



**FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

USO DEL LENGUAJE Y DESEMPEÑO SOCIO-COGNITIVO EN NIÑOS CON  
AUTISMO DEL CENTRO PEQUEÑOS GIGANTES – NOVIEMBRE 2019, ABRIL  
DE 2020

**Línea de investigación**

**Salud pública**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en  
Terapia de Lenguaje

**Autora**

Loayza Flores, Erika

**Asesor**

Parra Reyes, Belkis David

Código ORCID 0000-0001-8763-330X

**Jurado**

Canessa Ruiz, Fiorella Carla

Zuzunaga Infantes, Flor de María

Cordero Tito, Leydy Kelly

**Lima - Perú**

**2023**





## Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:

1A\_LOAYZA\_FLORES\_RIKA\_TITULO\_LICENCIADO\_2022

Fecha del Análisis:

21-11-2022

Operador del Programa  
Informático:

MEDINA VILCHEZ MIRTHA VANESSA

Correo del Operador del  
Programa Informático:

mmedina@unfv.edu.pe

Porcentaje:

1%

Asesor:

Dr. PARRA REYES. BELKIS DAVID

Título:

**“USO DEL LENGUAJE Y DESEMPEÑO SOCIO-COGNITIVO EN NIÑOS CON AUTISMO  
DEL CENTRO PEQUEÑOS GIGANTES – NOVIEMBRE 2019, ABRIL DE 2020”**

Enlace:

<https://cutt.ly/s1QOLRy>



*Zoila S. Chero P.*  
**Mg. Zoila Santos Chero Pisfil**  
Jefa  
Oficina de Grados y Gestión del Egresado



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

**VRIN** | VICERRECTORADO  
DE INVESTIGACIÓN

**FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

USO DEL LENGUAJE Y DESEMPEÑO SOCIO-COGNITIVO EN NIÑOS CON  
AUTISMO DEL CENTRO PEQUEÑOS GIGANTES – NOVIEMBRE 2019, ABRIL DE  
2020

**Línea de investigación**

Salud Pública

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado Tecnólogo Médico en  
Terapia de Lenguaje**

**Autora**

Loayza Flores, Erika

**Asesor**

Parra Reyes, Belkis David

ORCID: 0000-0001-8763-330X

**Jurado**

Canessa Ruiz, Fiorella Carla

Zuzunaga Infantes, Flor de María

Cordero Tito, Leydy Kelly

**Lima – Perú**

**2023**

**“USO DEL LENGUAJE Y DESEMPEÑO SOCIO-COGNITIVO EN NIÑOS CON  
AUTISMO DEL CENTRO PEQUEÑOS GIGANTES – NOVIEMBRE 2019, ABRIL  
DE 2020”**

### **Dedicatoria**

Con mucho amor a mi familia, a mi madre Doris Flores, mi padre Roger Loayza y a mi hermano Erich que han estado en todo momento durante mi formación, por su apoyo incondicional y paciencia.

### **Agradecimiento**

Gracias a Dios por darme vida y salud para seguir cada día, gracias a mi amada madre Doris Flores, por su amor infinito, su apoyo incondicional, su paciencia y su esfuerzo durante estos años.

A mis profesores de la Universidad Nacional Federico Villarreal, que Dios los tenga en su gloria, por ser mi mejor referente, enseñarme lo hermoso que es esta carrera tan maravillosa y a todas las personas que han contribuido para poder culminar mi presente tesis, para todos ellos mi especial gratitud.

## Índice

Resumen	1
Abstract	2
I. Introducción	3
1.1 Descripción y formulación del problema	4
1.2 Antecedentes	6
1.3 Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	12
1.4 Justificación	12
1.5 Hipótesis	13
II. Marco teórico.	14
2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación	14
III. Método.	23
3.1 Tipos de investigación	23
3.2 Ámbito temporal y espacial	23
3.3 Variables. Operacionalización de Variables.	23
3.4 Población y muestra	25
3.5 Instrumentos	26
3.6 Procedimientos	29
3.7 Análisis de datos	30
3.8. Consideraciones éticas	31
IV. Resultados	32
V. Discusión de resultados	39
VI. Conclusiones	42
VII. Recomendaciones	44
VIII. Referencias	44
IV. Anexos	49

## Resumen

**Objetivo:** Identificar las características en el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo de 5 a 12 años del centro “Pequeños Gigantes”. **Métodos:** Fue del tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Con una muestra de 36 niños con TEA de entre 5 y 12 años. Para la recolección de datos se utilizó la prueba de evaluación socio-cognitiva y el perfil funcional de comunicación. Se realizó un análisis descriptivo de la distribución de frecuencia de todas las variables categóricas y análisis de las medidas de las variables continuas mediante el software estadístico informático SPSS.

**Resultados:** un 83.3% eran masculinos y un 38.9% tenían la edad entre 5 a 6 años. En las características del uso del lenguaje, un 88.9% presentan un medio comunicativo gestual; un 61.1% presentan funciones comunicativas menos interactivas; un 61.1% presenta 0,39 a 1,00 actos comunicativos por minuto. En la frecuencia de la gravedad del autismo, un 66.7% son leve/moderado. En el desempeño socio-cognitivo y gravedad del autismo, se observan niveles de promedio superior del tipo leve/moderado, en comparación del tipo severo.

**Conclusión:** Las características del uso de lenguaje en los niños con TEA, son con un medio comunicativo gestual, con funciones comunicativas menos interactivas, y con actos comunicativos por minuto entre 0,39 a 1,00. La frecuencia de gravedad de tipo leve/moderado. Nivel de desempeño socio-cognitivo y gravedad del autismo, superior del tipo leve/moderado, en comparación con el severo, sin embargo, las intenciones comunicativas tanto gestual como vocal son iguales.

**Palabras clave:** calidad de vida, trastorno del espectro autista, TEA, madres de niños con TEA.

### Abstract

**Objective:** To identify the characteristics of language use and socio-cognitive performance in children with autism aged 5 to 12 years at the “Pequeños Gigantes” center. **Methods:** It was a descriptive, prospective, cross-sectional, non-experimental design study. The sample consisted of 36 children with ASD aged between 5 and 12 years. The socio-cognitive assessment test and the functional communication profile were used to collect data. A descriptive analysis of the frequency distribution of all categorical variables and analysis of the measurements of continuous variables was performed using the SPSS statistical software. **Results:** 83.3% were male and 38.9% were between 5 and 6 years old. Regarding the characteristics of language use, 88.9% had a gestural means of communication; 61.1% had less interactive communicative functions; 61.1% had 0.39 to 1.00 communicative acts per minute. In the frequency of autism severity, 66.7% are mild/moderate. In socio-cognitive performance and autism severity, higher average levels are observed for the mild/moderate type, compared to the severe type. **Conclusion:** The characteristics of language use in children with ASD, are with a gestural communicative means, with less interactive communicative functions, and with communicative acts per minute between 0.39 and 1.00. The frequency of severity of the mild/moderate type. Level of socio-cognitive performance and severity of autism, higher for the mild/moderate type, compared to the severe type, however, both gestural and vocal communicative intentions are equal.

**Keywords:** Use of language, gestural communication, autism spectrum disorder, socio-cognitive performance, autism severity.

## I. Introducción

El trastorno del espectro autista (TEA) se define como un cambio de comportamiento de múltiples etiologías con cambios cualitativos y cuantitativos en la comunicación y la interacción social, así como comportamientos, intereses y la presencia de actividades repetitivas y restringidas. El término TEA se ha usado ampliamente para referirse a tres afecciones que tienen varios aspectos en común: autismo infantil, síndrome de Asperger y trastorno del desarrollo global no especificado de otra manera como lo menciona el *American Psychological Association*. (APA, 2013, p.45)

El inicio de este trastorno ocurre dentro de los primeros tres años. de vida y es de cuatro a cinco veces más frecuente en varones. La prevalencia se estima en 4: 1 hombre / mujer y la incidencia en la población varía de 5 a 15 casos por cada 10,000 individuos.

Según Paula et al (2011) en un estudio piloto en Brasil, la prevalencia de niños con el trastorno fue de 27.2 / 10,000 (IC 95%: 17.6-36.8).

Baxter et al. (2014) informaron en un estudio australiano que había un estimado de 52 millones de casos de TEA, que es una prevalencia de 7,6 por mil o un caso en 132 personas nacidas.

Según Novaes et al. (2008) y Rapin (2011) refieren que el trastorno del espectro autista (TEA) está actualmente subclasificado según su gravedad, que se divide en leve, moderado o severo. Y la clasificación actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V-2013) incluye el diagnóstico de personas autistas con hiperactividad, predominio de movimientos verbales repetitivos, de alto rendimiento, no verbales, asociados con epilepsia, concomitantes con retraso mental o con síndromes genéticos. Los TEA se clasifican como un grupo heterogéneo de trastornos del neurodesarrollo en relación con aspectos etiológicos, fenotípicos y fisiopatológicos. Y se refiere a trastornos complejos del desarrollo con gran variabilidad en la adquisición de

habilidades sociales, de lenguaje y de comportamiento. Este grupo incluye individuos considerados verbales o no verbales, con o sin alto funcionamiento para habilidades específicas y con diferentes niveles intelectuales. (Lamonica, 2013)

Rapin (2011), informó que los niños con discapacidad intelectual en el espectro del autismo son los más propensos a tener un lenguaje expresivo y receptivo deteriorado. También afirmó que las presentaciones fenotípicas del autismo son muy variadas, y se han descrito tanto para imágenes autistas clásicas (representadas por sujetos sin comunicación verbal y discapacidad mental severa) como para imágenes de niños autistas con sociabilidad comprometida que tienen habilidades verbales. (p 56)

### **1.1 Descripción y formulación del problema**

Este trabajo surgió de la necesidad de conocer las características en el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo según gravedad e hiperactividad.

Todo niño diagnosticado con autismo tiene, en mayor o menor grado, trastornos del lenguaje, ya sea que manifiesten o no lenguaje verbal. dependiendo de la severidad y clasificación asociada con la condición. El lenguaje y sus manifestaciones verbales, como el habla, son puntos en los que se centran los cambios más obvios en el autismo. Se denotan por la ausencia del habla o la presencia del habla sin función comunicativa (síntomas de retraso en el desarrollo del lenguaje), o por el desarrollo del lenguaje atípico que presentan estos niños. La evaluación del lenguaje y el habla son fundamentales para caracterizar el marco del espectro autista. (Lopes, 2003)

En nuestro país es muy frecuente observar en los niños que acuden a terapia de lenguaje que los problemas del lenguaje desempeñan un papel destacado en las descripciones y el diagnóstico de las imágenes del espectro autista. Esta naturaleza exacta de los problemas del lenguaje todavía es poco entendida por los terapeutas de lenguaje, especialmente debido

a las variaciones en las manifestaciones de la imagen. Aproximadamente, y es lo mismo que se observa en Perú que, la mitad de los niños autistas no usan el lenguaje funcionalmente y tienen retrasos persistentes en la comunicación; por otro lado, otros niños desarrollan un lenguaje similar a la normalidad, a pesar de que tienen dificultades pragmáticas. (Miilher, 2009)

En el centro donde se va realizar el estudio “Pequeños gigantes” se evidencian que los cambios en el perfil socio-comunicativo son las principales características de los trastornos del espectro autista, por lo que la presente investigación pretende demostrar que los cambios en el uso del lenguaje en contextos sociales siempre están presentes en los niños con estos trastornos, teniendo en cuenta los aspectos funcionales de la comunicación y sus relaciones en su contexto, de manera particular en el distrito de El Agustino.

Dado lo anterior, está claro que la mayor contribución que puede hacer la terapeuta de lenguaje, tanto para la investigación sobre la etiología del autismo como para los procesos de diagnóstico, es la determinación de un perfil de lenguaje cada vez más claro para estos niños, buscando estudios de revisión sobre el tema, o creando o adaptando evaluaciones o pruebas para tal fin. (Neubauer, 2013)

Por consiguiente, al establecer un perfil de funcionalidad de la comunicación y del rendimiento socio-cognitivo de estos niños con TEA por el terapeuta de lenguaje, proporcionan información clínica importante que caracterizan sus particularidades. Por lo tanto, permite diagnósticos más precisos y completos, lo que brinda soporte para una intervención terapéutica más especializada.

Por todo lo mencionado anteriormente se proponen las siguientes preguntas:

### ***1.1.1. Pregunta general***

¿Cuáles son las características en el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo en niños de 5 a 12 años de ambos sexos del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo noviembre 2019-abril de 2020?

### ***1.1.2. Preguntas específicas***

- ¿Cuál es la frecuencia de la gravedad del autismo en niños de 5 a 12 años del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo Noviembre-abril de 2020?

- ¿Cuál es el perfil socio-cognitivo de los niños con autismo leve- moderado y severo en niños de 5 a 12 años del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo noviembre 2019-abril de 2020?.

## **1.2 Antecedentes**

### ***1.2.1. Antecedentes Nacionales***

Para Flores y Gonzalez-Otoya (2018) en su tesis titulada, evaluación del área del lenguaje léxico semántico en niños con trastorno generalizado del desarrollo que acuden a un Instituto de Rehabilitación en Lima – 2017, para optar el título profesional de licenciado en tecnología médica, especialidad en terapia de audición, voz y lenguaje en el año 2018, refieren que, en el lenguaje comunicacional, el área léxico-semántica está relacionada con el vocabulario adquirido por el niño el cuál usará para formar oraciones que serán utilizadas espontáneamente. Estudios demuestran que los niños(as) diagnosticados con Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), caracterizados por patrones repetitivos de conducta; deterioro del desarrollo cognitivo, comunicativo e interactivo social; poseen un lenguaje oral poco claro al expresar sus ideas; motivo por el cual les cuesta interactuar socialmente. Objetivo: Evaluar el nivel de desarrollo del área del lenguaje léxico-semántico en niños con Trastorno Generalizado del Desarrollo que acudieron al Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” de Lima-Perú. Material y métodos: Estudio descriptivo de serie de casos, la población estuvo conformada por 30 niños, el instrumento de evaluación

fue la Prueba de Lenguaje Oral de Navarra – PLON R. y una ficha de recolección de datos generales y anamnésticos. Resultados: Se encontró que el 93.3% de los niños fueron masculino y 6.7% femenino, la edad de detección de problemas en la comunicación mostró una media de 2.1 años y una desviación estándar de 0.8. Los antecedentes familiares patológicos mostraron que 40% presentaban trastornos de lenguaje, 10% TGD y trastornos de lenguaje y 6.7% solo TGD. El 100% de los niños(as) recibieron al menos dos de las terapias convencionales. Conclusiones: El 6.7% de los niños(as) con TGD presentaron diagnóstico de “Retraso de lenguaje”, 43.3% “Necesita Mejorar” y 40% presenta desarrollo “Normal”.

Para Sparrow (2017), en su Tesis para optar el grado académico de magister en gerencia social con mención en gerencia de programas y proyectos de desarrollo de la Pontificia universidad católica del Perú, titulada Capacidades de gestión del centro de desarrollo, estimulación y rehabilitación integral (CEDERI) para la atención de problemas en niños de 4 y 5 años de edad con dificultades de lenguaje, comunicación y conducta; menciona que la investigación se sustenta en que existen varias instituciones que brindan tratamiento para los problemas de comunicación, del lenguaje y conducta que presentan los niños con Trastornos del Espectro Autista, Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos Específicos del Lenguaje. Es por ello necesario conocer el grado de efectividad de las intervenciones puestas a disposición de los usuarios. Para ello seleccionamos específicamente a una institución comprometida con esta problemática, como es el caso de CEDERI. ¿Cuáles son las capacidades que tiene CEDERI para la atención de los problemas de los niños de 4 y 5 años de edad con dificultades de lenguaje, comunicación y conducta? Objetivo general: Identificar las capacidades de gestión que tienen los Programas de CEDERI para la atención de los problemas de los niños de 4 y 5 años de edad con dificultades de lenguaje, comunicación y conducta, analizando las capacidades del personal, y las

capacidades logísticas, presupuestal, de enfoque y estrategia, de cobertura, sostenibilidad y replicabilidad, y cómo las mismas impactan sobre la efectividad en el desarrollo de lenguaje, comunicación y conducta de los usuarios. El marco teórico incluye los conceptos básicos de la investigación, el diagnóstico contextual y la descripción de CEDERI, así como su visión y misión, organigrama, bienes y servicios, y funciones de cada departamento. Así mismo, la descripción de los problemas abordados por sus programas; la política social, la dimensión normativa y la descripción del modelo de gestión de CEDERI. Como conclusión tenemos que la organización del núcleo de operaciones en tres departamentos: evaluación, terapia y talleres, es la adecuada para la organización. En el núcleo de operación, existe una comunicación rápida y fluida a nivel departamental e interdepartamental. La inmediatez y contacto personal facilitados en un único local institucional, permite el transcurso de pacientes de un departamento a otro sin mayor dificultad.

### ***1.2.1. Antecedentes internacionales***

Para Asunción (2018), en su estudio denominado, El desarrollo del lenguaje y la comunicación a través del juego en niños con Trastorno del Espectro Autista, realizado por la Universidad Internacional de La Rioja Máster para la obtención de título universitario en Educación Especial, refiere que su trabajo tiene la finalidad de diseñar un programa de intervención para desarrollar la comunicación y el lenguaje en un alumno de siete años con TEA. El programa está adaptado a sus capacidades, necesidades e intereses y emplea el juego como principal herramienta metodológica, ya que de esta forma se aumenta la motivación del alumno y con ello la probabilidad de que sus habilidades comunicativas mejoren. Para diseñar la propuesta de intervención se ha llevado a cabo un estudio bibliográfico que ha servido para conocer en profundidad el TEA y como se interviene para estimular el lenguaje. Una vez realizado este estudio elaboró el programa de intervención y por último se incluyó

una propuesta de evaluación para valorar la consecución de los objetivos del programa y los progresos del alumno.

Según Guerrero y Padilla (2017), en su estudio denominado habilidades sociales y comunicativas a través del arte en jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA) y publicado en la revista Chilena de Estudios pedagógicos vol.43 no.2 Valdivia. Esta investigación tuvo como objetivo establecer si es posible mejorar las habilidades comunicativas y la interacción social en jóvenes con trastorno del espectro autista (TEA), usando actividades artísticas. El método es etnográfico, longitudinal, con enfoque cualitativo. Se utilizó la técnica de observación participante, haciendo seguimiento durante talleres de arte. El estudio se desarrolló durante un año, haciendo cortes trimestrales de evaluación. La información se registró en diarios de campo, y se integró por medio de matrices comparativas y matrices globales, cotejando los resultados de los tres casos. Los participantes fueron tres estudiantes de una escuela de artes en Tunja, Colombia. Los resultados mostraron que los jóvenes mejoraron sus procesos de comunicación e interacción social gracias al aporte del arte como herramienta pedagógica. Se puede concluir que las técnicas derivadas del arte son útiles para fortalecer y mejorar las habilidades de comunicación y socialización en jóvenes con TEA.

Según Fajardo (2016), titulada Comunicación y autismo. Las habilidades de comunicación pre-lingüísticas como predictoras del desarrollo del lenguaje en niños con autismo, menciona que los trastornos del espectro autista (TEA) constituyen un conjunto de alteraciones graves del desarrollo neurológico que se caracterizan por la coocurrencia de dificultades en la comunicación social y por patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, siendo una de las discapacidades del desarrollo más frecuentes en la infancia. En este trabajo de investigación el objetivo fue identificar qué habilidades de comunicación pre-lingüística predicen mejor el desarrollo del lenguaje en etapas posteriores.

La muestra de nuestro estudio está formada por 39 niños entre 18 y 36 de índice de desarrollo cognitivo y con una edad cronológica promedio de 47.5 meses de edad. El diseño del estudio es no experimental cuantitativo longitudinal de panel. Los principales resultados de la investigación se derivan de técnicas de análisis no paramétricas. Se identificaron correlaciones positivas y de valores moderados a altos (de .49 a .71) entre el desarrollo lingüístico y las habilidades de imitación. En concreto para el grupo con autismo resultaron significativas las correlaciones de las habilidades de imitación siguientes: imitación gestual y facial, la imitación de posturas de mano no significativas bimanual, imitación de acciones con la boca sin sonido y la imitación de sonidos con la boca no significativos, la imitación corporal sencilla y la imitación bocal. Todas ellas, por tanto, serían candidatas a ser elegidas como habilidades de imitación relacionadas con el futuro desarrollo lingüístico. Conclusiones: Los resultados de este estudio aportan datos sobre la probabilidad de relaciones predictivas entre las habilidades de comunicación pre-lingüística y el desarrollo del lenguaje (comprensión del lenguaje y lenguaje expresivo).

Según refieren Carratalá y Arjalaguer (2015), en su artículo, tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad, publicado en la revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes Vol. 2. Nº. 1 - Enero - pp 37-44; que los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son considerados un problema de salud importante ya que afectan a una gama amplia de áreas del desarrollo. El presente trabajo describe un tratamiento cognitivo-conductual de 22 sesiones aplicado a un niño de siete años con TEA e impulsividad. Presentaba problemas de concentración y de autocontrol y falta de obediencia. El tratamiento incluyó técnicas de relajación, tareas de escritura gráfica y lectura comprensiva, técnicas cognitivas como entrenamiento en atención y autoinstrucciones, en reflexividad, en mejora de las deficiencias sociales relacionadas con la teoría de la mente y coherencia central, y técnicas conductuales para el cumplimiento de normas y la gestión del

tiempo. Después del tratamiento se comprobó que se habían alcanzado los objetivos planteados, demostrando así la eficacia de la intervención cognitivo-conductual.

Para Alberdi (2015), en su estudio realizado en la Facultad de educación de la Universidad Internacional de la Rioja; titulado, habilidades comunicativas en trastorno del espectro autista; menciona que las investigaciones referentes al trastorno del espectro autista han avanzado mucho en los últimos años. Desde las aportaciones sobre autismo de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944,) el autismo ha estado sumergido en un eterno debate hasta que, finalmente, en los años 80 fue incorporado a los manuales diagnósticos. Por lo tanto, hasta hace pocas décadas, poco se sabía sobre este trastorno; aún menos cómo desarrollar el proceso educativo de estos niños. Actualmente, se investigan las numerosas casuísticas y rasgos particulares de cada uno de los niños con este trastorno, pero la naturaleza del mismo hace que sea difícil concretar los resultados, así como la fiabilidad de los estudios. En este trabajo haremos una pequeña recopilación de los resultados más importantes de las principales investigaciones sobre el trastorno del espectro autista, indagando en sus características más esenciales. Después, desarrollaremos las mejores estrategias que favorecen el desarrollo integral de estos niños, poniendo especial énfasis en la adquisición y desarrollo de habilidades comunicativas. Y todo ello con el objetivo de que estos niños logren desarrollar al máximo sus herramientas de comunicación interpersonal y socialización.

## **1.3 Objetivos**

### ***1.3.1. Objetivo General***

Identificar las características en el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo en niños de 5 a 12 años de ambos sexos del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo noviembre 2019-abril de 2020.

### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

- Identificar la frecuencia de la gravedad del autismo en niños de 5 a 12 años del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo noviembre 2019-abril de 2020.
- Determinar el perfil socio-cognitivo de los niños con autismo leve-moderado y severo en niños de 5 a 12 años del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo Noviembre-abril de 2020.

### **1.4 Justificación**

Se sabe que los niños diagnosticados con autismo tienen, en mayor o menor grado, trastornos del lenguaje y que manifiestan o no el lenguaje verbal, dependiendo de la gravedad y la clasificación asociada con la patología. El lenguaje y sus manifestaciones verbales, como el habla, son puntos en los que se centran los cambios más obvios en el autismo. Se denotan por la ausencia del habla o la presencia del habla sin función comunicativa (síntomas de retraso en el desarrollo del lenguaje), o por el desarrollo del lenguaje atípico que presentan estos niños.

Los problemas lingüísticos desempeñan un papel destacado en las descripciones y el diagnóstico de las imágenes del espectro autista. Aproximadamente la mitad de los niños autistas no usan el lenguaje funcionalmente y tienen retrasos persistentes en la comunicación. Por otro lado, otros niños desarrollan un lenguaje similar a la normalidad, a pesar de que tienen dificultades pragmáticas. (Signor, 2013)

Los cambios en el perfil socio-comunicativo son las principales características de los trastornos del espectro autista. La investigación en esta área contribuye a guiar mejores criterios para la descripción del lenguaje en este grupo de pacientes, para obtener el mejor rendimiento de los niños autistas. Por lo tanto, establecer un perfil de la funcionalidad de comunicación y el rendimiento sociocognitivo de estos niños con TEA proporciona información clínica importante que caracteriza sus particularidades permitiendo

diagnósticos más precisos y completos, lo que brinda apoyo para la intervención y una terapia más especializada.

### **1.5 Hipótesis**

El presente estudio carece de hipótesis por ser de tipo descriptivo y analítico simple.

## II. Marco teórico.

### 2.1 Bases teóricas sobre el tema de investigación

#### 2.1.1. *El Autismo.*

Esta condición denominada Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo de origen definido como multifactorial, que se caracteriza por presentar diversos cambios que pueden ser cualitativos y cuantitativos en el proceso de la comunicación, la interacción social y el comportamiento, según diferentes grados de gravedad evidentes. (APA, 2013, p. 84)

En los individuos con TEA, se puede evidenciar diferentes síntomas como conductas atípicas, repetitivas y estereotipadas, obsesión por determinados objetos en movimiento, disimetría en la motricidad o retraso en el desarrollo del habla. Sin embargo, algunos de estos síntomas deben ser analizados cuidadosamente, ya que su presencia no se limita al diagnóstico de TEA, sino que requiere una evaluación profesional especializada. (Reichow, 2012)

Otros síntomas y signos sensoriales y motores evidentes en estos niños con TEA son la sensibilidad exagerada a ciertos sonidos, dificultades para comer, presencia de ecolalia (inmediata o tardía), expresividad emocional limitada o poco frecuente, así como la pasividad al contacto corporal. (Schwartzma, 2011)

#### 2.1.1.2. **Historia y definición.**

El autismo es un trastorno del desarrollo que surge hasta la edad de tres años, cuyas etiologías son múltiples y diversas; su interferencia en áreas ocupacionales es extremadamente significativa y se debe principalmente a comportamientos relacionados con el déficit en la interacción social, lenguaje y habilidades emocionales, cognitivas, motoras y sensoriales (Favoretto, 2014). El término autismo fue utilizado por primera vez por Eugene Bleuler en 1911, cuando observaba a pacientes diagnosticados con esquizofrenia y solía

designar la pérdida de contacto con la realidad, causando gran dificultad o imposibilidad de comunicación. (Ajuriaguerra, 1977, p. 56)

Los primeros relatos sobre autismo vinieron de Leo Kanner, en 1943, quien realizó un estudio en 11 niños e identificaron cambios en las relaciones sociales y afectivas, falta de comunicación verbal en algunos de ellos. Además de la presencia de ecolalia, dificultad para aceptar cambios, tanto ambientales como rutinarios, molestias por los sonidos fuertes y buena capacidad de memorización. En este estudio, Kanner caracterizó el trastorno y utilizó el término utilizado por Bleuler en 1911. (Baltimore y Kanner, 1944)

Cuarenta años después de las primeras definiciones de este trastorno, fue posible observar cambios conceptuales significativos. El autismo fue visto inicialmente como un trastorno emocional causado por comportamientos de los padres, como el distanciamiento emocional o el rechazo del niño. Sin embargo, a lo largo de los años, el autismo ya no se ve como una alteración emocional, sino como un trastorno orgánico o neuropsicológico. (APA, 2013, p. 86)

A lo largo del tiempo, se ha vuelto más fácil identificar las manifestaciones de la enfermedad y hacer el diagnóstico. El DSM-IV define el autismo como un trastorno crónico del desarrollo caracterizado por un impedimento significativo en la interacción y comunicación social recíproca, asociado con patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados (Mecca, 2011). La imagen conductual del autismo está compuesta básicamente de 3 manifestaciones:

**A. Déficits cualitativos en la interacción social.** Aislamiento o comportamiento social inadecuado, indiferencia afectiva, mal contacto visual, falta de empatía social;

**B. déficits cualitativos en la comunicación.** Los trastornos de la comunicación ocurren tanto en la capacidad verbal como no verbal, y los niños pueden tener un lenguaje inmaduro caracterizado por jerga, ecolalia, inversión pronominal y entonación anormal;

*C. patrones de conducta repetitivos y estereotipados y un repertorio restringido de intereses y actividades.* Resistencia al cambio, apego excesivo a ciertos objetos y fascinación por las piezas y los engranajes. Los niños autistas aún pueden tener estereotipos motores como balancearse, aplaudir, dar vueltas o la punta de los dedos. (Mecca, 2011)

El autismo se ha clasificado durante mucho tiempo en la categoría de Trastornos global del desarrollo (TGD) o Trastornos del desarrollo invasivo en manuales de clasificación, como el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10), respectivamente. (Garon, 2009)

Según el manual del DSM-IV-TR, Los TGD se clasifican en trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno del desarrollo global no especificado (TGD-NE). Sin embargo, dada la complejidad de esta afección, los casos evaluados no siempre cumplen con todos los criterios de diagnóstico para el trastorno autista. Por esta razón, actualmente el grupo de trabajo de la Asociación Americana de Psiquiatría del DSM-V ha discutido diferentes criterios clínicos y ha creado una nueva categoría de diagnóstico para incluir el autismo. El grupo propone excluir el trastorno desintegrativo infantil y el síndrome de Rett de la afección TGD, e incluir los tres trastornos restantes en la afección de los trastornos del espectro autista (TEA). Este último se subdividiría en dos subcategorías: TEA tipo I, para casos típicos del espectro autista; y TEA tipo II para casos atípicos. (APA, 2013, p. 88)

### **2.1.1.3. Etiología.**

El trastorno del espectro autista (TEA) se define actualmente como un trastorno del comportamiento de múltiples etiologías. El fenotipo TEA es heterogéneo y, aunque presenta una etiología multifactorial, es un trastorno neuropsiquiátrico en el que ha habido una influencia considerable en la heredabilidad. Esta influencia hereditaria ha llevado a varios

estudios para identificar cambios de comportamiento neurológico en hermanos de niños diagnosticados con autismo. (Garon, 2009)

A pesar de décadas de investigación, su etiología permanece indefinida porque es de un trastorno complejo y heterogéneo con diversos grados de gravedad. Además, el espectro de presentaciones y manifestaciones clínicas sugiere heterogeneidad neurobiológica (Vitiello, 2007)

Gadia et al. (2004) y Rutter (2005) informan una combinación de factores ambientales y genéticos como la etiología del autismo. Hasta la década de 1970, se creía que las causas eran psicológicas: la tesis de la "madre congeladora", que decía que la falta de afecto en la primera infancia sería responsable del inicio del trastorno. Hoy en día, se sabe que los pacientes con autismo tienen deficiencias en varios dominios, lo que sugiere que varias regiones del cerebro pueden estar involucradas en el proceso de desarrollo de la patología, incluyendo cerebelo, hipocampo, amígdala, ganglios basales y cuerpo caloso, pero anomalías celulares y metabólicas, que serían la base del desarrollo anormal del cerebro, siguen siendo desconocidos.

Los estudios neuroquímicos informan disfunciones en los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos y la especificación de genes relacionados con el autismo puede representar un paso importante hacia las intervenciones terapéuticas. (Bolívar et al., 2007)

#### **2.1.1.4. Epidemiología**

La prevalencia del autismo varía de 4 a 13 en 10,000 niños nacidos, ocupando el tercer lugar entre los trastornos del desarrollo infantil, por delante de las malformaciones congénitas y el síndrome de Down. (Mattos et al., 2007)

Los datos preliminares de un estudio en Brasil indican una prevalencia de 2.7 casos por cada 1,000 nacimientos, sin embargo, se estima que estos números pueden ser mayores debido a dificultades en el diagnóstico preciso. (Santos y Santos, 2012)

Rybakowski et al. (2014) informan que, en sucesivos estudios epidemiológicos realizados en el siglo XXI, se ha encontrado que la prevalencia ha aumentado y actualmente el diagnóstico de TEA se estima en 1% de la población general.

Baxter et al (2014) informaron que en 2010 hubo un estimado de 52 millones de casos de TEA, que es una prevalencia de 7.6 por 1,000 o uno de cada 132 personas. Después de considerar las variaciones metodológicas, no hubo evidencia clara de un cambio en la prevalencia entre 1990 y 2010. En todo el mundo, los estudios apuntan a una pequeña variación en la prevalencia de este trastorno.

Investigaciones recientes muestran un aumento significativo en los diagnósticos de autismo en todo el mundo (un individuo por cada mil nacimientos es autista y alrededor de cuatro individuos por cada mil nacimientos tienen espectro autista). Por lo tanto, la creciente necesidad de programas y servicios que aborden este problema. la población, con el objetivo de reducir sus dificultades y mejorar sus capacidades, debe implementarse para promover el desempeño funcional autista en sus diferentes roles en la sociedad. (Rybakowski, et al., 2014)

#### **2.1.1.5. Diagnóstico.**

Debido a que hay una gran cantidad de síndromes relacionados con el autismo y no hay un marcador biológico específico, su diagnóstico sigue siendo clínico y requiere una propuesta multidisciplinaria que incluye: observación infantil; entrevista con los responsables; evaluación de niveles de desarrollo; y anamnesis detallada del paciente; Además de la detección de trastornos asociados, como el síndrome X frágil. Los criterios utilizados actualmente para este diagnóstico se describen en el Manual estadístico y diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría. (Magyar, 2007)

El diagnóstico de autismo se vuelve fácil y controvertido solo cuando ocurre en niños pequeños y aparentemente sanos. En estos casos se destaca la falta de relaciones sociales,

juegos empobrecidos, comportamientos repetitivos y aparentemente sin propósito (estereotipias). También puede verificar la falta de expresión en el lenguaje del niño o la aparición de lenguaje afectado, prolijo o ecolálico, los berrinches y los comportamientos agresivos causados por la intrusión en las actividades del niño, siendo también evidente la poca variedad de opciones de alimentos y problemas para dormir. Pero el diagnóstico se vuelve mucho más difícil y controvertido si el autismo se asocia con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad, también un deterioro cognitivo severo o una alta inteligencia. (Rapin, 2011, pp. 32-33)

El diagnóstico conductual en la infancia rara vez es una dicotomía sí o no, porque los criterios cambian con el desarrollo, y es discontinuo y de velocidad variable. Los diagnósticos de comportamiento son necesariamente dimensionales. Como no existe una demarcación estricta del límite entre la normalidad y la patología, la confiabilidad del diagnóstico aumenta con la desviación de la media de la población. Por lo tanto, el diagnóstico depende de criterios consensuales, no absolutos, y la fiabilidad requiere instrumentos clínicos con fuertes propiedades psicométricas.

La evaluación de las características del autismo en un niño sigue siendo esencialmente clínica, sin pruebas clínicas de apoyo para guiar el diagnóstico. La tendencia de los últimos años es la creación de instrumentos (escalas o cuestionarios) que, a través de la observación directa o preguntas dirigidas, pueden establecer parámetros medibles y servir como herramientas para guiar el diagnóstico clínico más preciso. (Gadia, 2004)

### ***2.1.2. Familiares y cuidadores de niños con trastorno del espectro del autismo.***

Es de saber que los familiares y/o cuidadores de los niños con condición de TEA, presentan dificultades en todo el proceso de desarrollo del niño, por ello en un estudio de investigación determina que suelen presentar un alto nivel de estrés de manera frecuente aquellos familiares y los cuidadores involucrados con niños con TEA, en comparación con

los niveles de estrés de las familias de niños con un desarrollo adecuado, influenciando así en la calidad de vida de los familiares y/o cuidadores de estos niños con condiciones diferentes. (Cadman et al., 2012)

Bajo estos antecedentes, es importante, por tanto, investigar cuáles son los factores responsables de los que pueden ocasionar el estrés familiar y también cómo la familia y el cuidador, dirigen ciertas acciones para disminuir el estrés. (Jones et al., 2016)

Asimismo, la reestructuración familiar, así como la expectativa de tener un hijo sano, son algunos de los factores colaborativos para el incremento del estrés familiar. (Moxotó y Malagris, 2015)

La demanda de cuidados que necesita un niño con TEA y los cambios en la rutina familiar, como hábitos, gastos económicos, relaciones sociales y profesionales, pueden percibirse como un evento estresante para familiares, cuidadores y personas cercanas, que pueden ser determinante a presentar una sobrecarga mental. (Sanini et al., 2010)

Las familias que tienen un integrante con trastorno del espectro autista presentan un alto nivel de preocupación con respecto al bienestar de ese niño, especialmente cuando ya no pueden satisfacer sus necesidades, según va desarrollándose. (Koegel et al., 1996)

La gravedad de la sintomatológica que presenta el niño con TEA es uno de los factores que puede influenciar, en gran medida, en la percepción de la calidad de vida que percibe el cuidador y los familiares de este niño. (Jones et al., 2016)

Por ejemplo, en función a la administración pública que compromete al desempeño de estos niños con esta condición, existe un estudio que hace referencia la existencia de un mayor número de trabajos dirigidos a procesos de intervención familiar que ayudaría a un mejor conocimiento y desarrollo de técnicas y políticas públicas en el área que debería ser plasmadas e incorporadas a diferentes realidades. (Fernandes, 2009)

Bajo este punto, cuando existe un proceso de reestructuración y adaptación familiar, las madres de estos niños suelen presentar mayores niveles de estrés en comparación con los padres, independientemente al contexto cultural en el cual se desempeñan. (Bendixen et al., 2011)

En consecuencia, se observan dificultades relacionales, expectativas maternas y mayor atención dirigida a niños con TEA como algunos de los factores que pueden generar un alto índice de estrés llegando a ser hasta crónico. Por tanto, algunos autores sugieren observar la relación entre madre e hijo, para poder identificar los posibles cuadros, situaciones o conductas estresoras que experimentan cuando están interactuando, posibilitando así, el desarrollo de técnicas específicas y asertivas para lograr un manejo adecuado de estos comportamientos, buscado de ese modo la reducción del estrés. (Moxotó y Malagris, 2015)

Para Pozo et al., existen variables responsables que ocasionan un alto nivel de estrés materno, los cuales los clasifica como, los problemas de conducta que presentan los niños, el apoyo social, el sentido de coherencia como medida de percepción del problema y las conductas no funcionales. (Pozo et. al., 2016)

A su vez, es observable también, la sobrecarga de funciones y responsabilidades debido a la derivación y avance que se produce durante el tratamiento que realiza el niño con TEA, los mismos que son considerados como estresores que actúan directamente sobre el estado emocional y anímico de la madre. (Zaidman- Zait et al., 2016)

Para otros autores, en donde refieren que el estrés es responsable del desarrollo de enfermedades físicas y psicológicas en las madres de niños con TEA. Por lo que se proponen, la creación de programas educativos que brinden confort y estabilidad emocional enfocados en el manejo del estrés y las emociones, los cuales son de gran valor para el bienestar y la

salud materna, así como para el desarrollo y apoyo que se le brinda a este niño. (Moxotó y Malagris, 2015)

La forma en que la familia acepta, lee e interpreta los posibles estresores que presenta el entorno social y familiar que experimenta, reflejará cómo se adapta a los nuevos cambios impuestos a los miembros de la familia por la presencia de un niño con TEA en el contexto familiar. (Marques, 2010)

También se sugiere que aclarar a los padres de familia o cuidadores sobre las posibilidades y límites que presenta el niño con TEA, puede ayudar a reducir las situaciones de estrés, generando una mejor aceptación y optimismo en las interacciones sociales y familiares. (Kuloglu-Aksaz, 1994)

Bajo ese punto, autores mencionan que los grupos de orientación deberían ser de gran valor en el manejo y control del estrés, ya que se suponen deben de capacitar a las madres para afrontar mejor, aquellas situaciones estresantes de modo que promuevan una mejor comprensión y conocimiento sobre los derechos de los niños con TEA. (Moxotó y Malagris, 2015)

Tal es así que Zaidman-Zait et al. (2016) mencionan al respecto que “un apoyo social adecuado permite un menor nivel de estrés presentado por los miembros de la familia, contribuyendo así a una mejor adaptación”.

### **III. Método.**

#### **3.1 Tipos de investigación**

El presente estudio fue de naturaleza cuantitativa de tipo descriptivo, prospectivo de corte transversal y diseño no experimental. Descriptivo porque permitió describir las variables que se presentan en la población de estudio; prospectivo porque la investigación se realizó con los datos actuales; de corte transversal porque estudió las variables en un determinado espacio de tiempo; de diseño no experimental porque las variables no se manipularon y solo se observaron según lo sucedido.

Así también el método que se empleó en este estudio fue deductivo, con un tratamiento de los datos y un enfoque cuantitativo.

Por lo tanto, este estudio fue de tipo descriptivo, el cual permitió la observación de las características en el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo según gravedad e hiperactividad del centro “Pequeños Gigantes” durante el periodo noviembre 2019-abril de 2020.

#### **3.2 Ámbito temporal y espacial**

El presente trabajo se realizó en el periodo de los meses noviembre 2019-abril del año 2020 en el centro “Pequeños Gigantes”, sede principal ubicado en el distrito de El Agustino, Lima, Perú.

#### **3.3 Variables.**

Tabla 03

Operacionalización de Variables.

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS / ESCALA DE MEDICIÓN
Características en el uso del lenguaje	Funciones comunicativas más interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitud de objeto</li> <li>- Solicitud de acción</li> <li>- Solicitud de rutina social</li> <li>- Solicitud de consentimiento</li> <li>- Solicitud de información</li> <li>- Protesta</li> <li>- Reconocimiento del otro</li> <li>- Exhibición</li> <li>- Comentario</li> <li>- Exclamativo</li> <li>- Narrativa</li> <li>- Expresión de protesta</li> <li>- Juego compartido</li> </ul>	Medios comunicativos: - Verbales - Vocales - Gestuales  Ocurrencias: - Siempre - Mayoría de veces - Raramente - Nunca
	Funciones comunicativas menos interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto Regulatorio</li> <li>- Nominación</li> <li>- Preformativo</li> <li>- Reactivo</li> <li>- No focalizada</li> <li>- Juego</li> <li>- Exploratorio</li> </ul>	Medios comunicativos: - Verbales - Vocales - Gestuales  Ocurrencias: - Siempre - Mayoría de veces - Raramente Nunca
Desempeño socio-cognitivo	Aspectos sociales y cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intención gestual comunicativa</li> <li>- Intención vocal comunicativa</li> <li>- Uso de objeto mediador</li> <li>- Imitación gestual</li> <li>- Imitación vocal</li> <li>- Juego combinado</li> <li>- Juego simbólico</li> </ul>	Respuestas a preguntas opcionales: -1 -2 -3 -4 -5 -6
Edad	Demográfica	Años y meses	Cuantitativo / Intervalo

### **3.4 Población y muestra**

#### **Población.**

La población estuvo constituida por 36 niños con TEA del centro “Pequeños Gigantes” que acuden a la institución durante el periodo Noviembre-Abril de 2020.

#### **Muestra.**

La muestra se obtendrá teniendo en cuenta la técnica muestral: no probabilística de Fletcher y Warner (1989), de este modo se constituirá de 36 participantes de ambos sexos en edades comprendidas entre 5 y 12 años de edad con espectro autista del centro “Pequeños gigantes” durante el periodo noviembre-abril de 2020.

#### **Unidades de análisis.**

La unidad de análisis fue un paciente con TEA del centro “Pequeños gigantes”.

#### **Criterios de selección**

Teniendo en cuenta los objetivos del estudio se realizó un muestreo no probabilístico según evaluación.

#### **Criterios de Inclusión**

Niños con un diagnóstico establecido de autismo y su gravedad, con evaluación previa para la verificación del déficit de hiperactividad en niños de 3 a 12 años, referida por el médico o especialista correspondiente, que asisten a la institución denominada “Pequeños gigantes” y que firmaron el Formulario de consentimiento informado.

#### **Criterios de Exclusión**

Individuos con otras patologías asociadas con el autismo que pueden interferir con su comunicación, socialización y cognición; niños sin diagnóstico psiquiátrico previo del grado de autismo.

### 3.5 Instrumentos

Para evaluar el lenguaje fueron utilizados las siguientes pruebas de evaluación:

#### **- Consentimiento informado**

Este material tuvo como fin el de esclarecer e informar a los padres el objetivo de la investigación y de sus procedimientos, así mismo como solicitar autorización escrita para el procedimiento de la evaluación del niño, consentido y firmado por un responsable del menor (Anexo A).

#### **- Prueba de evaluación socio-cognitiva**

Wetherby y Prutting (1984) sugieren que las funciones comunicativas se pueden clasificar en dos tipos: funciones interpersonales; definidos como aquellos en los que existe una intención comunicativa y el otro participa en el acto comunicativo, y funciones no interpersonales, que se definen como aquellas que tienen la función de regular las acciones y actos no enfocados. En este mismo estudio, los autores informan La relación en los trastornos conductuales, de interacción y comunicativos con las habilidades socio-cognitivas, ya que existe un retraso de tiempo en los niños autistas para su adquisición. Por lo tanto, sugirieron un modelo de protocolo para la evaluación de las habilidades socio-cognitivas, teniendo en cuenta los niveles de adquisición y competencia para cada uno. (Fernandes y Ribeiro, 2000)

En 2001, Molini, basándose en el modelo sugerido por Wetherby y Prutting (1984), creó la Prueba de evaluación socio-cognitiva, que fue capaz de identificar la presencia de la intención comunicativa, lo que podría cambiar el estereotipo de que los niños autistas no podrían comunicarse, y esto puede ocurrir incluso si es una alternativa (Fernandes y Ribeiro, 2000). El mismo estudio pudo mostrar la efectividad de este modelo de investigación para detectar las capacidades socio-cognitivas reales de cada niño autista. En este estudio, se

destacaron los siguientes aspectos: uso del objeto mediador, seguido de imitación vocal (en esta población los aspectos que están más ausentes durante el período observado). Por lo tanto, en una situación de prueba, estos aspectos tienden a aparecer en su totalidad. Sin embargo, al observar situaciones dirigidas y espontáneas, estas últimas son más efectivas para observar el desempeño socio-cognitivo de esta población.

La prueba de evaluación socio-cognitiva evalúa el desempeño socio-cognitivo de los niños en función de los siguientes criterios: intención comunicativa gestual, intención comunicativa vocal, uso de objetos mediadores, imitación gestual, imitación vocal, juego combinatorio y juego simbólico. Esta evaluación permite evaluar los aspectos del desarrollo social y cognitivo de los niños con TEA para establecer un desempeño que caracterice a esta población. En esta prueba, el mejor desempeño se encuentra en las respuestas con puntajes más altos, que son fases del desarrollo socioeconómico. aspectos cognitivos, con algunos aspectos del 1 al 4 y otros aspectos del 1 al 6. Las puntuaciones más altas son las de mayor complejidad socio-cognitiva. Por lo tanto, a partir de esta prueba, se espera que un niño en desarrollo típico de 5 a 6 años ya tenga puntajes máximos en la prueba. (Molini y Fernandes, 2003)

La evaluación sistemática de la competencia comunicativa permite a los profesionales comprender mejor cómo y cuándo un niño usa habilidades de lenguaje. Las técnicas de evaluación deben enfocarse específicamente en el diagnóstico diferencial y las preguntas sobre la mejora en las funciones comunicativas. El establecimiento de criterios de evaluación para una estandarización de los datos encontrados es de gran importancia para la implementación de las técnicas terapéuticas que se propondrán).

#### **- Perfil funcional de comunicación**

Fernández y Cardoso (2000) propusieron un modelo de evaluación de las funciones comunicativas, que utiliza una serie de veinte categorías llamadas Perfil de Comunicación

Funcional, que fue perfeccionada en el 2004. En este enfoque, cualquier forma de sonido o gesto entendido por el interlocutor y el titular de una función de lenguaje debe considerarse lenguaje. Según este modelo, los actos comunicativos comienzan cuando la interacción adulto-niño, niño-adulto o niño-objeto comienza y termina cuando el foco de atención del niño cambia o hay un cambio de turno. El autor también enumera los medios comunicativos que se pueden utilizar, que se pueden dividir en: verbal (que involucra al menos el 75% de los fonemas del lenguaje), vocal (todas las demás transmisiones) y gestual (que involucra movimientos corporales y faciales). (Molini y Fernandes, 2003)

El terapeuta de lenguaje debe evaluar la relación entre la habilidad del lenguaje y la competencia comunicativa. La capacidad del lenguaje se refiere a la capacidad del niño para comprender y formular sistemas simbólicos orales o escritos, mientras que la competencia comunicativa se refiere a la capacidad de utilizar el lenguaje como un instrumento efectivamente interactivo con otros contextos sociales. Esta competencia implica la intención comunicativa, independientemente de los medios utilizados para la comunicación.

El Perfil funcional de la comunicación tiene como objetivo evaluar el uso del lenguaje (pragmático) mediante el análisis de 20 categorías divididas en dos funciones principales:

1) funciones más interpersonales: solicitud de objeto (PO), solicitud de acción (PA), solicitud de rutina social (PS), solicitud de consentimiento (PC), solicitud de información (PI), protesta (PR), reconocimiento del otro (RO), visualización (E), comentario (C), cita (N), exclamación (EX), narrativa (NA) y juego compartido (JC);

2) Funciones menos interpersonales: preformativo (PE), autorregulador (RA), reactivo (RE), no enfocado (NC), juego (J), exploratorio (XP) y expresión de protesta (EP). Además de las funciones comunicativas, el perfil funcional de la comunicación evalúa el número de actos comunicativos que el niño realiza por minuto, los medios comunicativos

utilizados y los tipos de funciones (más o menos interactivas) realizadas durante la interacción con un interlocutor.

Por lo tanto, La evaluación socio-cognitiva y el perfil funcional de la comunicación se han utilizado como herramientas efectivas para establecer pautas para técnicas y procedimientos terapéuticos consistentes con el proceso de intervención con autismo. Dentro de esta perspectiva, el perfil funcional de la comunicación asociado con el rendimiento socio-cognitivo tiene en cuenta los niveles de adquisición y competencia, también proporciona un complemento importante para la investigación del perfil lingüístico de los pacientes en las primeras etapas piagetianas y ayuda en intervenciones interdisciplinarias múltiples.

### **3.6 Procedimientos**

Para la realización de la recolección de información se siguieron los siguientes pasos:

**Paso 1:** Inicialmente, se analizaron los registros médicos de los niños y se seleccionaron aquellos que cumplieran los criterios de inclusión. Los tutores o padres de los niños seleccionados fueron invitados a participar en el estudio y, después de firmar el Formulario de Consentimiento Informado, se utilizará como guía un cuestionario sociodemográfico (Anexo B) creado por la autora con preguntas estructuradas para conocer mejor a la población estudiada. Luego, en la muestra total se diferenciarán dos grupos según los diagnósticos específicos:

- 1- TEA leve / moderado y TEA grave

**Paso 2:** En el paso 2, los niños serán sometidos a la Prueba de Perfil Funcional de Comunicación (Anexo C), para evaluar la funcionalidad de comunicación. Este instrumento evaluará el número de actos comunicativos que el niño realizó por minuto, los medios comunicativos utilizados y los tipos de funciones (más o menos interactivas) realizadas durante la interacción niño-adulto. Para complementar la evaluación del habla y el lenguaje,

se utilizó la Prueba de Evaluación Socio-cognitiva (Anexo D) para evaluar el rendimiento Socio-cognitivo de los niños en función de los siguientes criterios: intención comunicativa gestual, intención comunicativa vocal, uso de objetos mediadores, imitación gestual, imitación vocal, juego combinatorio y juego simbólico.

Este instrumento evaluará los aspectos del desarrollo social y cognitivo de los niños con autismo para establecer un rendimiento que caracterizaría esta muestra estudiada.

Ambas pruebas de evaluación de terapia de lenguaje se realizarán mediante el uso de imágenes de niños que interactúan con un hablante. En este estudio, el interlocutor elegido fue responsable del niño como un compañero comunicativo más familiar y, por lo tanto, hizo que la interacción fuera más favorable y concreta.

El criterio de tiempo de duración es de 15 minutos y se estableció con base en el protocolo de Cardoso (2012) y Defense (2011), que considera que es un tiempo suficiente para el análisis de los datos de ambas pruebas.

Las evaluaciones se realizarán en dos momentos diferentes. En la primera reunión, se realizará una entrevista para completar los datos del cuestionario sociodemográfico (Anexo B) y se realizará una sesión de video de 15 minutos para observar la interacción del niño con su tutor. En la segunda reunión, también se realizó una segunda sesión de 15 minutos, con el objetivo de verificar la nueva interacción del niño con su tutor. Estas reuniones sirvieron para recopilar datos para la evaluación socio-cognitiva.

### **3.7 Análisis de datos**

Los datos serán almacenados en formato electrónico, sin ninguna identificación de los participantes. Se realizará un análisis descriptivo de la distribución estadística de frecuencia de todas las variables categóricas y análisis de las medidas de las variables continuas mediante el software estadístico informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versión 23 para Windows 10.

El plan de análisis fue realizado por medio de tablas de distribución gráficas que nos proporciona los datos del estudio, además el trabajo se realizará de manera tipeada utilizando hoja de cálculo con Software Microsoft Word y Excel, además de contar con el apoyo visual de fotos y videos.

### **3.8. Consideraciones éticas**

Los propósitos y métodos de recolección de la información se efectuaron de acuerdo al reglamento de la institución universitaria, brindado por la Universidad Nacional Federico Villarreal. Se brindó información previa tanto a los participantes comprometidos en el estudio como al director correspondiente del centro “Pequeños Gigantes” ubicada en el distrito de El Agustino en la ciudad de Lima, previa solicitud de firma del consentimiento informado.

## IV. Resultados

### 4.1. Resultados referentes a los datos demográficos de la muestra de estudio:

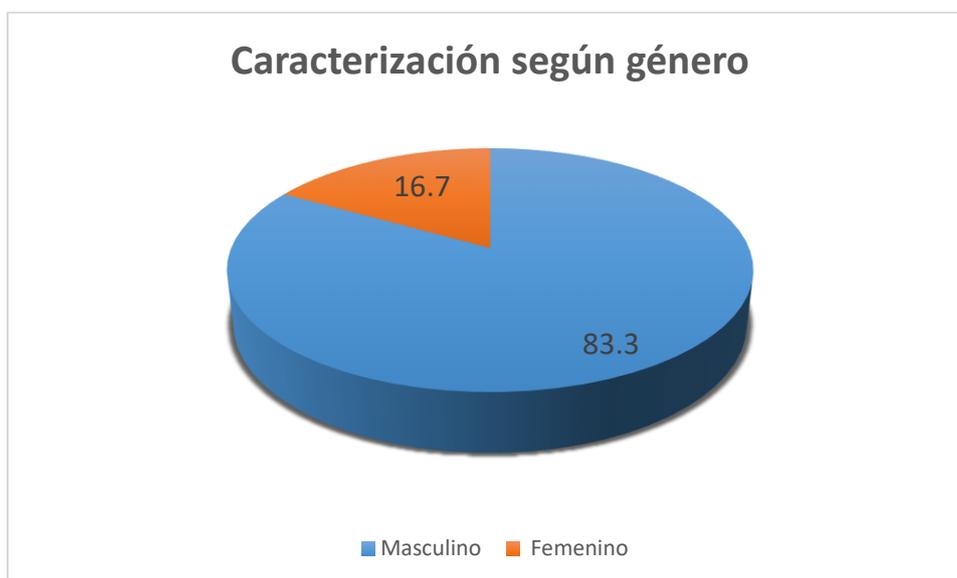
**Tabla 02.**

*Resultados referentes a la caracterización del género.*

Género	No.	Porcentaje (%)
Masculino	30	83.3
Femenino	6	16.7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Figura 01.**

*Resultados referentes a la caracterización según género.*



**Interpretación:** De la tabla 02 y de la figura 01 se observa que los 36 elementos que conforman la muestra, un 83.3% corresponde al género masculino, mientras que el 16.7% corresponde al género femenino.

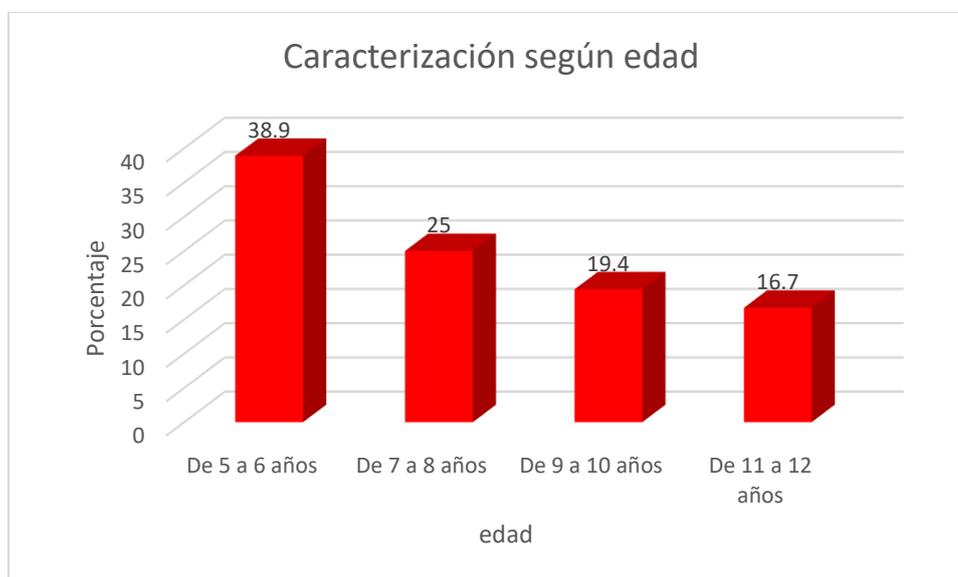
**Tabla 03.**

*Resultados referentes a la caracterización de edad.*

Edad	No.	Porcentaje (%)
De 5 a 6 años	14	38.9
De 7 a 8 años	9	25
De 9 a 10 años	7	19.4
De 11 a 12 años	6	16.7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Figura 02.**

*Resultados referentes a la caracterización edad.*



**Interpretación:** De la tabla 03 y de la figura 02 se observa que los niños evaluados un 38.9% corresponde a la edad de 5 a 6 años; un 25% a la edad de 7 a 8 años; un 19.4% a la edad de 9 a 10 años y un 16.7% corresponde a la edad de 11 a 12 años.

#### 4.2. Resultados referentes a las características en el uso del lenguaje de la muestra de estudio:

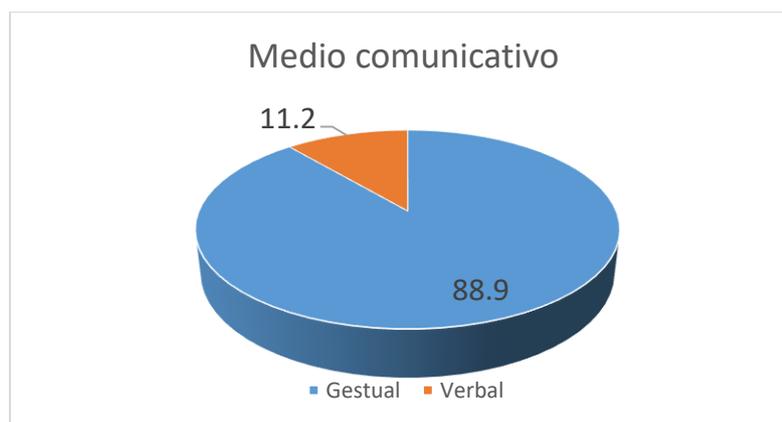
**Tabla 04.**

*Resultados referentes a las características en el uso del lenguaje.*

Características en el uso del lenguaje	No.	Porcentaje (%)
<b>Medio comunicativo</b>		
Gestual	32	88.9
Verbal	4	11.2
<b>Funciones comunicativas</b>		
Más interactivas	14	38.9
Menos interactivas	22	61.1
<b>Actos comunicativos por minuto</b>		
0,39 a 1,00	22	61.1
1,01 a 3,00	14	38.9

**Figura 03.**

*Resultados referentes a las características en el uso del lenguaje según medio comunicativo.*



**Figura 04.**

*Resultados referentes a las características en el uso del lenguaje según funciones comunicativas.*

**Figura 05.**

*Resultados referentes a las características en el uso del lenguaje según actos comunicativos por minuto.*



**Interpretación:** De la tabla 04 y de las figuras correspondientes se observa que en su gran mayoría de niños con TEA evaluados un 88.9% presentan un medio comunicativo gestual; un 61.1% presentan funciones comunicativas menos interactivas; y un 61% presentan actos comunicativos por minuto entre 0,39 a 1,00.

#### 4.3. Resultados referentes a la frecuencia de la gravedad del autismo de la muestra de estudio:

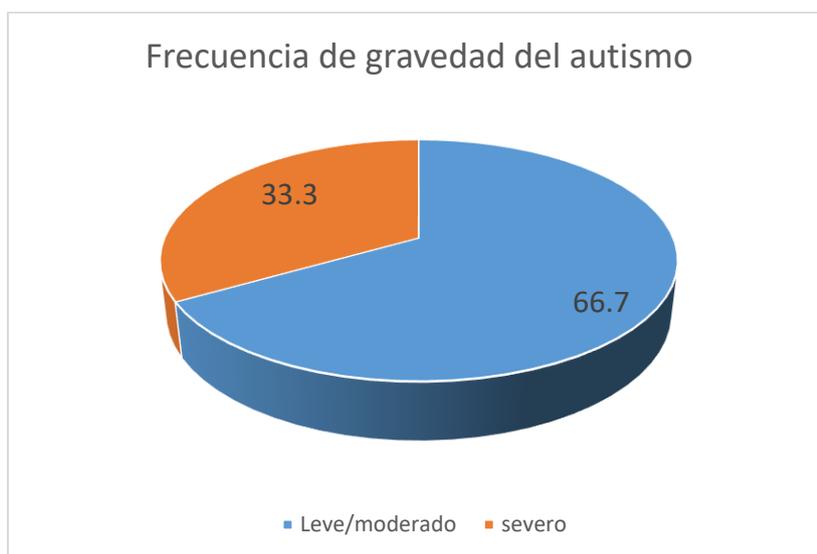
**Tabla 05.**

*Resultados referentes a la frecuencia de la gravedad del autismo.*

Gravedad del autismo	No.	Porcentaje (%)
Leve/moderado	24	66.7
Severo	12	33.3
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Figura 06.**

*Resultados referentes a la frecuencia de la gravedad del autismo.*



**Interpretación:** De la tabla 05 y de la figura 06 se observa que en su gran mayoría de los niños evaluados con TEA un 66.7% presentan una frecuencia predominante de TEA leve/moderado.

#### 4.4. Resultados referentes al desempeño socio-cognitivo general de la muestra:

**Tabla 06.**

*Resultados referentes al desempeño socio-cognitivo.*

Aspectos socio-cognitivos	No.	Porcentaje (%)
<b>Intención comunicativa gestual (ICG)</b>		
1	11	30.6
2	10	27.8

<b>3</b>	12	33.3
<b>4</b>	1	2.8
<b>5</b>	3	8.3
<b>6</b>	0	0
<b>Intención comunicativa vocal (ICV)</b>		
<b>1</b>	11	30.6
<b>2</b>	12	33.3
<b>3</b>	5	13.9
<b>4</b>	4	11.1
<b>5</b>	2	5.6
<b>6</b>	1	2.8
<b>Uso de objeto mediador (UOM)</b>		
<b>1</b>	26	72.2
<b>2</b>	10	27.8
<b>3</b>	0	0
<b>4</b>	0	0
<b>Imitación gestual (IG)</b>		
<b>1</b>	18	50
<b>2</b>	11	30.6
<b>3</b>	8	22.2
<b>4</b>	0	0
<b>Imitación vocal (IV)</b>		
<b>1</b>	9	25
<b>2</b>	13	36.1
<b>3</b>	14	38.9
<b>4</b>	0	0

**Interpretación:** De la tabla 06 se observa que los resultados de la evaluación sociocognitiva mostraron que, en cuanto a la intención comunicativa gestual, la muestra es principalmente (33.3%) con una puntuación de 3 que indica que "el niño emite signos gestuales que son contiguos al objetivo, el propio cuerpo del niño o el cuerpo del adulto, el niño se dirige al adulto". Para el aspecto de la intención comunicativa vocal, el porcentaje más alto se puntúa 2 (33.3%), lo que significa que "el niño expresa una reacción emocional a un objeto / evento, que incluye gritar, reír, llorar". La mayoría obtuvo un puntaje de 1 (72.2%) para el uso del objeto mediador, es decir, "el niño usa un instrumento familiar contiguo al objetivo como una forma de obtenerlo". En cuanto al aspecto de imitación gestual, se observaron puntajes de tipo 1 más evidentes (50%), lo que significa que la mayoría de los niños "imitan solo esquemas de acción familiar". Y en el ítem Imitación vocal, los resultados más relevantes se

obtuvieron en el puntaje 3 (38.9%), que establece que "el niño imita patrones de sonido desconocidos".

#### 4.5. Resultados referentes al desempeño socio-cognitivo en relación con la gravedad del autismo en la muestra de estudio:

**Tabla 07.**

*Resultados referentes al desempeño socio-cognitivo y gravedad del autismo.*

Desempeño socio-cognitivo	Gravedad de autismo			
	Leve/moderado		Severo	
	Promedio	Intervalo intercuartílico	Promedio	Intervalo intercuartílico
<b>Intención comunicativa gestual</b>	2,0	(1,8-3,0)	2,0	(1,0-3,0)
<b>Intención comunicativa vocal</b>	2,0	(1,0-4,0)	2,0	(1,0-3,0)
<b>Uso de objeto mediador</b>	1,0	(1,0-1,3)	1,5	(1,0-2,0)
<b>Imitación gestual</b>	2,0	(1,0-3,0)	1,5	(1,0-2,0)
<b>Imitación vocal</b>	3,0	(2,0-3,0)	2,0	(1,0-3,0)
<b>Juego combinado</b>	2,0	(1,0-3,0)	1,0	(1,0-2,3)
<b>Juego simbólico</b>	2,0	(1,0-4,3)	1,0	(1,0-2,3)

**Interpretación:** De la tabla 07, con respecto al análisis de la relación entre el grado de autismo y el rendimiento sociocognitivo, se observó que, en los aspectos de la intención de gesto comunicativo y la intención de comunicación vocal, los valores promedios son iguales; en los aspectos Uso del objeto mediador, Juego de combinación y Juego simbólico, los valores para el grupo de luz moderada son ligeramente más altos. Sin embargo, vale la pena mencionar que existe una diferencia más significativa entre los dos grupos en las variables de "imitación gestual e imitación vocal".

## V. Discusión de resultados.

Después de presentar los datos recopilados a través del cuestionario:

Los hallazgos sociodemográficos muestran que la mayoría de los niños varones (83.3%) en el grupo de edad de 5 a 6 años (38.9%). Estos son datos compatibles con la literatura (Fombone, 2009) que informa un mayor porcentaje de hombres en los estudios de niños con autismo.

Los diagnósticos determinados como TEA en el estudio mostraron un porcentaje más relevante para el autismo con grado leve-moderado (66.7%) y un porcentaje menor con grado severo (33.3%), que difiere del estudio de Santos y Santos (2012) que ocurrió en escuelas con maestros de educación infantil y muestra un mayor número de autistas de peor gravedad, con 43% de niños de grado leve a moderado y 57% de niños de grado severo. Estos porcentajes de gravedad y presencia de comorbilidad definen las características individuales de la población ubicación de cada encuesta, por lo que información como esta difiere según el grupo analizado.

Para establecer el Perfil de Comunicación Funcional, se evaluaron tres características principales: el medio comunicativo predominante durante las interacciones del niño con su cuidador, las funciones comunicativas utilizadas por los niños y la cantidad de actos comunicativos por minuto durante la evaluación. Estos datos asociados con el desempeño sociocognitivo en diferentes aspectos forman el perfil socio comunicativo de este grupo de niños.

En cuanto al perfil funcional de la comunicación, este estudio mostró un perfil con resultados muy por debajo de los mencionados en la literatura con pocos actos comunicativos por minuto (0.39 a 1.00), predominando los medios comunicativos gestuales (que deberían ser verbales) y un mayor uso de funciones menos interactivas (que son las funciones más simples y primitivas), que es un resultado mucho más bajo de lo esperado en comparación

con los niños típicos de la edad estudiada (5 a 12 años), lo que puede indicar un retraso en el aspecto pragmático del lenguaje . Miilher y Fernandes (2009) describieron este cambio relevante cuando informaron que se espera que los niños típicos tengan preferencialmente medios de comunicación verbales, el uso de funciones más y menos interactivas concomitantemente y un mayor valor de los actos comunicativos por minuto después de la referencia de al menos 6 actos comunicativos. por minuto para niños de estas edades 10. Otros autores como Varanda y Fernandes (2012) informan en su estudio que un aspecto muy importante a evaluar es el análisis de las acciones comunicativas en el contexto de interacción y que la evaluación de la pragmática es importante en casos de TEA dado que en estas tablas hay una reducción en los actos comunicativos y una preferencia por el uso de funciones menos complejas durante las interacciones.

En este estudio, el medio comunicativo predominante en los niños fue el gestual con un 88.9%, que también se observó en los estudios de Amato y Fernandes (2011) y Cardoso (2009) que lograron identificar la presencia de la intención comunicativa en un grupo de niños autistas a través de gestos. Estos autores afirman que este hallazgo podría modificar el estereotipo de que los niños autistas no podrían comunicarse, lo mismo puede ocurrir, incluso si es de forma alternativa con el medio gestual.

Con respecto a los aspectos sociocognitivos en este estudio, se observó un desempeño con dificultades específicas de autismo, con respuestas más prevalentes a la puntuación de prueba más primitiva, que es 1 en la mayoría de los aspectos, a saber: intención comunicativa gestual, uso de objeto mediador, Imitación de gestos, juego de combinación y juego simbólico. Y con puntajes ligeramente mejores, pero aún bajos, en los aspectos: Intención de comunicación vocal (puntaje 2) e Imitación vocal (puntaje 3). Para las edades de los niños en este estudio, la mayoría de ellos deben alcanzar puntajes de prueba más complejos, a lo que se hace referencia en un estudio anterior de Fernandes y Molini

(2010) en el que los autores también lograron detectar eso, los aspectos: uso del objeto mediador y Las imitaciones vocales son las más ausentes durante las interacciones comunicativas del niño autista. También afirman que el modelo de investigación de la evaluación sociocognitiva es eficaz para detectar las capacidades sociocognitivas reales del individuo autista.

En cuanto al desempeño sociocognitivo en los diferentes grupos, se observó que, en casi todas las variables analizadas, las medias del grupo con el grado más bajo de autismo fueron ligeramente más altas, excepto por el uso de un objeto mediador, que mostró un promedio más alto en el grupo severo. Es importante destacar que en las habilidades de "imitación vocal y gestual", los niños con diagnóstico leve-moderado mostraron promedios más altos y con mayor relevancia en comparación con los graves, lo que sugiere que en este estudio, la gravedad influyó más negativamente en el desempeño de estas habilidades mencionadas. Sin embargo, sin discrepancias significativas. Sin embargo, no hubo diferencias relevantes al comparar grupos con diferentes grados de autismo.

El perfil funcional de la comunicación y el rendimiento sociocognitivo, ligeramente superior en los autistas más severos en este estudio, están de acuerdo con los resultados de un estudio de Velloso (2011) que establece que cuanto mayor es la gravedad del autismo indicada por la escala CARS, peor son los síntomas, entre ellos, los del lenguaje.

Por lo tanto, al comparar el perfil funcional de la comunicación y el rendimiento sociocognitivo en diferentes presentaciones de autismo, fue posible verificar que existe un perfil socio comunitario homogéneo con cambios significativos en la pragmática y sociocognitivo que conduce a un fenotipo socio comunicativo lineal, independientemente del grado de autismo. y la presencia de hiperactividad.

## VI. Conclusiones

Después de haber realizado el estudio la autora concluye lo siguiente:

- 6.1. En cuanto a las características del uso de lenguaje, se concluye que la mayoría de niños con TEA su medio comunicativo es el gestual, sus funciones comunicativas son las menos interactivas, y los actos comunicativos por minuto son entre 0,39 a 1,00.
- 6.2. En cuanto a la frecuencia de gravedad del autismo, se concluye que la mayoría de niños con TEA presentan una gravedad de leve/moderado.
- 6.3. En cuanto al desempeño socio-cognitivo y gravedad del autismo, se observan niveles de promedio superior del tipo leve/moderado, en comparación del tipo severo, sin embargo, las intenciones comunicativas tanto gestual como vocal son iguales.

## VII. Recomendaciones

Ante los resultados obtenidos en el presente estudio se brindan las siguientes conclusiones:

- 7.1. Se recomienda resaltar y continuar brindando información, a través de los canales de comunicación multifocales, para llegar hacia los padres, familiares y profesores de los niños con TEA, para que conozcan sus características y deficiencias presentes, considerando que estos son menos interactivos en los actos sociales y de comunicación, por lo que se sugiere mucho trabajo y ser guiado por el equipo multidisciplinario, al ser abordado de manera integral.
- 7.2. Se recomienda tener más contacto en el proceso de comunicación e interacción en este tipo de población, ya que en la actualidad son limitados, por lo que se hace necesario que los profesionales del equipo de atención multidisciplinaria tengan consideración en la evaluación y el diagnóstico diferencial del estado actual y futuro de lo que presenta y podría presentar el niño.

### VIII. Referencias

- Ajuriaguerra, J. (1977) *Las psicosis infantiles*. En: manual de psiquiatria infantil. 4 Ed. Barcelona: Toray-Masson.
- American Psychiatric Association. (2013) *DSM-V-TR Manual Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales*. Porto Alegre, Arts Medicas.
- Anderson, D., Lord, C., Risi, S., DiLavore, P., Shulman, C., Thurn, A., Welch, K. y Pickles A. (2007). Patterns of growth in verbal abilities among children with autism spectrum disorder. *J Consult Clin Psychol*, 75(4), 594-604.
- Baltimore, L. y Kanner, L. (1944). Early infantile autism. *J Pediatr*, 25, 211-217.
- Baxter, A., Brugha, T., Erskine, H., Scheurer, R., Vos, T. y Scott J. (2014). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychol Med*, 45(3), 601-613.
- Belkadi, A. (2006). Language impairments in autism: evidence against mind-blindness. *SOAS Working Papers in Linguistic*, 14, 3-13.
- Bolivar, B., Walter, S. y Phoenix, J. (2007). Assessing Autism-like behavior in mice: variations in social interactions among inbred strains. *Behav Brain Res*, 176, 2126.
- Cardoso, C., Da Rocha, J., Moreira, C. y Pinto, A. (2012). Desempenho socio-cognitivo y diferentes situaciones comunicativas en grupos de niños con diagnósticos distintos. *Rev Soc Bras Fono*, 24(2),140-144.
- Eigsti, I., Bennetto, L. y Daldani, M. (2007). Beyond pragmatics: morphosyntactic development in autism. *J Autism Dev Disord*, 37(6),1007-1023.
- Favoretto, N. y Lamônica, D. (2014). Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos transtornos do espectro autístico. *Rev Bras Ed Esp*, 20(1), 103-116.

- Fernandes, F. (2003) Perfil comunicativo, desempenho sociocognitivo, vocabulário e metarepresentação em crianças com transtornos do espectro autístico. *Pró-Fono R Atual Cient*, 15(3), 267-278.
- Fernandes, F., Ribeiro, S. (2000) Investigación del desempeño sociocognitivo durante a terapia fonoaudiológica de niños autistas - el uso de procedimientos específicos. *Journal Brasileiro de Fonoaudiologia*, 4, 71-78.
- Fernandes, F. (2000). Aspectos funcionales de la comunicación de niños autistas. *Temas Desenvolv*, 9(51), 25-35.
- Folstein, S. y Rosen-Shedley, B. (2001) Genetics of autism: complex a etiology for a heterogeneous disorder. *Nature*, 2, 943-955.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*, 33(4), 365-382.
- Gadia, C., Tuchman, R. y Rotta, N. (2004). Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, 80(2), S83-S94.
- Garon, N., Bryson, S., Zwaigenbaum, L., Smith, I., Brian, J., Roberts, W., et al. (2009) Temperament and its relationship to autistic symptoms in a high-risk infant sib cohort. *J Abnorm Child Psychol*, 37(1), 59-78.
- Lamônica, D., Matumoto, M. y Moura, M. (2013). *O atendimento educacional especializado e a atuação do fonoaudiólogo educacional junto a serviços de educação especial*. En: Fonoaudiologia na Educação: A inclusão em foco. Conselho Federal de Fonoaudiologia. 2ª Região. São Paulo, Expressão e Artes Editora.
- Lopes-Herrera, S. y Almeida, M. (2003). Habilidades comunicativas verbales en autismo de alto funcionamiento y síndrome de Asperger. *Revista UNORP*, 3(2), 101-123.

- Magyar, C. y Paldofi, V. (2007). Factor structure evaluation of the childhood autism rating scale. *J Autism Dev Disord*, 37, 1787-1794.
- Martins, A. y Góes, M. (2013) Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 17(1), 25-34.
- Mattos, P., Serra-Pinheiro, M., Rohde, L. y Pinto, D. (2006). Brazilian version of the MTASNAP-IV for evaluation of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional-defiant disorder. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*, 28, 290-297.
- Mecca, T., Bravo, R., Velloso, R., Schwartzman, J., Brunoni, D. y Teixeira, M. (2011). Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul*, 33(2), 116-120.
- Molini, D. y Fernandes, F. (2003). Intenção comunicativa e uso de instrumentos em crianças com distúrbios psiquiátricos. *Pró-Fono R Atual Cient*; 15(2), 149-158.
- Molini, D. y Fernandes, F. (2001). Teste específico para análise sociocognitiva de crianças autistas: um estudo preliminar. *Temas Desenvolv.*, 10(55), 5-13.
- Moreira, C. y Fernandes, F. (2010). Avaliação da comunicação no espectro autístico: interferência da familiaridade no desempenho de linguagem. *Rev Soc Bras Fono*, 15(3), 430-435.
- Neubauer, M., Fernandes, F. (2013). Perfil funcional da comunicação e diagnóstico fonoaudiológico de crianças do espectro autístico: uso de um checklist. *CoDAS*, 25(6), 605-609.

- Novaes, M., Pondé, M. y Freire, A. (2008). Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq Neuropsiquiatr*, 66(3-B),646-651.
- Paul, R., Miles, S., Cicchetti, D., Sparrow, S., Klin, A., Volkmar, F., Colin, M. y Booker S. (2004). Adaptive behavior in autism and pervasive developmental disorder-not otherwise specified: microanalysis of scores on the Vineland Adaptive Behavior Scale. *J Autism Develop Dis*, 34(2), 223.
- Paula, C., Fombonne, E. y Mercadante, M. (2011). Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. *J Autism Dev Disord*, 41(12),1738-1742.
- Pereira, H., Araújo, A. y Mattos, P. (2005). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(4), 391-402.
- Rapin, I. (2011) *Introduction: autism turn 65: A neurologist's bird's eye view*. En: Amaral D., Dawson G., Geschwind D. (ed), *autism spectrum disorders*. Oxford: New York.
- Ribeir, L. y Cardoso, A. (2014). Abordagem floortime no tratamento da criança autista: possibilidades de uso pelo terapeuta ocupacional. *Cad Ter Ocup UFSCar*, 22(2), 399-408.
- Rohde. L. y Halpern R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *Jornal de Pediatria*,80(2), 61-70.
- Rutter, M. y Schopler E. (1992). Classification of pervasive developmental disorders: some concepts and practical considerations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(4), 459-482.

- Rutter, M. (2011). Progress in understanding autism: 2007-2010. *J Autism Dev Disord*, 41(4), 395-404.
- Rybakowski, et al. (2014). Autism spectrum disorders- epidemiology, symptoms, comorbidity and diagnosis. *Psychiatr Pol*, 48(4), 653-665.
- Santos, M. y Santos, M. (2012). Representaciones sociales de profesores sobre o autismo infantil. *Psicologia e Sociedade, Belo Horizonte*, 24(2), 364-372.
- Segenreich, D. y Mattos P. (2007). Atualização sobre comorbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). *Rev Psiq Clín*, 34(4), 184-190.
- Signor, R. (2013). Transtorno de déficit de atención/hiperactividad: una análisis histórica e social. *Rev Bras Linguist Apl*, 13(4), S61-S70.
- Stone, W. y Rosenbaum, J. (1988). A comparison of teacher and parent views of autism. *J Autism Dev Disord*, 18(3), 403-414.
- Vitiello, B. y Wagner, A. (2007). The rapidly expanding field of autismo research. *Biol Psychiatry*, 61, 427-428.

#### IV. Anexos

##### Anexo A.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ ,  
padre o apoderado de mi menor hijo (a), me enteré del presente estudio en el que estará  
incluido mi hijo (a) y comprendí la explicación que me fue brindada acerca de la  
investigación que se pretende realizar cuyo objetivo es de identificar las características en  
el uso del lenguaje y desempeño socio-cognitivo en niños con autismo según gravedad e  
hiperactividad en niños de 5 a 12 años de ambos sexos del centro “Pequeños Gigantes”  
durante el periodo Noviembre-abril de 2020.

Me he informado que la participación es voluntaria y con la posibilidad de se pueda  
retirarse del estudio en cualquier momento, sin ningún problema o consecuencia.

Por lo tanto, declaro haber aceptado la integración en este estudio, así como el uso de la  
información recogida en el ámbito de este trabajo de investigación.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o apoderado)

\_\_\_\_\_  
(Firma de la Investigadora)

##### Anexo B:

**Perfil Funcional de la Comunicación (Pragmática)**  
**(Fernandes y Cardoso, 2004)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Evaluated por:** \_\_\_\_\_

FUNCIONES COMUNICATIVAS		OCURRENCIAS				MEDIO		
		S	MV	R	N	G	V E	V O
PO	¿El niño pide objetos? Ej: cuando quiere un juguete pide de alguna forma.							
PA	¿El niño pide para que Ud. haga cosas para él? Ej. Pide ayuda para demostrar un juguete.							
PS	¿Hay un tipo de juego habitual que sea realizado entre Ud. y el niño cuando él lo solicite? Ej. Estira los brazos para que Ud. lo abrace.							
PC	¿Pide permiso para hacer algo? Ej. Pide antes de agarrar un juguete.							
PI	¿Hace preguntas? Ej. “¿Quién llegó?”							
PR	¿El niño impide que hagan lo que no quiere? Ej. Le agarra su mano cuando no quiere que le peine.							
RO	¿Agradece un favor? Ej. Dice hola, chao, gracias.							
E	¿Hace cosas para llamar su atención? Ej. Cuando Ud. está distraído, él pide para que lo mire.							
C	¿Muestra cosas o habla sobre ellas? Ej. Muestra juguetes que le gusta cuando							

	camina o comenta lo que hizo en la escuela.							
AR	¿Regula su comportamiento por medio de gestos o habla? Ej. Dice “no puede” cuando sabe que no puede hacer algo.							
N	Nomina objetos o figuras. Ej. Cuando se le presenta una figura habla sobre ella.							
PE	¿El niño juega, imita gestos (o sonidos) de forma convencional? Ej. Imita sonidos, imita acciones o juego de roles.							
EX	¿Expresa reacciones emocionales? Ej. Mira una cosa que le gustó y muestra que le gustó.							
RE	¿El niño reacciona a los estímulos ambientales? Ej. El niño se ríe con sus amigos. Se asusta cuando hay una bulla fuerte.							
NF	¿Hace acciones que no parecen tener objetivo? Ej. Balancea las manos y el cuerpo.							
J	¿Hace juegos simples? Ej. Juega a los carritos, apila bloques.							
XP	¿Explora o manipula objetos? Ej. Muerde o lame juguetes.							
NA	¿Cuenta una historia o hechos reales? Ej. Cuenta una historia.							
EP	¿Muestra descontento en relación a algo? Ej. El niño llora cuando no gustó lo que Ud. hizo.							
JC	¿Realiza acciones compartidas? Ej. Juega con otra persona, guarda los juguetes junto con otro.							
<p>Legenda: S-Siempre; MV-mayoría de veces; R-raramente; N-nunca; G-gestual; VE-verbal; VO-vocal</p>								

**Anexo C:****Evaluación Socio-Cognitiva  
(Molini, 2001)**

Código:	Edad:
Diagnóstico:	Situación:
Fecha:	Terapeuta:
<b>ASPECTOS SOCIO-COGNITIVOS</b>	
Intención comunicativa gestual:	1-2-3-4-5-6
Intención comunicativa vocal:	1-2-3-4-5-6
Uso de objeto mediador:	1-2-3-4
Imitación gestual:	1-2-3-4
Imitación vocal:	1-2-3-4
Juego combinado:	1-2-3-4-5-6
Juego simbólico:	1-2-3-4-5-6

**Intención comunicativa gestual**

1. El niño examina o manipula objetos y no se dirige al adulto.
2. El niño expresa reacciones emocionales a objetos / eventos, incluyendo aplausos, sonrisas, muecas o bofetadas.
3. El niño da señales gestuales que son contiguas a el propio cuerpo del niño o el cuerpo del adulto, el niño se dirige al adulto.
4. El niño repite la misma señal gestual hasta que se alcanza la meta, el niño se dirige al adulto.
5. El niño cambia la forma de la señal gestual hasta que se alcanza la meta, es decir, el niño repite la señal con algún elemento adicional, el niño se dirige al adulto.
6. El niño emite señales gestuales ritualizadas que no son contiguas al objetivo, el cuerpo del niño o adulto; es decir, el mismo signo debe usarse al menos en dos ocasiones en el mismo contexto comunicativo para calificar como ritual; el niño se dirige al adulto.

**Intención comunicativa vocal**

1. El niño vocaliza mientras manipula o examina un objeto o mientras ignora un objeto y no se dirige al adulto.
2. El niño expresa reacción emocional a un objeto / evento, incluyendo gritos, risas, llanto.
3. El niño emite señales Al dirigirse a un objeto o adulto, la misma señal debe usarse en al menos dos contextos comunicativos diferentes.
4. El niño repite la misma señal vocal hasta que se alcanza el objeto, el niño se dirige al adulto.

5. El niño cambia la forma de la señal vocal hasta que se alcanza la meta; el niño se dirige al adulto.

6. El niño emite sonidos ritualizados, es decir, se debe usar la misma señal en al menos dos situaciones con el mismo contexto comunicativo para calificar como ritual; el niño se dirige al adulto.

### **Uso de un objeto mediador**

*Uso de una herramienta o instrumento para obtener el objeto deseado*

1. El niño usa un instrumento familiar adyacente al objetivo como medio para obtenerlo.
2. El niño usa un instrumento familiar no contiguo al objetivo como medio para obtenerlo.
3. El niño usa un instrumento desconocido junto al objeto como medio para obtenerlo.
4. El niño usa un instrumento desconocido y no contiguo al objeto como medio para obtenerlo.

### **Imitación gestual**

1. El niño imita esquemas de acción familiares.
2. El niño imita gestos complejos compuestos de esquemas de acción familiares.
3. El niño imita gestos visibles desconocidos.
4. El niño imita gestos invisibles desconocidos y reproduce el modelo adulto en primer lugar intentar cuando el modelo ya no esté presente.

### **Imitación vocal**

1. El niño imita sonidos de vocales familiares.
2. El niño imita palabras conocidas.
3. El niño imita patrones de sonido desconocidos.
4. El niño imita palabras desconocidas y reproduce el modelo adulto en el primer intento cuando el modelo ya no está presente.

### **Juego de correspondencias**

1. El niño usa esquemas motores simples en los objetos.
2. El niño manipula las propiedades físicas de los objetos.
3. El niño relaciona dos objetos.
4. El niño relaciona tres o más objetos sin orden secuencial.
5. El niño combina al menos tres objetos en orden secuencial.

6. El niño combina más de tres objetos en orden secuencial.

### **Juego simbólico**

1. El niño usa esquemas motores simples en los objetos.
2. El niño manipula las propiedades físicas de los objetos.
3. El niño usa convencionalmente objetos realistas; puede o no usar sustancias invisibles, aplica los esquemas solo a sí mismo.
4. El niño usa miniaturas de la manera convencional; puede o no usar sustancias invisibles; aplique el esquema solo a sí mismo.
5. El niño usa objetos de manera convencional con sustancias invisibles, aplica el esquema a sí mismo y a otros.
6. El niño usa un objeto para otro; aplica el esquema a sí misma y a los demás.