

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN**



Conviviendo con el autismo

Trabajo académico presentado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Autora.

Eliana Esmít Naira Tripul

Tumbes – Perú

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN**



Conviviendo con el autismo

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su contenido y forma.

Eliana Esmít Naira Tripul. (Autora)
Oscar Calixto La Rosa Feijoo. (Asesor)

Tumbes – Perú

2018



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO.

En Tumbes, a los doce días del mes de agosto del dos mil dieciocho, se reunieron en un ambiente de la I.E. José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Segundo Alburquerque Silva, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Andy Figueroa Cárdenas, representante del Consejo Intersectorial para la Educación Peruana (Secretario) y Mg. Wendy Cedillo Lozada (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico de tipo monográfico denominado: "Conviviendo con el autismo", para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial a la señora, **ELIANA ESMIT NAIRA TRIPUL**.

A las DOCE horas VEINTE minutos y de acuerdo a lo estipulado por el Reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación de jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo DIECISEIS.

Por tanto, **ELIANA ESMIT NAIRA TRIPUL**, queda APTO, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Siendo las DOCE horas con CUARENTA minutos, el Presidente del Jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Segundo Alburquerque Silva
Presidente del Jurado


Dr. Andy Kid Figueroa Cárdenas
Secretario del Jurado


Mg. Wendy Cedillo Lozada
Vocal del jurado

DEDICATORIA:

Esta monografía está dedicada a Dios y a mi hija Jeymy del Pilar Gómez Naira quienes me apoyaron todo el tiempo y me brindaron paciencia para poder culminar con éxito esta segunda especialidad.

INDICE GENERAL

RESUMEN.	7
INTRODUCCIÓN:	8
CAPITULO I:	11
ANTECEDENTES DE ESTUDIO.	11
1.1. Antecedentes Internacionales.	11
1.1. Antecedentes Internacionales.	12
CAPITULO II:	14
ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES:	14
2.1. Factores hereditarios:	14
2.2. Factores biológicos:	14
2.2.1. Predisponentes:	14
2.2.2. Precipitantes:	16
2.3. Factores psicológicos:	17
2.3.1. Esenciales:	17
2.3.2. Generales:	18
2.4. Factores socioculturales:	18
CAPITULO III:	20
TRASTORNO ESPECTRO DEL AUTISMO:	20
3.1. Definición:	20
3.2. Trastorno del Espectro Autista: Síndrome de Rett:	21
3.3. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado:	21
3.4. ¿Qué es el autismo?:	22
3.5. Inicios del autismo:	25
3.5.1. Historia cronológica del autismo:	26
3.6. Definición de ASD :	27
3.6.1. Aspectos relevantes del ASD:	28
CAPITULO IV:	29
AUTISMO Y RELACION ESTRECHA CON EL CEREBRO:	29
4.1. Autismo y volumen cerebral:	29
4.2. Autismo y organización anormal de la corteza cerebral:	29
4.3. Autismo e hipoactivación de la amígdala:	30

4.4. Autismo y enlentecimiento del desarrollo funcional cerebral:.....	30
4.5. Tipos de autismo:	30
4.6. Signos y síntomas:	31
4.6.2. Tratamiento:	33
4.7. Causas y factores de riesgo:	34
4.8. ¿A quiénes afecta?:	34
4.8. Capacitación especial:.....	34
CONCLUSIONES:	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:	38

Resumen:

Antes de hablar de autismo, se tiene que poder dar una breve explicación acerca de los diferentes tipos de trastornos existentes, y profundizar en síntomas, causas, diagnóstico, además de los tipos de autismo así como sus etapas de evolución a medida que crece el individuo, su particularidad o detalles rescatables, que puedan brindar una mejor visión y comprensión de lo que implica este trastorno, personajes que destaquen y brinden una mejor comprensión del tema mediante sus ensayos, estudios y demás alcances a la ciencia neurológica y psicológica, en este trabajo, se brindan aportes importantes que indican los aspectos a tener en cuenta en el conocimiento y cuidado con los niños autista.

Palabras Clave: Autismo, aprendizaje, educación.

INTRODUCCIÓN:

Muchos consideran al autismo como una enfermedad, sin embargo, este trastorno mental que es sufrida muchas veces por niños, se debe a aspectos que suceden dentro del cerebro, y se ve reflejado en una afectación del pensamiento normal que afecta a lado emotivo, así como en el estado de ánimo, funciones cognitivas y formas de comportamiento en el individuo.

Como se conoce, la función cerebral en el ser humano, es una de las capacidades más importantes que se deben tener mucha atención desde los primeros años de vida, muchas veces se habla de que si el funcionamiento cerebral no tiene una función adecuada, se tendrán afectaciones en el lado de personalidad y comportamiento que afectaría de gran manera a los individuos que en mucha forma no podrán tener un comportamiento adecuado dentro de la sociedad.

Esto es de mucha importancia conocer, pues tener niños con diferentes problemas a los que se les tiene como mal el desarrollo en la parte mental, cognitiva y comportamental, debe ser atendido por personas especializadas y con el manejo de técnicas y estrategias que se le permitan afrontar y dar una atención adecuada cuando se presenten casos con niños con algún grado de especialidad.

“El Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) o simplemente el autismo es un trastorno psicológico que afecta al neurodesarrollo y al funcionamiento cerebral. Las personas que lo padecen pierden contacto con la realidad, se les dificulta comunicarse y le prestan más atención a su mundo interior” (La marea, 2018)

Da a conocer entonces que este mal es un proceso que se quita de la realidad al individuo que la padecen, haciéndoles vivir una forma diferente en un mundo en que ellos solo los únicos que la entienden.

En el Perú, existen muchos de niños autistas, varios no reciben la atención pues muchas veces los padres de familia desconocen este tipo de mal en los niños y atribuyen a afectaciones en las que los tratamientos no son los adecuado, por esta razón me ha permitido realizar este trabajo que tiene su justificación por el desconocimiento de los padre de familia así como cambie poca capacitación a los docentes para que brinden una atención adeuda laos niños que asisten a las instituciones educativas con problemas de este tipo.

Es entonces que, a partir de una situación poco atendida y conocidas en nuestro país, se ha planteado este trabajo académico el mismo que tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Identificar los efectos del trastorno autista en los niños de educación inicial

Objetivos Específicos:

- Conocer antecedentes de estudios sobre el autismo en los niños.
- Describir las características que presenta un niño con trastorno del espectro autista
- Analizar su comportamiento frente la relación con otros niños del ambiente de educación inicial.
- Incentivar la inclusión dentro de las escuelas de educación inicial.

El contenido del presente trabajo académico esta dividido de siguiente manera:

En el capitulo I, encontraremos todo lo referente a estudios de antecedentes navionales e internacionales que brindan aspectos relevantes sobre el autismo en los niños y las caraterisitcas que se presentan en los que o padecen.

En el capitulo II, se brindan las características y aportes teóricos refrentes al autismo.

En el capitulo III, se explica lo referente a la relación que tiene los niños autistas en el aspecto educativo en el nivel inicial.

En el capitulo IV, se dada conocer algunos aspectos a tener en cuenta para que se le brinde la atención adecuada así como la forma de trabajar ante esta problema presentado.

De igual forma al termino del presente trabajo, se indican las conclusiones a las que se ha llegado en este trabajo, así como también las recomendaciones y referencias citas que dieron fortaleza en este trabajo.

CAPITULO I:

ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

1.1. Antecedentes Internacionales.

Vergara (2013) determinó “el nivel de conocimiento de los padres de niños con autismo sobre conceptos básicos de la enfermedad y los cuidados que requieren. La muestra estuvo conformada 40 padres de niños con diagnóstico de autismo que asistían a la consulta especializada de Neuropediatría del Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Estado Zulia. Se utilizó un cuestionario elaborado por el autor para identificar los conocimientos de los padres sobre aspectos de la enfermedad y los cuidados. Los resultados muestran que un 80.00% de los padres no conocían la enfermedad antes de que su hijo fuera diagnosticado, después de establecido el diagnóstico 75.00% conocían mejor la enfermedad y 30.00% refería como tratamiento la terapia de lenguaje y ocupacional. Las características de la enfermedad se notaron a los 25-36 meses, 27.50% de los padres reaccionaron con tristeza ante el diagnóstico ocasionando en 75.00% de éstos realizo cambios en su forma de vida caracterizados en 36.66% por menor tiempo para realizar actividades. En conclusión, un alto porcentajes de padres no conocían el autismo antes de que sus hijos fueran diagnosticados, pero una vez establecido el diagnóstico contaban con los conocimientos necesarios sobre autismo y les brindaban a los niños como tratamiento todo lo que estuviera a su alcance.”

Allen, Bowles y Weber (2013) analizaron “la relación entre el estrés y la crianza de un niño con autismo. La muestra estuvo integrada por 124 participantes (101 mujeres, 18 23 hombres) provenientes de escuelas especializadas, centros de intervención temprana, grupos de apoyo y asociaciones de autismo de una ciudad de Australia. Para ello utilizaron un cuestionario de 10 ítems creado por los autores

para medir la cantidad percibida de prestación de cuidados, una escala de 10 ítems para medir el estrés percibido y la lista de chequeo de evaluación del tratamiento para niños con autismo (ATEC). Los resultados indicaron que la falta de sociabilidad predice el estrés en las madres, mientras que el estrés para los padres fue predicho por los déficits de un niño en el área sensorial y cognitivo. Las variables restantes no predicen significativamente el estrés percibido. Los resultados tuvieron implicaciones para la gestión del estrés asociado con la crianza de un niño con Trastorno del Espectro Autista y para los futuros programas de intervención de los padres del niño.”

1.2. Antecedentes Nacionales.

Palomino, Vargas y Vaiz, (2014). “Determinaron la relación entre la variable funcionamiento familiar y la variable cumplimiento del cuidador en la atención a personas con autismo. La muestra estuvo conformada por 31 cuidadores de personas con autismo. Utilizó el Test de funcionamiento familiar (FF-SIL) y el Cuestionario de cumplimiento del cuidador en la atención. Los resultados muestran que el desempeño familiar funcional en el hogar es de 51,6% en el total de cuidadores, donde podemos encontrar que la dimensión afectividad presenta un mayor nivel (8,4 puntos). El 58,1% presentó un cumplimiento eficiente para con los niños y la dimensión cognitiva presenta un mayor nivel con 14,2 puntos, la correlación es $r = 0,445$. En conclusión, existe relación positiva y significativa entre funcionamiento familiar y cumplimiento del cuidador.”

Chayan, Rodríguez y Villegas, (2017). “Determinar la efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre autismo y el control de las manifestaciones de estrés en padres con hijos/as con autismo en el CEBE San Martín de Porres - Rímac 2017. Material y método: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño pre-experimental, con mediciones pre y post test. La población estuvo conformada por 37 padres, cuyos hijos tienen el diagnóstico de autismo; y que cumplieron con los criterios de selección. Para la recolección de

datos se utilizó la técnica de encuesta; y como instrumentos; el Cuestionario sobre conocimientos básicos de Autismo, y el de “Manifestaciones de estrés” con 20 preguntas cada uno. Resultados: El pre test evidenció que 75.68% mostraron conocimientos deficientes, 21.62% conocimiento regular y 2.70% conocimiento alto; los resultados en el post test fueron: 13.51% conocimiento deficiente y 51.35% conocimiento bueno. El pre test mostró manifestaciones de estrés con mayor frecuencia entre las escalas a veces, casi siempre y siempre con 54% y posterior a la intervención los resultados fueron un 84% entre las escalas nunca y casi nunca. Conclusiones: La intervención educativa incrementó el nivel de conocimiento sobre autismo y se logró controlar las manifestaciones de estrés en padre con hijos con espectro autista”

Hidalgo, (2016). “Siendo el autismo un cuadro que afecta a niños pequeños y tiene prevalencia de por vida, se debe reconocer los síntomas y signos que se van presentando durante el proceso de desarrollo con la finalidad de realizar una intervención temprana y oportuna a esta población. La presente investigación sigue el objetivo de determinar las propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y normas del M-CHAT en una población de niños de 18 meses a 9 años, además presenta un diseño psicométrico – tecnológico. Finalmente se encontró que todos los ítems cuentan con una alta significancia en cuanto a la validez de contenido, exceptuando dos de ellos que tienen un nivel bueno, pero no son significativos; niveles altos de sensibilidad y especificidad de .87 y .826 respectivamente. En función al análisis de ítems se encontraron ítems con una correlación significativa en nivel de 00.1. Una correlación positiva, Moderada de .306 y un nivel de significancia Alto de .094 con una escala diagnóstica ADOS-2; una correlación Nula de .024 con el sistema portátil costo efectivo. Finalmente, los niveles de confiabilidad de consistencia interna y de estabilidad son Moderados y las normas señalan categorías de leve-normal, moderada y severa en relación a puntajes de 0 a 4, de 5 a 6 y de 7 a 8 respectivamente. Un trastorno psicológico, por ejemplo, hace referencia a un desequilibrio del estado mental de una persona, por lo general, quien sufre de este tipo de trastornos acude a un especialista (el psicólogo) para recibir tratamiento (a través de la psicoterapia y otras técnicas)”.

CAPITULO II:

ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES:

2.1. Factores hereditarios:

Alvia, (2015), señala que se debe tener en cuenta algunos factores que dan origen a algunos problemas de estado mental.

- HERENCIA: “Condición biológica por la cual se efectúa la transmisión de los caracteres de los ascendientes a los descendientes.”
- CONGENITO: “Se refiere a los caracteres al momento de nacer, estos pueden ser hereditarios o adquiridos por influencias ambientales que actúan en la vida intrauterina”
- HEREDITARIO: “Se refiere a las características dependientes de los cromosomas, se transmiten de los ascendientes a los descendientes y constituyen condiciones biológicas indelebles”

“Los factores hereditarios y ambientales coexisten en la génesis de la enfermedad, en psiquiatría a los factores hereditarios se les considera como predisponentes, pues no todos los portadores de un gen responsable de una enfermedad la van a desarrollar, ello va a depender de los factores ambientales”. (Alvia, 2015)

2.2. Factores biológicos:

2.2.1. Predisponentes:

Se dividen en los siguientes:

a) CONSTITUCIÓN:

Ej. la clasificación de Krestchmer, que habla de:

- “Tipo Asténico o Leptosomático”
- “Tipo Atlético”
- “Tipo Pícnico”
- “Tipo Displásico”

Hoy se considera que:

- ✓ “La complexión física puede influir en la conducta al modificar las experiencias a las que está sometida el sujeto”
- ✓ “La conducta puede influir en la constitución física por modificación de algunos factores que influyan en ella”
- ✓ “La constitución corporal y la conducta pueden ser influidas por otros factores determinantes por ej. La dote genética, o las relaciones familiares y socioculturales”

b) EDAD:

- “Primeros años: Retardo Mental”
- “Adolescencia: Psicosis y trastornos distímicos”
- “Edad Adulta: Trastornos delirantes”
- “Climaterio: Estados depresivos y las Psicosis de Involución”
- “Senilidad: Demencias seniles”

c) SEXO:

- Hombres: “Trastornos de origen traumático, toxico, infecciones como la sífilis responsable de la PGP, Psicosis con epilepsia, y con arterosclerosis cerebral”
- Mujeres: “Trastornos bipolar, Melancolía involutiva, paranoia y Psicosis asociada a enfermedades somáticas”

d) RAZA:

“Se requiere de mayores estudios, sin embargo, las tendencias suelen estar influidas por los preceptos morales y religiosos”

2.2.2. Precipitantes:

a) **ÁREA DE POBLACIÓN:**

“Las enfermedades mentales son más frecuentes en las zonas urbanas que en las rurales.”

“La Esquizofrenia muestra una frecuencia semejante en la ciudad y el campo.”

b) **ESTADO CIVIL:**

“Las estadísticas muestran que los trastornos mentales son más comunes entre los solteros y divorciados que en los casados.”

c) **EMBARAZO:**

“En el primer periodo son más frecuentes los trastornos de ansiedad y las psicosis cuando existe predisposición. Después del parto, la Psicosis post-parto, que son más frecuentes a partir del segundo embarazo. También en los padres se pueden desencadenar síntomas psicofisiológicos”

d) **DEFECTOS Y ENFERMEDADES FÍSICAS:**

Alvia, (2015), señala que “Los defectos suelen asociarse a sentimientos de inseguridad, incapacidad, inferioridad y rechazo, especialmente las deformidades de los genitales, congénitas de los pies, escoliosis, cifosis, y los que afectan visión y audición, y causan mayores problemas en los adolescentes”.

“Las personas portadoras de enfermedad física deben enfrentar los problemas asociadas a la misma como dolor, incapacidad, dependencia familiar, además de los relacionados con sus necesidades emocionales”. (Alvia;2015)

e) AGENTES NOCIVOS:

“Los exógenos relacionados con enfermedad mental incluyen traumatismos, radiaciones, sustancias químicas, tóxicos, biológicos (virus, bacterias, parásitos etc.), todos ellos pueden ocasionar síndromes cerebrales agudos o crónicos, síndromes carenciales, como la desnutrición intrauterina que conlleva a retardo mental.” (Alvia;2015)

2.3. Factores psicológicos:

2.3.1. Esenciales:

“Los trastornos mentales son consecuencia de conflictos intrapsíquicos de naturaleza inconsciente, de esta manera, las perturbaciones son comprendidas como el resultado de fuerzas opuestas que luchan en el interior del organismo”. (Carlos Alvia;2015)

Instintos: Son la fuente de energía de la cual dependen todos los procesos mente cuerpo.

Impulsos: “Se refiere al conjunto de fenómenos somáticos y psíquicos que se dirigen hacia un objetivo para lograr un fin.”

Fijación: “Cuando el monto de energía libidinal y agresiva es suficientemente importante para producir una perturbación de la vida instintiva y para la regresión.”

Regresión: “Se refiere al hecho que los impulsos retroceden desde una etapa determinada hacia una fase anterior del desarrollo, concretamente a los puntos de fijación.”

Frustración: “Cuando por diversas causas (presiones externas o internas) la libido no puede descargarse, se produce un estancamiento de la misma, que origina ansiedad y agresividad.”

“...Se considera que el retorno a los primitivos fines infantiles es el principal factor causal de los trastornos psíquicos, y según, los

distintos niveles de fijación, y según los mecanismos de defensa utilizados, se presentarán las diferentes causas de trastornos psíquicos”. (Carlos Alvia;2015)

2.3.2. Generales:

- **Carencias Afectivas:** “Entre las causas más importantes están la ilegitimidad, la temporal o permanente pérdida de uno o ambos progenitores por separación, divorcio, muerte, alcoholismo, peleas persistentes, crianza en instituciones asilares, estancias prolongadas en hospitales.” (Alvia, 2015)
- **Reacciones de duelo:** El duelo se define como “Pena experimentada por la pérdida real de un objeto de amor y caracterizada por el desaliento, pérdida de interés por el mundo, de la capacidad de amar e inhibición de la actividad” (Alvia, 2015)
- **Problemas Laborales:** “Lo más importante son las situaciones relacionadas con la falta de empleo, la pérdida del trabajo implica una desintegración de las pautas y el estilo de vida trazados, lo cual puede ser sentido como catastrófico, y la inseguridad que genera esta situación puede afectar seriamente el equilibrio psíquico.”
- **Aislamiento:** “La motivación consciente más frecuente para el suicidio en todas las edades, es el sentimiento de soledad, de ser rechazado por los demás o la pérdida del amor de una persona.”
- **Fatiga y Agotamiento:** “La fatiga origina una disminución de la cantidad y calidad del trabajo, un aumento de accidentes y errores, aparición de trastornos somáticos diversos, tales como cefalea, astenia, raquialgias, irritabilidad, además, la capacidad de aprendizaje decrece.”

2.4. Factores socioculturales:

1. “La sociedad define obligaciones en términos de normas y conductas”
2. “Demanda o exige la aceptación del rol y pide aceptación y adaptación a las metas de la comunidad”
3. “Discrimina entre individuos, según sus contribuciones reales o potenciales”

4. “Disciplina por medio de recompensas y castigos”
5. “Se desarrolló en un periodo, en términos de tecnología, organización y esperanzas cambiantes de sus miembros”

A través de todas estas vías puede imponer influencias patógenas, que entrañan frustración, incertidumbre, tensión o privación.

Se dice que cuanto más civilizada sea una sociedad mayor posibilidad que las causas que inducen trastornos mentales se multipliquen y operen extensamente.

CAPITULO III:

TRASTORNO ESPECTRO DEL AUTISMO:

3.1. Definición:

“Los trastornos del espectro autista (TEA), también denominados trastornos generalizados del desarrollo (TGD), son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia”. (MINEDU, 2013)

“En los años setenta, el autismo junto a otras categorías diagnósticas como Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo de la infancia, Trastorno de Asperger y Trastorno Generalizado No Especificado, formaron parte del llamado Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), término y clasificación que sigue vigente en los manuales diagnósticos” (MINEDU, 2013)

Los autores Ruggieri y Arberas (2007), los describen de la siguiente manera:

- **Autismo:** “Se trata de un trastorno conductual de base biológica y asociado a diversas etiologías. Socialmente se trata de niños aislados, desinteresados por el entorno y sus pares. No tienen un juego simbólico. Su contacto visual es disperso. Tienen dificultades para reconocer las expresiones faciales y tienen escasa atención compartida.”
- **Trastorno de Asperger** “Las personas que lo padecen, presentan una alteración grave y persistente de la interacción social. Baja coordinación y concentración. Igualmente, evidencian un rango restringido de intereses. El desarrollo de su lenguaje, por lo general, ha sido bueno, y, no tienen un compromiso cognitivo.”
- **Trastorno desintegrativo de la infancia** “Es una entidad rara. El desarrollo aparenta ser normal, pero, alrededor de los dos años, hay una regresión conductual en diversas áreas del desarrollo.”

3.2. Trastorno del Espectro Autista: Síndrome de Rett:

Se presenta principalmente en niñas y, ocurre por causa de la mutación de un gen que codifica la producción de la proteína MECP2. Se caracteriza por un estancamiento en el crecimiento cefálico, pérdida del uso propositivo de las manos, conductas estereotipadas de sus manos y, deterioro psicomotor progresivo.

3.3. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado:

“Se caracteriza por una dificultad severa y generalizada en el desarrollo de las habilidades de comunicación verbal y no verbal, en sus interacciones sociales y, por un comportamiento e intereses estereotipados, pero, que no cumplen con los criterios para ser clasificados en alguna de las cuatro formas descritas anteriormente.” (MINEDU;2013)

En el año 1979, los aportes de Lorna Wing y Judith Gould (Gillberg, 2006), “acomodaron el concepto a la idea de un continuo, considerando con la denominación de Trastorno del Espectro Autista, grados de complejidad o de severidad.”

“La tasa de prevalencia para el autismo ha ido en aumento durante las últimas décadas, pero se desconoce con seguridad su causa. Los primeros estudios epidemiológicos comunicaron una prevalencia del autismo infantil de 4-5 por 10.000, lo que equivale aproximadamente a 1 de cada 2.000 personas. Sin embargo, en el estudio de Chakrabarti (2001), la prevalencia era de 1/1.500 y, al incluir todos los TEA (Autismo, Asperger, Autismo Atípico y TGD-nE), la prevalencia aumentaba hasta 1/200” (MINEDU;2013)

“En el 2007 la organización Health Resources and Services Administration, “con una muestra de más de 78.000 niños, encontró que el 1,1% o un niño de cada 91 en los Estados Unidos de entre 3-17 años de edad está diagnosticado con TEA. Este estudio también encontró una relación hombre: mujer de aproximadamente 4:1”. (MINEDU;2013)

“En la última década, estas estimaciones se han incrementado de manera muy significativa. Los últimos datos de prevalencia procedentes del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EE.UU. en población infanto-juvenil, muestran un incremento en los últimos años: de 4 de cada 1000 (1/250) en 2002; a 6,7 de cada 1000 (1/150) en 2007; y hasta 11 de cada 1000 habitantes (1/91) en 2009, por lo general se detecta antes de los tres primeros años de la vida”. (MINEDU;2013)

Según “una publicación de la Revista PEDIATRICS de octubre del 2009, 110 de cada 10.000 niños de E.E.U.U. serán diagnosticados en algún momento de sus vidas con un Trastornos del Espectro Autista, mientras que el último estudio de prevalencia total de TEA de la región del Támesis, Londres, publicado en el LANCET en el año 2006, arrojó una prevalencia de 116.1 de cada 10.000 niños.”

Uno “de los últimos estudios realizados a la fecha, por Baron-Cohen et al. (2009) y basado en una muestra circunscrita en la población escolar, refiere de una prevalencia de TEA en 1 de cada 64 sujetos. En cuanto a la proporción de presentación según el género, los TEA afectan mayormente a la población masculina en una proporción de 4:1. En los niños con Trastorno de Asperger (subgrupo del TEA) la relación hombre-mujer aumenta a 8:1. Los estudios ponen en evidencia que los TEA aparecen por igual en todas las clases sociales, en las diferentes culturas y razas.”

3.4. ¿Qué es el autismo?:

“El Trastorno de Espectro Autista se entiende como una expresión atípica del desarrollo humano, sujeta a cambios dinámicos e interactivos, fruto de la interacción multidireccional entre genética, cerebro, cognición, entorno y conducta”. (MINEDU, 2013)

“Es un trastorno del neurodesarrollo que se expresa de manera conductual de forma variable dentro de un amplio espectro, con mayor o menor grado de afectación, manifestándose durante los tres primeros años de vida. Aún no se sabe la causa exacta, sin embargo, la base neurobiológica es indudable”. (MINEDU, 2013)

“Luego de varios años de investigación, que continúan a la fecha, se han realizado avances en la identificación de algunos de los mecanismos patogénicos implicados, pero, para ello, es imprescindible una mirada interdisciplinaria que permita comprender la interrelación de los genes, la arquitectura cerebral y el contexto ambiental”. (MINEDU;2013)

“El autismo es una afección de determinismo pluri-factorial en la que, en proporciones variables, aparecen implicados factores genéticos, biológicos y psicológicos, el modelo de comprensión que vamos a presentar no aspira a erigirse en un modelo con pretensiones etiológicas ni explicativas de la génesis de los estados autistas”. (Pier Ferrari,1997)

“Este modelo se basa en un postulado fundamental que sirve de guía para nuestra práctica y de fundamento para nuestra ética y que podría resumirse así: todo niño autista, sea cual sea la naturaleza y la gravedad de sus trastornos, debe de ser reconocido como sujeto portador de una historia personal única y portador de una vida psíquica específica por mucho que la misma aparezca gravemente desorganizada durante el examen”. (Pier Ferrari, 1997)

“Hay que considerarlo como un sujeto capaz, a condición de que se le ofrezcan las posibilidades, de organizar una vida relacional con su entorno, vida relacional cuya naturaleza e importancia convendría reconocer”. (Pier Ferrari, 1997)

“Por lo tanto, el niño autista es portador de una vida psíquica que organiza sus modelos relacionales con su entorno, que origina su sufrimiento actual y que es movilizable y susceptible de mejorar en su funcionamiento.” (Pier Ferrari, 1997)

“Este modelo pretende detectar ciertos mecanismos que, presentes en el niño autista o psicótico, puedan ser aprehendidos por un observador o un terapeuta que utiliza conceptos provenientes del campo del psicoanálisis, sin embargo, el modelo psicoanalítico clásico utilizado en los estados neuróticos o psicóticos del adulto no permite explicar la totalidad de los fenómenos observados en el niño psicótico, de ahí que nos veamos obligados a recurrir a otros conceptos provenientes de autores que se sitúan particularmente en el campo del movimiento post-kleiniano”. (Pier Ferrari, 1997)

Los trastornos del espectro autista (TEA) son una discapacidad del desarrollo que puede provocar problemas sociales, comunicacionales y conductuales significativos. A menudo, no hay indicios en el aspecto de las personas con TEA que los diferencien de otras personas, pero es posible que quienes tienen un TEA se comuniquen, interactúen, se comporten y aprendan de maneras distintas a otras personas.

“Las destrezas de aprendizaje, pensamiento y resolución de problemas de las personas con TEA pueden variar; hay desde personas con muy altos niveles de capacidad (dotadas, o *gifted* en inglés) y personas que tienen muchas dificultades, algunas necesitan mucha ayuda en la vida diaria, mientras que otras necesitan menos”. (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2014).

“Actualmente, el diagnóstico de TEA incluye muchas afecciones que solían diagnosticarse por separado e incluyen el trastorno autista, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra manera (PDD-NOS, por sus siglas en inglés) y el síndrome de Asperger, hoy en día, a todas estas afecciones se las denomina trastornos del espectro autista” (Centro para el control y prevención de enfermedades, 2014).

“Se denomina autismo al desorden en el desarrollo del cerebro que tiene lugar en niños de menos de 3 años de edad con un impacto negativo en sus prácticas de comunicación verbal y no verbal y de interacción social, configurando un comportamiento restringido y a menudo introvertido”. (Definición de Autismo, 2007)

“Al momento no existe una cura definitiva para esta patología, sin embargo, la atención adecuada y la terapia de diverso tipo puede promover en la persona autista un desarrollo apropiado para su comportamiento”. (Definición de Autismo:2007-2018).

Las causas de este padecimiento, que en casos es de orden psíquico y en casos neurológico, varían.

“...Las investigaciones sugieren que, en primer término, hay una importante incidencia del autismo como desorden heredable, también hay un fundamento en causas estructurales, como diferencias en ciertas regiones del cerebro, por otra parte, se cree que hay factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad, como

ciertos tipos de intoxicación por contaminación, o incluso problemáticas de crianza como una desconexión emocional entre el niño y sus padres...”. (Definición de Autismo, 2007).

“Entre los síntomas de la enfermedad se cuentan la incapacidad de llevar adelante relaciones con pares, trastornos en conductas no verbales y corporales como la mirada, las expresiones y los gestos, falta de reciprocidad emocional, retraso del desarrollo del lenguaje, empleo repetitivo de las palabras, falta de juego y de conductas espontáneas, preocupación o conductas obsesivas en un foco de interés y varios otros”. (Definición de Autismo, 2007).

“En los últimos años y gracias a la difusión de Internet, grupos de autistas se reunieron en comunidades en línea para compartir sus experiencias y perspectivas al respecto, entre otras cuestiones, ciertos grupos favorecieron el empleo de nuevos términos para referirse al autismo: en vez de desorden, neurodiversidad y, en lugar de anormal, neurodivergente. (Definición de Autismo, 2007).

3.5. Inicios del autismo:

El autismo del término primero fue utilizado por el psiquiatra Eugen Bleuler en 1908. “Él lo utilizó para describir a un paciente esquizofrénico que se había replegado en su propio mundo. La palabra griega autós significó que a Bleuler utilizaron al uno mismo y la palabra autismo para significar la uno mismo-admiración y el repliegue mórbido dentro del uno mismo.”

Los pioneros en la investigación en autismo eran Hans Asperger y Leo Kanner. Trabajaban por separado en los años 40. Asperger describió a niños muy capaces mientras que Kanner describió a los niños que eran seriamente afectados. Sus opiniones seguían siendo útiles para los médicos para las tres décadas próximas.

3.5.1. Historia cronológica del autismo:

Eugen Bleuler “acuñó la palabra autismo en 1908 entre pacientes esquizofrénicos seriamente aislados.”

El psiquiatra americano Leo Kanner, (1943) en su estudio a 11 niños, señala que “Los niños tenían características de dificultades en acciones recíprocas sociales, dificultad en la adaptación a los cambios en rutinas, buena memoria, sensibilidad a los estímulos (especialmente sonido), resistencia y las alergias a la comida, buen potencial intelectual, el echolalia o la propensión de relanzar las palabras del locutor y las dificultades en actividad espontánea.”

Hans Asperger, (1944) trabajando por separado, estudió a un grupo de niños. “Sus niños también se asemejaron a las descripciones de Kanner. Los niños que él estudió, sin embargo, no tenía echolalia como problema lingüístico sino rayo como adultos. Él también mencionó que muchos de los niños eran torpes y diferentes de niños normales en términos de habilidades de motor finas.”

Bettelheim estudió “el efecto de tres sesiones de terapia con los niños que él llamó autísticos. Él demandó que el problema en los niños era debido a la frialdad de sus moldes-madre. Él separó a los niños de sus padres. Kanner y Bettelheim ambos trabajaron hacia la fabricación de la hipótesis que mostró que los niños autísticos tenían moldes-madre fríos”

La región fronteriza de Bernard era psicólogo y un padre de un niño con autismo. Él discrepó con Bettelheim. Él no estuvo de acuerdo que la causa del autismo de su hijo era debido la suya o a las habilidades del parenting de su esposa.

El autismo vino ser más conocido en los años 70. El asiento de Erica comenzó la educación y la terapia para los niños sicopáticos al principio de los años 80. Muchos padres todavía confundieron autismo con la retardación mental y la psicosis.

Era en 1980 que el trabajo de Asperger fue traducido al inglés y publicado y entró en conocimiento.

Era en los años 80 que investigan en impulso ganado autismo. Fue creído cada vez más que el parenting no tenía ningún papel en la causalidad del autismo y había perturbaciones neurológicas y otras dolencias genéticas como esclerosis tuberosa, perturbaciones metabólicas como PKU o anormalidades cromosómicas como síndrome frágil de X.

El ala de Lorna, junto con Christopher Gillberg en BNK (la clínica neuropsiquiátrica de los niños) en Suecia en los años 80 encontró la tríada del ala de contacto mutuo perturbado, de comunicación mutua perturbada y de imaginación limitada. En los años 90 agregaron otro factor que le hacía un cuadrado. El factor era capacidad limitada de la formulación de planes.

Lovaas, (2002). estudió y fomentó análisis del comportamiento y el tratamiento de niños con autismo, “logró éxito limitado al principio con su análisis experimental del comportamiento, él lo desarrolló para apuntar niños más jóvenes (menos de 5 años de edad) y el tratamiento ejecutado en casa y aumentó la intensidad (una medición del periodo de tiempo de la terapia) a cerca de 40 horas de semanal.”

3.6. Definición de ASD :

La abreviatura ASD “viene del inglés, concretamente de Autism Spectrum Disorder, que en español se traduce como desorden del espectro autista. Esta denominación se empezó a utilizar en referencia al autismo a partir de la década de 1970 porque los expertos en esta enfermedad entendían que el autismo conforma un espectro amplio de características.” (Definición de ASD:2007-2018).

Entre ellas, las más significativas son las siguientes: “trastorno en las capacidades de reconocimiento social, trastorno en la comunicación y en el aprendizaje, tendencia a la rutina y patrones repetitivos en la conducta. En pocas palabras, esta enfermedad afecta a la socialización, el aprendizaje y la conducta.” (Definición de ASD:2007-2018).

El ASD es una patología con un origen difícil de determinar

“La causa de este desorden puede ser de tipo genético, de tipo metabólico o bien por la intervención de factores víricos que provocan una alteración durante el desarrollo del feto en el embarazo. Las personas con este trastorno procesan la información de manera distinta a los demás y cada individuo los manifiesta de una forma diferente. Algunos trastornos son leves, mientras que otros pueden ser severos.” (Definición de ASD, 2007).

Según los estudios realizados el ASD afecta al 1% de la población y es más común en hombres que en mujeres.

3.6.1. Aspectos relevantes del ASD:

Según la definición del portal ABC podemos destacar los siguientes aspectos relevantes:

- “Los primeros síntomas suelen presentarse antes de los tres años y se mantienen durante toda la vida.”
- “Las personas que lo padecen tienen dificultades para entender las normas sociales y para comprender las intenciones de los demás.”
- “La vida en sociedad se presenta ante ellos con grandes dificultades, por lo que en muchos casos tienden a la soledad.”
- “Los individuos con este tipo de trastornos tienen habitualmente intereses especiales, como fascinación por ciertos objetos o por piezas giratorias, juegos inventados por ellos mismos y un gran interés por acciones repetitivas.”
- “La percepción del mundo en algunos autistas es muy singular y resulta extraña para los demás. De hecho, se fijan en detalles aparentemente insignificantes y en cualquier patrón que presente un cierto orden.”
- “Si bien no hay en la actualidad una cura para esta patología, sí existen tratamientos y terapias para mejorar la adaptación social y la educación del individuo afectado.”

CAPITULO IV:

AUTISMO Y RELACION ESTRECHA CON EL CEREBRO:

4.1. Autismo y volumen cerebral:

“Algunos investigadores han encontrado una relación entre el grado de crecimiento excesivo del cerebro y la gravedad de los síntomas de autismo, concretamente, se ha demostrado mediante estudios con resonancia magnética y estructural que el crecimiento excesivo del cerebro del niño/a con autismo comienza durante el primer año de vida, o incluso antes” (Amaral et al., 2017; Kessler, Seymour y Rippon, 2016).

A pesar de que la causa de este acelerado crecimiento se desconoce por el momento, estos datos suponen un gran avance para el diagnóstico y el tratamiento tempranos de autismo.

4.2. Autismo y organización anormal de la corteza cerebral:

La corteza cerebral tiende a organizarse en regiones diferenciadas desde los primeros meses de gestación del feto, no obstante, se ha observado que esta diferenciación no ocurre de igual forma en los niño/as con autismo.

“En un estudio se ha comparado mediante una técnica tomográfica la organización cerebral de niño/as diagnosticados con autismo fallecidos con otros sin diagnóstico, ambos grupos con edades entre los 2 y los 15 años, y se ha mostrado que en los cerebros de los niños/as con autismo existían zonas desorganizadas, con presencia de células mal ubicadas en la corteza prefrontal relacionada estrechamente con la comunicación y la interacción social” (Sanz-Cortes, Egana-Ugrinovic, Zupan, Figueras y Gratacos, 2014).

Otros estudios posteriores han apoyado este hallazgo siendo una de las posibles causas el mal desarrollo neural durante el segundo y tercer trimestre de gestación.

4.3. Autismo e hipoactivación de la amígdala:

La amígdala es la estructura cerebral encargada del procesamiento emocional. “Tal es la magnitud de su función emocional que cuando la amígdala está lesionada la persona es incapaz de reconocer emociones en los demás, de expresarlas e incluso de nombrarlas. Algunos estudios pioneros que emplearon la técnica de resonancia magnética funcional demostraron que la amígdala de los niños con diagnóstico de autismo tenía un nivel funcional más bajo cuando éstos realizaban un ejercicio de reconocimiento emocional, en comparación con el nivel de activación de niños de la misma edad, pero sin diagnóstico” (Barnea-Goraly et al., 2014).

“Otros autores encontraron ciertas diferencias morfológicas y de sensibilidad entre la funcionalidad de la amígdala de un niño con autismo y la de otro sin el diagnóstico” (Kiefer et al., 2017).

4.4. Autismo y enlentecimiento del desarrollo funcional cerebral:

“Aunque aún no existen datos determinantes, algunas investigaciones han descubierto que las zonas cerebrales implicadas en la comunicación y en la interacción social crecen y se hacen funcionales de forma más lenta en niños con autismo que en niños sin el trastorno” (Ameis y Catani, 2015; Washington et al., 2014).

4.5. Tipos de autismo:

- **Autismo infantil o síndrome de Kanner:** “es una afectación en mayor o menor grado de las tres esferas principales del autismo (interacción social, lenguaje verbal y corporal, y restricción de comportamientos con acciones muy repetitivas e inmotivadas).” (Ameis y Catani, 2015)

- **Síndrome de Asperger:** “forma bastante leve de autismo en la cual los pacientes no son capaces de interpretar los estados emocionales ajenos (carecen de empatía). Estas personas son incapaces de relacionar la información facilitada por el entorno y el lenguaje corporal de las personas acerca de los estados cognitivos y emocionales de estas. Mantienen un desarrollo normal tanto del lenguaje como de su situación intelectual.” (Ameis y Catani, 2015)
- **Síndrome de Rett:** “trastorno cognitivo raro (afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 personas, principalmente del sexo femenino) que se manifiesta durante el segundo año de vida, o en un plazo no superior a los 4 primeros años de vida. Se caracteriza por la aparición de graves retrasos en el proceso de adquisición del lenguaje y de la coordinación motriz. En un porcentaje alto de los pacientes se asocia con retraso mental grave. En un porcentaje alto de los pacientes se asocia con retraso mental grave o leve. El proceso de deterioro cognitivo es persistente y progresivo.” (Ameis y Catani, 2015)
- **Trastorno de desintegración infantil:** “aparece un proceso súbito y crónico de regresión profunda y desintegración conductual tras 3-4 años de desarrollo cognitivo y social correctos. Habitualmente existe un primer periodo de síntomas característicos (irritabilidad, inquietud, ansiedad y relativa hiperactividad), al que sigue la pérdida progresiva de capacidades de relación social, con alteraciones marcadas de las relaciones personales, de habla y lenguaje, pérdida o ausencia de interés por los objetos, con instauración de estereotipias y manierismos. Suelen presentar crisis epilépticas.” (Ameis y Catani, 2015)
- **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (PDD-NOS):** “Se diagnostica a niños que presentan dificultades de comunicación, socialización y comportamiento, pero que no cumplen los criterios específicos para el diagnóstico de ninguno de los otros trastornos generalizados del desarrollo” (Ameis y Catani, 2015)

4.6. Signos y síntomas:

“Las personas con un TEA a menudo tienen problemas con las destrezas sociales, emocionales y de comunicación. Es posible que repitan determinados comportamientos o que no quieran cambios en sus actividades diarias. Muchas personas

con TEA también tienen distintas maneras de aprender, prestar atención o reaccionar ante las cosas, algunos de los signos comienzan durante la niñez temprana y, por lo general, duran toda la vida”. (Centro para el control y prevención de enfermedades; TEA:2014).

Los niños o adultos con TEA podrían presentar las siguientes características:

- “No señalar los objetos para demostrar su interés
- “No mirar los objetos cuando otra persona los señala.”
- “Tener dificultad para relacionarse con los demás o no manifestar ningún interés por otras personas.”
- “Evitar el contacto visual y querer estar solos.”
- “Tener dificultades para comprender los sentimientos de otras personas y para hablar de sus propios sentimientos.”
- “Preferir que no se los abrace, o abrazar a otras personas solo cuando ellos quieren.”
- “Parecer no estar conscientes cuando otras personas les hablan, pero responder a otros sonidos.”
- “Estar muy interesados en las personas, pero no saber cómo hablar, jugar ni relacionarse con ellas.”
- “Repetir o imitar palabras o frases que se les dicen, o bien, repetir palabras o frases en lugar del lenguaje normal.”
- “Tener dificultades para expresar sus necesidades con palabras o movimientos habituales.”
- “No jugar juegos de simulación”
- “Repetir acciones una y otra vez.”
- “Tener dificultades para adaptarse cuando hay un cambio en la rutina.”
- “Tener reacciones poco habituales al olor, el gusto, el aspecto, el tacto o el sonido de las cosas.”
- “Perder las destrezas que antes tenían”

4.6.1. Diagnóstico:

“El diagnóstico de los TEA puede ser difícil de hacer debido a que no existen pruebas médicas, como un análisis de sangre, para diagnosticarlos. Para

llegar a un diagnóstico, los médicos observan el comportamiento y el desarrollo del niño”. (Centro para el control y prevención de enfermedades; TEA:2014).

A veces, los TEA “pueden detectarse a los 18 meses de edad o incluso antes. A los 2 años de edad, el diagnóstico realizado por un profesional con experiencia puede considerarse muy confiable. Sin embargo, muchos niños no reciben un diagnóstico final hasta que son mucho más grandes. Este retraso significa que hay niños con TEA que podrían no obtener la ayuda temprana que necesitan.” (TEA:2014).

4.6.2. Tratamiento:

“Actualmente, no existe una cura para los TEA. Sin embargo, las investigaciones muestran que los servicios de tratamiento de intervención temprana pueden mejorar el desarrollo de estos niños. Los servicios de intervención temprana ayudan a los niños desde el nacimiento hasta los 3 años (36 meses) de edad a aprender destrezas importantes. Estos servicios pueden incluir terapia para ayudar al niño a hablar, caminar e interactuar con los demás. Por lo tanto, es importante hablar con el médico de su hijo lo antes posible si piensa que su hijo tiene un TEA u otro problema del desarrollo. Incluso si a su hijo no se le ha diagnosticado un TEA, podría reunir los requisitos para recibir servicios de tratamiento de intervención temprana.” (Centro para el control y prevención de enfermedades; TEA:2014).

“...La Ley para la Educación para Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) establece que los niños menores de 3 años (36 meses) de edad que estén en riesgo de tener retrasos del desarrollo podrían reunir los requisitos para recibir servicios. Esos servicios se prestan mediante un sistema de intervención temprana en su estado. A través de ese sistema, puede solicitar una evaluación...”(Centro para el control y prevención de enfermedades; TEA:2014).

4.7. Causas y factores de riesgo:

No se conocen todas las causas de los TEA. Sin embargo, hemos aprendido que, probablemente, existan muchas causas para múltiples tipos de TEA. Puede haber muchos factores distintos que hagan que un niño tenga más probabilidades de tener un TEA, incluidos factores ambientales, biológicos y genéticos.

4.8. ¿A quiénes afecta?:

Los TEA ocurren en todos los grupos raciales, étnicos y socioeconómicos, pero es 4.5 veces más frecuente en los niños que en las niñas.

Si piensa que su hijo puede tener un TEA o que puede haber un problema en la forma en que juega, aprende, habla o actúa, comuníquese con el médico de su hijo y coméntele sus inquietudes.

Si usted o el médico siguen teniendo inquietudes, pídale al médico que lo remita a un especialista que pueda evaluar a su hijo en mayor profundidad. Los especialistas que pueden hacer una evaluación en mayor profundidad y llegar a un diagnóstico son los siguientes:

- Pediatras del desarrollo (médicos que tienen una capacitación especial en el desarrollo de los niños y en los niños con necesidades especiales)
- Neurólogos pediatras (médicos que tratan el cerebro, la columna vertebral y los nervios)
- Psicólogos o psiquiatras para niños (médicos que saben acerca de la mente humana)

“Las investigaciones muestran que los servicios de intervención temprana pueden mejorar considerablemente el desarrollo del niño, a fin de asegurarse de que su hijo alcance su máximo potencial, es muy importante obtener ayuda para los TEA lo más pronto posible”. (Centro para el control y prevención de enfermedades; TEA:2014).

4.8. Capacitación especial:

La capacitación especial para maestros puede significar grandes resultados para los estudiantes con trastorno del espectro autista, de acuerdo con investigadores de la Universidad Estatal de Florida y la Universidad de Emory.

En un nuevo estudio, los niños cuyos maestros recibieron capacitación especializada "iniciaban más, participaban más, tenían conversaciones de ida y vuelta más y respondían a sus maestros y compañeros con más frecuencia"(Lindee Morgan, 2015)

La directora del Morgan and FSU Autism Institute, Amy Wetherby, fue co-investigadora principal de un estudio de tres años y 60 escuelas que midió la efectividad de un plan de estudios llamado SCERTS, diseñado específicamente para maestros de estudiantes con trastorno del espectro autista (ASD).

SCERTS, (2006). "Se dirige a los desafíos más importantes presentados por ASD, deletreados en sus siglas: SC para comunicación social, ER para regulación emocional y TS para soporte transaccional (desarrollar una asociación de personas en la escuela y en el hogar que pueda responder a las necesidades e intereses del niño con TEA y mejorar el aprendizaje)."

El equipo informó sus resultados este mes en el *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Morgan, el autor principal, trabajó en el Instituto de Autismo cuando se realizó el estudio y ahora se encuentra en la Escuela de Medicina de Emory. El coautor Wetherby fue uno de los desarrolladores del plan de estudios SCERTS.

"...Ahora hay un cuerpo sólido de investigación sobre tratamientos para niños en edad preescolar con TEA", dijo Wetherby. "Sin embargo, este estudio es uno de los pocos que demuestra la eficacia de un tratamiento para niños en edad escolar. Y la parte más impresionante es que se llevó a cabo en aulas de escuelas públicas con una buena combinación de maestros de educación general y especial...". (MORGAN, 2013)

“En cada par, una escuela fue designada ATM, para módulos de entrenamiento de autismo. Sus estudiantes recibieron enseñanza regular en el aula complementada solo por un sitio web donde los módulos relacionados con el autismo estaban disponibles para los maestros”. (MORGAN, 2013)

La otra escuela fue designada CSI, por "intervención de SCERTS en el aula". Sus profesores participantes recibieron tres días de entrenamiento SCERTS -; además de entrenamiento regular, acceso a materiales de referencia adicionales y videos de ellos mismos en el aula.

“Estaba encantado con los resultados que muestran cómo las escuelas de CSI superaron a los cajeros automáticos, una de las características más fuertes del estudio, dijo, era que los maestros podían ver los videos y ver por sí mismos cómo había cambiado el aula”. (MORGAN, 2013)

"Nuestra medida de resultado primaria fue una herramienta de observación directa, que es básicamente inaudita en la investigación de intervención educativa", dijo. "El video fue un proceso muy tedioso. Sin embargo, es una gran medida para ver lo que tanto los profesores como los estudiantes usan en el aula".

CONCLUSIONES:

PRIMERA: El autismo es un trastorno del desarrollo cerebral que dificulta la interacción y comunicación social y causa un comportamiento restringido y repetitivo, y que se manifiesta antes de cumplir un niño los tres años de vida. Las probabilidades de que afecte al sexo masculino son tres veces mayores a las que afecte al sexo femenino.

SEGUNDA: Las evidencias muestran que una intervención temprana produce una mejora a largo plazo en el niño. Esta puede ser una ayuda y apoyo para los padres en el cuidado de su hijo. Según los expertos la detección del Autismo sigue siendo más tardía de lo ideal.

TERCERA: En la actualidad, se identifican tres niveles de análisis y explicación científica de los trastornos del espectro autista: nivel de las conductas y síntomas observables, nivel de los mecanismos, procesos y funciones psicológicos, y nivel de los sistemas y mecanismos neurobiológicos.

CUARTA: El niño autista no recibe la atención ni el tratamiento adecuado, por lo cual no se le toma en cuenta dentro de la sociedad como parte de esta, sino que al no conocer lo suficiente acerca de este trastorno, se le excluye, se le moleste e incluso se le discrimina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA:

- Alvia, Carlos (2015), Criterios de los trastornos Mentales; Recuperado de <http://diagnostico-x.blogspot.com/2015/11/criterios-de-los-trastornos-mentales.html?q=enfermedad+mental>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. DSM-V. Masson, Barcelona.
- Chayan, Rodríguez y Villegas, (2017). Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento sobre autismo y el control de las manifestaciones de estrés en padres y/o madres con hijos y/o hijas con autismo en un colegio de educación básica especial 2017.
- Definicion de enfermedad mental.* (2007). Obtenido de definicion abc: www.definicionabc.com/salud/enfermedad-mental.php
- DEFINICIONES DE AUTISMO Y ASD; Definiciones ABC.
- Ferrari, Pier(2007), Modelo Psicoanalitico Comprension del Autismo:Recuperado de <http://www.seypna.com/documentos/articulos/ferrari-modelo-psicoanalitico-comprension-autismo>.
- Handleman, J.S., Harris, S. (2000), eds. *Preschool Education Programs for Children with Autism* (2nd ed). Austin, TX: Pro-Ed.
- Hidalgo, L, (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario Modificado de autismo en la infancia (M-Chat) En dos instituciones educativas para un Diagnóstico precoz de autismo.
- Lovaas, (2002). Enseñando a individuos con retrasos de desarrollo: Técnicas básicas de la intervención.
- MINEDU. (2013). *SLIDESHARE*. Obtenido de www.slideshare.net/LuzTeixeira/guia-para-la-atencin-educativa-de-nios-y-jovenes-con-trastorno-del-espectro-autista-tea

MINEDU. (2013). *SLIDESHARED*. Obtenido de www.slideshare.net/LuzTeixeira/guia-para-la-atencion-educativa-de-nios-y-jovenes-con-trastorno-del-espectro-autista-tea

Morgan, W. (2013). PLAN DE ESTUDIOS SCERTS. *THE JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY*.

peru21. (02 de abril de 2018). día mundial del autismo. *peru21*.

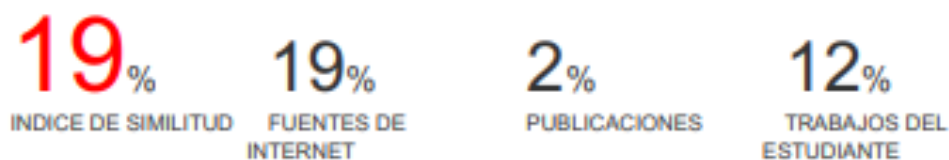
Szaz, t. (2008). *el mito de la enfermedad mental* . AMORRORTU.

Vallejo Ruiloba, J.(1991), Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría, Tercera edición. Barcelona, Salvat, 1991.

Vidal, G., Y Alarcón, R.(1986), Psiquiatría, Buenos Aires, Editorial Panamerica, 1986.

Conviviendo con el autismo

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	stevianatural.com.py Fuente de Internet	3%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	inperfecto.com.mx Fuente de Internet	2%
4	documents.mx Fuente de Internet	2%
5	blog.neuronup.com Fuente de Internet	2%
6	diplomadoeducacionnueva.blogspot.com Fuente de Internet	2%
7	www.traditionalcatholic.info Fuente de Internet	1%
8	diagnostico-x.blogspot.com Fuente de Internet	1%
9	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%

10	Submitted to Universidad de Almería Trabajo del estudiante	<1 %
11	www.luciamipediatra.com Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	htmlrincondelvago.com Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1 %
15	Submitted to Universidad Catolica de Oriente Trabajo del estudiante	<1 %
16	educacionespecial- parapresipiantes.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to University of Derby Trabajo del estudiante	<1 %
18	psicologiaymente.com Fuente de Internet	<1 %
19	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %

Excluí citas

Activo

Excluí coleccionistas

< 15 words

Excluí bibliografía

Activo