos y salir airoso.
- Se siente grande y ayuda a los pequeños, da muestra de liderazgo.
- Juegos en pequeños grupos, aunque se enoja con sus compañeros de juego, es determinante en sus elecciones.
- Carácter relevante del Complejo de Edipo y gran curiosidad sexual.
- Desobedece a los mayores, reconoce errores, pero los vuelve a cometer.
- Expresa estados de ánimo, si algo no le sale mal se irrita, se encoleriza, insulta, amenaza con irse, rompe.
- Tiene capacidad crítica de los demás.
- Manifiesta temores específicos: oscuridad, animales.
- Mayor independencia y confianza en sí mismo.
- Sentimientos contradictorios.
- Confunde la realidad y fantasía.
- Posee sentido del humor le gusta lo cómico. Usa palabras que no gusta a los adultos.
- Son colaboradores con el adulto.
- Juegos dinámicos, le encantan las excursiones.

- Interés y curiosidad por lo que le rodea.
- Reclama derechos, comprende hechos injustos.
- Es belicoso, despótico, lleno de energía, mayor confianza en sí mismo, conversador.
- Expresa su inseguridad con llanto, gritos o haciendo preguntas.
- Adquiere hábitos y costumbres de cortesía.
- Rico juego de la fantasía.
- Da nombre de lo que construye con cubos, no desarma con facilidad.
- En su dramatización es importante la interrelación del grupo.
- Juega con amigos imaginarios y en grupos de 2 o 3 niños.
- Mucho gusto por el juego dramático, títeres, sensible al ritmo y danza.
- Le gusta los libros con imágenes.
- Placer con los juegos verbales.
- Permanece más tiempo en una actividad.
- En los juegos se incluyen peleas, agresión verbal y palabras socialmente no aceptadas.
- Puede dormir toda la noche.
- Se alienta solo.
- Distingue entre parte anterior y posterior de las ropas, enlaza cordones de los zapatos. Se viste y desviste solo.
- Domina hábitos de independencia (aseo) y ya no requiere de ayuda.

5.3.3. Características del niño o niña de 5 años de edad:

5.3.3.1. Área motriz:

5.3.3.1.1. Motriz gruesa:

- Se mantiene en postura erguida.
- Camina sobre la punta de sus pies y sobre sus talones por varios segundos.
- Flexiona las rodillas.
- Salta la cuerda.

- Se balancea en un pie sin dificultad y sin ayuda.
- Mantiene el equilibrio sobre una barra horizontal, sin ayuda.
- Se desplaza con un objeto encima de su cabeza, sin que se le caiga y manteniendo el equilibrio.
- Atrapa la pelota mientras rebota y lanza la pelota mientras se desplaza.
- Se da trampolines, alcanza esta destreza en el segundo trimestre de los cinco años.
- Le gusta el baile e imita movimientos al ritmo de la música.
- Repta con velocidad y se desliza como culebra coordinando el movimiento de sus manos y piernas.

5.3.3.1.2. Motriz Fina:

- Su pinza motora trípode (Pulgar-índice-anular) se ha perfeccionado, con lo que logra sujetar de mejor manera el lápiz.
- Arma rompecabezas de más de unas doce piezas.
- Copia su nombre.
- Puntea con precisión sobre el margen de figuras más complejas.
- Pinta sin salirse de los márgenes de la figura.
- Copia escaleras, cuadrados, triángulos, rombos, óvalos y otras figuras complejas sirviéndose de modelos.
- Realiza trazos diagonales, oblicuos, curvos, cruces, en zigzag y ondulados. Mucho de estos trazos se asemeja a letras y su práctica facilita el desarrollo de la lectoescritura.
- Es capaz de construir figuras hechas por el mismo e ir las pegando. Por ejemplo, para realizar una casa dibujará, recortará y pegará un triángulo, un cuadrado y un rectángulo. Serás capaz de ir agregando detalles que él, ella consideren importantes.
- Pega los recortes sobre un papel, en forma recta.
- Modela objetos, animales y personas, incorporando más detalles.
- Realiza arabescos, es decir, laberintos para los cual utiliza sus dos manos.
- Enhebra figuras de madera sin saltarse agujeros.
- Utiliza tijeras y corta líneas rectas o punteadas.

5.3.3.1.3. Área cognoscitiva:

- Clasifica por forma, color y tamaño, con objetos concretos y en plano gráfico.
- Discrimina y nombra más de 10 colores.
- Reconoce el sonido de diferentes objetos. Discrimina entre tonos, largos y cortos, fuertes y débiles, agradables y desagradables.
- Su pensamiento no es reversible.
- Es capaz de pensar en símbolos y palabras.
- Manipula objetos para descubrir sus propiedades. Hunde el jabón para ver si flota, lo estruja para comprobar si se rompe, lo frota para hacer espuma.
- Al presentarle de 6 a 8 objetos, e invertir el orden de alguno de estos, el niño los recuerda y coloca de la forma inicial entre los dos a cuatro objetos; a sí mismo, el niño está en capacidad de identificar cuáles son los faltantes si se los oculta.
- Su memoria ha alcanzado un alto nivel de madurez. Es capaz de recordar dos consignas extrañas y ejecutar de 3 a 4 consignas que realiza con frecuencia. Por ejemplo: Anda al cuarto y abre el cajón, allí hay una caja, por favor, tráemela.
- Inicia el establecimiento de relación número-cantidad hasta el diez, es decir. Descompone y une conjuntos de objetos ya sea de forma concreta o gráficamente hasta el número diez.
- Puede medir de forma sencilla, por ejemplo: el crecimiento de una planta ayudado con palos de helado.
- Puede utilizar cuantificadores: Más que, menos que, igual, largo, corto, ancho, angosto, mucho, poco, pequeño grande, ,mediano, lleno, vacío, todos, ninguno.
- Puede establecer relaciones entre cantidades con material concreto: tres es menor que cuatro y mayor que dos.
- Ha adquirido la noción temporal, es decir, distingue entre: ayer, hoy, mañana, día, noche, mañana, tarde, rápido, lento, joven, viejo.
- Le interesa explorar la acción y reacción del movimiento pendular.
- Identifica en qué dirección se encuentra la izquierda y la derecha.

- Decide con anterioridad sus creaciones y explica el producto obtenido.

5.3.3.1.4. Área del lenguaje:

- Tiene un vocabulario de más de 200.000 mil palabras, las que pronuncia y articula correctamente.
- Dice analogías muy elaboradas como: Tengo un hermano y una hermana y nos vamos con mis papás de paseo.
- Nombra todas las partes de su cuerpo. Ubica su corazón y su estómago.
- Incluye en su lenguaje el uso de diminutivos y expresiones tales como “a través de y alrededor de” .
- Utiliza adjetivos calificativos para referirse emotivamente a personas, animales y cosas. Por ejemplo: Mi hermano es malo porque no me deja usar sus juguetes.
- Utiliza construcciones conjuntas de singular y plural: Tengo dos cuentos, tú tienes uno.
- Utiliza correctamente los géneros masculino y femenino: Mi perro es macho, mi gata hembra.
- Reconoce las letras de su nombre e imita su trazo.
- Conoce y discrimina las vocales. Puede decir palabras que comiencen con determinada vocal.
- Diferencia letras semejantes, por ejemplo: la “b” de la “p”; la “m” de la “n”, la “q” de la “p”.
- Identifica el sonido inicial y final de la palabra lo que ayuda a producir rimas o poemas cortos.
- Lee letreros de su entorno familiar.
- Lee pictograma complejos y más largos.
- Habla por teléfono con amigos o parientes.
- Conversa sobre temas nuevos para él por ejemplo, si le gustan los aviones, habla de líneas aéreas que conoce y de la forma de los aviones.
- Con sus manos golpea su cuerpo al son de la música, con compás y acentuación.

- Narra de manera secuencial cuentos conocidos sin omisión alguna y si desea, es capaz de darle un final distinto al mismo.
- Relata e interpreta una historia de acuerdo a sus imágenes, la dramatiza y saca conclusiones.

5.3.3.1.5. Área afectivo-social:

- Se desapega de su madre con mayor facilidad.
- Da solución rápida a sus problemas, que parecían no ser las más lógicas para resolverlas.
- Puede servirse un vaso de agua sin derramar el líquido.
- Fortalece sus relaciones de amistad y las escoge por afinidad
- Se desarrolla el juego reglado y competitivo, indicador de que su conducta egocéntrica está próxima a desaparecer o está erradicada del todo.
- Juega con sus iguales y le gusta cooperar con ellos. Se distrae con juegos complejos, los sencillos le aburren, disfruta de juegos de mesa como: Ludo y bingo. Le gustan los legos.
- No desaparece su amigo imaginario, es más el está presente en la dramatización con sus juguetes, el niño puede estar también acompañado de amigos reales y gusta de su presencia es así como van armando todo un mundo de fantasía a la hora de juego.
- En esta edad las reglas morales son dictámenes inalterables dados por una persona de autoridad.
- Adquieren normas de comportamiento sociocultural como: higiene personal, conciencia ambiental, orden y normas de cortesía.
- Los temores nocturnos son muy frecuentes ya que posee una imaginación extraordinarios que llega a asustarlo por las noches, mientras que en la mañana goza con ella.

6. El programa de desarrollo integral (PDI):

Partiendo del diagnóstico integral el equipo de profesionales, recoge los acuerdos y plantea un programa que permitirá a corto, mediano y largo plazo conseguir una vida presente digna para el niño o niña en salud, educación,

trabajo, diversión, vivienda, descanso, y otros. El programa deberá ser elaborado para ser ejecutado para el equipo de profesionales, la familia y el niño o niña. Deberá considerar los diseños curriculares del sistema educativo u otras instituciones a las cuales se integrará el niño o niña. Para la elaboración del programa se debe considerar:

- a)** El diagnóstico integral, el perfil y el pronóstico.
- b)** Necesidades propias de los niños o niñas.
- c)** Potencialidades de los niños o niñas.
- d)** Características familiares, culturales.
- e)** La naturaleza de la sociedad.
- f)** El sistema educativo.
- g)** Los cambios en todos los aspectos de la vida: niñez, adolescencia, adultez, senectud.
- h)** El futuro en educación, salud, trabajo, otros.
- i)** Recursos, medios humanos y materiales disponibles.

Debe hacerse una prospectiva de futuro, es decir que los objetivos que a corto plazo se establezcan estén en íntima relación con los que a largo plazo se prevean, procurando no delimitar la evolución ni despreciar el potencial de cada niño o niña de forma que, sin perder de cerca la realidad, ésta no agote futuras posibilidades.

El PDI debe ser modificado hasta lograr enfrentar y dar respuestas válidas a las necesidades del niño o niña para el cual se diseñó; cuidando constantemente de encontrar las actividades que permitan la consecución de los objetivos.

El PDI debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a)** Responder en su conjunto, por la convergencia multifactorial, a una serie de objetivos (de cada una de las áreas) armonizados de forma coherente. Proponer metas susceptibles de ser cumplidas de una realidad concreta y que cubra la totalidad del proceso.
- b)** Contemplar posibles incidencias en su aplicación sin que estas se alteren lo fundamental del diseño.

- c) Elaborar de manera fácil de comprender y seguir con las personas que deban aplicarlo y por las instancias donde se desarrolle.
- d) Realizar continuas revisiones en su ejecución para mejorar la calidad del mismo.
- e) Basar su desarrollo en experiencias que se van haciendo cada vez más divergentes y de mayor calidad.
- f) Construirlo de manera que no termine nunca sino que se genere a sí mismo.
- g) Aplicar la metodología de arte, juego y como línea transversal el afecto.
- h) Garantizar que la base de la implementación del programa sea las debilidades, fortalezas, oportunidades, amenazas, actividades de la vida diaria y de la independencia.

El PDI debe tener una primera parte en donde se colocan las metas durante todas las etapas de la vida en las diferentes áreas, elaborándose en base a las consideraciones y requisitos mencionados anteriormente.

El PDI debe tener una segunda parte en donde se planifica la parte que hace referencia a la etapa preescolar: antes de los cinco años. Consta de:

- Objetivo General.
- Objetivos Específicos.
- Metas y contenidos por áreas.
- Estrategias metodológicas, materiales y métodos más adecuados.
- Forma de evaluar el proceso como continuo, sumativo y cíclico.
- Previsión para una revisión permanente.

Aunque esta planificación debe hacerse para toda la etapa preescolar, porque permite ubicar mejor al niño o niña en el futuro la revisión, evaluación, modificación se deben realizar cada año.

De esta segunda parte se van a desprender las planificaciones de cada una de las áreas, a estas se las denomina “Planificación individual por áreas: PIA”

6.1. Planificación Individual por áreas (PIA):

Se sustenta en el Programa de Desarrollo Integral (PDI), de este se toman las metas y contenidos para cada una de las áreas de las que va a ser intervenido el niño o niña con trastornos del desarrollo..

Sin perder la integralidad, cada una de las áreas planifica lo que trabajará en su especialidad, las dificultades encontradas en las evaluaciones cuali-cuantitativamente se convierte en objetivos de trabajo.

Se elabora para un periodo de tiempo generalmente de un año pero tiene actividades para ser trabajadas, conseguidas, evaluadas en periodos de tiempo como trimestrales, mensuales, semanales o diarias. De acuerdo a los objetivos de cada una de las áreas se planifican las actividades.

Las actividades que toma la ludo terapia como metodología principal debe durar entre 30-45 minutos con el niño o niña y entre los 10-15 minutos para registrar en la ficha y hablar con los padres. Generalmente se envía actividades para que los cuidadores del niño o niña puedan realizarse en casa.

Al terminar el periodo para el cual se elabora la programación, se realiza una evaluación del proceso de recuperación en las cuales se considera: estado de integración del niño y niña, participación de los padres o cuidadores, constancia en la terapia, comorbilidad, calidad del programa de intervención, instituciones participantes.

Las dificultades permanentes se comunican al equipo de coordinación técnica para la búsqueda de alternativas.

7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la certeza en el diagnóstico y en el plan de intervención de los niños y niñas de 3 a 5 años de edad con autismo que acuden a los Centros de Educación Especial del área urbana del Cantón Cuenca durante el período Enero a Junio del 2010.

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.-

- 7.2.1.** Describir el proceso diagnóstico que se siguió a través de la revisión de: evaluación del desarrollo, utilización de test de autismo, cumplimiento de los criterios del DSM IV-TR, existencia del diagnóstico integral escrito en un informe escrito.
- 7.2.2.** Comprobar la veracidad del diagnóstico con una nueva evaluación que incorpore todas las etapas del diagnóstico del autismo.
- 7.2.3.** Revisar si se cumple con los requisitos de un adecuado plan de intervención: existencia de un Programa del Desarrollo Integral (PDI) y un Programa de Desarrollo por Áreas (PDA), congruencia de los objetivos con el diagnóstico, evaluación del programa de manera periódica.

8. METODOLOGÍA:

8.1. Tipo de estudio y diseño general:

Este estudio es cuantitativo descriptivo.

8.2. Universo de estudio

Está constituido por todos los niños que asisten normalmente a los centros de educación especial del cantón Cuenca.

8.3. Selección y tamaño de muestra

La muestra se realizó a partir de los casos que se identificaron con Autismo en los centros de educación especial para determinar la muestra utilizamos la siguiente fórmula:

$$n = \frac{n^* Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}$$

n= número de muestra

N= Total de la población.

Zα²= 1.96² estándar 95%

q= 1·p

d= 3% de precisión

p= proporción.

9. Definición de las variables:

Variables Dependientes: Diagnósticos y plan de intervención certeros de cada uno de los niños o niñas con autismo.

Variables independientes: proceso diagnóstico y proceso del plan de intervención.

Variables moduladoras:

- Edad de los niños
- Género de los niños

9.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo: Diferencia Física y de conducta que distingue a los organismo individuales según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	Fenotípica	Apariencia física	1. Hombre 2. Mujer
Edad: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	Cronológica	Partida de nacimiento	3 años 4 años 5 años

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
EVALUACIÓN DEL PROCESO DIAGNÓSTICO PREVIO	Exploración del cumplimiento de todos los pasos que se deben seguir hasta llegar al diagnóstico de autismo con los criterios del DSM- IV-TR: 1. Evaluación por áreas: desarrollo 2. Evaluación de autismo. 3. Criterios de DSM-IV TR. 4. Informe integral.	1. Evaluación por áreas: desarrollo 2. Evaluación de autismo. 3. Criterios de DSM-IV TR. 4. Informe integral.	La observación en las historias clínicas de los documentos de cada una de las dimensiones del proceso diagnóstico	ADECUADO: En las historias clínicas del niño o niña constan los documentos de todas las dimensiones. INADECUADO: No existe constancia de uno o más documentos del proceso de atención.
CERTEZA DIAGNÓSTICA DE AUTISMO	Cuando a un niño o niña que fue diagnosticado previamente luego de la realización del proceso diagnóstico, por parte de las investigadoras, se confirma con los criterios del		La confrontación del diagnóstico anterior con el actual.	CERTERO: El diagnóstico de autismo se confirma. NO CERTERO: No se confirma el diagnóstico de autismo.

UNIVERSIDAD DE CUENCA



	DSM IV- TR autismo			
DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	Pasos que se deben seguir hasta llegar al diagnóstico de autismo con los criterios del DSM- IV-TR	1. Evaluación por áreas: desarrollo 2. Evaluación de autismo. 3. Criterios de DSM-IV TR. 4. Informe integral del equipo con el diagnóstico 5. Entrega de informe a los padres con constancia escrita de la recepción. .	Criterios del DSM IV-TR para autismo	AUTISMO: Criterios del DSM IV – TR compatibles con autismo. NO AUTISMO: No hay criterios.

DIMENSIONES DE DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO	Con un test se evalúa en los niños y niñas las destrezas de desarrollo propias para la edad.	1. Normal 2. Retraso	Escala de Brunet Lezine	1. Normal: Coeficiente de desarrollo de 90 o más. 2. Retraso: coeficiente de desarrollo de 89 o menos.
EVALUACIÓN DE AUTISMO.	Con una escala cuali-cuantitativa se identifican las características propias del autismo: de relación social, capacidades de referencia conjunta, capacidades intersubjetivas y mentalistas, funciones comunicativas y trastornos cualitativos del lenguaje expresivo.		Inventario de espectro autista: IDEA.	1. IDEA positivo para autismo 2. IDEA negativo para autismo
CRITERIOS DE DSM-IV-TR	Los resultados de las evaluaciones del desarrollo y del inventario IDEA permiten definir si existen los criterios para el diagnóstico de autismo.		A. Existencia de un total de 6 ó más ítems de interacción cualitativa de la interacción social, alteración cualitativa de la comunicación, patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de	Criterios positivos: cumple con los indicadores A,B,C. Criterios negativos: no cumple con los criterios o A o B o C.



			edad: interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo. C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o un trastorno desintegrativo infantil	
INFORME DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL	Documento escrito en el que conste el proceso y los resultados de cada área de evaluación, el nivel de desarrollo, las dificultades y las fortalezas.		El documento con todos los parámetros.	SI NO

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALAS CUALITATIVAS
EVALUACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	Exploración del cumplimiento de todos los criterios que debe cumplir un plan de intervención: 1. Programa del Desarrollo Integral (PDI) 2. Programa de Desarrollo por Áreas (PDA). 3. Congruencia de los objetivos con el diagnóstico. 4. Evaluación del programa de manera periódica.		La observación de los criterios del plan de intervención: 1. Programa del Desarrollo Integral (PDI) 2. Programa de Desarrollo por Áreas (PDA). 3. Congruencia de los objetivos con el diagnóstico. 4. Evaluación del programa de manera periódica.	ADECUADO: el plan de intervención tienen todos los criterios INADECUADO: El plan de intervención no tiene 1 o más de los criterios

9.2. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y MÉTODOS PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

Evaluación (Enero-Mayo): la aplicación de la evaluación para cada uno de los niños y niñas de los Centros de Educación Especial, la evaluación del desarrollo y autismo, criterios del DSM IV-TR, verificación de la existencia de un programa de intervención y plan individual por áreas, esta documentación guarda absoluta reserva de los datos personales de los encuestados, los cuales constan con formatos del test Brunet Lezine para la evaluación del desarrollo, evaluación de autismo, IDEA, pruebas informales, criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico certero.

Formulario (Junio): se completa la información de los formularios los cuales; constan con 12 ítems, 3 ítems los datos de filiación, 4 ítems a la certeza diagnóstica, 4 ítems diagnóstico actual.

Diagnóstico (julio): se diagnostica a cada uno de los niños y niñas por medio de los métodos de diagnóstico en autismo.

9.3. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.

Se entrega los consentimientos libres e informados a los directivos de cada uno de los Centros de Educación Especial y a los representantes que participan en la investigación los cuales fueron aceptados.

9.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Los criterios que se considera para inclusión hacen referencia a todos los consentimientos informados autorizados por los directivos de los Centros de Educación Especial y representantes de cada uno de los niños y niñas, y como criterio de exclusión todos los niños y niñas que no consten en este estudio.

10. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA N° 1

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según al Centro al que asisten. Enero a Julio del 2010.

CENTRO ESPECIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Instituto San Juan de Jerusalén	11	31%
Centro de Educación Integral para la Niñez con Síndrome de Down	3	8%
Instituto de Parálisis Cerebral del Azuay	5	13%
Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca	15	42%
Fundación Pro-autismo del Azuay	2	6%
TOTAL	36	100%

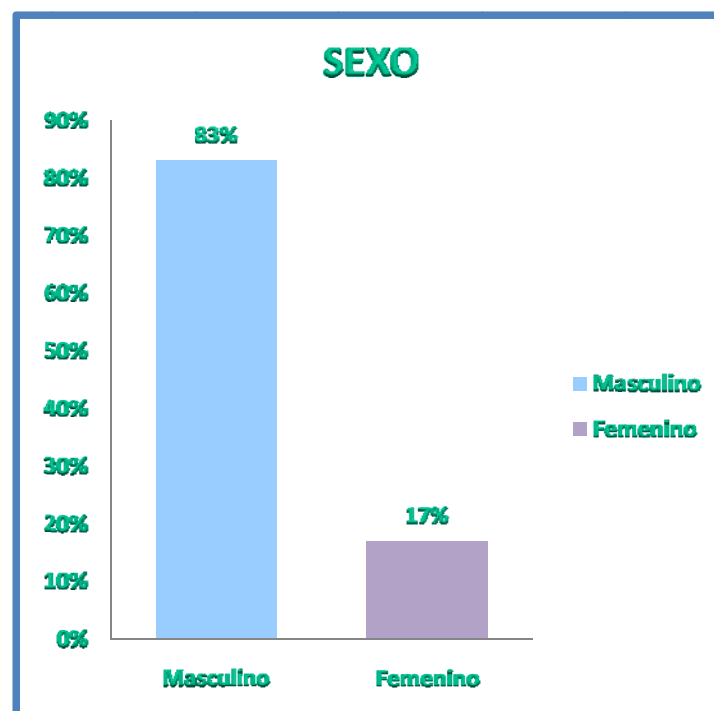
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

El Instituto San Juan de Jerusalén y el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca son los centros de educación especial que atienden a mayor número de niños y niñas de estas edades.

GRÁFICO N°2

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según Sexo. Enero a Julio del 2010.



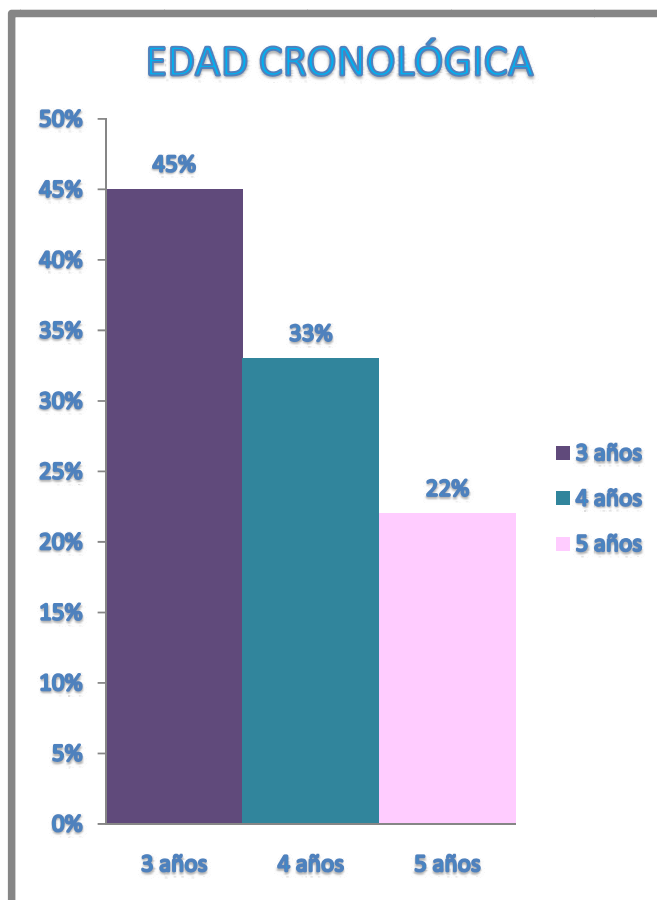
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 36 niños y niñas evaluados en los Centros Especiales del Cantón Cuenca 30 corresponden al sexo masculino y 6 al sexo femenino.

GRÁFICO N°3

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según Edad Cronológica. Enero a Julio del 2010.



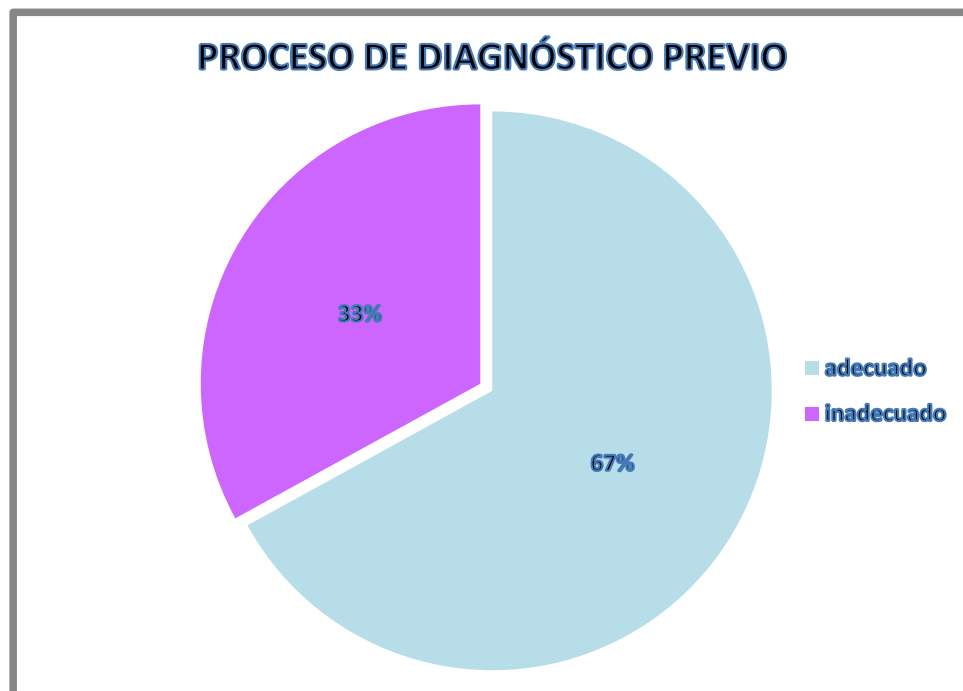
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

En el gráfico se observa que el grupo de edad cronológica con mayor número de niños y niñas dentro de la evaluación corresponde al grupo de 3 años.

GRÁFICO N°4

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según Proceso de Diagnóstico Previo. Enero a Julio del 2010.



Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

El 33% de los niños y niñas tienen un proceso de diagnóstico adecuado y un 67% tienen un inadecuado proceso de diagnóstico previo.

TABLA N°5

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según análisis de 9 casos diagnosticados con autismo. Enero a Julio del 2010.

DIAGNÓSTICO PREVIO DE AUTISMO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE	DIAGNÓSTICO ACTUAL DE AUTISMO
Si	4	44%	9
No	5	56%	0
TOTAL	9	100%	9

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 casos 5 niños y niñas han sido diagnosticados durante el proceso de evaluación.

GRÁFICO N°6

Distribución de 9 casos con Autismo de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según evaluación previa del desarrollo. Enero a Julio del 2010.



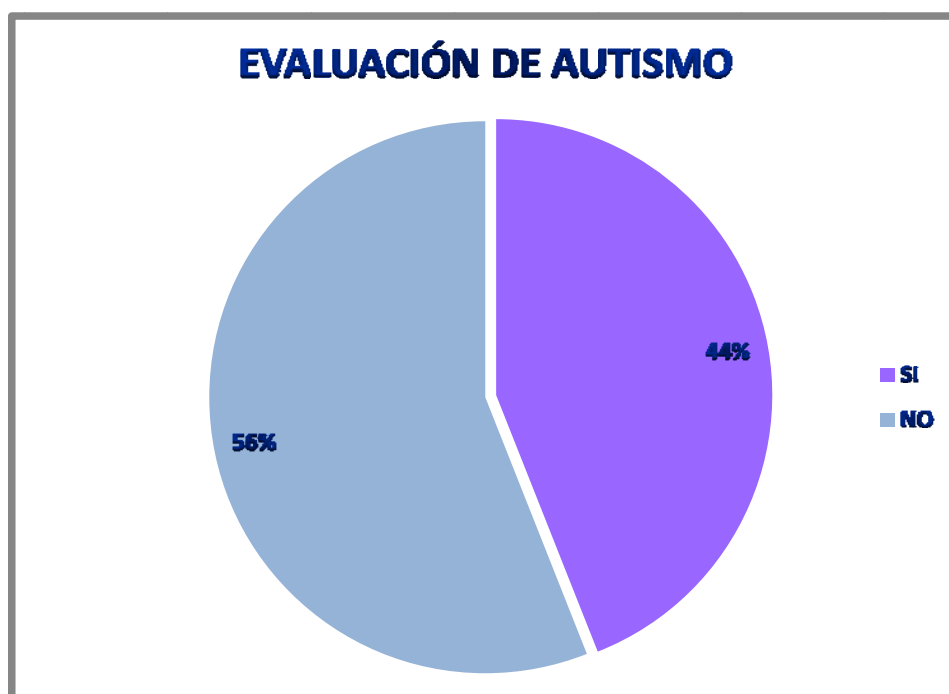
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 niños y niñas con autismo el 11% de los casos no tienen una evaluación previa del desarrollo psicomotor.

GRÁFICO N°7

Distribución de 9 casos con Autismo de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según evaluación previa de autismo. Enero a Julio del 2010.



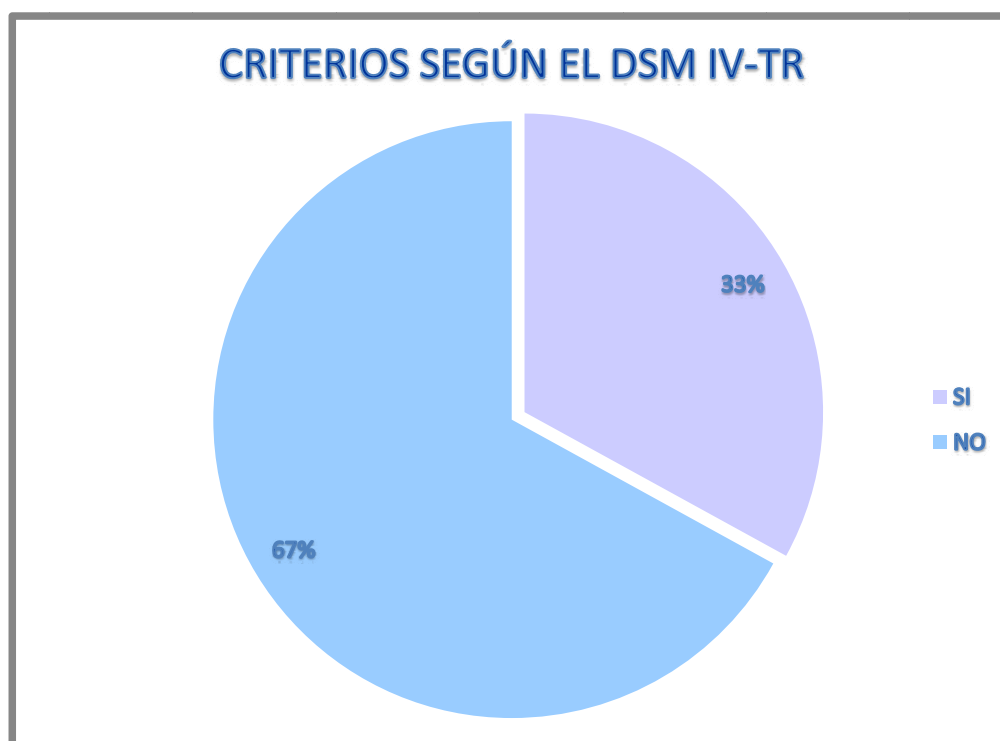
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 niños y niñas con autismo el 56% de los casos no tienen una evaluación previa de autismo.

TABLA N°8

Distribución de 9 casos con Autismo de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según criterios del DSM IV-TR. Enero a Julio del 2010.



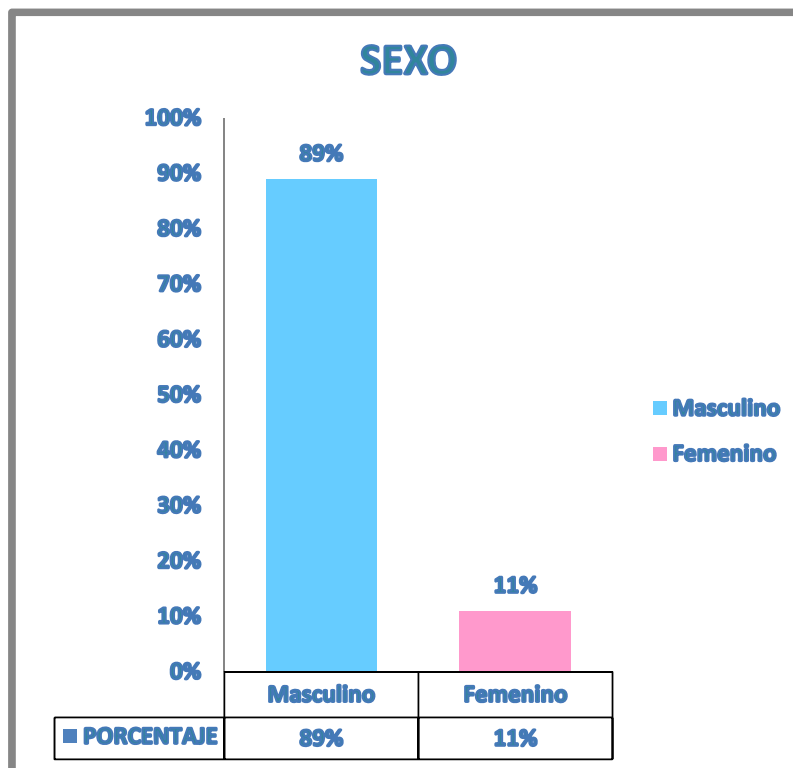
Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 niños y niñas con autismo el 67% de los casos no tienen registro de la aplicación de los criterios del DSM IV-TR.

GRÁFICO N°9

Distribución de los 9 niños y niñas diagnosticados con autismo en los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca de 3 a 5 años de edad según sexo. Enero a Julio del 2010.



Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 niños y niñas con autismo el 89% de los casos corresponden al sexo masculino.

TABLA N°10

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según el coeficiente de desarrollo psicomotor. Enero a julio del 2010.

COEFICIENTE DE DESARROLLO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Desarrollo normal	4	11%
Retraso del desarrollo leve	4	11%
Retraso del desarrollo moderado	21	59%
Retraso del desarrollo grave	4	11%
Retraso del desarrollo profundo	3	8%
TOTAL	36	100%

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

Dentro del estudio la cifra predominante corresponde a un 59% equivalente a retraso del desarrollo moderado.

TABLA N°11

Distribución de 9 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según certeza diagnóstica. Enero a Julio del 2010.

DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diagnóstico certero emitido previamente	4	44%
Nuevos casos diagnosticados	5	56%
TOTAL	9	100%

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 9 niños y niñas 5 casos son diagnosticados con autismo en el estudio.

TABLA N°12

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según presencia de autismo. Enero a Julio del 2010.

TRASTORNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Autismo	9	25%
No autismo	27	75%
TOTAL	36	100%

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

El número de niños y niñas evaluados en los Centros Especiales equivale a un total de 36 casos, siendo el 22% los que presentan autismo.

TABLA N°13

Distribución de 36 niños y niñas evaluados según los criterios emitidos por el DSM IV-TR para el diagnóstico de autismo en los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca. Enero a Julio del 2010.

CRITERIOS DEL DSM IV-TR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Positivo	9	25%
Negativo	27	75%
TOTAL	36	100%

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

Se determina que 9 de los 36 niños y niñas evaluados cumplen con los criterios del DSM IV-TR para el diagnóstico de autismo correspondiendo a un 25%.

TABLA N°14

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según el cumplimiento de diagnóstico integral en un informe escrito. Enero a Julio del 2010.

DIAGNÓSTICO INTEGRAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	17	47%
No	19	53%
TOTAL	36	100

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 36 casos, 19 no cumplen con un diagnóstico integral detallado en un informe escrito equivalente a un 53%.

TABLA N°15

Distribución de 36 niños y niñas de 3 a 5 años de edad de los Centros de Educación Especial del Área Urbana del Cantón Cuenca según Plan de intervención. Enero a Julio del 2010.

PLAN DE INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuado	18	50%
Inadecuado	18	50%
TOTAL	36	100%

Fuente: Formularios de Investigación.

Elaborado por: María José Gomezcoello, María Salomé Ramírez.

De los 36 casos, existe una igualdad en los resultados en el cumplimiento del plan de intervención.

11. DISCUSIÓN

Según análisis realizados en el Cantón Cuenca, no existen investigaciones acerca del autismo. La información estadística a la que se puede acceder en el Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS incluye al autismo en el grupo de discapacidad psicológica, motivo suficiente para efectuar esta investigación; así: profesionales, entorno familiar y la comunidad tendrán mayor conocimiento de nuevos casos diagnosticados con el trastorno autista, para optimizar su diagnóstico e intervención.

Para poder desarrollar este punto ha sido necesaria una minuciosa indagación de investigaciones mundiales, realizadas anteriormente acerca de este tema. De acuerdo a una publicación que responde a las “Preguntas más Frecuentes Planteadas en el Autismo” realizado por El Grupo de Estudio de Trastorno del Espectro Autista, Instituto de Investigación de Enfermedades Raras-Instituto de Salud Carlos III; señalando que los trastornos generalizados del desarrollo son bastante más frecuentes de lo que se pensaba, cuando aún no se conocía la variedad con los que estos trastornos se manifiestan. Así, se ha pasado de identificar un caso de autismo por cada 2.500 niños y niñas hace 25 años, a aceptar que los problemas afectan a uno de cada 170 o 250 niños y niñas. También señalan en esta publicación que el diagnóstico se hace observando la conducta de la persona, conociendo su historia del desarrollo y aplicando una batería de pruebas, para detectar la presencia de los signos y síntomas del autismo.

Otra publicación manifiesta que los Estudios CDC (Centro para el Control y la Prevención de la Enfermedad en Estados Unidos), muestran que uno de cada 150 niños y niñas están viviendo en Estados Unidos con un trastorno del espectro autista. Un estudio realizado recientemente de prevalencia, citado por Spreckley Boy (2009), se realizó en el Sureste de Inglaterra y reportó un índice de 38.9 por cada 10.000 niños y niñas. En cuanto a la diferencia de género de forma más consciente se ha encontrado una proporción niño-niña de 4:1.

En nuestra investigación se consideró a todos los Centros de Educación Especial que se encuentran registrados en el Consejo Nacional de Discapacidades CONADIS, de los cuales se escogieron 5 centros, con un grupo de 36 niños y niñas. Luego del proceso de evaluación se determinan 9 casos de autismo equivalente a un 25% de la población, por lo antes mencionado se señala que existe una concordancia con las investigaciones mundiales y con el estudio realizado en nuestro cantón ya que los casos de autismo van en ascenso al disponer de herramientas que facilitan determinar un diagnóstico certero.

Por otro lado, se confirma que la incidencia de autismo corresponde al sexo masculino en una relación de hombre-mujer de 8 a 1.

Según la publicación del Instituto ASERVO de Psiquiatría Infantil y Adolescente del Instituto de Psiquiatría del Hospital de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, detalla que el autismo infantil representa un cuadro de extrema complejidad, que requiere de enfoques interdisciplinarios a fin de tener un efecto no sólo en el campo educativo y la socialización, sino también a establecer la etiología bien definida, capaz de predicciones precisas y enfoques terapéuticos efectivos. Por esta razón es conveniente reflejar que en los Centros de Educación Especial del Cantón Cuenca no consideran este enfoque mencionado anteriormente porque el 50% presenta un inadecuado plan de intervención, siendo este un factor perjudicial para el trabajo óptimo y mejoramiento de habilidades y destrezas que estos niños pueden desarrollar.

CONCLUSIONES:

Partiendo del convencimiento de que conocer y comprender el trastorno autista nos ayuda a todos a acercarnos a él con menos inseguridad y de una forma más real y cercana.

Los niños y niñas con trastorno autista necesitan condiciones de vida que respondan simultáneamente, tanto a su condición de niños como a la especificidad del trastorno que presenta.

El proceso de evaluación aplicado se ejecutó a 36 niños y niñas de los Centros de Educación Especial del Cantón Cuenca y se determinan 9 casos con autismo, 5 son diagnosticados durante el proceso de evaluación y 4 contaban con un diagnóstico establecido por el centro respectivo.

De los 9 casos con autismo el 11% no constan con una evaluación previa del desarrollo psicomotor; el 56% no constan con una evaluación previa de autismo; el 67% de los casos no tienen registro de la aplicación de los criterios del DSM IV-TR y se confirma que la mayor incidencia en el trastorno autista se da en el sexo masculino con un 89%.

Las herramientas de evaluación que han permitido conseguir los resultados anteriores son: la evaluación del desarrollo psicomotor y evaluación de autismo y cumplimientos de los criterios del DSM IV-TR.

Se observa también que en los 36 casos estudiados el 53% no cumplen con un diagnóstico integral detallado de cada niño y niña, sin embargo existe una igualdad de resultados en el plan de intervención por lo que el 50% es adecuado y el otro 50% es inadecuado relacionado con el plan de intervención.

En este trabajo investigativo se determina que los profesionales de los Centros de Educación Especial, hasta el momento no establecen un diagnóstico integral, ya que no disponen de las suficientes herramientas y conocimientos para poder ejecutar. Por este motivo, se ha revisado un amplio material

literario, bibliográfico y científico que se debe considerar al momento de realizar un diagnóstico de trastorno autista.

El equipo interdisciplinario, pretende que en el diagnóstico y plan de intervención, se ejecute en la etapa preescolar, tiempo valioso que será destinado al trabajo para intervenir oportunamente y desarrollar destrezas físicas, intelectuales, sociales, emocionales, etc. Para ello se debe considerar las características, fortalezas, debilidades y limitaciones de cada niño y niña ofreciéndole las experiencias necesarias para tener avances significativos.

Para concluir podemos considerar que un diagnóstico certero y plan de intervención, requiere de un arduo, responsable y mancomunado trabajo de manera especial con el equipo interdisciplinario, de tal manera que el aporte de cada profesional desde diferentes puntos de vista y perspectivas concluyan acertadamente.

RECOMENDACIONES

Emitir un diagnóstico de autismo en base a las herramientas de evaluación del desarrollo psicomotor, y evaluación de autismo cumpliendo con los criterios del DSM IV-TR.

Trabajar en equipo interdisciplinario para emitir el diagnóstico certero, particular que se cree muy importante y primordial ya que todas las partes integrantes en el mismo, sus aportes son considerablemente notables para establecer el positivismo en desarrollo de esta actividad.

Desarrollar las habilidades y destrezas de los niños y niñas por medio de un plan de intervención, considerando características, fortalezas, debilidades y limitaciones de cada uno.

Se pretende de un modo sencillo y positivo, que la comunidad tenga acceso a la información básica, acerca de la certeza diagnóstica y plan de intervención, se espera contribuir y favorecer el desarrollo social y personal de los niños y niñas con autismo y su adecuado manejo, considerando las destrezas y habilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(1) Consejo Nacional de Discapacidades. CONADIS [sitio en internet]. Disponible en:<http://www.conadis.gov.ec/>

(2) Pereira A, Riesgo R, Wafggner M.. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2010 July 09] ; 84(6): 487-494. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572008000700004&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572008000700004.

(3)Albores L, Hernández L, Díaz J, Cortes B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. (Spanish). Salud Mental [serial on the Internet]. (2008, Jan), [cited July 11, 2010]; 31(1): 37-44. Available from: Academic Search Complete.

(4)Rivas R, López S, Taboada E. Etiología del Autismo: Un Tema a Debate. (Spanish). Psicología Educativa [serial on the Internet]. (2009, Dec), [cited July 11, 2010]; 15(2): 107-121. Available from: Academic Search Complete.

(5)Talero C, Martínez L., Mercado M, Ovalle J, Velásquez A, Zarruk J. Autismo: estado del arte. Rev. Cienc. Salud [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 July 09]; 1(1): 68-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169272732003000100007&lng=en.

(6)Martín P. El Síndrome de Asperger: ¿Excentricidad o Discapacidad Social?. Alianza Editorial S.A. Madrid; 2004:34-35

(7) Arce M. Soluciones Pedagógicas para el Autismo. Qué hacer con los TGD. 1ª.edición: Landeira. Argentina; 2008:13-14

- (8) Frances A, Pincus H, First M. DSM IV-TR Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales; 2006:75
- (9) Brunet O, Lézine I. Escala del Desarrollo Psicomotor de la Primera Infancia: Brunet Lezine. Mepsa Edición. Madrid; 1951:11-12
- (10) Kruq, Arick y Almond. Autims Behavior Checklist ABC: Escala de Autismo ABC; 1978:1-9
- (11) Riviere A, Martos J. Inventario De espectro Autista: El tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas: IDEA. Madrid; 1997:5
- (12) Frances A, Pincus H, First M. DSM IV-TR Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2006:23-26

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Albores L, Hernández L, Díaz J, Cortes B. Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión. (Spanish). Salud Mental [serial on the Internet]. (2008, Jan), [cited July 11, 2010]; 31(1): 37-44. Available from: Academic Search Complete.
2. Bedia R, Primo P, Aguilera E, Borbujo J, Cilleros M, Ferrari M, et al. La detección precoz del autismo. (Spanish). Intervencion Psicosocial [serial on the Internet]. (2006, Jan), [cited July 11, 2010]; 15(1): 29-47. Available from: Academic Search Complete.
3. Cabrera M. Plan de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia del Cantón Cuenca 2008-2020. 2008 Edición. Cuenca-Ecuador; 2008
4. Deborah S. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial. 4a Edición, Madrid; 2003
5. Gómez M, Portillo A, Rodríguez M, Rodríguez M, Orosco M, Problemas del Aprendizaje: Soluciones paso a paso. Barcelona; 2007.
6. Jodar J. Campo A, Comamala M. Consultor de Psicología Infantil y Juvenil: Trastorno del desarrollo. Océano Edición. Barcelona; 2003
7. Kruq, Arick y Almond. Autims Behavior Checklist ABC: Escala de Autismo ABC. 1978
8. Mebarak M, Martínez M, Serna A. Revisión Bibliográfico Analítica acerca de las diversas Teorías y Programas de Intervención del Autismo Infantil. (Spanish). Psicología desde el Caribe [serial on the Internet]. (2009, Dec), [cited July 11, 2010]; (24): 120-146. Available from: Academic Search Complete

9. Moreno M. Educación física en el discapacitado; un recorrido hacia la posibilidad. Landeira Edicion. Buenos Aires; 2007
10. Ordoñez M, Tinajero A. Estimulación Temprana: Inteligencia emocional y cognitiva de 3 a 6 años. Tomo 3. Edición MMVII. Madrid; 2008
11. Pereira A, Riesgo R, Wagner M. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2010 July 09] ; 84(6): 487-494. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000700004&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572008000700004.
12. Perez L, Benitez S. Currículo Operativo para la Educación Inicial: para niñas y niños de 3 a 5 años de edad. Edgar Isch Edición. Quito; 2006
13. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la Investigación; manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª Edición;2002
14. Riviere A, Martos J. Inventario De espectro Autista; el tratamiento del Autismo. Nuevas perspectivas: IDEA. Madrid-España. INSERSO. 1997
15. Rivas R, López S, Taboada E. Etiología del Autismo: Un Tema a Debate. (Spanish). Psicología Educativa [serial on the Internet]. (2009, Dec), [cited July 11, 2010]; 15(2): 107-121. Available from: Academic Search Complete
16. Rossi C. Principios y estrategias de intervención educativa en comunicación para personas con autismo: TEACCH. (Spanish). Revista de Logopedia, Foniatria y Audiologia [serial on the Internet]. (2007, Dec), [cited July 11, 2010]; 27(4): 173-186. Available from: Academic Search Complete
17. Talero C, Martínez L, Mercado M, Ovalle J, Velásquez A, Zarruk J. Autismo: estado del arte. Rev. Cienc. Salud [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 July 09] ; 1(1): 68-85. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-

72732003000100007&lng=en.en la Internet]. 2007 [citado 2010 Jul 09] ;
27(2): 61-81. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S02117352007000200006&lng=es. doi: 10.4321/S0211-57352007000200006

18. Vidal M, Díaz J. Atención Temprana. Guía práctica para la Estimulación del niño de 0 a 3 años. 5a Edición. Madrid; 2002
19. Velázquez J, Lozano T. El diagnóstico positivo de autismo infantil. Rev Cubana Pediatr [revista en la Internet]. 1996 Ago [citado 2010 Jul 09] ; 68(2): 105-112. Disponible en:
20. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475311996000200006&lng=es.
21. Zúñiga A, Montero M. El Síndrome de Asperger y su clasificación. (Spanish). Educación (03797082) [serial on the Internet]. (2009, June), [cited July 11, 2010]; 33(1): 183-186. Available from: Academic Search Complete.

Anexos

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio

“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JULIO DE 2010.

Yo, _____ en calidad de _____ del Centro de Educación Especial _____; doy mi consentimiento para que se realice la “Evaluación de la certeza diagnóstica y plan de intervención de los niños y niñas autistas de 3 a 5 años de edad que acuden a los Centros de Educación Especial del área urbana del cantón Cuenca en el período enero a junio de 2010”.

Se me informado que es un estudio importante porque busca conocer la certeza diagnóstica de los Centros de Educación Especial en el área urbana del cantón Cuenca que atienden a niños o niñas de tres a cinco años de edad, con el objetivo de evaluar la certeza diagnóstica.

La investigación considerará parámetros para la valoración del proceso de evaluación de los niños o niñas con Autismo que asisten al centro especial. Para lo cual se ha solicitado que los profesionales respondan con absoluta sinceridad a las preguntas y permita que las investigadoras puedan observar las fichas de los niños o niñas, los registros, los lugares de trabajo y las actividades que se desarrollan con los niños o niñas.

He sido comunicado/a que las actividades para esta investigación requerirán de que cada uno de los profesionales respondan el cuestionario en aproximadamente en media hora, tiempo que estoy dispuesto/a a colaborar.

El centro recibirá el beneficio de una nueva evaluación gratuita por cada uno de los niños o niñas, lo que proveerá de datos seguros, el manejo de la información obtenida será confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación; la misma permitirá a los directivos del centro, personal que labora en el mismo y familiares de los niños o niñas que asisten a los Centros de Educación Especial puedan realizar un análisis interno sobre la realidad de la certeza diagnóstica con Autismo, buscar y solicitar los recursos necesarios para mejorar el plan de intervención que necesitan los niños o niñas.

Las responsables de la investigación – María José Gomezcoello y Salomé Ramírez - se han comprometido a responder personalmente o por teléfono las preguntas e inquietudes que surjan acerca de la investigación; para lo que nos han dado sus direcciones y teléfonos.

- María José Gomezcoello: Calle 9 de Octubre 1-30 y 28 de Mayo.
Teléfono 2235214 - 092635848.
- María Salomé Ramírez: Padre Valverde entre Fernando de Aragón y Felipe II. Teléfono 098700239.

Luego de analizar las condiciones de participación, he decidido colaborar en el estudio en forma libre y voluntaria. Pienso que con mi participación contribuiré para mejorar la certeza diagnóstica, el plan de intervención y calidad de vida de los niños o niñas con Autismo“.

Firma del Representante

CI

Cuenca, _____ del 2010

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el estudio

“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JULIO DE 2010.

Yo, _____ representante del niño o niña _____; doy mi consentimiento para que se realice la “Evaluación de la certeza diagnóstica y plan de intervención de los niños y niñas autistas de 3 a 5 años de edad que acuden a los Centros de Educación Especial del área urbana del cantón Cuenca en el período enero a junio de 2010”.

Se me ha informado que es un estudio importante porque busca conocer la certeza diagnóstica de los centros especiales en el área urbana del cantón Cuenca que atienden a niños o niñas de tres a cinco años de edad, con el objetivo de evaluar la certeza diagnóstica.

El objetivo de esta investigación es realizar una evaluación a cada uno de los niños o niñas que asisten al centro especial, para conocer la certeza diagnóstica y el plan de intervención. Para lo cual se ha solicitado que los padres de familia asistan con su representado a la Fundación Huiracocha – Tutivén, después de haber coordinado con las investigadoras un horario vespertino.

Su representado/ a recibirá el beneficio de una nueva evaluación gratuita por las investigadoras, proveerá de datos seguros, el manejo de la información obtenida será confidencial y se utilizará únicamente con fines de investigación;

sin que sus identidades de cada uno de sus representados sean reveladas y de esta manera contribuir al mejoramiento de la certeza diagnóstica y plan de intervención.

Las responsables de la investigación – María José Gomezcoello y María Salomé Ramírez - se han comprometido a responder personalmente o por teléfono las preguntas e inquietudes que surjan acerca de esta investigación; para lo que nos han dado sus direcciones y teléfonos.

- María José Gomezcoello: Calle 9 de Octubre 1-30 y 28 de Mayo.
Teléfono 2235214 - 092635848.
- María Salomé Ramírez: Padre Valverde entre Fernando de Aragón y Felipe II. Teléfono 098700239.

Luego de analizar las condiciones de participación, hemos decidido colaborar en el estudio en forma libre y voluntaria. Pienso que con nuestra participación contribuiré para mejorar la certeza diagnóstica, el plan de intervención y calidad de vida de los niños o niñas con Autismo.

Firma del Representante

CI

Cuenca, _____ del 2010

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

FORMULARIO
Para el estudio

**“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE
INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE
EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL
ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JULIO
DE 2010.**

1. Datos de identificación del niño o niña

Fecha de nacimiento: / / (día, mes, año)

Cuestionario N°

Nombre

Nombre del padre:

Nombre de la madre:

Nombre del centro

Nombre del director/a:

Fecha de evaluación:

2. Edad cronológica:

3 años ☐

4 años ☐

5 años ☐

3. Sexo:

Masculino ☐

Femenino ☐

4. Diagnostico de autismo:

Autismo ☐

No autismo ☐

5. Diagnostico actual:

Retraso en el desarrollo:

Normal ☐

Leve ☐

Moderado ☐

Grave ☐

Profundo ☐

Autismo ☐

6. Evaluación del proceso diagnostico previo:

Adecuado ☐

Inadecuado ☐

7. Certeza diagnóstica:

Certero ☐
No certero ☐

8. Cumplimiento de diagnóstico de autismo

8.1 Evaluación del desarrollo:

Si ☐
No ☐

8.2 Evaluación de autismo:

Si ☐
No ☐

8.3 Criterios del DSM IV-TR:

Criterios positivos ☐
Criterios negativos ☐

8.4 Informe del diagnóstico integral:

Si ☐
No ☐

8.5 Evaluación del plan de intervención:

Adecuado ☐
Inadecuado ☐

8. Observaciones _____

Nombre de la persona que proporcionó la información

Evaluador

Fecha: / / (día, mes, año)

Evaluador

Fecha: / / (día, mes, año)



ANEXO 4

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA			
ESCALA DE DESARROLLO PSICOMOTOR DE LA PRIMERA INFANCIA			
BRUNET – LEZINE			
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS FORMA NUEVA DE 3 A 6 AÑOS			
Para el estudio			
“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010”.			
	NOMBRES: Fecha de examen:..... Fecha de nacimiento:..... ER: ED:..... CD:.....		VERBOS DE ACCIÓN:
	24 MESES		Vuela Quema Araña Duerme Nada Gruñe Corta Corre Pica Muerde Hierve Sopla Funde Galopa Ladra Maulla Flota Navega Explota Ruge
P1	Da una patada a la pelota cuando se le ordena.		
C2	Construye una torre con 6 cubos.		
C3	Intenta doblar el papel en dos.		
C4	Imita un trazo sin dirección determinada		
C5	Coloca las 3 piezas de madera en el tablero		
C6	Nombra 2 o señala 4 dibujos		
	30 MESES		
P1	Intenta sostenerse sobre un pie.		
C2	Construye una torre con 8 cubos.		
C3	Construye un puente con 3 cubos, con un modelo		
C4	Imita un trazo vertical y horizontal		
C5	Coloca las 3 piezas después de girarle el tablero		
L6	Nombra 5 o señala 7 imágenes		
	3 AÑOS		
1	Construye un puente con 5 cubos		
2	Rompecabezas de 2 piezas		
3	Copia un círculo		
4	Compara dos líneas		
5	Conoce tres preposiciones (Encima, dentro, debajo)		
6	Repite 6 sílabas		
	4 AÑOS		
1	Copia un cuadrado		
2	Pliega el papel en diagonal		
3	Describe el dibujo		
4	Conoce 5 preposiciones (Encima, dentro, debajo, delante)		
5	Repite 3 cifras		
6	Conoce 11 verbos en acción		
	5 AÑOS		
1	Construye una escalera con 10 cubos		
2	Rompecabezas de 4 piezas		
3	Copia la figura compleja		
4	Distingue la mañana de la tarde		
5	Repite 12 sílabas		
6	Cuenta 4 cubos		

ANEXO 5

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA					
ESCALA DE AUTISMO ABC Para el estudio					
“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.					
Nombre del niño:.....					
Fecha de Evaluación:.....		Fecha de Nacimiento:.....			
Edad Cronológica:.....					
Rodee el número de los ítems (números situados bajo las claves), si aquellos describen adecuadamente al niño y niña.					
Claves S (sensorial); R(relación); CO (uso del cuerpo y de objetos), L (lenguaje), A (social y autonomía).					
	S	R	CO	L	A
1. Da vueltas (gira) sobre si mismo largos periodos de tiempo.			4		
2. Aprende una tarea sencilla, pero la olvida rápidamente.					2
3. El niño con frecuencia no atiende a los estímulos sociales y ambientales.		3			
4. No sigue instrucciones simples, cuando le dan una sola vez (p.e siéntate, ven, levántate)				1	
5. No usa los juguetes, adecuadamente (p.e gira las ruedas)			2		
6. Hace poco uso de la discriminación visual, cuando aprende (p.e se fija en una característica como la forma, o el color, o la posición)	2				
7. No tiene sonrisa social		2			
8. Tiene inversiones pronominales (p.e t(u por yo)				3	
9. Insiste en tener consigo ciertos objetos			3		
10. Parece no oír, hasta el punto de sospechar de pérdida de audición.	3				
11. Su habla carece de entonación y ritmo.				4	
12. Se balancea largos periodos de tiempo			4		
13. No hecha (o no hecha, cuando era pequeño) los brazos cuando le van a coger		2			
14. Reacciones fuertes a los cambios en la rutina o en el entorno					3
15. No responde a su nombre cuando se le llama incluyéndole entre otros (p.e Juan Alberto, etc)				2	
16. Hace muchas carreras lanzando interrumpidas por giros, andar con de puntillas, aleteos, etc.			4		

17. No responde a los sentimientos o expresiones faciales de otras personas		3			
18. Rara vez usa "sí" o "no"				2	
19. Tiene habilidades especiales en un área de desarrollo, lo que parece descartar el retraso mental					4
20. No sigue instrucciones sencillas que impliquen preposiciones. (p.e "pon la pelota encima de la mesa" o "dentro de la caja")				1	
21. A veces no presenta "respuestas de orientación" aun sonido fuerte (puede que haya pensado que el niño o niña era sordo)	3				
22. Aletea las manos			4		
23. Tiene rabietas fuertes y/o rabietas menos fuertes, pero frecuentes					3
24. Evita activamente contacto ocular		4			
25. Se resiste a ser tocado o cogido		4			
26. Algunas veces no reacciona a estímulos dolorosos, quemaduras, cortes, inyecciones, etc.	3				
27. Se pone (o se ponía de bebé) duro y rígido al cogerle en brazos.		3			
28. Cuando se le coge en brazos se queda flácido (no se amolda).		2			
29. Consigue los objetos que quiere, con gestos				2	
30. Camina de puntillas.			2		
31. Lastima a otros, ,mordiéndoles, pegándoles, dándoles patadas, etc.					2
32. Repite frases una y otra vez.				3	
33. No imita el juego de otros niños.		3			
34. A menudo no parpadea con luz brillante directa a los ojos.	1				
35. Se autolesiona golpeándose la cabeza, mordiéndose la mano, etc.			2		
36. Poca resistencia a la demora en la satisfacción de necesidades (quiere las cosas inmediatamente).					2
37. No puede señalar más de cinco objetos que se le nombren.				1	
38. No ha hecho amigo alguno.		4			
39. Se tapa los oídos ante muchos sonidos	4				
40. Gira, hace bailar y tira mucho las cosas			4		
41. Dificultades en el entrenamiento de hacer					1
42. Utiliza entre cero a cinco palabras espontaneas por día para comunicar sus deseos y necesidades				2	
43. A menudo está muy atemorizado o muy ansioso		3			
44. Bizquea frunce el seño o se tapa los ojos con la natural	3				
45. No se desnuda sin ayuda frecuente (necesita ayuda frecuente para					1



desnudarse)					
46. Repite sonidos o palabras una y otra vez				3	
47. Mira "a través" de la gente como si fueran transparentes		4			
48. Repite ecolalicamente preguntas o afirmaciones hechos				4	
49. Con frecuencia no se da cuenta de lo que le rodea y puede no percatarse de situaciones peligrosas					2
50. Prefiere manipular y estar ocupado con objetos inanimados					4
51. Tiende a toquetear, oler y chupar los objetos que le rodea.			3		
52. Con frecuencia no tiene "reacción visual" ante la aparición de una persona nueva (no mira a la persona nueva)	3				
53. Consigue entretenerse con "rituales" complicados como alinear cosas, etc.			4		
54. Es muy destructivo (los juguetes y las cosas de la casa están rápidamente rotos)			2		
55. Se identifico un retraso en el desarrollo antes o a los tres años de edad					1
56. Utiliza diariamente entre quince y treinta frases espontanea para comunicarse				3	
57. Se queda con la mirada perdida durante largos periodos de tiempo.	4				
PUNTUACIONES PARCIALES					
PUNTUACIÓN TOTAL					
OBSERVACIONES:					
.....					
.....					
.....					
.....					

ANEXO 6

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

“IDEA” INVENTARIO DE ESPECTRO AUTISTA Para el estudio

“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.

Nombre del niño:.....	
Fecha de Evaluación:.....	Fecha de Nacimiento:
Edad Cronológica:.....	
DIMENSIÓN	PUNTUACIÓN
1. Relaciones sociales.	
a. Aislamiento completo. No apego a personas específicas. no relación con adultos o iguales.	8
b. Incapacidad de relación. Vínculo con adultos No relación con iguales.	6
c. Relaciones infrecuentes, inducidas, externas con iguales. Las relaciones más como respuesta que a iniciativa propia.	4
d. Motivación de relación con iguales, pero falta de relaciones por dificultad para comprender sutilezas sociales y escasa empatía. Conciencia de soledad.	2
e. No hay trastorno cualitativo de la relación.	0
2. Capacidades de referencia conjunta:	
a. Ausencia completa de acciones conjuntas o interés por las otras personas y sus acciones.	8
b. Acciones conjuntas simples, sin miradas "significativas" de referencia conjunta.	6
c. Empleo de miradas de referencia conjunta en situaciones dirigidas, pero no abiertas.	4
d. Pautas establecidas de atención y acción conjunta, pero no de preocupación conjunta.	2
e. No hay trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta.	0
3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas:	
a. Ausencia de pautas de expresión emocional correlativa (i.e. Intersubjetividad primaria). Falta de interés por las personas	8
b. Respuestas intersubjetivas primarias, pero ningún indicio de que se vive al otro como "sujeto".	6

c. Indicios de intersubjetividad secundaria, sin atribución explícita de estados mentales. No se resuelven tareas de T.M.	4
d. Conciencia explícita de que las otras personas tienen mente, que se manifiesta en la solución de la tarea de TM de primer orden. En situaciones reales, el mentalismo es lento, simple y limitado.	2
e. No hay trastorno cualitativo de capacidades intersubjetivas y mentalistas.	0
4. Funciones comunicativas	
a. Ausencia de comunicación (relación intencionada .intencional y significativa) y de conductas instrumentales con personas.	8
b. Conductas instrumentales con personas para lograr cambios en el mundo físico (i e. para "pedir"), sin otras pautas de comunicación.	6
c. Conductas comunicativas para pedir (cambiar el mundo físico) pero no para compartir experiencia o cambiar el mundo mental.	4
d. Conductas comunicativas de declarar, comentar, etc. Con escasas cualificaciones subjetivas de la experiencia" y declaraciones sobre el mundo interno.	2
e. No hay trastorno cualitativo de las funciones comunicativas.	0
5. Lenguaje expresivo.	
a. Mutismo total o funcional. Puede haber verbalizaciones que no son propiamente lingüísticas.	8
b. Lenguaje compuesto de palabras sueltas o ecolalias. No hay creación formal de sintagmas y oraciones.	6
c. Lenguaje oracional. Hay oraciones que no son ecológicas, pero que no configuran discurso o conversación.	4
d. Discurso y conversación, con limitaciones de adaptación flexible en las conversaciones y de selección de temas relevantes. Frecuentemente hay anomalías prosódicas.	2
e. No hay trastorno cualitativo del lenguaje expresivo.	0
6. Lenguaje receptivo.	
a. "Sordera central". Tendencia a ignorar el lenguaje. No hay respuesta a órdenes, llamadas o indicaciones.	8
b. Asociación de enunciados verbales con conductas propias, sin indicios de que nos enunciados se asimilen a un código.	6
c. Comprensión (literal y poco flexible) de enunciados, con alguna clase de análisis estructurales. No se comprende discurso.	4
d. Se comprende discurso y conversación, pero se diferencia con gran dificultad el significado literal del intencional.	2

e. No hay trastorno cualitativo de las capacidades de comprensión.	0
7. Anticipación.	
a. Adherencia inflexible a estímulos que se repiten de forma idéntica (por ej, películas de vídeo) Resistencia intensa a cambios. Falta de conductas anticipadoras.	8
b. Conductas anticipatorias simples en rutinas cotidianas. Con frecuencia, posición a cambios y empeoramiento en situaciones que implican cambios.	6
c. Incorporadas estructuras temporales amplias (por ej. "Curso" vs. "vacaciones"). Puede haber reacciones catastróficas ante cambios no previstos.	4
d. Alguna capacidad de regular el propio ambiente y de manejar los Cambios. Se prefiere un orden claro y un ambiente predecible.	2
e. No hay trastorno cualitativo de capacidades de anticipación.	0
8. Flexibilidad.	
a. Predominan las estereotipias motoras simples.	8
b. Predominan los rituales simples. Resistencia a cambios nimios.	6
c. Rituales complejos. Apego excesivo a objetos. Preguntas obsesivas.	4
d. Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento. Intereses poco funcional y flexible. Rígido perfeccionismo.	2
e. No hay trastorno cualitativo de la flexibilidad.	0
9. Sentido de la actividad.	
a. Predominio masivo de conductas sin meta. Inaccesibilidad a consignas externas que dirijan la actividad.	8
b. Sólo se realizan actividades funcionales breves con consignas externas. Cuando no las hay, se pasa al nivel anterior.	6
c. Actividades autónomas de ciclo largo, que no se viven como partes de proyectos coherentes, y cuya motivación es externa.	4
d. Actividades complejas de ciclo muy largo, cuya meta se conoce y desea, pero sin una estructura jerárquica de previsiones biográficas en que se inserten.	2
e. No hay trastorno cualitativo del sentido de la actividad.	0
10. Ficción e imaginación.	
a. Ausencia completa de juego funcional o simbólico y de otras competencias de ficción.	8
b. Juegos funcionales poco flexibles, poco espontáneos y de contenidos limitados.	6
c. Juego simbólico, en general poco espontáneo y obsesivo. Dificultades importantes para diferenciar ficción y realidad.	4

d. Capacidades complejas de ficción, que se emplean como recursos de aislamiento. Ficciones poco flexibles.	2
e. No hay trastorno de competencias de ficción e imaginación.	0
11. Imitación.	
a. Ausencia completa de conductas de imitación.	8
b. Imitaciones motoras simples, evocadas. No espontáneas.	6
c. Imitación espontánea esporádica, poco versátil e intersubjetiva.	4
d. Imitación establecida. Ausencia de “modelos internos”.	2
e. No hay trastorno de las capacidades de imitación	0
12. Suspensión (capacidad de crear significantes).	
a. No se suspenden pre-acciones para crear gestos comunicativos. Comunicación ausente o por gestos instrumentales con personas.	8
b. No se suspenden acciones instrumentales para crear símbolos inactivos. No hay juego funcional.	6
c. No se suspenden propiedades reales de cosas o situaciones para crear ficciones y juego de ficción. 4	4
d. No se dejan en suspenso representaciones para crear o comprender metáforas o para comprender que los estados mentales no se corresponden necesariamente con las situaciones.	2
e. No hay trastorno cualitativo de las capacidad es de suspensión.	0

CUADRO DE SÍNTESIS DE PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE ESPECTRO AUTISTA		
Dimensión	Puntuación	Escala
Social : 1. Trastorno de la relación social 2. Trastorno de la referencia conjunta 3. Trastorno intersubjetivo y mentalista. (1+2+3)		
Comunicación y lenguaje: 4. Trastorno de las funciones comunicativas. 5. Trastorno del lenguaje expresivo. 6. Trastorno del lenguaje receptivo. (4+5+6)		
Anticipación/Flexibilidad: 7. Trastorno de la anticipación. 8. Trastorno de la flexibilidad. 9. Trastorno del sentido de la actividad. (7+8+9)		
Simbolización: 10. Trastorno de la ficción. 11. Trastorno de la imitación. 12. Trastorno de la suspensión. (10+11+12)		

I.D.E.A (Inventario De Espectro Autista) Rivière (1997)									
Nombre del niño: Fecha de Evaluación: Fecha de Nacimiento: Edad Cronológica:									
Escala	Dimensión	1	2	3	4	5	6	7	8
Social	1.Trastorno de la relación social 2. Trastorno de la referencia conjunta 3. Trastorno intersubjetivo y mentalista								
Comunicación y lenguaje	4. Trastorno de las funciones comunicativas 5. Trastorno del lenguaje expresivo 6. Trastorno del lenguaje receptivo								
Anticipación Flexibilidad	7.Trastorno de la anticipación 8. Trastorno de la flexibilidad 9. Trastorno del sentido de la Actividad.								
Simbolización	10. Trastorno de la ficción 11. Trastorno de la imitación 12.Trastorno de la suspensión								
Observaciones:									

ANEXO 7

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA			
Registro de Pruebas Informales Para el Estudio			
“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.			
Nombre del niño:..... Fecha de Evaluación:..... Fecha de Nacimiento:..... Edad Cronológica:.....			
DESTREZAS:	L	V/L	N/L
1. Pintado: - Respetar los límites del dibujo. - Llenar los espacios. - Pintar con una sola dirección. - Dirección de los trazos. - Lateralidad (Izquierda- derecha al sujetar el lápiz).			
2. Dibujado: - Líneas rectas. - Líneas onduladas. - Líneas formando ángulos rectos. - Círculo (3 años imperfecto, 4 años perfecto). Copia. - Cuadrado (3 años imperfecto, 4 años perfecto). Copia. - Triángulo (5 años). Copia.			
3. Esquema Corporal (en su propio cuerpo): - Partes primarias (Cabeza, tronco, brazos, piernas, pies). - Partes secundarias (Ojos, orejas, cuello, pelo, lengua, cejas, pestañas, labios, dientes, frente, mentón, mejillas, hombros, pecho, espalda, barriga, cintura, caderas, codos, muñecas, dedos, uñas, rodillas, puños, muslos, pantorrillas, tobillos, pies, talón, plantas ombligo)			
4. Garabateo/trazos: - Garabateo Controlado (Niño-niña de 3 años). - Garabateo con nombre (Niño-niña de 4 años) - Dibujos pre-esquemáticos (niños-niñas 4-7 años)			
5. Recortado: - Líneas rectas. - Líneas onduladas. - Líneas formando ángulos rectos. - Líneas quebradas. - Recorta figuras. - Recorta imágenes respetando bordes y esquina..			

6. Manejo del lápiz • Coge el lápiz: Toda la mano. Con cuatro dedos. Con pinza tridigital. Otra. • Trazos: Fuertes. Normales. Débiles. • Dibuja la figura humana completa. Ausencia de:			
7. Discriminación de colores: • Primarios (Rojo, amarillo, azul). • Secundarios (Verde, violeta, naranja).			
8. Pre escritura y Pre matemática: • Discriminación de las vocales según la edad. • Discriminación de los números según la edad. • Contar objetos según la edad.			

ANEXO 8

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
CRITERIOS DEL DSM IV TR		
Para el estudio “EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.		
Nombre del niño:..... Fecha de Evaluación:..... Fecha de Nacimiento:,..... Edad Cronológica:.....		
CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.0		
<u>TRASTORNO AUTISTA (299.00)</u>		
A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:		
1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características.	Si	No
(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo. (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos desinterés). (d) Falta de reciprocidad social o emocional.		
2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:	Si	No
(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no comparado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica). (b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros. (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.		



(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.		
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:	Si	No
(a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo. (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo). (d) Preocupación persistente por partes de objetos.		
B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.		
C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.		
Observaciones:		



ANEXO 9

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
Registro del Programa de desarrollo Integral Para el estudio		
“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.		
Nombres y Apellidos del niño-niña:..... Nombre de la Institución:.....		
Estructura del PDI:	SI	NO
1. DATOS DE FILIACIÓN:		
Nombres y Apellidos		
Fecha de Nacimiento		
Edad		
Nombres de los padres o representantes		
Fecha de evaluación		
Diagnóstico		
Coeficiente Intelectual		
Profesionales responsables		
2. ANTECEDENTES IMPORTANTES:		
Motivo de consulta		
Necesidades propias		
Potencialidades de los niños-niñas		
Características familiares, culturales o sociales		
3. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO:		
Condiciones prenatales		
Controles prenatales		
Estado emocional durante el embarazo		
Amenaza de aborto		
Consumo de medicamentos		
Parto		
Desarrollo psicomotor		
Etapa escolar		
4. TEST O EVALUACIONES APLICADAS:		
Desarrollo		
Psicológicas		
Lenguaje		
Pediátricas		
5. FODA		
Fortalezas		
Oportunidades		
Debilidades		



Amenazas		
6. OBJETIVOS DE PLANIFICACIÓN:		
Objetivos generales		
Objetivos específicos		
7. CONTENIDO:		
Destrezas o estrategias metodológicas		
Recursos		
Reevaluación		
Observaciones		
Recomendaciones		
Observaciones:		

ANEXO 10

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA ÁREA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA		
Registro del Programa Individual por Aéreas		
“EVALUACIÓN DE LA CERTEZA DIAGNÓSTICA Y PLAN DE INTERVENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS AUTISTAS DE 3 A 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA EN EL PERÍODO ENERO A JUNIO DE 2010.		
Nombres y Apellidos del niño-niña:..... Nombre de la Institución:..... Fecha de evaluación:		
Estructura del PDI:	SI	NO
1. DATOS DE FILIACIÓN:		
Nombres y Apellidos		
Fecha de Nacimiento		
Edad		
Nombres de los padres o representantes		
Fecha de evaluación		
Diagnóstico		
Coeficiente Intelectual		
Profesionales responsables		
2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL:		
Objetivo general		
Objetivos por área		
3. METAS DEL ÁREA		
4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS		
5. FODA DE PLANIFICACIÓN:		
Fortalezas		
Oportunidades		
Debilidades		
Amenazas		
6. ZONAS DE DESARROLLO:		
Zona de desarrollo actual		
Zona de desarrollo proximal		
Zona de desarrollo potencial		
7. DESTREZAS		
8. ACTIVIDADES		
9. RECURSOS		
10. EVALUACIÓN		
Logrado		
Vías de logro		
No logrado		

