

883129



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
"IN-VIA"
REG. 8831-29

LA PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL
DENTRO DEL AUTISMO

TESIS

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

Marcela Arenas Sánchez

PUEBLA PUE.

2005

m 351881



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

A mi Mamá. Por ser un fuerte apoyo para mí, a pesar de la distancia siempre guiándome y enseñándome a ser fuerte y valiente para enfrentar día a día la vida.

Por haber estado siempre conmigo acompañándome y espero que lo sigas haciendo no importando la distancia Gracias Papá.

A la persona que me enseñó a no dejarme vencer y que en esta vida todo se puede, por estar conmigo a mi Mamá Lucy.

A mi Mamá Maria y Carmela. por haberme educado, cuidado y por seguir cuidándome estando conmigo todos los días, en mis recuerdos y mi corazón siendo mis Ángeles.

A mis hermanos Mary, Lucy, Viktor y Betty por ayudarme, escucharme y estar conmigo no importando la distancia siempre estuvieron y estarán presentes en mi vida.

Gracias a mis profesores los cuales han sido mi guía, formándome académicamente compartiendo conmigo sus conocimientos y a V.A.L.O.R.A. por permitirme entrar a conocer, aprender y a luchar sin dejarnos vencer a pesar de las adversidades que la vida nos da.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	-ii
DEDICATORIA.....	iii

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS

1.1. EUROPA DEL SIGLO XIX Y LA EDUCACIÓN.....	1- 6
1.2. ESTADOS UNIDOS Y LA EDUCACIÓN ESPECIAL.....	6- 8
1.3. LA EDUCACIÓN ESPECIAL EN MÉXICO.....	8- 14

CAPITULO II

AUTISMO EN MÉXICO

2.1. DEFINICIÓN DE AUTISMO.....	15- 18
2.2. CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO AUTISTA.....	18- 24
2.3. AUTISMO Y LA POLÍTICA EDUCATIVA EN MÉXICO 1988-2002.....	24- 30

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Marcela Azevedo

Santitas
FECHA: 9 Dic 2005

FIRMA: Pa. [Firma]

CAPITULO III

AUTISMO EN EL ESTADO DE PUEBLA

3.1 EL AUTISMO ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD.....	31- 34
3.2. POBLACIÓN CON CAPACIDAD DIFERENCIADA Y TIPOS DE DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE PUEBLA.....	34- 37
3.3. EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL ESTADO DE PUEBLA.....	37- 40

CAPITULO IV

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON PADRES O TUTORES DE NIÑOS AUTISTAS

4.1. ENTREVISTA PARA DIAGNOSTICO SOCIAL A PADRES DE FAMILIA O TUTORES DEL NIÑO AUTISTA.....	42- 55
4.2. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	56- 65

CONCLUSIONES.....	LXVI- LXVIII
GLOSARIO.....	LXIX - LXXI
BIBLIOGRAFÍA.....	LXXII- LXXV
ANEXOS.....	LXXV I- CVII

INTRODUCCIÓN

Esta investigación aborda el tema de autismo en niños, su educación y como Trabajo Social puede intervenir ante esta situación.

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo clasificado así por la asociación psiquiátrica americana en el manual DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), el autismo es un trastorno poco común por lo que la población es reducida y frecuentemente se presenta más en hombres que en mujeres sin saber todavía los motivos, debido a esto la investigación se realiza mediante casos los cuales fueron tomados de la escuela V.A.L.O.R.A. (Vínculos de Apoyo para Lograr la Recuperación Autista) la cual fue fundada por la necesidad de los padres al ver que no existía en el municipio de Puebla una escuela que tratara este trastorno; siendo necesaria para que los niños tengan terapias y una educación de acuerdo a sus necesidades. Donde Trabajo Social interviene elaborando una entrevista y así iniciar el expediente del niño para su ingreso.

Para llegar a este punto fue necesario saber como son los inicios de la educación especial tanto en Europa, América y particularmente en México, como empieza a darse este concepto y quienes recibían el apoyo en llevar una educación en cuestión de personas con capacidad diferenciada destacando quien dio la pauta para darles educación a estas personas fue el filósofo Luis Vives en España y también las aportaciones hechas por los señores Francisco Lucas, Alejo Venegas Bustos y Pedro Mexía enseñando a personas invidentes. En Francia resaltando los trabajos realizados por el médico Jean Marc Gaspart Itard y el Psicólogo Alfred Binet y Théodore Simon. En América específicamente Estados Unidos sobresalen Samuel Gridley Howe, Thomas Gallaudet y Alexander Graham Bell y finalmente en México inicia la educación especial a partir del Presidente Benito Juárez, contribuyendo también los doctores José de Jesús Gonzáles, Salvador Lima y Solís Quiroga entre otros como se explica en el capítulo primero.

Posteriormente en el segundo capítulo se abordara más ampliamente que es el autismo y sus características. Como ha intervenido el gobierno, cual a sido el apoyo que se les a brindado a personas

con capacidad diferenciada iniciando desde 1988 con el sexenio del Lic. Carlos Salinas de Gortari destacando la ley general de educación donde resalta la obligación del estado para dar atención a las personas con necesidades educativas especiales. Posteriormente en el sexenio del presidente Ernesto Zedillo sobresale en el programa de desarrollo educativo el iniciar un registro de los menores que tengan alguna capacidad diferenciada y necesiten educación especial. Hasta retomar lo que se ha ido realizando hasta la actualidad con el presidente Vicente Fox.

En el tercer capítulo, se ve más a fondo la educación especial en el estado y municipio de Puebla. Se da una noción de cuantas personas con capacidad diferenciada hay en el estado y municipio de Puebla, los tipos de discapacidad y los que cuentan con una educación especial. Así como la intervención del gobierno estatal y municipal tomando en cuenta desde 1987 con el gobernador el Lic. Mariano Piña Olaya y a nivel municipal desde 1992 con el Lic. Marco Antonio Rojas Flores.

El cuarto capítulo se planteará la participación de trabajo social pretendiendo que este intervenga mediante la realización de una entrevista la cuál sea fácil de aplicar y contenga todos los elementos necesarios para elaborar un diagnostico social y así saber como es su núcleo familiar y poder comprender más su entorno y su calidad de vida del niño autista.

Se explica de que forma esta integrada la entrevista así como los resultados obtenidos a través de esta y la elaboración de un diagnostico social mediante el cual se pretende que al ser leído por el equipo de trabajo tenga un panorama amplio de la situación en que se encuentra la familia y el niño autista.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS

La educación es una forma de transmitir conocimientos aprendidos a otras personas para que estas puedan desarrollarse en la sociedad estos conocimientos pueden ser estas: vestirse, peinarse, comer, bañarse, comportarse, esto ante varias personas, cuestiones académicas como leer, escribir, hacer cuentas, para posteriormente realizar una profesión, la educación debe ser para todas las personas sin importar su edad, sexo, condición económica y tipo de discapacidad. "Educar es adaptar el individuo al medio social y al ambiente."¹

Siendo que la educación es muy importante para todas las personas, en este trabajo de investigación se hablara principalmente de la educación a los discapacitados, por eso es importante saber cuando empieza la educación hacia estas personas, por lo que en este capítulo se comentara de los inicios de la educación especial.

1.1.-Europa del siglo XIX y la educación

En la Edad Media a las personas con alguna discapacidad físicas, o mental se les conoció con el nombre de pauper, los cuales eran asistidos por la iglesia, hospitales casa de pobres, asilos hospicios albergues " pauper termino que se les dio no solo a los desprovistos de bienes sino también a los que padecían deficiencias físicas o psíquicas: ciegos, cojos, deformados, discapacitados en general, lesionados, deficiente mental."²

Existen pocas referencias del tratamiento y educación que se les proporcionaba a estas personas en esa época, se sabe que hay un documento de en un hospital donde albergaba a las personas

¹ Piaget Jean. Psicología y Pedagogía 1981, pp. 174

² González González Eugenio. Necesidades Educativas Especiales Intervención Psicoeducativa 1995, pp.52

invidentes que habla sobre como eran tratadas estas personas."el primer intento documentado sobre esto es el establecimiento de un hospital público para ciegos en 1260."³

En el siglo XVI el humanista y filósofo Luis Vives en España fue el primero en considerar que era importante dar educación a las personas que padecían alguna deficiencia física o mental, pero esta no tuvo mayor relevancia en esa época, por tal motivo se sabe que no se llevo a cabo ningún tipo de ayuda para ese tipo de personas,"no obstante, debido a los condicionamientos sociopolíticos de la época, no desarrolló el concepto de la educación separada de los niños con deficiencias."⁴

En España a las personas con discapacidad, el Estado les ofreció algún tipo de educación a ciegos y sordomudos, siendo los precursores de este tipo de enseñanza de los ciegos, los señores Francisco Lucas, Alejo Venegas Bustos y Pedro Mexía proponiendo una forma de enseñar a ciegos "A Francisco de Lucas, impresor y calígrafo, se le atribuye la invención de la grabación en relieve al haber ideado un juego de letras y frases breves, esculpidas sobre delgadas tablillas de madera, con las que enseñó la lectura y escritura a algunos ciegos adultos."⁵

Es importante resaltar el trabajo realizado en España por Alejo Venegas Bustos, quien preocupado también por la educación de los ciegos realizo un libro llamado ORTOGRAPHIA, en el cuál se les enseñó a leer y escribir. "es considerado como el iniciador en España de la enseñanza de la lectura y escritura de los ciegos con su obra ortographia"⁶

En esta misma época en el siglo XVI también destacó lo hecho por Pedro Mexía, el cuál prepara a las personas con discapacidades a leer y escribir, diseño algunos métodos para que por medio del tacto las personas aprendieran a desenvolverse en el medio en el que vivían: "por el relieve conocieran, mediante el tacto, los caracteres vulgares"⁷

³ Shea Thomas M. Bauer Anne Marie, Educación Especial un enfoque ecológico 2000. pp.25

⁴ Castanedo Celedonio. Bases Psicopedagógicas de la Educación Especial 1998 pp. 53

⁵ Ibid pp.54

⁶ González Eugenio Loc. Cit pp.54

⁷ González... Loc. Cit. pp.56

Así mismo preocupado por las personas sordas y mudos el monje benedictino Pedro Ponce de León, también se preocupó por enseñar a estos , sin que existiera todavía una escuela establecida, "Empleó su método para enseñar a hablar a varios niños sordomudos, pero no creo una escuela estable."⁸

Pero no es si no hasta el siglo XVIII en el año de 1749 en Francia cuando se empiezan a dar avances en la educación de estos individuos en especial de las personas sordas a las cuales se les guió a hablar y leer debido a los estudios realizados por el educador Jacob Rodreques Pereire "Estos informes describieron su éxito al enseñar a hablar y leer a personas con perdidas auditivas severas"⁹

A finales de este siglo -1790- en España, es cuando la instrucción de una educación especializada para los ciegos y sordomudos, alcance otra dimensión, apoyados por el Estado se inicia la creación de Colegios Especiales, siendo estas las primeras instituciones asistenciales, se unían personas de distinto sexo y edades y de padecimientos y sin tener ningún tipo de tratamiento que les ayudara en su mejoramiento."La política del Estado, se oriento hacia la creación y potenciación de los colegios especiales, prevaleciendo el principio de que todo deficiente necesitaba atención y asistencia especial. Las instituciones que les atendían tenían carácter asistencial o benéfico y alojaban a personas con discapacidades muy heterogéneas, institucionalizándoles bien como enfermos, o bien como simples aislados sin programas educativos o rehabilitadores y con mezcla de todas las edades"¹⁰

Estudiosos indican que la pedagogía especial inicia dentro de la medicina debido a que a las personas con deficiencias como ciegos, sordos o con alguna enfermedad mental las mantenían aisladas dando lugar a la realización de experimentos, siendo ejemplo de ello tenemos los trabajos realizado por el medico Itard: "ciertos médicos atendieran a estos individuos dio lugar a "experimentos educativos" con niños sordos y ciegos; por eso se dice que la pedagogía especial surge de la medicina y del trabajo terapéutico y experimental."¹¹

⁸ González Eugenio Loc. Cit pp. 55

⁹ Shea Thomas M. Bauer Anne Marie, Ibid. pp. 26

¹⁰ Castanedo Celedonio Loc. Cit. pp 63

¹¹ Molina Nora, Básica revista de la escuela y del maestro 1997 pp. 55

En Francia para inicios del siglo XIX -1800- el médico francés Jean Marc Gaspard Itard fue uno de los primeros en señalar que se deberían aplicar métodos educativos especiales para la formación de niños sordos y discapacitados mentales, enseñándoles a comunicarse y efectuar actividades cotidianas como el vestirse "a partir de 1800 comenzó a especializarse en la educación de los sordomudos y fue uno de los primeros médicos que utilizó métodos científicos en el tratamiento de las personas con incapacidad psíquica. En su *Rapports sur le sauvage de l'Aveyron* (Informe sobre el salvaje de Aveyron, 1807) explicó la metodología que siguió para educar a un niño de 11 años que había sido encontrado viviendo de forma salvaje en un bosque."¹²

Es importante mencionar también el trabajo realizado en 1905 por el psicólogo francés Alfred Binet y su ayudante Théodore Simon quienes hicieron una serie de pruebas para saber que niños necesitan educación especial mediante su cociente intelectual "realizo una serie de estudios sobre niños que se distinguían de sus pares en el estilo y ritmo de aprendizaje."¹³

Posteriormente se empieza a dar una educación a las personas con deficiencia mental, cabe mencionar que anteriormente no se tenía esta palabra, quien da por primera vez este término fue el psicopedagogo belga Ovide Decroly "La Primera Clasificación de Deficiente Mental o Retardo Mental (RM) fue realizada por el psicopedagogo belga Ovide Decroly (1871-1932) . Asimismo, Decroly elaboro métodos de enseñanza de la lecto-escritura" ¹⁴

A inicios del siglo XX en Italia Maria Montessori, realizo importantes investigaciones, las cuales tomaron gran relevancia debido al trabajo realizado con niños marginados y con deficiencia mental ya que, elaboró técnicas de entrenamiento sensorial aplicados a niños "elaboro técnicas de entrenamiento sensorial aplicadas a DM y niños marginados que vivían en los asilos de roma"¹⁵

Dentro del siglo XX en España por parte del Estado es cuando se empieza a tomar más sentido a la educación de personas deficientes debido a la Ley de Protección de la Infancia, en esta destacaron

¹² Bowley H. Agatha, Gardner Leslie, El niño minusválido gula educativa y psicológica para el minusválido orgánico 1985, pp.243

¹³ Shea Thomas M. Bauer Anne Marie, *ibid.* pp. 27

¹⁴ Shea... Loc. Cit. pp. 19

¹⁵ Shea... Loc. Cit. pp. 16

Madrid y Barcelona siendo estos los únicos que les proporcionaba instrucción a estas personas, y en el resto de España, se siguió dando educación, solo a ciegos y sordomudos. " Ley de protección de la infancia, de la afectada por deficiencias Ley de protección de estos desgraciados la toma de conciencia sobre la necesidad de educarla por parte de personas e instituciones. Sin embargo hay que resaltar que este movimiento va a dar sus frutos circunscribiéndose en la practica a Madrid y Barcelona, mientras que en el resto del país a un tardaría a excepción de la enseñanza de ciegos y sordomudos" ¹⁶

También en la Península Ibérica otros de los precursores de las escuelas para personas con alguna discapacidad fue el maestro Francisco Pereira, el estuvo a favor de la educación de niños ciegos, sordos y de otro tipo de discapacidad. "Francisco Pereira, maestro de Parla Madrid. Merced a una beca, realizo a principios de este siglo estudios en el extranjero sobre pedagogía de los deficientes. A su regreso en 1904 dicto una importante conferencia en la escuela normal de maestros (Madrid) sobre Necesidad y medios de establecer en España escuela para anormales".¹⁷

Así poco a poco en España se empezó abrir espacios a escuelas de educación especial, dando la oportunidad de dar una educación a las personas diferentes y "con la ley General de Educación 14/1970, del 6 de agosto, la educación especial se unió al sistema educativo, nació una nueva modalidad de atención a los excepcionales (deficientes, inadaptados, superdotados)"¹⁸

Continuando con Europa sur occidental al paso del tiempo y a la necesidad de dar un nombre más adecuado a las personas que padecían alguna discapacidad se empieza a manejar el termino alumno de educación especial posteriormente se cambia por el de alumno de necesidades educativas especiales. " En 1985, el real decreto de regulación de la educación especial (334/1985, del 6 de marzo) modifico el termino y el concepto de alumno de educación especial por el de alumno con NEE."¹⁹

Al hablar de educación especial también es importante mencionar el concepto de normalización que se da al norte de Europa en la década de los setenta por los estudiosos Bank-Mikkelsen y Bengt

¹⁶ Ibid. pp. 20

¹⁷ González Eugenio Loc. Cit. pp. 20

¹⁸ Ibid. pp. 17

¹⁹ Shea... Loc. Cit. pp. 18

Nirje los cuales buscaban la modificación de las leyes para que las personas discapacitadas llevaran una vida como la de las demás personas: "Este movimiento fue iniciado por Nirje (1967, 1969, 1972) y Bank-Mikkelsen (1966, 1969, 1973, 1975, 1980) en los países nórdicos,"²⁰

Posteriormente este movimiento llega a América principalmente a los países localizados al norte de este continente difundiendo el estudioso Wlof Wolfensberger dando a conocer su definición de normalización la cual no era más que también darles derechos a las personas con discapacidad: "Wolfensberger difundió la filosofía de la normalización e insistió en la urgencia de legislar acerca de los servicios educativos, médicos, residenciales y laborales destinados a las personas con discapacidad."²¹

1.2.-Estados Unidos y la educación especial

El siglo XIX fue un período relevante para este país americano debido a estudiosos que se interesaban por la educación de personas ciegas y sordas, Samuel Gridley Howe y Thomas Gallaudet inician la escuela para estas personas cada uno ayudándolas en diferentes ciudades respectivamente "Samuel Gridley Howe (1801-1876) fundó en Boston la escuela Perkins para Ciegos, y Thomas Gallaudet, en Hartford, una escuela para sordos"²²

Para estas misma época entre 1850 y 1870 Samuel Gridley Howe le pidió al médico y educador Edouard Sequin discípulo de Itard trasladarse a América del Norte para participar en la instrucción a personas que necesitaban educación especial para darles formación y enseñar a otros estudiosos como realizar esta labor "Édouard Sequin (1812-1880), fue invitado por Samuel Gridley Howe a impartir cátedra y trabajar en los Estados Unidos a mediados del siglo XIX."²³

²⁰ Castanedo Celedonio Loc. Cit. pp 19

²¹ Alarcón Marthe Elba, Básica revista de la escuela y del maestro 1997 pp. 26

²² Castanedo... Loc. Cit. pp. 19

²³ Shea... Loc. Cit. pp. 26

Para principios de 1870 Alexander Graham Bell toma gran relevancia debido a su trabajo con las personas sordas ya que una parte de su vida la dedicó a ayudar a estas personas dándoles clases mediante una manera inventada por su padre llamado: "Lenguaje visible" donde se articulaban los labios, lengua y la garganta posteriormente en 1872 funda en Boston una escuela para sordomudos "comenzó dando clases a sordomudos y divulgando el sistema denominado 'lenguaje visible'. Este sistema, que fue desarrollado por su padre, el educador escocés Alexander Melville Bell"²⁴

Es importante mencionar que para mediados del siglo XX Estados Unidos se convirtió en el país con los mejores avances en educación especial debido a la Segunda Guerra Mundial ya que muchos estudiosos en ese ámbito se refugiaron en ese país como lo fue el psicoanalista Rudolf Dreikurs y Fritz Redl iniciando lugares de tratamiento para estas personas "después de la segunda guerra mundial, Estados Unidos se convirtió en el líder indiscutible en la teoría, investigación y publicación en el campo de la educación especial."²⁵

En 1975 en Norteamérica, los médicos empiezan a dar un nombre a los niños que eran sordos, deficientes mentales, ciegos, con algún problema físico y los que tenían dificultades en su enseñanza nombrándolos niños con desventajas sin considerarse todavía al autismo "Estados Unidos a los niños con desventaja como aquellos que tenían deficiencia mental, eran hipo acústicos, sordos, con trastornos del habla, con debilidad visual, personas con perturbación emocional severa, con necesidades ortopédicas, con otros daños de la salud, sordos o multiminusvalidos, o que tenían problemas de aprendizaje específicos."²⁶

Para que un niño se considerara con desventaja intelectual era necesario que pidiera educación especial siendo estos dos términos parecido debido a que uno era a consecuencia del otro lo que dio pauta a dar un nuevo nombre llamándolo Necesidades Educativas Especiales "En un esfuerzo por

²⁴ Diccionario Consultor Espasa 2000 pp.235

²⁵ Shea Thomas Loc. Cit. pp.27

²⁶ Ibid. pp. 17

eliminar el estigma del termino desventaja, el congreso cambió la terminología a necesidades educativas especiales" ²⁷

Posteriormente en 1990 el Estado norteamericano modifica la Ley Publica considerando el autismo como una necesidad educativa especial nombrándolo dentro de la clasificación dada en esta Ley "la Ley de educación de individuos con necesidades educativas especiales agrego a los aprendices con autismo y daño cerebral traumático a las categorías de necesidad educativa especial." ²⁸

Los cambios en la educación, se empieza a dar admitiendo niños con necesidades educativas especiales en escuelas con una educación formal "los alumnos con discapacidades, hasta entonces segregados, fueron admitidos en el sistema educativo (publico) ordinario como alumnos con necesidades educativas especiales" ²⁹

1.3.-La educación especial en México

La educación especial en México tiene sus inicios en el siglo XIX estando como presidente Benito Juárez, él cuál vio la necesidad de que se creara una institución, donde, se atendieran e instruyeran a personas con algún problema de discapacidad; lo que más le intereso fueron que se presentaban problemas de sordera y ceguera formándose por primera vez una escuela para sordomudos en el año 1867 y otra para ciegos en 1870 "La tradición de la educación especial en México se remota al gobierno jurista cuando se expidieron los decretos que dieron origen a la fundación de la Escuela Nacional para sordomudos en 1867 y la escuela Nacional para ciegos en 1870." ³⁰

Para 1914 se fundo en León Guanajuato, por el doctor José de Jesús Gonzáles la primera escuela en México para enfermos mentales iniciando así la educación para estas personas. "1914 El

²⁷ Ibidem, pp. 17

²⁸ Shea Thomas Loc. Cit. pp. 17

²⁹ Ibidem pp. 23

³⁰ SEP, Antología de educación especial 1997, pp. 7

doctor José de Jesús Gonzáles, eminente científico, establece en León, Guanajuato una escuela para débiles mentales.³¹

En el transcurso de los años de 1918 a 1927 en el Distrito Federal se empezaron a capacitar a personas para la educación de los deficientes mentales dirigidos por médicos que trabajaron con estos. Al mismo tiempo en Guadalajara se inicio la educación para personas con deficiencia mental creándose una escuela para deficientes mentales dirigida por el doctor Salvador Lima. "En el Distrito Federal se fundan dos escuelas de orientación para varones y para mujeres. Comienzan a funcionar grupos de capacitación y experimentación pedagógica para deficientes mentales, auspiciados por la Universidad Autónoma de México. El doctor Salvador Lima instituye una escuela para deficientes mentales en Guadalajara"³²

Al paso del tiempo el Doctor Solís Quiroga vio la necesidad de tener una escuela para atender a personas con alguna deficiencia buscando el apoyo de los representantes educativos fundando así en 1935, el Instituto Medico Pedagógico: "Surge la figura del doctor Solís Quiroga quien convence a las autoridades educativas de establecer una escuela especial, se funda el Instituto Medico Pedagógico."³³

No es si no hasta 1941 que el gobierno mexicano le dió mas importancia a la educación de niños con alguna deficiencia, dando así la autorización de abrir una nueva especialización en la Escuela Normal dando pauta para que en 1943, en el Estado de México se inicie la especialización de profesores para la atención de los alumnos que necesitan educación especial: "Por reforma de ley –aprobada en la Cámara de Diputados y Senadores- , se instituye la escuela normal de especialización, que abre sus puertas en 1943"³⁴

³¹ Molina Nora, *Básica revista de la escuela y del maestro* 1997 pp. 59

³² *Ibid* pp. 59

³³ Molina Nora, *Loc. Cit* pp. 60

³⁴ *Ibid* pp. 60

Posteriormente en 1945 se empezaron abrir más especialidades para la educación de niños ciegos y sordomudos, y más adelante en 1950, se fundo una Escuela de Rehabilitación para Ciegos. "Igualmente en 1950 se crea el instituto de rehabilitación para niños ciegos."³⁵

Poco a poco en 1954 se empieza a dar la necesidad de tener un control por parte de los especialistas acerca de la rehabilitación que se tenía, para así saber cuantos centros iban surgiendo por este motivo se formo la Dirección General de Rehabilitación "Se crea la dirección General de Rehabilitación"³⁶

Para los años de 1960 y 1961 la Educación Especial, contó ya con más auge dentro del país debido a la existencia de varias instituciones para niños con alguna deficiencia creándose así en la ciudad de México cuatro instituciones a nivel primaria para niños con deficiencia mental "Se marca un hito en la educación especial al aumentar los servicios y crearse cuatro escuelas primarias de perfeccionamiento para niños deficientes mentales en la ciudad de México"³⁷

Posteriormente en 1964 se empezó a pedir apoyo a los padres de familia de niños con deficiencia mental severa para así poder iniciarse las escuelas por cooperación 1y 2 en la ciudad de México "1964 se inicia la colaboración activa de los padres de familia y se abren las Escuelas por Cooperación 1 y 2 para niños con deficiencias severas."³⁸

Siendo presidente del país Luis Echeverría Álvarez en 1970 durante su mandato toma más fuerza la Educación Especial en nuestro país hasta formarse la Dirección General de Educación Especial "Se da un marco institucional a la educación especial al crearse, por decreto del 18 de diciembre de ese año, la Dirección General de Educación Especial"³⁹

En el sexenio del presidente José López Portillo (1976-1982) se dieron inicio los primeros grupos de rehabilitación, incluyéndose en estos a los de educación especial para así poder dar pauta a la

³⁵ Ibid pp. 7

³⁶ Molina Nora Loc. Cit. pp.60

³⁷ Ibid pp. 60

³⁸ Molina... Loc. Cit. pp. 60

³⁹ Molina... Loc. Cit. pp. 60

integración."Se establecen los grupos integrados. Aparecen los primeros centros de Rehabilitación y Educación Especial en varias entidades."⁴⁰

Para 1978 se da un gran logro debido a que la Dirección General de Educación Especial se empezaron a dar apoyo a las investigaciones dentro del ámbito de la educación especial, lo mismo sucedió a nivel internacional, se inicia una participación dentro esta área, así como también se vuelve un hecho el apoyo de los padres de familia con la Asociación de Padres de Familia "la Dirección General de Educación Especial se impulsa la investigación en diversas áreas de educación especial. Se participa en actividades internacionales y se crean más servicios. Se inicia formalmente la colaboración con la Asociación de Padres de Familia."⁴¹

No es si no hasta 1979 que da comienzo a la integración de los niños con discapacidad con los niños que tienen una educación regular, para que así todos los niños cursen la primaria y no se queden sin educación. "En 1979 se inicia el proyecto de grupos integrados como una medida estratégica de integración institucional en el marco del programa primaria para todos los niños."⁴²

También en el gobierno de López Portillo 1980 se comenzó a fortalecer la Educación Especial así como también se empieza a contemplar la necesidad de una unificación educativa solo para algunos niños, se empiezan a dar los conceptos de normalización e integración, se inicia el dar apoyos por parte de las organizaciones civiles y algunas de ellas fundadas por padres de familia siendo estas también importantes debido al soporte que han brindado en diversas actividades para ofrecerles apoyo a niños rechazados."Se consolidan los servicios de educación especial, se comienza a atender a los alumnos de capacidad superior y a considerar la opción de la integración educativa como estrategia para cubrir la demanda. La Participación de organizaciones no gubernamentales, muchas de ellas auspiciadas por padres de familia."⁴³

⁴⁰ Ibidem. pp. 60

⁴¹ Ibidem pp. 60

⁴² Ibidem pp. 60

⁴³ Ibidem. pp.60

Para el año de 1990 nuestro país participo en un congreso mundial a favor de la infancia realizado en las Naciones Unidas tomando gran relevancia porque se dio a conocer el Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia, el cuál fue el punto de partida para un nuevo cambio a favor de las personas discapacitadas: "El 20 de noviembre de 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Convención de los Derechos del Niño, misma que en nuestro país ratificó después de haber sido aprobada por el H. Senado de la República en junio de 1990."⁴⁴

Este Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia se elaboró debido a la formación de la Comisión Nacional el cual se encargo de la realización y evaluación del programa así como también el de promover en los diferentes estados de la república este programa, para que a su vez los gobernadores realizaran sus programas de acción dependiendo las prioridades de cada entidad "Con el propósito de acatar los compromisos asumidos en este foro internacional, en 1991 se constituyó en México una Comisión Nacional, de carácter intersectorial e interinstitucional la que, después del necesario proceso de coordinación y concertación elaboro el Programa Nacional de Acción a Favor de la Infancia (PNA) 1991,"⁴⁵

En 1993 siendo presidente Carlos Salinas de Gortari, publico la Ley General de Educación, siendo este un documento bastante importante debido a que los niños con alguna discapacidad deberán de asistir a la escuela teniendo así mayores oportunidades para mejorar su calidad de vida, desarrollándose mejor dentro de la sociedad en la que vivimos. "Hacia 1993 se promulga la Ley General de educación, y su artículo 41 da especial énfasis en la obligación del estado para atender a las personas con necesidades educativas especiales, procurando su integración educativa."⁴⁶

Posteriormente estando como Presidente de la Republica mexicana el Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León se empezaron a dar propósitos y estrategias las cuales pretenden irse modificando a partir de los acierto y errores que estas propuestas vayan teniendo, uno de estos puntos entre otros es el de iniciar la promoción y canalización mediante la coordinación de las diferentes instituciones, pero no es

⁴⁴ SEP Loc. Cit. pp. 15

⁴⁶ SEP Loc. Cit. pp. 15

⁴⁹ Ibid. pp. 19

sino asta 1995 que se empiezan a dar estos cambios. "se considero esencial reformular el programa para hacerlo vigente al momento actual. Así, en este documento se describe el conjunto de objetivos, metas y acciones que orientaran la ejecución del Programa Nacional de Acción 1995-2000"⁴⁷

Actualmente en nuestro país con el Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000 se han hecho nuevas reformas, donde se toma en cuenta la atención a las personas con algún tipo de discapacidad sin importar si este problema va a ser temporal o para siempre."El Plan Nacional de Desarrollo 1995- 2000 pone especial énfasis en la necesidad de atender a los menores con discapacidades transitorias o definitivas como parte de las acciones educativas orientadas a la equidad."⁴⁸

Para este sexenio el presidente de México dio a conocer el Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las personas con discapacidad, el cuál algunos de los puntos importantes que da; es el de tener un registro de las personas discapacitadas mediante el apoyo de la SEP, INEGI y DIF para así tener una idea de cuantas personas imposibilitadas puede haber en México. El siguiente aspecto es mantener una coordinación entre unidades de salud y los centros de rehabilitación para que así las personas discapacitadas sean atendidas lo más pronto posible. Así como también habrá una coordinación con las instituciones educativas. "El Programa Nacional para el Bienestar y la incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad ha significado la voluntad de conjuntar esfuerzos entre organismos públicos y no gubernamentales con el objeto de apoyar a las personas con discapacidad en su proceso de integración social."⁴⁹

Se impartirá educación especial a todos los niños y jóvenes que no pueden incorporarse a escuelas regulares debido a problemas físicos o mentales, pero que pueden mejorar su calidad de vida integrándose a la sociedad, integrándolos a centros psicopedagógicos.

Los servicios brindados en la actualidad en México con referente a la educación de estos niños son los USAER (Unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular) y los CAM (Centros de Atención

⁴⁷ Ibid. pp.16

⁴⁸ SEP Loc. Cit. pp 7

⁴⁹ Ibid pp.7

Múltiple) "Los servicios que ofrece y la que tienen que ver con la atención pedagógica. Existen dos tipos de servicios claramente identificados: las Unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular (USAER) y los Centros de Atención Múltiple (CAM)"⁵⁰

⁵⁰ Hernández Silva Patricia, *Básica revista de la escuela y del maestro* 1997 pp. 36

CAPÍTULO II

AUTISMO EN MÉXICO

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo del cual actualmente no se saben los motivos específicos del porque los niños tienen este padecimiento. Es importante mencionar que a pesar de que no se tiene una cantidad específica de cuantos niños en México tienen este padecimiento y que esta es baja pues en 1990 solo se detectaron 136 personas con esta enfermedad en la República mexicana de las cuales más de la mitad eran hombres con una edad de 3 a 40 años. Actualmente se tiene el conocimiento de que esta cantidad ha aumentado. "Según el Estudio Exploratorio Epidemiológico, solo hay 136 personas identificadas como autistas, localizadas en el Distrito Federal, Mazatlán, Guadalajara, Aguascalientes, San Luis Potosí, Hermosillo, Quintana Roó (loc cit.) y Monterrey, hasta agosto de 1990."⁵¹

Es importante saber que es lo que se esta haciendo respecto al autismo. Se requiere identificar si el gobierno esta ayudando a estos niños, ya que aunque esta población es pequeña no deja de ser un problema para la sociedad debido a que al irse presentando más casos las personas que no conocen este padecimiento no sabrán como atender y dar apoyo a estos niños. Por tal motivo en este capítulo se presentara lo que se esta haciendo para atender a las personas autistas.

2.1.- Definición de autismo

A lo largo del tiempo diferentes autores han dado varios significados de la palabra autismo de los cuales solo mencionaremos dos, debido a que son los que definen mejor lo que es este trastorno. Se puede decir que la palabra autismo significa aislarse, no tener interacción con las demás personas "proviene de la palabra griega eafismos, cuyo significado es encerrado en uno mismo"⁵²

⁵¹ Palma García Ximena, Factores prenatales y perinatales en la etiología del autismo México 1993 publicación de la universidad iberoamericana pp.18

⁵² Cuxart Frances El autismo aspectos descriptivos y terapéuticos España 2000 Alijbe pp. 17

La otra definición sería la falta de capacidad para poder relacionarse con los demás, teniendo ciertas conductas repetitivas como lo sería lamer el dedo índice y posteriormente golpearlo contra la otra mano "Es un síndrome de la niñez que se caracteriza por falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio."⁵³

Pero estas definiciones fueron dadas a través de muchas investigaciones. Debido a que anteriormente no existía este término. Se empezó a conocer este trastorno en los años de 1800 definiéndolo por psiquiatras como Pinel el cual lo nombro como idiotismo incurable y por el doctor y educador Itar el cuál lo llamo deficiente mental."En enero de 1800 fue encontrado un niño abandonado en el bosque de Aveyron (Francia), conocido como el niño salvaje. Aunque este niño de doce años fue diagnosticado por Pinel equivocadamente como un caso de idiotismo incurable y por Itar como deficiente mental."⁵⁴

Posteriormente, el psiquiatra DeSanctis en 1906 refiere algunas características de niños con este problema describiéndola como demencia precoz catatónica y demencia precoz adulta debido a las particularidades que el menciona dándose cuenta posteriormente de que estas eran equivocadas "DeSanctis consideró que estos trastornos se parecían, aunque eran diferentes, a los que manifestaban las personas con demencia precoz. De este modo descubrió una nueva categoría psicopatológica que se sitúa, según el, entre la demencia precoz catatónica (como una subcategoría para niños) y la demencia precoz adulta."⁵⁵

El término autismo es empleado primero por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en el año 1913 quien dio la definición de síntoma autista y su particularidad radicaba en separarse de la realidad, en el cuál se puede estar de acuerdo debido a que esta es una de las principales características de las que se puede saber si una persona es autista "Para Bleuler, el síntoma autista consiste en una separación de la realidad externa, concomitante a una exacerbación patológica de la vida interior."⁵⁶

⁵³ Paluszny Maria, Autismo guía práctica para padres y profesionales México 1991 Trillas pp.15

⁵⁴ Castanedo, Celedonio. Bases psicopedagógicas de la educación especial España 1998 CCS pp.135

⁵⁵ Ibid pp.136

⁵⁶ Cuxart Frances Loc. Cit. pp. 11

Posteriormente Bleuler da la definición de pensamiento autista que consiste en la parte afectiva de la persona para con los demás así como también el uso y la de relación inadecuada de los objetos "Según Bleuler este tipo de pensamiento se caracteriza por estar dirigido por las necesidades afectivas del sujeto y por su contenido fundamentalmente simbólico, analógico, fragmentado y de asociaciones accidentales."⁵⁷

Cabe mencionar que esta definición solo era empleada para diagnosticar a personas adultas y no a niños, no es sino hasta 1943 que el psiquiatra Leo Kanner retoma la palabra autismo para nombrar así una serie de características que presentaban un grupo de niños que el había estudiado durante algunos años, dando el nombre de síndrome autista proporcionando una lista de las características para diagnosticar a un niño autista las cuales se verán más adelante en la pagina 19. "Para designar con ese nombre a dicha condición, Kanner le tomo prestado el termino autismo a Eugen Bleuler."⁵⁸

Para 1961 el doctor Mildred Creak y colaboradores al no estar satisfechos con las categorizaciones existentes realizan una nueva clasificación para tratar de explicar de una mejor manera el síndrome del autismo "En un intento de clarificar el síndrome de autismo en el niño, se formulo un criterio diagnostico conocido como "los nueve puntos" por un comité bajo la dirección del doctor Mildred Creak (1961)."⁵⁹

No es sino hasta 1994 que el autismo es clasificado por estudiosos a nivel internacional como un trastorno generalizado del desarrollo el cual se puede detectar desde los primeros meses de vida. Cabe mencionar que esta clasificación fue dada por Estados Unidos "el autismo esta incluido dentro de la categoría de trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y se le denomina trastorno autista"⁶⁰

⁵⁷ Cuxart Frances Loc. Cit. pp. 12

⁵⁸ Powers Michael D. Niños Autistas Guía para padres, terapeutas y educadores México 1999 Trilles pp. 48

⁵⁹ H. Bowley Ágeta, Gardner Leslie, El niño minusválido guía educativa y psicológica para el minusválido orgánico Estados Unidos 1985 CECSA pp.221

⁶⁰ Cuxart... Loc. Cit. pp. 17

Frecuentemente se encuentran más niños autistas que niñas sin saber todavía cuales son las causas de esto. "La prevalencia es de 5 a 10 casos por cada 10 000, y es de 2 a 4 veces mas frecuente en varones que en mujeres"⁶¹

2.2.- Características del niño autista.

De acuerdo a la observación que tuve durante la investigación las características que presenta un niño autista son: físicamente el niño no presenta ninguna malformación, a nivel de conducta esta puede ser tranquila, le gusta estar en soledad, no tiene contacto visual con ninguna persona, no le gustan algunos tipos de sonidos como el de la aspiradora, licuadora, la sirena de la ambulancia etc. o bien no parece importarles ningún sonido, suelen girar objetos y corren en forma circular sin marearse, puede tener acciones repetitivas con alguna parte de su cuerpo o con algún objeto, no suele jugar los juguetes de una forma adecuada es decir si tienen un coche de juguete a este solo lo giran o ponen a girar solo las llantas de este, pueden adueñarse de algún objeto y no separarse de este, si llegara a separarse le provocaría angustia al igual que el cambio de rutina.

Otra característica importante es que los niños que llegan a presentar lenguaje, este en ocasiones solo repiten alguna palabra sin coherencia lógica de los acontecimientos que están ocurriendo en ese momento o bien es repetitivo es decir repite palabras o frases sin mostrar ningún sentimiento en las palabras que dicen, a lo que llaman ecolalia.

Estos niños en ocasiones también pueden llegar a agredirse golpeándose contra la pared, golpeando su nariz etc. esto se puede deber a muchas situaciones una de ellas seria el sentirse frustrado al no salirle bien alguna actividad que se encontraba realizando o también cuando llega a tener cambios en su rutina o simplemente al ser tocado.

⁶¹ Philip Graves. Pediatría práctica capitulo 18 Estados Unidos 1996 CECSA pp. 179

Los rasgos para determinar si un niño es autista se han ido cambiando con el paso del tiempo, se mencionaran solo algunas características que nos dan Leo Kanner, Mildred Creak y Rutter.

Kanner nos da las características de un niño con autismo las cuales son las siguientes: incapacidad para relacionarse con las personas, problema en el lenguaje en los que abarcaría la repetición de palabras, el manejo inapropiado de los pronombres, decir palabras sin sentido, no gustarles el cambio de rutina, sus juegos son sin tener interacción con las demás personas.

*1) Inhabilidad para establecer relaciones con las personas.

2) alteraciones graves en el lenguaje como:

a) mutismo

b) retraso en la adquisición del lenguaje normal,

c) empleo no comunicativo del habla,

d) ecolalia diferida,

e) inversión pronominal.

3) Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.

4) Insistencia en mantener el entorno sin cambios (sameness).

5) Ausencia de imaginación.

6) Buena memoria.

7) Aspecto físico normal.⁶²

El doctor Mildred Creak da otras particularidades para diagnosticar a un niño con este problema siendo las siguientes:

1. Dificultad seria en las relaciones emocionales.
2. Desconocimiento aparente de su propia identidad personal.
3. Interés excesivo en objetos particulares e incapacidad para emplearlos de manera apropiada.
4. Resistencia intensa a cambios en su ambiente.
5. Respuestas preceptuales anormales con evitación visual y auditiva.
6. Ansiedad aguda y aparentemente ilógica.
7. Falla para el desarrollo del lenguaje.
8. Manierismos y movimientos grotescos.
9. Retardo general con "islas" de capacidad o habilidad intelectual normal o excepcional.⁶³

⁶² Banda Avila Maria de los Dolores, Aplicación de programas conductuales para decrementar conductas inadecuadas en niños autistas México 1992 Publicación de la universidad Iberoamericana pp. 12

⁶³ H. Bowley Ágata, Gardner Leslie, Loc. Cit. pp.222

Para 1971 Rutter y colaboradores da solo cuatro rasgos para detectar a un niño autista estas son:

"1. Fracaso para desarrollar relaciones interpersonales; por ejemplo, fracaso para acariciar, buscar bienestar o para formar relación íntima con los padres. Carencia de mirada directamente a los ojos y desinterés general en las personas.

2. Retardo en el desarrollo del lenguaje hablado y escrito.

3. Fenómenos ritualistas y compulsivos.

4. Inicio antes de los dos y medio años de edad."⁶⁴

Es importante mencionar que las variaciones en estas características son pocas, las particularidades mejor descritas son las dadas por el psiquiatra Mildred Creak debido a que solo le faltarían cuatro rasgos para tener una clasificación completa. Estas serían ausencia de imaginación, el aspecto físico es normal, se inicia antes de los dos y medio años de edad y describir más la dificultad del lenguaje.

Estas diferencias serán vistas en el siguiente cuadro comparativo que se elaboró con las particularidades dadas por los investigadores antes mencionados, donde se logra apreciar mejor las diferencias que existen entre cada clasificación.

⁶⁴H. Bowley Ágata, Gardner Leslie, Loc. Cit. pp.222

Cuadro 1

Características dadas por los investigadores para poder diagnosticar el autismo		
Kanner 1943	Mildred Creak 1961	Rutter y colaboradores 1971
1) inhabilidad para establecer relaciones con las personas.	1. Dificultad seria en las relaciones emocionales.	1. Fracaso para desarrollar relaciones interpersonales.
2) alteraciones graves en el lenguaje como: a) mutismo b) retraso en la adquisición del lenguaje normal, c) empleo no comunicativo del habla, d) ecolalia diferida, e) inversión pronominal.	2. Falla para el desarrollo del lenguaje	2. Retardo en el desarrollo del lenguaje hablado y escrito.
	3. Desconocimiento aparente de su propia identidad personal.	
3) Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.	4. Interés excesivo en objetos particulares e incapacidad para emplearlos de manera apropiada.	3. Fenómenos ritualistas y compulsivos.
4) Insistencia en mantener el entorno sin cambios (sameness).	5. Resistencia intensa a cambios en su ambiente	
5) Ausencia de imaginación.		
	6. Respuestas preceptuales anormales con evitación visual y auditiva.	
	7. Ansiedad aguda y aparentemente ilógica.	
	8. Manierismos y movimientos grotescos	
6) Buena memoria.	9. Retardo general con "islas" de capacidad o habilidad intelectual normal o excepcional.	
7) Aspecto físico normal.		
		4. Inicio antes de los dos y medio años de edad

Tomando en cuenta este cuadro comparativo se integrarían los rasgos dados por estos estudiosos formando las siguientes características:

- 1.-Dificultad para establecer relaciones emocionales con las personas.
- 2.- alteraciones graves en el lenguaje como:
 - a)mutismo
 - b)retraso en la adquisición del lenguaje normal
 - c)empleo no comunicativo del habla
 - d)ecolalia diferida
 - e)inversión pronominal.
- 3.-Desconocimiento aparente de su propia identidad personal.
- 4.-Interés excesivo en objetos particulares e incapacidad para emplearlos de manera apropiada, Juego repetitivo y estereotipado.
- 5.-Insistencia en mantener el entorno sin cambios.
- 6.-Ausencia de imaginación.
- 7.-Respuestas preceptuales anormales con evitación visual y auditiva.
- 8.-Ansiedad aguda y aparentemente ilógica.
- 9.-Manierismos y movimientos grotescos.
- 10.-Retardo general con islas de capacidad o habilidad intelectual normal o excepcional.

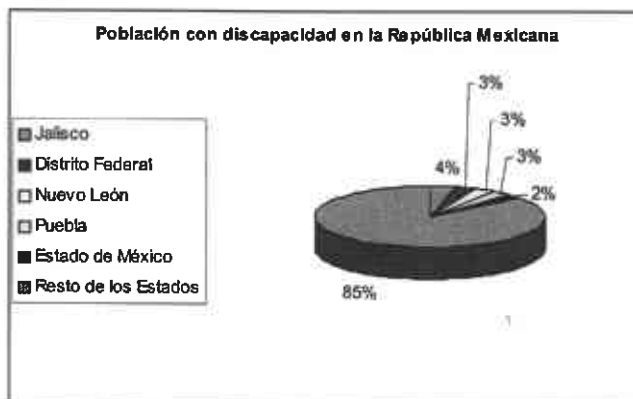
11.-Aspecto físico normal.

12.-Inicio antes de los dos y medio años de edad.

2.3.- Autismo y la política educativa en México 1988-2002

Para hablar de la educación especial en México es preciso empezar a hablar de los discapacitados debido a que la población con incapacidad en la República Mexicana es del 2% del total de habitantes del año 2000, solo se hará mención de cinco estados que poseen el mayor número de personas con alguna capacidad diferenciada respecto al total de discapacitados a nivel nacional además de los casos existentes en el estado de Puebla. Los cinco estados donde se concentran la mayoría de casos de discapacidad son: Jalisco 4%, Distrito Federal 3%, Nuevo León 3%, Puebla 3% y Estado de México 2% mostrándose en la grafica siguiente.

Grafica 1



Fuente :INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000 pp.120

Para el INEGI la población con discapacidad son todas aquellas personas que tienen problemas para realizar una acción debido alguna condición física o mental y que puede ser total o parcialmente dentro de lo que la sociedad considera normal. "Personas que presentan alguna limitación física o mental

de manera permanente o por más de seis meses, que les impide desarrollar alguna de sus actividades dentro del margen que se considera normal para un ser humano.⁶⁵

Existen diferentes tipos de discapacidades de las cuales a nivel nacional se manejan cinco tipos la motriz, auditiva de lenguaje, visual y mental mostrándose solo las cifras de los estados nombrados anteriormente como se observa en el cuadro uno. Siendo que a nivel estatal solo se encuentran las cuatro primeras estando la discapacidad mental dentro de las no especificadas como se mostrara más adelante.

**POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE DISCAPACIDAD EN LA REPÚBLICA MEXICANA
AÑO 2000**

Cuadro 2

Estados	Tipo de discapacidad					
	Motriz	Auditiva	Lenguaje	Visual	Mental	No especificada
Jalisco	67 129	20 186	4 761	30 873	25 223	655
Distrito Federal	80 392	25 900	4 986	31 576	27 528	560
Nuevo León	35 515	9 165	2 513	15 222	12 060	434
Puebla	35 710	14 582	5 402	22 218	12 113	281
Estado de México	85 552	29 246	8 491	45 103	33 141	809
Resto de los Estados	509 569	182 712	61 295	322 048	179 447	4 380
Total	813 867	281 793	87448	467 040	289 512	7119

Fuente :INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000 pp.196

⁶⁵ INEGI XII Censo General de Población y vivienda 2000, pp. 141

Las estadísticas sobre discapacidad clasifica estas en motriz, auditiva, de lenguaje, visual, mental y no especificadas, como se muestra en el cuadro dos; el total de personas con discapacidad motriz a nivel nacional son 813 867, auditiva 281 793, de lenguaje 87448, visual 467 040, mental 289 512 y las no especificadas 7119.

Como se puede apreciar en el cuadro dos, Puebla se encuentra en el quinto lugar con una mayor población de discapacitados motrices con 35 710 personas, visual 22 218, auditiva 14 582, mental 12 113 de lenguaje 5 402 personas, y no especificadas 281 personas.

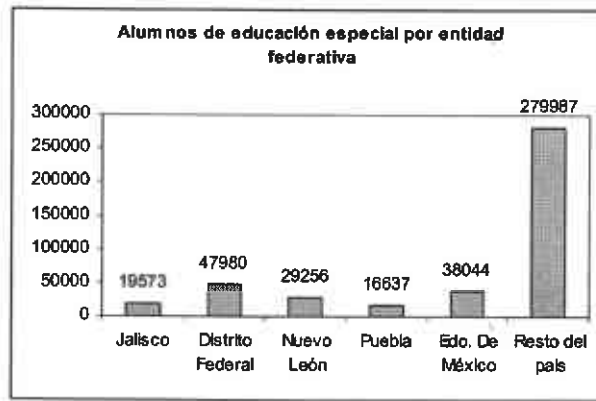
Al hablar de discapacitados es importante también mencionar la educación especial, debido a que es la forma de enseñar de manera adecuada, dependiendo del tipo de discapacidad que presente cada niño y que en ocasiones debe ser individualizada por que la atención debe ser mayor como es el caso de los niños autistas debido a que estos por su problema no prestan interés y lo primero que se tiene que hacer es lograr su atención, para que así se les indique lo que se pide para que ellos poco a poco vayan aprendiendo, debido a esto su cuidado es individualizado. "Educación especial es aquella destinada a hacer frente a las necesidades específicas de los niños con deficiencias o de los superdotados."⁶⁶

Es importante que los niños que sufren de alguna discapacidad, asistan a la escuela para que así tengan mayores oportunidades de mejorar y desenvolverse en un futuro y no depender siempre de alguna persona, para mejorar su calidad de vida.

Se presentan a nivel nacional solo cinco estados con el mayor número de habitantes que tienen alguna discapacidad y tienen instituciones dedicadas a la educación especial. Estos alumnos a nivel nacional del 2000 al 2001 son 431 477, de los cuales 47 980 se encuentran en el Distrito Federal, 19 573 en Jalisco, 38 044 en el Edo. de México, 29 256 en Nuevo León, y en el estado de Puebla se hallan 16 637 alumnos atendidos en educación especial, así se muestra en la grafica 2.

⁶⁶ Biblioteca de consulta Microsoft Encarta 2003. 1993-2002 Microsoft Corporation Reservados todos los derechos.

Grafica 2



Fuente: INEGI anuario de estadística por entidad federativa edición 2002 pp.122

Como se ha mencionado en el capítulo anterior (página 11) la educación especial en México ha tenido avances significativos uno de ellos sería que para la década de los setenta y ochenta se unifica la educación especial con la iniciativa para la integración educativa, dando a las políticas de educación especial importancia en la Integración y normalización.

Siendo presidente de la república mexicana el Doctor Carlos Salinas de Gortari en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 menciona la modernización de la educación incluyendo la educación especial, pero solo es mencionado ya que más adelante no se dice cual va a ser la estrategia para el mejoramiento de la educación especial. "La modernización de la educación requiere mejorar la calidad en todo el sistema educativo, tanto el escolarizado, que abarca desde el nivel preescolar hasta el postgrado, pasando por la educación técnica y universitaria, como el extraescolar, que comprende los sistemas abiertos, la educación y capacitación de adultos y la educación especial."⁶⁷

⁶⁷ Plan nacional de desarrollo 1989-1994 pp. 103

Esto no quiere decir que en esos años (1989-1994) no se hizo nada para ayudar a las personas que necesitan educación especial ya que en 1993 se presenta la Ley general de educación donde se menciona que es obligatorio para el Estado dar educación y atender a las personas con necesidades educativas especiales, esta ley es importante debido a que muchos de los niños con necesidades educativas especiales serán aceptados en escuelas de educación regular "En 1993 se promulga la Ley General de Educación y su Artículo 41 da especial énfasis en la obligación del estado para atender a las personas con necesidades educativas especiales, Procurando su integración educativa."⁶⁸

En su sexenio el Doctor. Ernesto Zedillo Ponce de León en su Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 solo señala que será fortalecida la educación especial que posteriormente en el programa de desarrollo educativo se encuentra mas específicamente cual será el apoyo brindado durante su gobierno."será reforzada la educación especial, a fin de que rinda sus beneficios a la población que requiere de ella."⁶⁹

En el programa de desarrollo educativo del sexenio del Doctor Ernesto Zedillo Ponce de León se menciona que una de las primeras actividades es realizar una lista de personas con discapacidades permanentes o temporales para que sean incorporados a las escuelas.

Esta medida es importante debido a que anteriormente no se conocía una cantidad aproximada de personas con alguna discapacidad en México y sus distintos estados sin embargo con esta acción se tendrá una idea de cuantas personas son discapacitadas y cuantas requieren educación especial."Una de las primeras acciones del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad ha sido el Registro de menores con algún signo de discapacidad llevado acabo por la SEP, el DIF, y el INEGI, como parte del sistema Nacional de Información sobre población con discapacidad. Para la incorporación inicial a los servicios educativos de la población identificada en el registro,"⁷⁰

⁶⁸ Antología de educación especial 1997, pp. 19

⁶⁹ Plan nacional de desarrollo 1995-2000 pp. 85

⁷⁰ Programa de desarrollo educativo 1995-2000 pp. 8

Esta lista se realizó en base al del tipo de discapacidad que más demanda apoyo y tiene como finalidad adentrarse más al problema, conocerlo y así saber como tratarlo, en este registro se presento primero la deficiencia mental, posteriormente dificultades de aprendizaje, trastornos auditivos, lenguaje, deficiencias visuales, impedimentos motores, problemas de conducta y por último los niños con capacidades y aptitudes sobresalientes y los niños autistas."En nuestro país, los individuos con retardo en el desarrollo han sido clasificados con fines de estudio y de tratamiento en las siguientes categorías, de acuerdo con el carácter dominante del problema"⁷¹

En 1997 en México se realizó una conferencia nacional con el objetivo de mejorar la atención de los niños con necesidades educativas especiales en la cual mencionan solo algunas: disminuir los trámites para la integración de un niño, que los maestros estén actualizados para el mejoramiento de la educación, la incorporación al desarrollo de las personas discapacitadas, se promueva la sensibilización y la aceptación de la sociedad hacia los menores que presenten alguna discapacidad, la integración educativa por ley es para todos gratuita y obligatoria y especialmente para los de educación especial, que las escuelas apoyen mediante la integración de estos niños, cada entidad sabrá como será el procedimiento para el apoyo de la educación especial.

Es importante mencionar que hay dos tipos de apoyo para la integración educativa los cuales son los CAM y USAER el primero son los Centros de Atención Múltiple quien se encarga da dar un servicio a todas aquellas personas que necesitan una integración educativa pero que todavía no es posible su integración debido a que siguen necesitando una atención individual, sin embargo los USAER unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular trata de dar apoyo a los niños que se encuentran dentro de un grupo regular mediante la orientación psicopedagógica hacia este. "Existen dos tipos de servicios claramente identificados: las Unidades de Servicio de Apoyo a la Escuela Regular (USAER) y los Centros de Atención Múltiple (CAM)"⁷²

⁷¹ Romano Torres Hugo. *Básica revista de la escuela y del maestro* 1997 pp.47

⁷² Hernández Silva Patricia, *Básica revista de la escuela y del maestro* 1997 pp.36

En el actual gobierno el Licenciado Vicente Fox Quesada en su Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 señala que es importante mejorar la educación, para igualar las oportunidades de todas las personas. "El sistema educativo debe ofrecer oportunidades de aprendizaje a los ciudadanos de cualquier edad, cultivando la diversidad de capacidades, vocaciones, estilos y necesidades educativas especiales."⁷³

⁷³ Plan nacional de desarrollo 2001-2006 pp 65

CAPÍTULO III

AUTISMO EN EL ESTADO DE PUEBLA

El autismo es un trastorno mental que dentro de las clasificaciones del DSM IV se encuentra en los trastornos generalizados del desarrollo, llamado trastorno autista. El DSM son las clasificaciones mentales dadas por la Organización Mundial de la Salud teniendo estas diversas adaptaciones de las cuales la más reciente es el DSM IV "el DSM IV (1994;1995). Estos tres manuales de diagnóstico y clasificación incluyen entre los Trastornos Generalizados del Desarrollo el Trastorno Autista, codificado en el eje II con el código de identificación [299.00]."⁷⁴

Este síndrome se presenta en los primeros años de vida del niño, con diferentes alteraciones en su comportamiento y falta de habilidad para expresarse verbalmente, y si lo hace es sin coherencia, sus movimientos pueden ser persistentes o repetitivos."¹ un impedimento cualitativo en la interacción social; 2. un impedimento cualitativo en el desarrollo del lenguaje y la comunicación; 3. un rango restringido de actividades e intereses con patrones repetitivos y estereotipados"⁷⁵

Descrito en 1943 por el psiquiatra Leo Kanner, este médico indicó las características de este trastorno conocido como síndrome de Kanner o autismo infantil y "hasta 1960 el autismo se consideraba como un trastorno perteneciente a la enfermedad mental, una patología emocional o una forma precoz de esquizofrenia infantil, causado por una carencia afectiva."⁷⁶

3.1.- El autismo enfermedad o discapacidad

El autismo es una enfermedad que se vuelve discapacidad debido a que si a un niño no se le diagnóstica oportunamente que es autista o bien sus padres no lo llevan a terapias, al ir creciendo, para el niño con autismo será difícil ser autosuficiente para realizar actividades cotidianas como lo es el

⁷⁴ Castanedo, Celedonio. Bases psicopedagógicas de la educación especial 1996, pp.141

⁷⁵ Martínez Pediatría Salud del niño y del adolescente 2000, pp. 1086

⁷⁶ *Ibidem* pp.136

vestirse solo, atarse las agujetas, peinarse, comer etc. Por estas razones si el niño autista no se atiende oportunamente al pasar el tiempo esta enfermedad se convertirá en discapacidad ya que el niño siempre va a tener que depender de alguna persona para realizar actividades comunes mencionadas anteriormente.

Si un niño que se le detecta autismo inicia un tratamiento oportuno puede llegar a tener una recuperación y así incorporarse a una escuela regular o de educación especial corrigiendo su interacción con las demás personas mejorando su calidad de vida.

Para Trabajo Social es importante saber cuales pueden ser sus funciones y actividades dentro del autismo y también cual puede ser el perfil del trabajador social que se desempeñe con niños autistas, para que así se pueda saber mediante entrevistas hasta donde puede llegar el apoyo de la familia con el tratamiento de su hijo para que así junto con el demás equipo de trabajo se pueda saber hasta donde la familia se compromete para el tratamiento de su hijo y poder dar alternativas para avanzar en el tratamiento de su hijo. Por tal motivo en el capítulo siguiente se abordara este tema.

La discapacidad es una forma inapropiada de nombrar algo físico o mental ya que se parte de una forma de ver las cosas. esto dentro de lo que es normal para un grupo de personas como es la sociedad quien establece lo que es anormal por ejemplo que una persona no tenga un brazo, esta persona tiene una discapacidad para el resto de las personas ya que se esta acostumbrado a ver a las personas con sus dos brazos y esto es lo normal. "lo normal se ha concebido como una serie de atributos y características reconocidas y establecidas que debe poseer una persona en forma típica; es lo que se espera de alguien que pertenezca a una comunidad. Cualquiera que carezca de alguna de esas características típicas (físicas, sociales, culturales, intelectuales, escolares, etcétera) se convierte automáticamente en alguien diferente o anormal.(Gofman,1963)."⁷⁷

⁷⁷ Secretaria de Educación Pública. La integración educativa en el aula regular principios, finalidades y estrategias 2000, pp. 19

Existen distintos tipos de discapacidades físicas y mentales. Se mencionara solo algunas como lo describe educación especial y posteriormente la definición que da el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática en el año 2000:

*Auditiva -se presenta la pérdida total o mínima del oído estas personas tienen problemas en su lenguaje, en su interacción con las demás personas.

Visual.-su dificultad en la apreciación y coordinación, en los espacios con objetos, en la dinámica general, problemas motrices, problemas en su interacción con las demás personas.

Motora.-su causa es congénita, perinatales o traumáticas, teniendo problemas en sus movimientos, alguna deformación física, dificultades mentales.

Cognitivas.-estas se presentan en las personas con problemas de aprendizaje y deficientes mentales. Los primeros pueden tener ese problema temporalmente siendo su problema la escritura, lectura y cálculo. Quienes presentan retraso mental tienen problema en diferenciar una cosa de la otra, poco lenguaje y retraso en psicomotricidad.⁷⁶

El INEGI da las siguientes definiciones:

*Motriz. Pérdida o restricción de la capacidad de movimiento, desplazamiento y equilibrio de todo o de una parte del cuerpo.

Auditiva. Pérdida o restricción de la capacidad para recibir mensajes verbales u otros mensajes audibles.

De lenguaje. Pérdida o restricción de la capacidad para producir y transmitir un significado entendible a través del habla.

Visual. Pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos.

⁷⁶ Molina Nora, Básica revista de la escuela y del maestro 1997 pp.9

Mental. Limitación de la capacidad para el aprendizaje de nuevas habilidades; trastorno de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros individuos.⁷⁹

En este trabajo de tesis se hace más referencia a las discapacidades físicas debido a que las mentales entran en las no especificadas y estas no se encuentran determinadas en las graficas y cuadros que se muestran.

3.2. Población con capacidad diferenciada y tipos de discapacidad en el Estado de Puebla

En el estado de Puebla hay 5 076 686 personas de las cuales 82 833 tienen alguna discapacidad, de las cuales en el municipio de Puebla se localizan 20 044 discapacitados siguiéndole Tehuacán con 3 437 personas discapacitadas posteriormente se encuentra Atlixco, 1 929, San Martín, Texmelucan, 1 709 e Izucar de Matamoros, con 1 686 personas imposibilitadas.(c.3)

Estas cifras se encuentran divididas por cada municipio de los cuales solo se muestran ocho municipios por ser los que concentran la mayor parte de personas con discapacidad en el cuadro tres, y posteriormente según el tipo de discapacidad respectivamente.(c.3,4)

⁷⁹ INEGI XII Censo General de Población y vivienda 2000, pp. 144

POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN EL ESTADO DE PUEBLA AÑO 2000

Cuadro 3

MUNICIPIO	TOTAL	PORCENTAJE
Puebla	20044	24.2%
Tehuacán	3437	4.2%
Atlixco	1929	2.3%
San Martín Texmelucan	1709	2.1%
Izucar de Matamoros	1686	2.0%
San Pedro Cholula	1393	1.7%
Xicotepec	1322	1.6%
Teziutlán	1196	1.4%
Total de 8 municipios	32716	39.5%
Resto de los municipios	50117	60.50%
Total estatal	82833	100%

Fuente: INEGI. Estadística del sector salud y seguridad social 2001 pp.263

A pesar de que existe información sobre las capacidades diferentes, todavía existen lugares y personas que tienen el morbo de observar y criticar a las personas con capacidades diferentes afectando a las familias socialmente teniéndose que enfrenta al rechazo por lo que se les hace más difícil integrarse a la sociedad con su nueva forma de vida.

PERSONAS DISCAPACITADAS POR MUNICIPIO EN EL ESTADO DE PUEBLA

Cuadro 4

Municipios	Tipo de discapacidad				
	Motriz	Auditiva	Lenguaje	Visual	No especificadas
Municipio de Puebla	9809	3155	720	4204	88
Tehuacán	1539	556	158	971	16
Atlixco	890	317	104	512	4
San Martín Texmelucan	807	278	85	411	8
Izucar de Matamoros	791	287	84	506	6
San Pedro Cholula	628	218	63	384	3
Xicotepec	453	278	101	442	3
Teziutlán	470	215	81	355	3
Total de 8 municipios	15387	5304	1396	7785	131
Resto de los Municipios	20323	9278	4006	14433	150
Total estatal	35710	14582	5402	22218	281

Fuente: INEGI XII Censo general de población y vivienda 2001 pp 263

En el municipio de Puebla existen lugares como el CREE y Casa de Ángeles los cuales son instituciones gubernamentales que dan apoyo a todas las personas con alguna discapacidad.

Las instituciones que apoyan a los niños con capacidades diferentes son insuficientes para la demanda que se requiere ya que estos niños necesitan una atención integral,

Con esto no se quiere decir que las instituciones no sean buenas ya que es importante comentar que los padres de estos niños y de niños con otras discapacidades deben saber que, para que se vea un avance también es necesario que dentro del ambiente familiar el niño realice sus terapias, sin olvidar que es parte de la familia y requiere de una mayor atención.

Las familias buscan una escuela donde su hijo asista diariamente a sus terapias y además les enseñen actividades en que pueda más adelante desenvolverse por sí mismos. Aun no existe ninguna institución que los vea de forma integral.

3.3. Educación especial en el Estado de Puebla.

La orientación que se le ha dado a la población en general acerca de algunas discapacidades como déficit de atención, deficiencia mental y trastornos visuales por mencionar algunas. En el ciclo escolar 1985-1986 se atendieron a 4 mil 217 niños, cifra que muestra un déficit de atención si se toma en cuenta que se estima una población atípica del 2% con relación a la que esta en edad escolar. En el estado funcionan actualmente 91 centros de atención especial.

De 1987 a 1993 el gobierno del estado de Puebla siendo gobernador el Licenciado Mariano Pifia Olaya tomó en cuenta la educación de los niños con alguna discapacidad promoviendo programas para darles mas atención a estas personas "Impulsar los programas de educación especial para brindar mayor atención a la población atípica."⁸⁰

En el estado de Puebla los municipios que tienen más alumnos con educación especial son: Municipio de Puebla 8 501, Tehuacán 1 299, Atlixco 749, San Martín Texmelucan 676, Huahuchinango

⁸⁰ Plan de desarrollo del estado de Puebla 1987-1993 pp. 163

564, Izucar de Matamoros 536, Tecamachalco 526, Teziutlan 471, Zacapoaxtla 446 y Xicotepec con 420 alumnos de educación especial (ver cuadro 5).

ALUMNOS EN EDUCACIÓN ESPECIAL EN EL ESTADO DE PUEBLA

Cuadro 5

MUNICIPIO	TOTAL	PORCENTAJE
Puebla	8501	47%
Tehuacán	1299	7%
Atlixco	749	4%
San Martín Texmelucan	676	4%
Huauchinango	564	3%
Izucar de Matamoros	536	3%
Tecamachalco	526	3%
Teziutlán	471	3%
Zacapoaxtla	446	2%
Xicotepec	420	2%
Total de 10 municipios	14188	78%
Resto de los municipios	4030	22%
Total estatal	18218	100%

Fuente: INEGI Anuario Estadístico Puebla Tomo I 2001 pp.387

A nivel municipal, en 1992 durante la gestión del Licenciado Marco Antonio Rojas Flores no se le dio ningún auge a la educación especial.

De 1993 a 1999 el gobierno del Licenciado Manuel Bartlet en su Plan Estatal de Desarrollo no tomo en cuenta la educación especial. Solo se baso en la renovación de las aulas de clases así como en la capacitación de los alumnos a nivel técnico. "La consolidación del programa presidencial exige llevar a sus consecuencias más profundas las directrices contenidas en el acuerdo Nacional para la modernización de la educación Básica, y dar respuesta a las exigencias de un crecimiento económico y social de Puebla mediante en énfasis en la formación técnica y la capacitación para el trabajo"⁶¹

Esto no quiere decir que no le dio una atención a las personas con alguna discapacidad ya que en su administración se inicia el 15 de marzo de 1996 el Instituto para la Asistencia Pública del Estado de Puebla (IAPEP) el cual es un organismo público descentralizado del gobierno del estado.

A nivel municipal en 1996 el Licenciado Rafael Cañedo Benítez dentro de su gestión no hace mención a los alumnos de educación especial por no estar dentro de sus programas de asistencia social.

En el plan estatal de desarrollo 1999 al 2005 el Licenciado Melquíades Morales Flores le da mayor importancia a las personas con alguna discapacidad, tanto en la escuelas como en la sociedad; buscando una integración laboral, que impulsa la investigación tanto para prevenir como para rehabilitar y así mejorar la calidad de vida de la persona discapacitada y su familia.

Fundando para la rehabilitación física de los niños Casa de Ángeles inaugurado el 22 de mayo del 2002 estando al frente la señora Ma. del Socorro Alfaro de Morales, esta institución apoya a los niños con discapacidad física y cuenta con un albergue y el Centro de Rehabilitación Integral Infantil (CRII).

En el Programa Integral de Desarrollo Educativo señala que la demanda de apoyo en educación especial es mucha por lo que no es suficiente el apoyo brindado por tal motivo el problema de dar una educación a niños que presenten algún tipo de discapacidad aumenta. Esto se ve mediante las cifras

⁶¹ Plan estatal de desarrollo del estado de Puebla 1993-1999 pp. 106

dadas en ese mismo documento las cuales señala que los niños atendidos en el ciclo escolar 1997-1998 solo fueron el 15% de la población demandante. "la Secretaría de educación Pública logró atender en el ciclo escolar 1997-1998 a 13 mil 795, que corresponde aproximadamente al 15% de la población demandante."⁶²

Esto nos hace ver que a pesar de que existan los centro de educación especial como los 32 Centros de Atención Múltiple (CAM), 67 Unidad de Servicios y Apoyo a la Educación Regular (USAER) en todo el Estado de Puebla existe una mayor demanda para estos servicios los cuales aun cuando brindan una atención es insuficiente tanto las instalaciones como el personal.

Otro punto que en este programa del gobierno del estado de Puebla del periodo 1999-2005 se menciona es que todos los niños que tengan educación especial se tomara como si fuese educación básica, para así dar más alternativas de integración a todos estos niños y darles las mismas oportunidades que a los demás. "la política educativa nacional genero la oportunidad de innovar y transformar la atención de sus servicios en el sentido de convertirse en una modalidad de la educación básica, estableciendo toda una gama de opciones para integrar a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales a la escuela regular"⁶³

⁶² Programa Integral de Desarrollo Educativo 1999-2005 pp.8

⁶³ Ibidem pp.8

CAPÍTULO IV

INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL CON PADRES O TUTORES DE NIÑOS AUTISTAS

Trabajo Social va a contribuir en la aceptación del niño autista teniendo un acercamiento mediante el trabajo con los familiares; realizando una entrevista que permitió conocer su dinámica familiar, en que condiciones es aceptado el niño en la familia, saber hasta donde la familia interviene, en el tratamiento de su hijo. Y así poder dar una mejor orientación de los niños autistas.

La familia juega un papel importante en el crecimiento y tratamiento del niño para mejorar su calidad de vida. La familia lo apoya moral, económicamente transmitiendo valores y brinda su amor incondicionalmente. "la familia es la matriz de la identidad y del desarrollo psicosocial de sus miembros, y en este sentido debe acomodarse a la sociedad y garantizar la continuidad de la cultura a la que responde."⁸⁴

Existen dos tipos de familia formada una de ellas por papá, mamá e hijos nombrada familia nuclear o de origen, la segunda sería la familia extensa o conjunta la cual esta formada por el papá, mamá, hijos, abuelos, tíos. "Familia nuclear: conformada por dos generaciones, padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad. Familia extensa o conjunta: está integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales."⁸⁵

El trabajador social puede hablar con la familia para orientar en como pueden tratar a su hijo para que así también el niño se empiece a señalar los límites de las cosas y acciones que puede realizar este puede ser efectuando grupos de apoyo con los padres de familia.

Es importante tener una buena comunicación con el equipo de trabajo como lo sería los psicólogos y terapeutas para así darles a conocer hasta donde pueden tener el apoyo de la familia.

⁸⁴ Quintero Velásquez Angel María, Trabajo social y procesos familiares 1997, pp. 18

⁸⁵ *Ibid* pp. 19

Las funciones que el trabajador social va a realizar son: investigar, orientar, organizar, educar e informar.

4.1.- Entrevista para diagnóstico social a padres de familia o tutores del niño autista.

En la entrevista se pretende conjuntar algunas pruebas para así poder realizar un diagnóstico social por medio de este instrumento se contemplara la situación del niño autista y se valorara su calidad de vida. Tomando en cuenta los instrumentos DSM IV, Historia Sensorial y Escala de medición para niños autistas, con la intención de integrar la valoración de Trabajo Social.

A través de tomar los datos generales del niño en los que se encuentra su edad, fecha de nacimiento, sexo, posteriormente el nombre del padre o tutor la edad de este su ocupación, estado civil, escolaridad el domicilio y teléfono si lo tienen, posteriormente se conocerá el tipo de comunicación que tiene la familia si es buena o mala.

También es importante saber el tiempo que le dedican al niño así como quien es la persona que se encuentra mas tiempo con el, posteriormente se integraron una serie de preguntas con respecto a la interacción que tiene el niño con las demás personas.

Como a la familia afectó la noticia del padecimiento del niño la relación familiar, aceptación, si cuenta con la información necesaria acerca de este trastorno, de que tipo de autismo tiene el niño, si tiene otro padecimiento. Cual es la estructura familiar, los ingresos y egresos.

Posteriormente se realizan preguntas acerca del material de construcción de la casa el tipo de mobiliario con el que cuentan, los servicios públicos, cual es el punto de vista de los padres acerca del medio en el que se desenvuelve el niño terminando esa primera parte con observaciones.

Más adelante se reintegraron las pruebas antes mencionadas realizándoles modificaciones para facilitar el manejo de estas, dentro de las cuales se toma en cuenta la forma de desenvolverse con las demás personas su manera de comunicarse verbal o no verbal, de moverse, su sensibilidad, tacto, gusto, olfato, visual, auditiva, intelectualmente entre otras concluyendo con el diagnóstico social.

ENTREVISTA PARA PADRES O TUTORES DE NIÑOS AUTISTAS

Nombre del niño: _____

Edad: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura

Domicilio: _____

Teléfono: _____

1.- La comunicación de su familia con el niño(a) es:

Abierta Fragmentada Nula

2.- ¿Quién pasa más tiempo con su hijo(a)?

Padre Madre Hermanos

¿Por qué? _____

3.- ¿Cuánto tiempo le dedica a su hijo(a)?

de 1 a 3 hrs. 4 a 6 hrs. 6 a 12 hrs. 12 hrs. en adelante

4.- No hay evidencia de anomalía o dificultad para relacionarse con la gente: La conducta es apropiada para su edad. Se puede mostrar cauteloso, inquieto o irritado al principio cuando se le habla o lo están observando pero un comportamiento típico.

4 y 5

5.- Relaciones con la gente medio anormales: El niño Puede evitar mirar a los ojos del adulto, evita que el adulto interactúe con él mostrándose inquieto o irritado. No tiene una respuesta típica hacia el adulto o se adhiere al adulto. Sus respuestas no van de acuerdo a su edad cronológica.

5 y 6

6.- Relaciones con la gente moderadamente anormales: El niño durante toda la sesión se muestra totalmente ajeno a la presencia del adulto. Es persistente en sus conductas y hay que llamar constantemente su atención. Algunas veces se logra un mínimo contacto con él.

6 y 7

7.- Relaciones severamente anormales: El niño se muestra ajeno a lo que el adulto hace. Nunca responde o inicia contacto con el adulto. Únicamente con persistencia se logra tener algo de atención del niño o alguna respuesta.

8.- ¿Como repercutió en su familia el que su hijo sea autista?

9.- ¿Se vio afectada su relación de pareja?

Sí No por que _____

10.- ¿Considera que hay aceptación plena de todos los integrantes de su familia para con su hijo?

Sí No por que _____

11.- ¿Tiene la suficiente información acerca de este síndrome para entender mas la situación de su hijo?

Sí No

12.- ¿Qué tipo de autismo tiene su hijo?

Grave Moderado Intermedio

13.- ¿Aparte del autismo su hijo tiene algún otro padecimiento?

Déficit de atención Hiperactividad Retraso Mental Epilepsia Otros

14.- ¿Ha acudido a otra institución a pedir ayuda para el tratamiento de su hijo?

Sí No cuál _____

ESTRUCTURA FAMILIAR:

Nombre	Parentesco	Edad	Edo. Civil	Ocupación	Ingresos

EGRESOS:

Alimentación:	Educación:
Renta:	Otros: Terapias:
Luz:	Condado:
Agua:	Equinoterapia:
Gas:	Patinaje en hielo:
Teléfono:	Medicamentos:
Transporte:	Consultas:
Vestido:	
	TOTAL:

15.- La casa donde vive es:

Rentada Prestada Propia

16.- De que material esta construida su casa:

Concreto Adobe Ladrillo Material mixto

17.- ¿Cuántos cuartos tiene?

Uno dos tres Más

18.- Mobiliario:

<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Televisor	<input type="checkbox"/> Modular
<input type="checkbox"/> Refrigerador	<input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Licuadora
<input type="checkbox"/> Plancha	<input type="checkbox"/> Lavadora	<input type="checkbox"/> Calentador de gas
<input type="checkbox"/> Sala	<input type="checkbox"/> comedor	<input type="checkbox"/> Baño

19.- ¿Cuenta con servicios públicos?

Si No

20.- ¿Cree que el interés para ayudar a su hijo a la integración de algún tratamiento depende de la situación económica?

Si No Por que _____

21.- ¿Cree que es benéfico para su hijo el medio social en el que convive diariamente?

Si No Por que _____

OBSERVACIONES:

* Instrumento aplicado por psicología

I.-Medidas para diagnosticar el autismo.

1.1.-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.

SI NO

b).- Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas con compañeros al nivel del desarrollo.

SI NO

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

SI NO

d).- Falta de reciprocidad social o emocional.

SI NO

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

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

1.3.- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivos o estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

a).- Preocupación absorbente por uno o mas patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, ya sea en su intensidad o en su objetivo.

SI NO

b).- Adhesión aparentemente inflexible a rituales específicos, no funcionales.

SI NO

c).- Manerismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).

SI NO

d).- Preocupación persistente por partes de objetos.

SI NO

2.- Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparecen antes de los tres años de edad:

a).- Interacción social.

SI NO

b).- Lenguaje utilizado en la comunicación social.

SI NO

c).- Juego simbólico o imaginativo.

SI NO

II.-Sensibilidad del niño.

Nomenclatura: F = frecuentemente

A = algunas veces

N = no lo hace

2.1.- Vestibular (información sobre movimiento y gravedad)

a).-Se mece mientras esta sentado:

F A N

b).-Le gusta que lo lancen al aire:

F A N

c).-Le teme a las alturas:

F A N

d).-Le gustan los carruseles:

F A N

e).-Se mareo en automóvil:

F A N

f).-Le gusta ser mecido o le gustaba de pequeño:

F A N

g).-No le teme al movimiento o a caerse:

F A N

h).-Brinca mucho:

F A N

i).-Buen balance:

F A N

j).-Teme al movimiento:

F A N

k).-Gira y da vueltas mas que otros niños:

F A N

l).-Prefiere juegos tranquilos:

F A N

m).-Prefiere juegos activos:

F A N

n).-Se sube a muebles o sitios altos:

F A N

2.2.-Táctil.

a).-Evita cosas sucias:

F A N

b).-Lo irritan ciertas ropas o ciertas texturas:

F A N

c).-Le molestan los toques inesperados:

F A N

d).-Prefiere tocar:

F A N

e).-Prefiere que lo toquen

F A N

f).-Se golpea la cabeza a propósito:

F A N

g).-Examina objetos colocándolos dentro de su boca:

F A N

h).-Le molesta que le laven o limpien la cara:

F A N

i).-Rechaza ser tocado:

F A N

j).-Le molesta que lo abracen:

F A N

k).-Evita usar las manos por largos periodos:

F A N

l).-Pellizca, muerde o lástima de otra manera a otros:

F A N

m).-Tiende a sentir menos dolor que los demás:

F A N

n).-Se aleja de otros niños:

F A N

ñ).-Es excesivamente cosquilludo

F A N

o).-Le molesta que le corten las uñas:

F A N

p).-Busca muchas caricias:

F A N

q).-Le molesta que le corten el pelo:

F A N

r).-Le gusta o disgusta severamente la consistencia de los alimentos:

F A N

s).-Le molesta que le laven el cabello:

F A N

t).-Quiere tocar todo:

F A N

2.3.-Propio perceptivo (sensibilidad profunda del cuerpo)

a).-Mantiene sus manos en posiciones extrañas:

F A N

b).-Camina de puntillas (o lo hacia de pequeño):

F A N

c).-Gatea sobre el abdomen más que con las manos o rodillas:

F A N

d).-Salta de una posición a la siguiente, no siendo capaz de moverse lentamente de una a otra posición:

F A N

e).-Le gusta sentir su cuerpo con sensaciones bruscas o fuertes (abrazos, golpes, etc.):

F A N

f).- Buena coordinación con objetos pequeños (ejemplo lápices, botones):

F A N

g).-Caminó sin tener que gatear o gateo muy poco:

F A N

2.4.-Auditiva.

a).-Responde negativamente a ruidos inesperados o ruidos fuertes:

F A N

b).-Pierde oír algunos sonidos:

F A N

c).-Parece gustarle los sonidos raros o hacer ruidos fuertes:

F A N

d).-Le gusta la música:

F A N

e).-Usa aparato para oír:

F A N

f).-Le gusta hacer ruidos golpeando objetos:

F A N

g).-No parece oír porque esta concentrado con la vista:

F A N

h).-Tiene dificultad para poner atención cuando hay otros ruidos cerca:

F A N

i).-Parece confundirse de la dirección de los sonidos:

F A N

j).-Aparenta tener dificultades para oír:

F A N

k).-Le diagnosticaron pérdida del oído:

F A N

2.5.-Visual.

a).-Invierte al copiar:

F A N

b).-Ve muy de cerca y atentamente los dibujos o los objetos:

F A N

c).-Se pone nervioso cuando hay variedad de objetos visuales:

F A N

d).-Tiene dificultad para afocar objetos cercanos:

F A N

e).-Tiene dificultad para mantener la mirada con otra persona:

F A N

f).-Identifica visualmente logotipos o letreros:

F A N

g).-Algunas veces sacude la cabeza de manera torpe:

F A N

h).-Le molestan los zapatos o sensaciones en contacto con sus pies:

F A N

i).-Teme a la oscuridad:

F A N

j).-Es más feliz en la oscuridad:

F A N

k).-Tiene dificultad para diferenciar formas y colores:

F A N

l).-Se resiste a que le cubran los ojos:

F A N

m).-Tiene dificultad para afocar objetos lejanos:

F A N

n).-Usa lentes:

F A N

ñ).- Tiene dificultad para seguir un objeto a través del cuarto:

F A N

o).-Le gusta observar objetos que tienen movimiento:

F A N

p).-Tiene dificultad para seguir un objeto situado cerca de el / ella:

F A N

2.6.-Gustativa olfativa.

a).-Actúa como si toda la comida le supiera igual:

F A N

b).-No le gusta de la comida cierta consistencia:

F A N

c).-Distingue olores:

F A N

d).-Ignora olores desagradables:

F A N

e).-Se provoca el vomito con ciertos alimentos:

F A N

f).-Mastica objetos no comestibles:

F A N

g).-Tiene antojos no usuales por ciertos alimentos:

F A N

h).-Explora oliendo:

F A N

i).-Reacciona negativamente al olor:

F A N

III.-Pautas para evaluar al niño autista.

3.1.-Imitación.

a).-Imitación apropiada:

El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos de forma apropiada y de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.

a y b

b).-Imitación medio anormal:

El niño imita conductas como aplaudir o repetir tonadas. En ocasiones imita después de muchas repeticiones o de forma retardada.

b y c

c).- Imitación moderadamente anormal:

El niño imita pocas cosas, o lo hace únicamente con la ayuda de un adulto o con la persistencia del mismo, frecuentemente imita de forma retardada.

c y d

d).-Imitación severamente anormal:

El niño rara vez o nunca imita sonidos, palabras o movimientos sin la ayuda de un adulto.

3.2.-Respuesta emocional.

a).-Respuesta emocional apropiada a la edad y a la situación:

El niño muestra una respuesta emocional apropiada o esperada con cambios en la expresión facial, postura y ademanes .

a y b

b).-Respuesta emocional media anormal:

El niño ocasionalmente muestra una respuesta emocional inapropiada o inadecuada. Sus reacciones algunas veces no se relacionan con el objeto o con los eventos que ocurren a su alrededor.

b y c

c).-Respuesta emocional moderadamente anormal:

El niño muestra definitivamente signos inapropiados de respuesta emocional sus reacciones pueden ser tranquilas e inhibidas o excesivas, sin relación alguna a la situación. Puede hacer muecas, reír o ponerse rígido aun cuando aparentemente la emoción producida no lo amerite.

c y d

d).-Respuesta emocional severamente anormal:

Raramente tiene respuestas apropiadas a la situaciones, una ves que el niño responde de determinada manera es difícil de cambiar la forma de respuesta.

3.3.-Relación con objetos

a).- Interés y uso apropiado de juguetes y otros objetos:

El niño muestra un interés normal y uso apropiado de juguetes y otros objetos

a y b

b).-Interés y uso medio inapropiado de juguetes y otros objetos:

El niño puede mostrar un interés atípico por algunos objetos o un uso inapropiado de los juguetes. (ejemplo golpearlos y lamerlos)

b y c

c).-Interés y uso moderadamente inapropiado de juguetes y otros objetos:

El niño puede mostrar poco interés por los juguetes y otros objetos, o puede preocuparse por el uso de un juguete u objeto de una manera extraña. Puede concentrarse en alguna parte insignificante de un juguete o fascinarse por una parte pequeña del objeto, mover repetidamente alguna parte del objeto o jugar exclusivamente con un objeto.

c y d

d).-Interés severamente inapropiado en el uso de juguetes y otros objetos:

El puede enajenarse en la misma actividad con mucha frecuencia e intensidad. Es difícil distraerlo cuando se encuentra en su actividad enajenante.

3.4 Adaptación a los cambios.

a).-Repuesta a los cambios apropiados a su edad:

Cuando el niño nota o se le comenta sobre cambios en su rutina, los acepta sin molestia sin mostrar desacuerdos o enojo.

a y b

b).-Adaptación media anormal a los cambios:

Cuando el adulto trata de cambiar las tareas el niño puede continuar con la misma actividad o seguir usando el mismo material.

b y c

c).-Adaptación a los cambios moderadamente anormal:

El niño se resiste activamente a los cambios en su rutina. Trata de continuar la actividad y es difícil distraerle. Puede enojarse y ponerse ansioso si se le altera su rutina.

c y d

d).-Adaptación a los cambios severamente anormal:

El niño muestra una severa reacción a los cambios en su rutina. Si el cambio es forzado ellos se muestran extremadamente enojados no cooperan o responden con berrinches.

3.5 Miedo o nerviosismo.

a).-Respuesta normal de miedo o nerviosismo:

La conducta del niño es apropiada a la situación y adecuada a su edad.

a y b

b).-Miedo o nerviosismo medianamente anormal:

El niño ocasionalmente muestra mucho o muy poco temor o nerviosismo comparado con la relación de un niño normal en una situación similar.

b y c

c).-Miedo o nerviosismo moderadamente anormales:

El niño muestra comúnmente una respuesta inapropiada a este tipo de estímulos, puede sobre reaccionar con excesos de llanto o no llorar aun cuando la situación lo amerite, la mayoría de las veces sus respuestas no van de acuerdo a las de su edad.

c y d

d).-Miedo o nerviosismo severamente anormal:

El llanto persiste aun cuando el evento haya pasado, es extremadamente difícil calmarlo o reconfortar al niño. El niño se muestra totalmente inconsistente en su nivel de respuesta.

3.6 Nivel de actividad.

a).-Nivel de actividad adecuado a las circunstancias y a su edad:

El niño no tiene ni mas ni menos actividad que un niño normal de su misma edad, en situaciones similares.

a y b

b).-Nivel de actividad medio anormal:

El niño se puede mostrar o muy activo o muy pasivo con movimientos lentos el nivel de actividad o de pasividad interfiere totalmente con su rendimiento.

b y c

c).-Nivel de actividad moderadamente anormal:

El niño se puede mostrar totalmente activo con una gran dificultad para controlarlo. Busca un nivel de energía desbordante y no logra dormir en las noches. Contrariamente el niño se puede mostrar aletargado y necesitar una gran ayuda para moverse

c y d

d).-Nivel de actividad severamente anormal:

El niño se muestra demasiado activo o inactivo o puede variar constantemente de un estado a otro.

3.7 Nivel y consistencia de respuesta intelectual

a).-La inteligencia es normal y razonablemente consistente entre las diversas áreas:

El niño es tan inteligente como cualquier otro niño de su edad, no muestra nada inusual al resolver problemas o utilizar su inteligencia.

a y b

b).-Función Intelectual medio anormal:

El niño no es tan inteligente como cualquier niño de su edad, sus habilidades parecen un poco retrasadas en algunas áreas.

b y c

c).-Función intelectual moderadamente anormal:

En general el niño puede funcionar cerca de lo normal en una o mas áreas intelectuales.

c y d

d).-Funcionamiento intelectual severamente anormal:

Aunque el niño por lo general no es tan inteligente como el niño típico de su edad en algunas áreas se encuentra más avanzado que un niño de su misma edad

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

4.2.-RESULTADOS Y ANÁLISIS

Los resultados obtenidos a través de la entrevista realizada a los padres de familia de los niños autistas de la escuela V.A.L.O.R.A. (Vínculos de Apoyo para Lograr la Recuperación Autista) en la ciudad de Puebla en el año 2003 dan a conocer que la población que existe en esa escuela es de ocho niños y una niña, con una edad presentada entre cuatro y diez años. El autismo que presentan estos niños se encuentra entre moderado e intermedio,

Cuadro 6

EDAD DEL NIÑO	
EDAD	FRECUENCIA
4	1
5	2
6	1
7	3
10	2
TOTAL	9

Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

El desequilibrio emocional que ocasiona a la familia el saber que su hijo es autista, no siempre se acepta, sin embargo se empieza a dar el tratamiento lo que ocasiona que la economía familiar se vea afectada; los niños que se atienden mejoran algunas áreas como su motricidad en su sensibilidad, aceptación a los cambios.

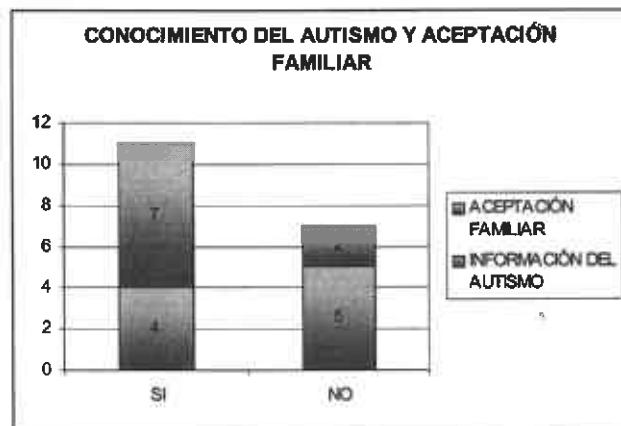
Grafica 3



Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

De la población obtenida la manera en que repercutió el tener un niño autista es: tres familias comentaron en lo económico y las demás dijeron que en su modo de vida, rechazo, unión, en la recuperación del niño, llevándonos estos comentarios a la aceptación familiar.

Grafica 4

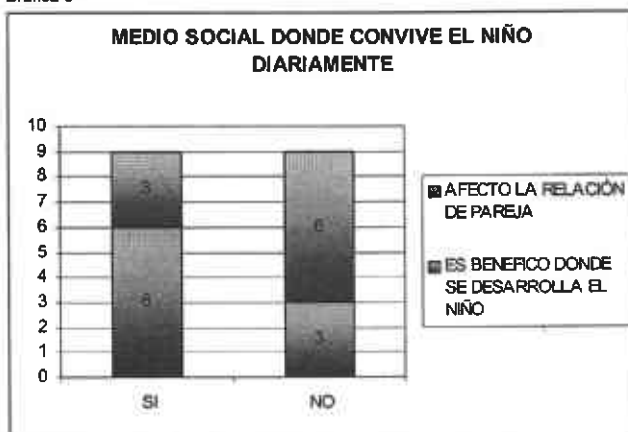


Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

De los nueve casos, cinco familias no tienen información sobre el autismo y cuatro si de las cuales siete familias si aceptan al niño y dos no; lo cual quiere decir que aunque las familias no tengan conocimiento sobre el autismo no les impide aceptar al niño.

Otro de los datos que tiene relevancia es la relación que existe entre los padres debido a que la relación intra familiar es el principal factor para que el niño autista, empiece a relacionarse mejor, permitiendo su adaptación al medio social que lo rodea, el interés y la importancia que se le otorgue al niño autista será lo que lo lleve a una pronta adaptación al medio.

Grafica 5



Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

En esta grafica se observa como de las nueve familias seis consideran que el ambiente que rodea al niño es benéfico y tres opinan que no. Seis dicen que no afecto su relación de pareja y tres que si. Esta comparación indica que al no haber afectado la relación de pareja, el ambiente que rodea al niño es favorable, en la mayoría de la población.

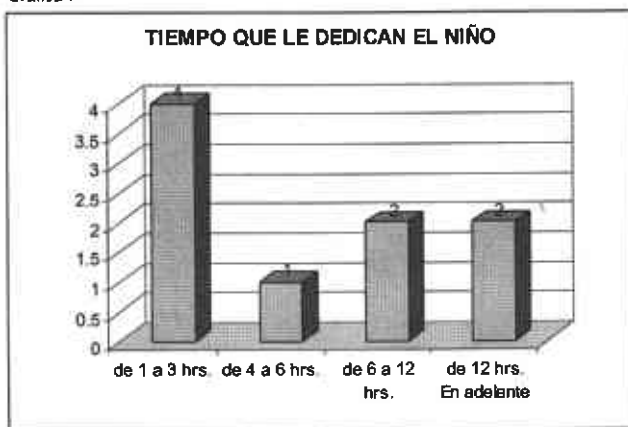
Grafica 6



Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

Aquí se muestra que la madre es la que pasa mayor tiempo con el niño debido a que ella es la que se encarga de llevarlo a las terapias y solo uno pasa el mayor tiempo con la abuela debido al trabajo de tiempo completo de la mamá.

Grafica 7



Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

Se puede observar que el tiempo dedicado al niño de cuatro entrevistas es de una a tres horas, una de cuatro a seis horas y las otras cuatro le dedican al niño de seis a más horas.

Posteriormente en la entrevista se realiza un estudio socioeconómico para saber cual es la situación económica de las familias, para así poder elaborar una tabla que nos de a conocer el nivel económico de cada familia.

Cuadro 7

DEPENDENCIA ECONÓMICA							
FOLIO	DE QUIEN DEPENDE	EDAD DEL TUTOR	OCUPACION	INGRESO T.	EGRESO T.	DIFERENCIA	NIVEL ECO.
1	Papá	37	pintor de casas	\$ 2,400.00	\$ 4,075.00	- \$ 1,675.00	De 1-2 salarios M.
2	ambos	29 y 26	Investigador, medico	\$12,000.00	\$ 7,100.00	+ \$ 4,900.00	De 10-11 salarios M.
3	Papá	32	chofer	\$ 3,500.00	\$ 5,493.00	- \$ 1,993.00	De 3-4 salarios M.
4	Mamá	30	empleada	\$ 4,000.00	\$ 5,757.00	- \$ 1,757.00	De 3-4 salarios M.
5	Papá	42	empleado	\$15,000.00	\$ 10,130.00	+ \$ 4,870.00	Más de 11 salarios M.
6	Papá	36	empleado	\$ 4,000.00	\$ 3,290.00	+ \$ 710.00	De 3-4 salarios M.
7	ambos	34 y 30	cartero, estilista	\$ 3,500.00	\$ 4,565.00	- \$ 1,065.00	De 3-4 salarios M.
8	Papá	27	comerciante	\$12,000.00	\$ 6,810.00	+ \$ 5,190.00	De 10-11 salarios M.
9	Mamá	41	enfermera	\$ 8,200.00	\$ 5,836.00	+ \$ 2,364.00	De 7-8 salarios M.

Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

Esta tabla se elaboro basándose en el salario mínimo que se encuentra en la ciudad de Puebla para el año 2003; del cual dependiendo de los salarios mínimos que tiene la persona de ingresos se toma un rango de 0 a 1, 1-2, 3-4, 5-6, 7-9, 9 a más de 10 para así determinar el nivel económico.

Cuadro 8

NIVEL ECONÓMICO SEGÚN SALARIO MÍNIMO	
SALARIO \$38.30	MONTO
1	\$ 1,149.00
2	\$ 2,298.00
3	\$ 3,447.00
4	\$ 4,596.00
5	\$ 5,745.00
6	\$ 6,894.00
7	\$ 8,043.00
8	\$ 9,192.00
9	\$ 10,341.00
10	\$ 11,490.00
11	\$ 12,639.00

Fuente: Entrevista para padres o tutores de niños autistas.

Esta tabla también fue elaborada debido a las necesidades que tenía la escuela V.A.L.O.R.A. ya que esta al ser un escuela que apenas se esta integrando para dar sus servicios a niños autistas es necesario que tenga una base para poner sus cuotas, sin embargo es importante mencionar que estas son valoradas posteriormente con la directora y subdirectora para así darle a conocer la mensualidad al padre de familia.

Como se menciona en el capítulo anterior se modificaron algunos Instrumentos los cuales se aplicaron a todos los niños de V.A.L.O.R.A. para saber si son autistas los cuales por medio de los resultados obtenidos todos son autistas por lo que se pudo elaborar un diagnóstico único de Trabajo Social.

El cual esta integrado por una valoración del diagnóstico para saber si son o no autistas o bien si tienen otro tipo de trastorno generalizado del desarrollo y por un diagnóstico social. Y así saber cual es la situación del niño autista y con ello valorar su calidad de vida.

Con respecto al diagnóstico social este se redactara de acuerdo a la situación de cada persona como se muestra en los siguientes ejemplos:

□ NOMBRE: Oswaldo Daniel Vázquez Guillén

EDAD: 7 a. FECHA DE NACIMIENTO: 24-abril-1996

RESPONSABLE: Ana María Guillén Morales

EDAD: 32 a.

OCUPACIÓN: Ama de casa

ESTADO CIVIL: Casada

ESCOLARIDAD: Bachillerato

DIRECCIÓN: Calle allende 6585 col. Vicente Guerrero

TELEFONO: 8-66-17-49

Proviene de familia nuclear, autista, aislado por su hermana, la casa donde viven es prestada, con problemas económicos dependiendo económicamente de su papá con un trabajo no estable, siendo sus egresos mayores a sus ingresos cubriendo esta diferencia pidiendo prestado. Este desequilibrio económico surge a partir de que la mamá deja de trabajar iniciando una búsqueda para saber que es lo que su hijo tiene.

Ingresando a V.A.L.O.R.A. esperando que mediante las terapias el niño mejore su calidad de vida mediante una independencia en su vida diaria. Para empezar a tener un progreso al niño inicia su terapia con estimulación temprana, manual de entrenamiento PECS y TEACCH de los cuales del primero solo realizaba hasta la fase 1-el intercambio físico y del TEACCH habilidades motoras generales (mantener el equilibrio en un solo pie, agacharse, y tocarse los dos pies), habilidades motoras específicas (trabajo con botones y cierres), integración ojo mano (ordenar cuentas, trabajo con rompecabezas), desempeño cognoscitivo (relaciona objetos por color, tamaño y forma, clasifica objetos del mismo nombre, sigue indicaciones verbales sentado, ven, dame, parado), auto ayuda (ya se empieza a quitar el pantalón y la camisa, ya no necesita de ayuda para ir al baño), sociabilidad (empieza a esperar su turno, a mirar a las personas cuando se le indica así como a llevar objetos a otras personas), comportamiento (disminuyeron la frecuencia e intensidad de berrinches), patinaje en hielo, y la institución cuenta con apoyo del DIF municipal dándoles Equinoterapia.

□ NOMBRE: Iván Toxqui Rosales

EDAD: 10 a.

FECHA DE NACIMIENTO: 8-septiembre-1992

RESPONSABLE: Olivia Rosales Rojas

EDAD: 30 a.

OCUPACIÓN: Empleada

ESTADO CIVIL: Soltera

ESCOLARIDAD: Secundaria

DIRECCIÓN: Calle Comanfor 4 A interior 1

TELEFONO: -----

Proviene de familia extensa, hijo único, autista con retraso mental, depende económicamente de su mamá la cuál es madre soltera, la casa donde vive es rentada, sus egresos son mayores a sus ingresos cubriendo esa diferencia pidiendo prestamos en su trabajo o a su hermano, el niño es aceptado por su familia, cuidado por su abuelita o tío cuando su mamá esta trabajando.

Al ingresar a V.A.L.O.R.A. esperan que el niño mejore al realizar actividades cotidianas, la terapia que tiene inicia con estimulación temprana, manual de entrenamiento PECS y TEACCH de los cuales del primero solo empieza a realizar hasta la fase 1-el intercambio físico y del TEACCH habilidades motoras generales (empieza a mantener el equilibrio en un solo pie, agacharse, tocarse los pies), habilidades motoras específicas (empieza a desabotonar y manejar cierres), Integración ojo mano (trabaja con rompecabezas con ayuda), desempeño cognoscitivo (empieza a seguir indicaciones verbales: siéntate, ven, da), Auto ayuda (empieza a ponerse y quitarse pantalón y camisa), sociabilidad (mira a los adultos cuando se le indica), comportamiento (disminuyeron la frecuencia de berrinches), patinaje en hielo, y la institución cuenta con apoyo del DIF municipal dándoles Equinoterapia.

□ NOMBRE: Etzel Limón Corona

EDAD: 5 a.

FECHA DE NACIMIENTO: 18-enero-1998

RESPONSABLE: Mayra Elizabeth Corona Moreno

EDAD: 28 a.

OCUPACIÓN: Medico

ESTADO CIVIL: Casada

ESCOLARIDAD: Licenciatura

DIRECCIÓN: 8 retorno de la 3d sur Edif. 7 departamento A Infonavit Loma Bella

TELEFONO: _____

Proviene de familia nuclear, hijo único, autista, aceptado, económicamente estable, la casa donde viven es rentada, depende económicamente de ambos padres, aunque ambos trabajan quien esta al cuidado del niño es la mamá debido a que su trabajo tiene la accesibilidad de manejar su horario.

Entra a V.A.L.O.R.A. esperando una recuperación de su hijo, entenderlo más y que el niño pueda manejarse por el mismo. Su terapia consta del manual de entrenamiento PECS y TEACCH el primero en la fase 1 intercambio físico dar figuras, discriminación de figuras y del TEACCH imitación (sonidos, repite palabras simples hola, nombre de objetos), percepción (copia diseños verticales, horizontales y pirámides con los dados, relaciona colores y formas), habilidades motoras generales (mantiene el equilibrio en un solo pie, agacharse, y tocarse los pies), habilidades motoras específicas (empieza a trabajar con botones y cierres), integración ojo mano (trabaja con rompecabezas), desempeño cognoscitivo (empieza a relacionar las cosas por color, forma y tamaño, sigue indicaciones verbales sentado, ven, dame), cognición verbal (empieza a responder preguntas con ayuda ¿que es esto?, ¿qué quieres?), sociabilidad (empieza

a esperar su turno, mira a los adultos cuando se le indica), comportamiento (empieza a disminuir la frecuencia e intensidad de los berrinches).

CONCLUSIONES

Conclusiones.

Por la investigación realizada y los resultados obtenidos a través de las entrevistas a los padres de familia de niños autistas. Se encuentra que el autismo es un trastorno generalizado del desarrollo, el cuál a pesar de tener avances significativos para poder entender este problema todavía no existe la información necesaria para saber cual es la causa de este trastorno.

La dificultad que presentan estas familias son: no saber por que su hijo es diferente a los demás, no tener una respuesta adecuada de lo que tiene su hijo, no conocer el padecimiento debido a la poca información que hay del autismo, ya que este trastorno es diagnosticado frecuentemente como: sordos, sordomudos, necio, mal educado, consentido y los padres están mal informados sin saber a donde acudir.

Este tipo de padecimiento afecta tanto a la dinámica familiar como su economía debido a un constante peregrinar con diferentes médicos e instituciones para ver que es lo que le pasa a su hijo, por que su comportamiento no es parecido al de los otros niños, posteriormente al detectarse el autismo empieza el gasto que se realiza con medicamentos, consultas terapéuticas y neurológicas entre otras.

Los padres están preocupados como y quién pueden ayudar a su hijo, descuidando su compromiso con sus otros hijos y la dinámica familiar se empieza a modificar, provocando un desequilibrio emocional en todos los miembros. Esto no quiere decir que no acepten al niño al contrario según los resultados obtenidos con la entrevista realizada a los padres de familia nos arroja que la forma en que repercutió en la familia el niño autista es aceptación por esta, pero se descuida todo lo demás, otros padres comentan que los unió mas como familia, modifico su forma de vida (socialmente) y por último pensaron en la recuperación.

Al mencionar los problemas familiares también es necesario hablar de las dificultades sociales las cuales empiezan debido a que no saben que es autismo, no se identifica como es el niño autista y su comportamiento. Un ejemplo sería cuando la familia realiza una actividad fuera de su hogar el niño autista

tiene reacciones agresivas, esto se debe a que están interrumpiendo su aislamiento propio de este trastorno por lo que las demás personas no sabrán por que actúa de esa forma y por que su familia lo deja comportarse así.

En esos momentos las personas que se encuentran cerca, al ver que físicamente es como todos los niños lo empiezan a calificar como un niño berrinchudo, caprichoso, consentido sin saber que el niño presenta un trastorno generalizado del desarrollo.

Es importante mencionar que los niños autistas a pesar de que hayan mejorado a través de sus terapias, teniendo una educación adecuada a sus necesidades y puedan realizar actividades para ser independientes siempre van a tener que contar con una vigilancia en la realización de sus actividades.

En este trabajo de investigación se presenta una entrevista adaptada para el ingreso y atención a los niños autistas, tomando en cuenta las necesidades requeridas por la institución donde se llevo a cabo esta investigación así como también las prioridades que como trabajador social son importantes, en base a los instrumentos que diagnostican el autismo. Y así unificar lo social con lo psicológico formando un solo diagnóstico. El cual al ser leído por el equipo de trabajo será más factible saber cuál es la disponibilidad de la familia para con el niño tanto emocional, afectiva, económica, dentro de su entorno social y con las terapias, para así saber de que forma se puede ir avanzando en el tratamiento del niño.

Esta entrevista esta compuesta en cinco segmentos:

- El primero son los datos generales del niño y del padre o tutor.
- Segundo se encuentra como es el entorno familiar, la comunicación entre los miembros de la familia y como esta conformada la estructura familiar; siendo este uno de los puntos más importantes para trabajo social debido a que la familia es su mayor apoyo con el que puede contar una persona en especial si se trata de un niño con algún problema físico o mental. Por lo que mediante las preguntas que se encuentran en esta entrevista se puede dar cuenta de cuál es la relación que existe dentro el entorno familiar.

- La tercera sección se encuentra el estudio socioeconómico en la que por medio de este se elaboro una tabla de dependencia económica la cual observamos cuales son los ingresos y egresos de cada familia así como también de una diferencia económica es decir se señala si la familia gasta más de lo que gana o viceversa o bien tanto sus ingresos como egresos son equitativos; después de sacar la diferencia se realizo una tabla del nivel económico según el salario mínimo que se encuentra en la ciudad de Puebla, tomando una escala de cero a más de diez salarios mínimos arrojando así el nivel económico de cada familia.

- En la penúltima parte se encuentran las pruebas para diagnosticar el autismo estas pruebas dan a conocer si los niños eran o no autistas esto es a través de presentar por lo menos dos características dadas en cada pregunta de la prueba medidas para diagnosticar el autismo. En la prueba sensibilidad del niño en esta debemos de tomar en cuenta que tan frecuentemente realiza o tiene características autistas el niño o bien si no las tiene. En la prueba pautas para evaluar a un niño autista se puede tomar en cuenta la característica que más se acerca al comportamiento del niño a diferencia de las demás en esta se pueden tomar dos respuestas dependiendo cual sea la más aproximada al comportamiento del niño.

- Por último se encuentra el diagnostico unificado en el cuál por medio de este se sabe si el niño es autista, la situación familiar del niño y así poder comprender mejor el entorno en el que se desarrolla el niño, y saber de que manera se podrá brindar apoyo tanto al niño como a su familia.

GLOSARIO

Capacidades diferentes.- En un individuo, capacidades distintas para la ejecución de diversas actividades específicas.// comparación de esas capacidades entre diferentes individuos.

Deficiencia.- Falta de algo o inadaptación con relación a alguna norma establecida.

Deficiencia mental.- Carencia de alguna función psíquica que posee el hombre normal.

Demencia precoz catatónica.- Esquizofrenia.

Desarrollo.- Se refiere a una complejidad creciente y/o a una organización de procesos y/o estructuras.

Ecolalia.- Reiteración relativamente automática de palabras o frases, con frecuencia las que se han hablado antes al enfermo.

Enfermedad.- Ausencia de un estado de bienestar o alivio, generalmente es una condición anormal del cuerpo o la mente.// sinónimo de trastorno patología, mal y padecimiento.

Epilepsia.- Trastorno nervioso, generalmente crónico, con convulsiones características de iniciación súbita, espasmo tónico acompañado frecuentemente de llanto e interrupciones de la respiración y seguido de crispaciones clónicas, mordeduras en la lengua, espuma en la boca, y relajación de los esfínteres.

Esquizofrenia catatónica.- Tipo de esquizofrenia que se caracteriza por una conducta motora llamativa, la cual exhibe una inhibición generalizada notable o una actividad y excitación motora excesiva.

Hiperactividad.- Dificultad específica, de base neurológica, que le dificulta mucho a una persona controlar su conducta (motora) muscular.

Integración.- Proceso del resultado de la unificación de ciertas partes de un todo.//(psicología) proceso mediante el cual diferentes partes o características de una persona se combinan, organizan, y fusionan a

un nivel superior como totalidad compleja.//nerológica. Combinación de impulsos nerviosos discretos a un centro específico, lo cuál produce una actividad unificada y coordinada.

Integración Social.- Proceso de unificar diversos elementos de un grupo o sociedad de manera que se garanticen a todos los mismos derechos y libertades.// proceso a través del cuál una persona se adapta a las normas de un grupo.

Manierismo.- Gesto u otro acto peculiar de un individuo determinado, y realizado tan frecuentemente que queda asociado estrechamente con él en el espíritu de los demás y puede servir para identificarlo.// Gesticulación semiautomática que se presenta en la demencia precoz como expresión simbólica más o menos intencionada de actitudes y reacciones subconscientes.

Normal.- Que presenta o copia una norma, tipo o estándar.

Normalidad.- Característica de ser un valor representativo o patrón para los miembros de una clase determinada de datos.

Psicomotor.- Referido a los fenómenos motores de procesos psíquicos o cerebrales. (termino genérico que abarca fenómenos sensorio motores e ideomotores).

Psicopatología.- Estudio de los trastornos mentales y conductuales.

Retraso mental.- Desempeño mental inferior al normal. Los niños con retraso mental aprenden con mayor lentitud que los demás niños, si bien el "retraso mental" no significa un nivel específico de habilidad mental. Es posible que el nivel de funcionamiento mental no logre detectarse sino hasta una edad muy avanzada.

Trastornos de conducta.- Termino general que describe patrones de conducta desorganizada, perturbada y alterada. Este termino se usa en forma intercambiable con trastornos mentales, conducta anormal, psicología anormal, y sicopatología.

Trastornos mentales.- Aplicado a las perturbaciones mentales relacionadas con el periodo del desarrollo y sus dificultades y trastornos, en contra las perturbaciones extrañas y a las que se presentan en los periodos últimos de vida.

BIBLIOGRAFIAS

- 1.-Abbagnana N. Visalberghi A. "Historia de la pedagogía" México Fondo de cultura económica 1975 pp. 709
- 2.-Ajuria Guerra, J. "Manual de psiquiatría infantil" México Masson.1991 pp. 961
- 3.-Ander-Egg Ezequiel. "Diccionario de trabajo social" Buenos Aires Argentina Lumen 1995 pp. 351
- 4.-Banda Avila, M.A, "Aplicación de programas conductuales para decrementar conducta inadecuadas en niños artistas". México, DF. Publicación de la Universidad Iberoamericana.1992 pp. 272
- 5.-Bautista Rafael compilador "Necesidades educativas especiales" Málaga Aljibe 1993 pp. 180
- 6.-Behrman Kliegman Jenson "Tratado de pediatría" Estados Unidos Mc Graw-Hill Interamericana. 2001 pp.300
- 7.- Bermúdez Salvador "Problemas sociales técnica de trabajo social" México OFFSET 1966 pp.134
- 8.-Bradley Shaefer G. "Neurología pediátrica" Estados Unidos Clínicas pediátricas de Norteamérica volumen 4 Interamericana 1996 pp.1200
- 9.-Brauner Alfred &Brauner Françoise "Vivir con un niño Autístico" Argentina Paidós. 1995 pp.179
- 10.-Brennan K. Wilfred "El currículo para niños con necesidades especiales" España siglo XXI 1988 pp.98
- 11.- Castanedo Celedonio "Bases pedagógicas de la educación especial" España CCS 1998 pp.361
- 12.-Cuxart Francesc. "El Autismo aspectos descriptivos y terapéuticos". Málaga ALJIBE 2000 pp.99
- 13.-Corbella Juan "Enciclopedia práctica de psicología" Barcelona Plaza y Janes 1990 pp. 350
- 14.-"Diccionario Consultor Espasa" Madrid Espasa 2000 pp.1039
- 15.-Frazier H. Shervert. Cambell J.Robert. Marshall H. Myron. Warner Arnold. "Diccionario de psiquiatría" México Trillas 1997 pp. 198
- 16.-García Cedillo Ismael. Escalante Herrera Iván. Escandón Minutti Ma. Carmen, Fernández Torres Luis Gerardo. Mustri Dabbah Antonia, Puga Vázquez Rosa, "La integración educativa en el área regular. Principios finalidades y estrategias" México SEP 2000 pp. 150

- 17.-Gesell, A.C: "Diagnostico del desarrollo normal y anormal del niño". México Paidós 1987 pp.542
- 18.-Goldman Howard. H. "Psiquiatría General". México Manual Moderno 1987 pp.523
- 19.-González Eugenio. "Necesidades educativas especiales intervención psicoeducativa" España CCS 2000 pp.329
- 20.-Grau Martínez Arturo. Meneghallo Julio. "Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia" Buenos Aires Argentina Panamericana 2000 pp.1083
- 21.-H. Bowley Agata, Gardner Leslie, "El niño minusválido Guía educativa y psicológica para el minusválido orgánico" Estados Unidos CECSA 1985 pp.341
- 22.- Heward L. William. Orlansky D. Michael. "Programas de educación especial" España CEAC 1992 pp.290
- 23.- Hopkins L. Helen, Smith D. Helen, "Terapia ocupacional" España Panamericana 1998 pp. 948
- 24.- Hothersall David. "Historia de la psicología" Estados Unidos Mc Graw-Hill Interamericana 1997 pp.610
- 25.- Lobas O. Ivar. "El niño autista" Estados Unidos Debate 1977 pp.286
- 26.-López-Ibor Juan J. "Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes" Madrid España Panamericana 2001 pp.279
- 27.-Martínez Pediatría "La salud del niño y del adolescente" México Manual moderno 2000 pp.3459
- 28.- Massie Henry N. Rosenthal Judith, "Psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida". Argentina Paidós 1986 pp.263
- 29.-Mata Francisco Salvador. "Didáctica de la educación especial" Málaga Aljibe 1999 pp.370
- 30.-Molina Nora, Hernández Patricia, "Breve historia de la educación Especial" México Básica Revista de la escuela y del maestro no.16 1997 pp.71
- 31.-Olmos Graciela, "Aspectos clínicos de neurología pediátrica". México Trillas 1990 pp.300
- 32.-Ortega García Laura E, "Metodología para la atención social individualizada" México Revista trimestral Trabajo Social escuela nacional de trabajo social UNAM no.12 1996 pp.55

- 33.-Palma García Ximena, "Factores prenatales y peri natales en la etiología del autismo", México, DF, Publicación de la universidad Iberoamericana. 1993 pp.97
- 34.-Parmelee Dean X "Psiquiatría del niño y del adolescente" España Harcourt Brace 2000 pp.360
- 35.-Paluszny, María, "Autismo guía práctica para padres y profesionales" México Trillas 1991 pp.207
- 36.- Piaget Jean, "Psicología y pedagogía" México SEP/ariel 1981 pp.208
- 37.-Powers. Michael D. "Niños autistas guía para padres, terapeutas y profesionales" México Trillas 1999 pp. 313
- 38.-Quiroz, y Schrage "Fundamentos neurológicos en las discapacidades de aprendizaje" México Panamericana 1980 pp.255
- 39.-Robinson M.J. "Pediatria practica" México Manual Moderno 1998 pp.384
- 40.-Saavedra M. Alfredo. "Manual de trabajo social" México POLIS 1958 pp.209
- 41.-Secretaria de educación pública "Evaluación del factor preparación profesional antología de educación especial" México Imafsa 1997 pp.173
- 42.-Shea Thomas M. Bauer Anne Marie, "Educación especial un enfoque ecológico" México Mc Graw-Hill 2000 pp.543
- 43.-Silver B. Larry "El niño incomprendido guía para padres de niños con dificultades de aprendizaje" México Fondo de cultura económica 1988 pp.258
- 44.-Tamargo Bello Blanca, "Trastornos del lenguaje en niños autistas". México, DF. Publicación de la Universidad Iberoamericana 1993 pp.144
- 45.-Tustin Frances "Estados autísticos en los niños" Argentina Paidós 1987 pp.296
- 46.-Warren Howard C. "Diccionario de psicología" México Fondo de cultura económica 1996 pp. 383
- 47.-Wing Lorna "La educación del niño autista" España Paidós 1981 pp. 176
- 48.- Wolman Benjamín B. "Diccionario de ciencias de la conducta" México Trillas 1996 pp. 395
- 49.-Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

PLANES DE DESARROLLO Y PROGRAMAS

- 1.-Dr. Carlos Salinas de Gortari "Plan nacional de desarrollo" 1989-1994.
- 2.-Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León "Plan nacional de desarrollo" 1995-2000
- 3.-Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León "Programa de desarrollo educativo" 1995-2000
- 4.-Lic. Vicente Fox Quesada "Plan nacional de desarrollo" 2001-2006
- 5.-Lic. Mariano Piña Olaya "Plan de desarrollo del estado de Puebla" 1987-1993
- 6.-Lic. Manuel Bartlett "Plan estatal de desarrollo del estado de Puebla" 1993-1999
- 7.-Lic. Melquiades Morales Flores "Programa Integral de desarrollo educativo" 1999-2005

ANEXOS

- DSM IV.

Algunas de las pruebas para saber si un niño es o no autista es el DSM IV (manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) esta prueba ha tenido modificaciones con el paso del tiempo, esta fue elaborada en Estados Unidos por un grupo de especialistas en trastornos mentales. En este estudio se encuentran los trastornos generalizados del desarrollo, donde se localiza el autismo nombrado trastorno autista.

Esta prueba toma en cuenta la socialización del niño, su forma de comunicarse, su comportamiento corporal y el retraso inusual en la interacción con la gente, en el lenguaje y en el juego este último es el que se presenta antes de los tres años en comparación con otros niños de su edad o bien al referirse a esto la mamá hace la comparación con sus otros hijos.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO AUTISTA

DSM IV

A. Con un total de 6 o más ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y uno 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. | Si () No () |
| (b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel del desarrollo. | Si () No () |
| (c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejem. No mostrar, traer o señalar objetos de interés.) | Si () No () |
| (d) Falta de reciprocidad social o emocional. | Si () No () |

(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, como gestos o mímica). | Si () No () |
| (b) En sujetos con habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros. | Si () No () |

- (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico Si () No ()
- (d) Ausencia de juego realista y espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo. Si () No ()

(3) *Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivos y estereotipados, 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, ya sea en su intensidad o en su objetivo. Si () No ()
- (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales. Si () No ()
- (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejem. Sacudir o girar las manos y dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo.) Si () No ()
- (d) Preocupación persistente por partes de objetos. Si () No ()

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas. Que aparecen antes de los tres años de edad:

- (1) Interacción social. Si () No ()
- (2) Lenguaje utilizado en la comunicación social. Si () No ()
- (3) Juego simbólico o imaginativo. Si () No ()

C El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

- HISTORIA SENSORIAL.

En este tipo de prueba se trata de ver cuál es el tipo de movimiento del niño si tiene buen equilibrio, si gira, se marear, brinca, le gustan las alturas, saber si acepta el contacto con las personas o bien prefiere tocar, si casi no siente dolor, el mantener posiciones extrañas con su cuerpo y manos su forma de caminar si es que lo hace de puntillas, coordinación con objetos pequeños, también se les pide a los padres como es su comportamiento con los sonidos si le agradan o le molestan en exceso, golpea objetos, el comportamiento que presenta cuando hay muchos objetos, si es que tiene dificultad para mantener la mirada con las demás personas, la distinción de olores agradables o desagradables o si mastica objetos no comestibles.

Todas estas van relacionadas para saber cual es el comportamiento del niño y así poder ver si el niño tiene problemas en la interacción con la gente, si le molesta el ruido, si presenta movimientos repetitivos, si le gusta girar los lugares allos ya que como se menciona anteriormente estas serian una de las características para saber si un niño es autista.

HISTORIA SENSORIAL

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Llenado por: _____ Fecha: _____

Conteste de la siguiente manera:

F = frecuentemente

A = algunas veces

N = no lo hace

Por favor haga los comentarios necesarios en todas las partes de la historia.

1. Vestibular (información sobre movimiento y gravedad). Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

- Se mece mientras está sentado
- Le gusta que lo lancen al aire
- Le teme a las alturas
- Le gustan los carruseles
- Se marea en automóvil
- Le gusta ser mecido o le gustaba cuando era pequeño
- No le teme al movimiento o a caerse
- Brinca mucho
- Buen balance
- Teme al movimiento
- Gira y da vueltas más que otros niños
- Prefiere juegos tranquilos a los juegos más activos
- Se sube a muebles o sitios altos

2. Táctil (información sobre el tacto). Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

- Evita cosas "sucias" (lodo, pintura con los dedos, etc.)
- Lo imitan ciertas ropas o ciertas texturas
- Le molestan los toques inesperados
- Prefiere tocar a que lo toquen
- Se golpea la cabeza a propósito (ahora o en el pasado)
- Examina objetos colocándolos dentro de su boca
- Le molesta que le laven o limpien la cara
- Rechaza ser tocado
- Le molesta que lo abracen
- Evita usar las manos por largos periodos
- Pellizca, muerde o lastima de otra manera a otros
- Tiende a sentir menos dolor que los demás
- Se aleja de otros niños
- Es excesivamente cosquilludo
- Le molesta que le corten las uñas
- Busca muchas caricias
- Le molesta que le corten el pelo
- Le gusta o disgusta severamente la consistencia de los alimentos
- Le molesta que le laven el cabello

_____ Quiere tocar todo

3. Propio perceptivo (información sobre la sensibilidad profunda del cuerpo). Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

_____ Mantiene las manos en posiciones extrañas

_____ Camina de puntillas (o lo hacia de pequeño)

_____ Gatea sobre la panza más que con las manos o rodillas

_____ Salta de una posición a la siguiente. No siendo capaz de moverse lentamente de una a otra posición.

_____ Le gusta sentir su cuerpo con sensaciones bruscas o fuertes (brazos, golpes, etc.)

_____ Buena coordinación con objetos pequeños (ejem. Lápices, botones)

_____ Camino sin tener que gatear o gateo muy poco

4. Auditiva (información sobre el oído): Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

_____ Responde negativamente a ruidos inesperados o ruidos fuertes

_____ Pierde oír algunos sonidos

_____ Parece gustarle los sonidos raros o hacer ruidos fuertes

_____ Le gusta la música

_____ Usa aparato para oír

_____ Le gusta hacer ruidos golpeando objetos

_____ No parece oír porque esta concentrado con la vista

_____ Tiene dificultad para poner atención cuando hay otros ruidos cerca

_____ Parece confundirse de la dirección de los sonidos

_____ Aparenta tener dificultades para oír

_____ Le diagnosticaron perdida del oído

5. Visual (información sobre la vista) Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

_____ Invierte al copiar

_____ Ve muy de cerca y atentamente los dibujos o los objetos

_____ Se pone nervioso cuando hay variedad de objetos visuales

_____ Tiene dificultad para afocar objetos cercanos

_____ Tiene dificultad para mantener la mirada con otra persona

_____ Identifica visualmente logotipos o letreros

_____ Algunas veces sacude la cabeza de manera torpe

_____ Le molestan los zapatos o sensaciones en contacto con sus pies

_____ Teme a la oscuridad

_____ Es más feliz en la oscuridad

- _____ Tiene dificultad para afocar objetos lejanos
_____ Usa lentes
_____ Tiene dificultad para seguir un objeto situado cerca de el / ella

6. Gustativa – olfativa (información sobre el gusto y el olfato) Marque cual de lo siguiente se aplica a su hijo:

- _____ Actúa como si toda la comida supiera igual
_____ No le gusta de la comida ciertos alimentos
_____ Distingue olores
_____ Ignora olores desagradables
_____ Se provoca el vomito con ciertos alimentos
_____ Mastica objetos no comestibles
_____ Tiene antojos no usuales por ciertos alimentos
_____ Explora oliendo
_____ Reacciona negativamente al olor

Comentarios: _____

- ESCALA DE MEDICIÓN PARA NIÑOS AUTISTAS.

En esta se pretende saber cual es la relación de estos niños con la gente, si es que pueden imitar, como responde emocionalmente con respecto a su edad si esta es acorde con la de los demás niños de su edad, como maneja su cuerpo, la relación con los objetos, cual es su reacción ante los cambios, respuesta visual cual es el interés que presenta al mirar los objetos, su respuesta auditiva, su reacción al tacto, gusto, olfato, si presenta miedo o nerviosismo a situaciones extrañas para el, como es su comunicación verbal y no verbal, como es su nivel de actividad e intelectual.

La forma de medición es por medio de puntos estos pueden ser si el comportamiento del niño corresponde a una sola característica se toma en cuenta solo ese punto y si el niño se encuentra entre dos respuestas se señala el punto intermedio en el que se encuentre.

THE CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE

Instrucciones: Para cada categoría circule el número al cuál corresponde el estado que mejor describe al niño. Si se encuentra entre dos reactivos la conducta que describe mejor al niño se utilizan los puntos medios 1.5, 2.5, ó 3.5.

1. Interacción con la gente

1.- No hay evidencia de anomalidad o dificultad para relacionarse con la gente;

La conducta es apropiada para su edad. Se puede mostrar cauteloso, inquieto o imitado al principio cuando se le habla o lo están observando, pero un comportamiento típico.

1.5

2.- Relaciones con la gente medio anormales:

El niño puede evitar mirar a los ojos de adulto, evita que el adulto interactúe con el mostrándose inquieto o imitado. No tiene una respuesta típica hacia el adulto o se adhiere al adulto, sus respuestas no van de acuerdo a su edad cronológica.

2.5

3.- Relaciones con la gente moderadamente anormales:

El niño se muestra durante toda la sesión totalmente ajeno a la presencia del adulto. Es persistente en sus conductas y hay que llamar constantemente su atención. Algunas veces se logra un mínimo contacto con el.

3.5

4.- Relaciones severamente anormales:

El niño se muestra ajeno a lo que el adulto hace. Nunca responde o inicia contacto con el adulto. Únicamente con persistencia se logra tener algo de atención del niño o alguna respuesta.

Observaciones: _____

II. Imitación

1.- Imitación apropiada:

El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos de forma apropiada y de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo.

1.5

2.- Imitación medio anormal:

El niño imita conductas como aplaudir o repetir tonadas. En ocasiones imita después de muchas repeticiones o de forma retardada.

2.5

3.- Imitación moderadamente anormal:

El niño imita pocas cosas, o lo hace únicamente con la ayuda de un adulto o con la persistencia del mismo, frecuentemente imita de forma retardada.

3.5

4.- Imitación severamente anormal:

El niño rara vez o nunca imita sonidos, palabras o movimientos sin ayuda de un adulto.

Observaciones: _____

III. Respuesta Emocional

1.- Respuesta emocional apropiada a la edad y a la situación.

El niño muestra una respuesta emocional apropiada o esperada con cambios en la expresión facial, postura y ademanes.

1.5

2.- Respuesta emocional media anormal:

El niño ocasionalmente muestra una respuesta emocional inapropiada o inadecuada. Sus reacciones algunas veces no se relacionan con el objeto o con los eventos que ocurren a su alrededor.

2.5

3.- Respuesta emocional moderadamente anormal:

El niño muestra definitivamente signos inapropiados de respuesta emocional. Sus reacciones pueden ser tranquilas e inhibidas o excesivas, sin relación alguna a la situación. Puede hacer muecas, reír o ponerse rígido aún cuando aparentemente la emoción producida no lo amerite.

3.5

4.- Respuesta emocional severamente anormal.

Raramente tiene respuestas apropiadas a las situaciones, una vez que el niño responde de determinada manera es difícil de cambiar la forma de respuesta.

Observaciones: _____

IV. *Uso del cuerpo*

1.- Uso del cuerpo apropiado a su edad:

El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad y coordinación que un niño normal de su misma edad.

1.5

2.- Uso del cuerpo medio anormal:

Se pueden presentar pequeñas peculiaridades como rigidez, movimientos repetitivos, pobre coordinación o más movimientos inusuales.

2.5

3.- Uso del cuerpo moderadamente anormal.

Conductas claramente extrañas o inusuales para niños de su edad, incluyendo movimientos extraños de los dedos, posturas peculiares del cuerpo de los dedos, constantemente se tocan el cuerpo con los dedos, se autoagreden, se golpean, giran, estiran sus dedos o camina de puntitas.

3.5

4.- Uso del cuerpo severamente anormal:

Este tipo de movimientos son intensos y frecuentes estas conducta son persistentes a un cuando se intente involucrar al niño en otras actividades.

Observaciones: _____

V. *Relación con los objetos.*

1.- Interés y uso apropiado de juguetes y otros objetos.

El niño muestra un interés normal y uso apropiado de juguetes y otros objetos.

1.5

2.- Interés y uso medio inapropiado de juguetes y otros objetos:

El niño puede mostrar un interés atípico por algunos objetos o algún uso inapropiado de los juguetes. (ej. Golpearlos o lamerlos)

2.5

3.- Interés y uso moderadamente inapropiado de juguetes y otros objetos:

El niño puede mostrar poco interés por juguetes y otros objetos, o puede preocuparse por el uso de un juguete u objeto de una manera extraña. Puede concentrarse en alguna parte insignificante de un juguete o fascinarse por una parte pequeña del objeto, mover repentinamente alguna parte del objeto o jugar exclusivamente con un objeto.

3.5

4.- Interés severamente inapropiado en, o el uso de, juguetes u otros objetos:

El niño puede enajenarse en la misma actividad con mucha frecuencia o intensidad. Es difícil distraerlo cuando se encuentra en su actividad enajenante.

Observaciones: _____

VI. Adaptación a los cambios.

1.- Respuestas a los cambios apropiadas a su edad:

Cuando el niño nota o se le comenta sobre cambios en su rutina, los acepta sin molestia sin mostrar desacuerdo o enojo.

1.5

2.- Adaptación medio anormal a los cambios:

Cuando el adulto trata de cambiar las tareas el niño puede continuar con la misma actividad o seguir usando el mismo material.

2.5

3.- Adaptación a los cambios moderadamente anormal:

El niño se resiste activamente a los cambios a su rutina. Trata de continuar la actividad y es difícil distraerle. Puede enojarse y ponerle ansioso si se le altera su rutina.

3.5

4.- Adaptación a los cambios severamente anormal:

El niño muestra una severa reacción a los cambios a su rutina. Si el cambio es forzado ellos se muestran extremadamente enojados no cooperan o responden con berrinches.

Observación: _____

VII.- Respuesta visual.

1.- Respuesta visual apropiada para su edad:

La conducta visual del niño es normal. La visión es usada junto con otros sentidos como una manera de explorar un nuevo objeto.

1.5

2.- Respuesta visual medianamente anormal:

Al niño debe recordársele ocasionalmente mirar los objetos. El niño puede estar más interesado en mirar los espejos o los reflejos que a sus compañeros, puede ocasionalmente mirar fijamente al espacio, o puede también evitar ver a las personas.

2.5

3.- Respuesta visual moderadamente anormal:

Al niño se le debe recordar frecuentemente mirar lo que esta haciendo. Puede estar mirando "musarañas", evitando mirar a las personas. Mirar a los objetos desde un ángulo inusual, o sostiene los objetos muy cerca de los ojos.

3.5

4.-Respuesta visual severamente anormal:

El niño consistentemente evita mirar a las personas o a los objetos, observa de una forma peculiar.

Observaciones: _____

VIII. Respuesta auditiva

1.- Respuesta auditiva apropiada a su edad:

El niño muestra una conducta auditiva apropiada a su edad. Cuando esta escuchando muestra una respuesta adecuada y de acuerdo a los sentidos (voltea cuando escucha un ruido y busca con la mirada al objeto que lo produce).

1.5

2.- Respuesta medianamente anormal de la atención auditiva:

Puede haber alguna respuesta auditiva escasa o una reacción inadecuada hacia algunos sonidos. La respuesta a los sonidos puede ser retardada o se necesita hacerle muchas repeticiones del estímulo para llamar su atención. El niño puede distraerse por los sonido del medio ambiente.

2.5

3.- Respuesta auditiva moderadamente anormal:

La respuesta del niño a los sonidos varia: frecuentemente ignora los sonidos escuchados continuamente o escuchados momentos antes, puede cubrirse los oídos cuando oye algunos sonidos de la vida diaria.

3.5

4.- Respuesta severamente anormal de la atención auditiva:

El niño sobre reacciona o no reacciona a los sonidos en un grado extremadamente marcado no importa el tipo de sonido.

Observaciones: _____

IX. Uso y nivel de respuesta al tacto, gusto y olfato

1.-Uso normal y respuesta adecuada.

El niño explora objetos nuevos de forma adecuada a su edad, generalmente mirando y sintiendo el objeto que esta conociendo. Prueba o huele de forma adecuada a su edad. Cuando algo le disgusta, el muestra su molestia pero no es de manera evidente, ni sobre reacciona.

1.5

2.- Uso y respuesta medio anormal:

El niño puede ser persistente en poner los objetos en su boca, puede oler o probar todos los objetos a su alrededor, puede sobre reaccionar a los estímulos cuando esta inconforme o no le gustan.

2.5

3.- Uso y respuesta moderadamente anormal:

El niño muestra gran interés en tocar, oler y probar todo lo que esta a su alrededor, ya sean objetos o personas. Puede ser muy constante o evitarlo totalmente.

3.5

4.- Uso y respuesta severamente anormal:

El niño muestra una gran necesidad de oler, probar o tocar todos los objetos, más intenso que una simple exploración. El niño muestra respuestas inconstantes al dolor, por ejemplo puede ignorar un dolor muy fuerte o sobre reaccionar a él.

Observaciones: _____

X. Miedo o nerviosismo

1.- Respuesta normal de miedo o nerviosismo:

La conducta del niño es apropiada a la situación y adecuada a su edad:

1.5

2.- Miedo o nerviosismo medianamente anormal:

El niño ocasionalmente muestra mucho o muy poco temor o nerviosismo comparado con la reacción de un niño normal en una situación similar.

2.5

3.- Miedo o nerviosismo moderadamente anormales:

El niño muestra comúnmente una respuesta inapropiada a este tipo de estímulos, puede sobre reaccionar con exceso de llanto o no llorar aun cuando la situación lo amerite, la mayoría de las veces sus respuestas no van de acuerdo a las de su edad.

3.5

4.- Miedo o nerviosismo severamente anormal:

El llanto persiste aun cuando el evento haya pasado, es extremadamente difícil calmado o reconfortar al niño. El niño se muestra totalmente inconsciente en su nivel de respuesta.

Observaciones: _____

XI. Comunicación verbal.

1.- Comunicación verbal apropiada para su edad:

1.5

2.- Comunicación verbal medianamente anormal:

El habla muestra un retardo global. Casi toda el habla es significativa, sin embargo, puede ocurrir alguna ecolalia o alguna inversión pronominal. Ocasionalmente puede usar palabras peculiares o jerga.

2.5

3.- Comunicación verbal medianamente anormal:

El habla puede estar ausente. Cuando esta presente puede estar mezclada en el significado o presentarse un modo peculiar de hablar como la ecolalia o la inversión pronominal, presenta peculiaridades en el significado de las palabras o una preocupación particular por ciertos tópicos.

3.5

4.- Comunicación verbal severamente perturbada:

No utiliza el significado del lenguaje, emite chillidos como el sonido de un animal, emite ruidos complejos aproximándose al habla, puede mostrarse muy persistente, utiliza o reconoce algunas frases pero lo hace de forma bizarra.

Observaciones: _____

XII. Comunicación no verbal.

1.- Uso normal de la comunicación no verbal, acorde a su edad y apropiado a la situación:

1.5

2.- Comunicación no verbal medio anormal:

Uso inmaduro e la comunicación no verbal, es muy vago no sabe lo que quiere, no se comunica de forma adecuada, como lo haría un niño anormal.

2.5

3.- Comunicación no verbal medianamente anormal:

El niño es generalmente incapaz para expresar sus necesidades de forma no verbal. No puede entender la comunicación no verbal de los otros.

3.5

4.- Comunicación no verbal severamente anormal:

El niño se muestra demasiado activo o inactivo o puede variar constantemente de un estado a otro.

Observaciones: _____

XIII. Nivel de actividad

1.- Nivel de actividad de acuerdo a las circunstancias y a su edad:

El niño no tiene ni más ni menos actividad que un niño normal de su misma edad, en situaciones similares.

1.5

2.- Nivel de actividad medio anormal:

El niño se puede mostrar o muy activo o muy pasivo, con movimientos lentos, el nivel de actividad o de pasividad interfiere totalmente con su rendimiento:

2.5

3.- Nivel de actividad moderadamente anormal:

El niño se puede mostrar totalmente activo, con una gran dificultad para controlarlo. Muestra un nivel de energía desbordante y no logra dormir en la noches. Contrariamente el niño se puede mostrar aletargado y necesitar una gran ayuda para moverse.

3.5

4.- Nivel de actividad severamente anormal:

El niño se muestra demasiado activo o inactivo o puede variar constantemente de un estado a otro.

Observaciones: _____

XIV. Nivel y consistencia de respuesta intelectual

1.- La inteligencia es normal y razonablemente consistente entre las diversas áreas:

El niño es tan inteligente como cualquier otro niño de su edad, no muestra nada inusual al resolver problemas o utilizar su inteligencia.

1.5

2.-Función intelectual medio anormal:

El niño no es tan inteligente como cualquier niño de su edad, sus habilidades parecen un poco retrasadas en algunas áreas.

2.5

3.- Función intelectual moderadamente anormal:

En general, el niño puede funcionar cerca de lo normal en una o más áreas intelectuales.

3.5

4.- Funcionamiento intelectual severamente anormal:

Aunque el niño por lo general no es tan inteligente como el niño típico de su edad en algunas áreas se encuentra más avanzado que un niño de su misma edad.

Observaciones: _____

- CARS, Estudio Epidemiológico exploratorio y S.E.P.U.B.A

Solo se mencionaran otras pruebas que existen para diagnosticar el autismo debido a que también fueron revisadas para la realización de la "Entrevista para padres o tutores de niños autistas" pero no fueron incluidas debido a que los puntos de estas pruebas serian repetitivos.

En la prueba CARS se maneja el uso del cuerpo, la relación con los objetos, adaptación al cambio, atención visual, auditiva, el tacto, gusto, olfato, miedo o nerviosismo, el habla, señalamiento y gesticulación, su nivel de actividad e intelectual y la impresión general. Esta prueba se le pide al padre de familia que el describa a su hijo, solo se ponen las observaciones que el padre del niño describe.

El Estudio epidemiológico exploratorio se trata de saber al igual que los anteriores cual es el comportamiento o las características que posee el niño autista, así como también el inicio del cuestionario trata de informarse más acerca de la familia cuantas personas componen la familia, el

ingreso así como también de cuanto asciende el gasto destinado al niño con autismo, que estudios se le han realizado. Esta prueba fue elaborada y distribuida por medio del boletín mexicano de autismo y tiene como finalidad saber cuantas personas en México existen con autismo o bien con algún trastorno generalizado del desarrollo y saber en que instituciones acudieron.

La prueba de S.E.P.U.B.A. la cuál las iniciales significa Sociedad Especialista en Psiquiatría de la Universidad de Buenos Aires. Esta cuenta con dieciocho preguntas las cuales se contesta con si y no solo mencionando las características que probablemente pueda tener el niño.

Los resultados obtenidos dentro de las entrevistas realizadas para saber si el niño es autista fueron las siguientes:

I MEDIDAS PARA DIAGNOSTICAR EL AUTISMO

1.1. Alteración cualitativa de la Interacción social.

FOLIO	A1	B1	C1	D1
1	no	no	si	si
2	si	si	si	si
3	no	si	si	si
4	si	si	si	si
5	si	si	si	si
6	si	si	si	si
7	si	si	si	si
8	si	si	si	si
9	si	si	no	si

A1 importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son el contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

B1 Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas con compañeros al nivel de desarrollo.

- C1** Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (no mostrar, traer o señalar objetos de interés.)
- D1** Falta de reciprocidad social o emocional

1.2 Alteración cualitativa de la comunicación

FOLIO	A2	B2	C2	D2
1	si	no	no	si
2	si	no	si	si
3	si	no	no	si
4	no	no	si	si
5	no	si	si	si
6	si	no	no	si
7	si	no	no	si
8	si	no	no	si
9	no	si	si	si

- A2** Retraso ausencia total del desarrollo del lenguaje oral
- B2** En sujetos con habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
- C2** Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- D2** Ausencia de juego realista y espontáneo, variado o de juego Imitativo social propio del nivel de desarrollo.

1.3 Patrones de comportamiento e intereses y actividades restringidas repetitivas o estereotipados.

FOLIO	A3	B3	C3	D3
1	si	si	si	no
2	si	si	si	si
3	si	si	si	si
4	no	si	si	no
5	si	si	no	no
6	si	si	si	si
7	si	no	si	si
8	si	si	si	si
9	si	si	si	si

- A3** Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, ya sea en su intensidad o en su objetivo.
- B3** Adhesión aparentemente inflexible a rituales específicos, no funcionales.
- C3** Manerismos motores estereotipados y repetitivos (sacudir o girar las manos o dedos).
- D3** Preocupación persistente por partes de objetos.

2 Retraso o funcionamiento anormal antes de los tres años

FOLIO	A4	B4	C4
1	no	no	si
2	si	si	si
3	no	si	si
4	no	no	no
5	no	si	no
6	no	no	no
7	no	no	no
8	no	no	no
9	si	si	si

A4 Interacción social.

B4 Lenguaje utilizado en la comunicación social.

C4 Juego simbólico o imaginativo.

En este instrumento por cada cuadro el niño debe de presentar por lo menos dos características dadas para decir que es autista.

II SENSIBILIDAD DEL NIÑO

2.1 Vestibular (inf./ movimiento y gravedad.)														
	A1	B1	C1	D1	E1	F1	G1	H1	I1	J1	K1	L1	M1	N1
F	2	4	2	5		6	2	6	6		3	4	4	5
A	2	5	1	1		1		2	3	2	1			2
N	5		6	3	9	2	7	1		7	5	5	5	2

- A1 Se mece mientras esta sentado
- B1 Le gusta que lo lancen al aire
- C1 Le teme a las alturas
- D1 Le gustan los caruseles
- E1 Se marea en el automóvil
- F1 Le gusta ser mecido o le gustaba de pequeño
- G1 No le teme al movimiento o a caerse
- H1 Brinca mucho
- I1 Buen balance
- J1 Teme al movimiento
- K1 Gira y da vueltas más que otros niños
- L1 Prefiere juegos tranquilos
- M1 Prefiere juegos activos
- N1 Se sube a muebles o sitios altos

2.2 Táctil

	A2	B2	C2	D2	E2	F2	G2	H2	I2	J2	K2	L2	M2	N2	Ñ2	O2	P2	Q2	R2	S2	T2
F	3	3	4	6	3	2	3	4		1		3	6	5	6	2	4	4	5	1	6
A	1	3	2	2		3	2		4	3	1	1	1	3	2	2	3	1	2	1	2
N	5	3	3	1	6	4	4	5	5	5	8	5	2	1	1	5	2	4	2	7	1

A2 Evita cosas sucias

B2 Lo irritan ciertas ropas o ciertas texturas

C2 Le molestan los toques inesperados

D2 Prefiere tocar

E2 Prefiere que lo toquen

F2 Se golpea la cabeza a propósito

G2 Examina objetos colocándolos dentro de su boca

H2 Le molesta que le laven o limpien la cara

I2 Rechaza ser tocado

J2 Le molesta que lo abracen

K2 Evita usar las manos por largos periodos

L2 Pellizca, muerde o lastima de otra manera a otros

M2 Tiende a sentir menos dolor que los demás

N2 Se aleja de otros niños

Ñ2 Es excesivamente cosquilludos

O2 Le molestan que le corten las uñas

F2 Busca muchas caricias

Q2 Le molesta que le corten el pelo

R2 Le gusta o disgusta severamente la consistencia de los alimentos

S2 Le molesta que le laven el cabello

T2 Quiere tocar todo

2.3 Propio perceptivo (sensibilidad profunda del cuerpo)							
	A3	B3	C3	D3	E3	F3	G3
F	2	3	1	5	3	6	4
A	4	4	1	1	3	3	
N	3	2	7	3	3		4

A3 Mantiene sus manos en posiciones extrañas

B3 Camina de puntillas (o lo hacia de pequeño)

C3 Gatea sobre el abdomen más que con las manos o rodillas

D3 Salta de una posición a la siguiente, no siendo capaz de moverse lentamente de una a otra posición

E3 Le gusta sentir su cuerpo con sensaciones bruscas o fuertes

F3 Buena coordinación con objetos pequeños

G3 Camino sin tener que gatear o gateo muy poco

2.4. Auditiva											
	A4	B4	C4	D4	E4	F4	G4	H4	I4	J4	K4
F	4	2	5	7		6	5	7		3	1
A	3	2	2	2		2	4	2	2	2	
N	2	5	2		9	1			7	4	8

A4 Responde negativamente a ruidos inesperados o ruidos fuertes

B4 Pierde oír algunos sonidos

C4 Parece gustarle los sonidos raros o hacer ruidos fuertes

D4 Le gusta la música

E4 Usa aparato para oír

F4 Le gusta hacer ruidos golpeando objetos

G4 No parece oír por que esta concentrado con la vista

H4 Tiene dificultad para poner atención cuando hay otro ruidos cerca

I4 Parece confundirse con la dirección de los sonidos

J4 Aparenta tener dificultades para oír

K4 Le diagnosticaron pérdida del oídos

25. Visual																	
	A5	B5	C5	D5	E5	F5	G5	H5	I5	J5	K5	L5	M5	N5	Ñ5	O5	P5
F		3	1		3	4	2	2	2	2	2	6	1			8	
A		2	2	2	5	2	3	2	1			2			2	1	1
N	9	4	6	7	1	3	4	5	6	7	7	1	8	9	7		8

A5 Invierte al copiar

B5 Ve muy de cerca y atentamente los dibujos o los objetos

C5 Se pone nervioso cuando hay variedad de objetos visuales

D5 Tiene dificultad para afocar objetos cercanos

E5 Tiene dificultad para mantener la mirada con otra persona

F5 Identifica visual mente logotipos o letreros

G5 Algunas veces sacude la cabeza de manera torpe

H5 Le molestan los zapatos o sensaciones en contacto con sus pies

I5 Teme a la oscuridad

J5 Es mas feliz en la oscuridad

K5 Tiene dificultad para diferenciar formas y colores

L5 Se resiste a que le cubran los ojos

M5 Tiene dificultad para afocar objetos lejanos

N5 Usa lentes

Ñ5 Tiene para seguir un objeto a través del cuarto

Q5 Le gusta observar objetos que tienen movimiento

P5 Tiene dificultad para seguir un objeto situado cerca de el/ella

2.6 Gustativa Olfativa									
	A6	B6	C6	D6	E6	F6	G6	H6	I6
F		2	5	2		3	4	4	4
A		4		2	2	2		1	1
N	9	3	4	5	7	4	5	4	4

A6 Actúa como si toda la comida le supiera igual

B6 No le gusta de la comida cierta consistencia

C6 Distingue olores

D6 Ignora olores desagradables

E6 Se provoca el vomito con ciertos alimentos

F6 Mastica objetos no comestibles

G6 Tiene antojos no usuales por ciertos alimentos

H6 Explora oliendo

I6 Reacciona negativamente al olor

Este instrumento se basa en que tan frecuentemente el niño realiza o se comporta con características autistas.

III PAUTAS PARA EVALUAR AL NIÑO AUTISTA

FOLIO	4	4 y 5	5	5Y6	6	6 Y 7	7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

4 No hay evidencia de anomalía o dificultad para relacionarse con la gente: La conducta es apropiada para su edad. Se puede mostrar cauteloso, inquieto o irritado al principio cuando se le habla o lo están observando pero un comportamiento típico.

5 Relaciones con la gente medio anormales: El niño Puede evitar mirar a los ojos del adulto, evita que el adulto interactúe con él mostrándose inquieto o irritado. No tiene una respuesta típica hacia el adulto o se adhiere al adulto. Sus respuestas no van de acuerdo a su edad cronológica.

6 Relaciones con la gente moderadamente anormales: El niño durante toda la sesión se muestra totalmente ajeno a la presencia del adulto. Es persistente a sus conductas y hay que llamar constantemente su atención. Algunas veces se logra un mínimo contacto con él.

7 Relaciones severamente anormales: El niño se muestra ajeno a lo que el adulto hace. Nunca responde o inicia contacto con el adulto. Únicamente con persistencia se logra tener algo de atención del niño o alguna respuesta.

3.1. Imitación

FOLIO	A1	A Y B	B1	B Y C	C1	C Y D	D1
1				I			
2						I	
3				I			
4				I			
5	I						
6				I			
7						I	
8			I				
9		I					

A1 El niño puede imitar sonidos, palabras y movimientos de forma apropiada y de acuerdo a su edad y nivel de desarrollo

B1 El niño imita conductas como aplaudir o repetir tonadas. En ocasiones imita después de muchas repeticiones o de forma retardada.

C1 El niño imita pocas cosas, o lo hace únicamente con la ayuda de un adulto o con la persistencia del mismo, frecuentemente imita de forma retardada.

D1 El niño rara vez o nunca imita sonidos, palabras o movimientos sin la ayuda de un adulto

3.2. Respuesta emocional

FOLIO	A2	A Y B	B2	BYC	C2	C Y D	D2
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A2 El niño muestra una respuesta emocional apropiada o esperada con cambios en la expresión facial, postura y ademanes.

B2 El niño ocasionalmente muestra una respuesta emocional inapropiada o inadecuada. Sus reacciones algunas veces no se relacionan con el objeto o con los eventos que ocurren a su alrededor.

C2 El niño se muestra definitivamente signos inapropiados de respuesta emocional sus reacciones pueden ser tranquilas e inhibidas o excesivas, sin relación alguna a la situación. Puede hacer muecas, reír o ponerse rígido aun cuando aparentemente la emoción producida no lo amerite.

D2 Raramente tiene respuestas apropiadas a las situaciones, una vez que el niño responde de determinada manera es difícil de cambiar la forma de respuesta.

3.3. Relación con objetos

FOLIO	A3	A Y B	B3	B Y C	C3	C Y D	D3
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A3 El niño muestra un interés normal y uso apropiado de juguetes y otros objetos

B3 El niño puede mostrar un interés atípico por algunos objetos o un uso Inapropiado de los juguetes.(ejemplo golpearlos y lamerlos).

C3 El niño puede mostrar poco interés por los juguetes y otros objetos, o puede preocuparse por el uso de un juguete u objeto de una manera extraña. Puede concentrarse en alguna parte insignificante de un juguete o fascinarse por una parte pequeña del objeto, mover repetidamente alguna parte del objeto o jugar exclusivamente con un objeto

D3 El puede enajenarse en la misma actividad con mucha frecuencia e intensidad. Es difícil distraerlo cuando se encuentra en su actividad enajenante.

3.4 Adaptación a los cambios.

FOLIO	A4	A Y B	B4	B Y C	C4	C Y D	D4
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A4 Cuando el niño nota o se le comenta sobre cambios en su rutina, los acepta sin molestia sin mostrar desacuerdos o enojo.

B4 Cuando el adulto trata de cambiar las tareas el niño puede continuar con la misma actividad o seguir usando el mismo material.

C4 El niño se resiste activamente a los cambios en su rutina. Trata de continuar la actividad y es difícil distraerle. Puede enojarse y ponerse ansioso si se le altera su rutina.

D4 El niño muestra una severa reacción a los cambios en su rutina. Si el cambio es forzado ellos se muestran extremadamente enojados no cooperan o responden con berrinches.

3.5. Miedo o nerviosismo.

FOLIO	A5	A Y B	B5	B Y C	C5	C Y D	D5
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A5 La conducta del niño es apropiada a la situación y adecuada a su edad.

B5 El niño ocasionalmente muestra mucho o muy poco temor o nerviosismo comparado con la relación de un niño normal en una situación similar.

C5 El niño muestra común mente una respuesta inapropiada a este tipo de estímulos, puede sobre reaccionar con excesos de llanto o no llorar aun cuando la situación lo amerite, la mayoría de las veces sus respuestas no van de acuerdo a las de su edad.

D5 El llanto persiste aun cuando el evento haya pasado, es extremadamente difícil calmarlo o reconfortar al niño. El niño se muestra totalmente inconsistente en su nivel de respuesta.

3.6. Nivel de actividad.

FOLIO	A6	A Y B	B6	B Y C	C6	C Y D	D6
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A6 El niño no tiene ni mas ni menos actividad que un niño normal de su misma edad, en situaciones similares

B6 El niño se puede mostrar o muy activo o muy pasivo con movimientos lentos el nivel de actividad o de pasividad interfiere totalmente con su rendimiento.

C6 El niño se puede mostrar totalmente activo con una gran dificultad para controlarlo. Busca un nivel de energía desbordante y no logra dormir en las noches. Contrariamente en niño se puede mostrar aletargado y necesitar una gran ayuda para moverse.

D6 El niño se muestra demasiado activo o inactivo o puede variar constantemente de un estado a otro.

3.7. Nivel y consistencia de respuesta intelectual

FOLIO	A7	A Y B	B7	B Y C	C7	C Y D	D7
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							

A7 El niño es tan inteligente como cualquier otro niño de su edad, no muestra nada inusual al resolver problemas o utilizar su inteligencia.

B7 El niño no es tan inteligente como cualquier niño de su edad, sus habilidades parecen un poco retrasadas en algunas áreas.

C7 En general el niño puede funcionar cerca de lo normal en una o mas áreas intelectuales.

D7 Aunque el niño por lo general no es tan inteligente como el niño típico de su edad en algunas áreas se encuentra más avanzado que un niño de su misma edad.

En este instrumento los padres al igual que en los instrumentos anteriores deben de escoger solo una de las respuestas dadas o bien si el niño se comporta como la primera y la segunda frase se escoge el punto intermedio de estas.



DIVISION EDITORIAL

5 ORIENTE No. 208-102 C.P. 72000 PUEBLA, PUE., MÉXICO

*15 años de prestigio
al servicio Editorial...*

Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, archivada o transmitida en forma alguna o mediante algún sistema, ya sea electrónico, mecánico, de fotorreproducción, de almacenamiento en memoria o cualquier otro, sin el previo y expreso permiso por escrito del Autor