

11241

20

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRIA Y

SALUD MENTAL.

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARNIDO ALVAREZ.

"LA TERAPIA AMBIENTAL, UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DEL AUTISMO.

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL DR. JUAN N. NAVARRO"

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. LEONEL GOMEZ GOMEZ.

ASESORES:

264073

Juan

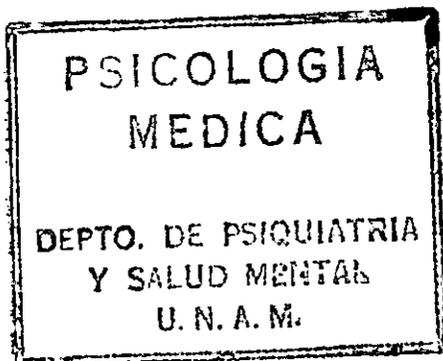
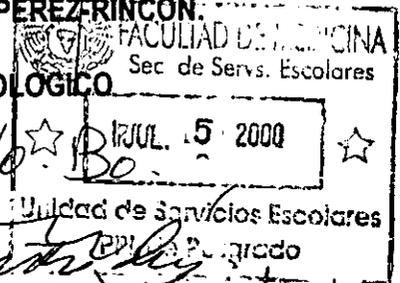
DR. JORGE ESCOTTO MORETT

TEORICO

Hector

DR. HECTOR PEREZ-RINCON.

METODOLOGICO



200



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE.

Introducción	1
Definición del problema	3
Marco teórico	4
Justificación	16
Objetivos	17
Metodología	18
Resultados	19
Discusión y análisis	21
Conclusiones	24
Bibliografía	27
Anexo 1 (Tablas de resultados e instrumento de medición).....	28

INTRODUCCIÓN.

El autismo es un buen ejemplo de como diversas teorías diagnósticas, etiológicas y tratamientos generados por los mismos, han fallado a la prueba del tiempo, mientras que modelos pragmáticos ateóricos han influido en las teorías establecidas. El diagnóstico de autismo se veía influido por las personalidades y problemas de los padres y el tratamiento consistía en psicoterapia hacia los padres, hacia el niño o a ambos, situación que no demostró resultados óptimos y tuvo que ser considerado como inadecuado. Actualmente la perspectiva ha cambiado por las diversas aportaciones en el ámbito neurobiológico que plantean correlatos neurofisiológicos y autismo; además de déficits psicológicos específicos.

Se le considera como un síndrome definido por ciertos patrones conductuales con posibles mecanismos patogénicos específicos que involucran la disfunción de grupos particulares de neuronas del SNC, sin embargo, hay casos de autismo que no presentan disfunción cerebral. Algunos proponen asociaciones entre el coeficiente intelectual, así como enfermedades concomitantes como el síndrome de Asperger, síndrome de Rett, Retardo Mental, síndrome del X Frágil, hasta enfermedades como esclerosis tuberosa, rubéola congénita, etc.

Hoy día es claro que el autismo tiene múltiples causas asociadas. No todos los casos representan disfunción cerebral o enfermedades concomitantes, no todos tienen las mismas manifestaciones siempre; lo cual hace que el diagnóstico de autismo, requiera de un procedimiento

lo suficientemente meticuloso. El DSM III-R enlista 16 ítems en las categorías del deterioro de las relaciones sociales recíprocas, deterioro en la comunicación verbal y no verbal así como restricción o repetición de actividades o intereses. Además se han utilizado escalas como instrumentos diagnósticos, tales como la escala de CATS (Childhood Autism Rate Escala), la ABC (Autism Behaviour Checklist), siendo la primera de mayor uso hace algunos años. Así mismo no existe una forma de tratamiento. Un niño que ha desarrollado lenguaje deberá manejarse de manera diferente a uno que no lo ha hecho y las expectativas difieren para cada uno. Algunos plantean tres claves para cualquier programa terapéutico de niños autistas.

- Una evaluación diagnóstica completa.
- Promover educación especial
- Un programa terapéutico en casa que involucre a la familia e incluya el uso de métodos ambientales y conductuales, medicamentos cuando sea oportuno y cuidados a corto y largo plazo.

Las investigaciones actuales demuestran que el abordaje en el manejo del autismo debe incluir no solamente aspectos farmacológicos o psicoterapéuticos, debe de abarcarse una estimulación ambiental, cuyo propósito principal es el de lograr una rehabilitación de niño, asociada al medio en que se desarrolla. Obviamente la tarea no es exclusiva del psiquiatra. La participación de otras disciplinas es importante y la estructuración adecuada de un programa completo tendrá un logro mayor en este tipo de pacientes.

Desde hace algunos años, la terapia ambiental, ha sido adaptada como una fuente alternativa para lograr (conjuntamente con el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico), una mayor respuesta en niños autistas.

DEFINICION DEL PROBLEMA.

El autismo suele ser uno de los trastornos que más afecta el desarrollo infantil. Limita en gran medida la consolidación de una estructura y ésta a su vez, el grado de funcionalidad del individuo. Es muy compleja la forma de manifestarse y con frecuencia se observa que estos niños no son diagnosticados en forma oportuna y, en el caso que esto ocurra, las alternativas que se ofrecen suelen ser muy limitadas o desconocidas en algunos casos.

Por otro lado, se ha visto que el tratamiento debe de ser multidisciplinario, debido a que el trastorno involucra diferentes aspectos de la vida del niño, tales como el tipo de comportamiento, conducta, emocional, pensamiento, así como lenguaje y aprendizaje. Es obvio que esta afección altera de forma consecuente el ambiente en que se desenvuelve el niño. La dinámica familiar se verá afectada de manera considerable. Es por esto también que la intervención terapéutica igualmente se deberá enfocar hacia los padres, quien de una u otra manera serán los reforzadores del tratamiento institucional, todo esto, con el objetivo de lograr una mejor funcionalidad del individuo, en la medida que sus limitaciones lo permitan. Del tipo de intervención, dependerá la posibilidad de funcionamiento dentro de su ámbito social.

El presente trabajo, tiene como propósito, el mostrar la experiencia de una institución donde se brinda atención a pacientes con Dx de autismo y que se encuentran integrados al programa de Terapia ambiental, misma que tiene como objetivo la modificación de ciertas conductas que obstaculizan la funcionalidad y desarrollo de los niños. Se destaca la participación de un equipo multidisciplinario y el involucramiento de los padres del pequeño.

De igual forma, pretendemos señalar los posibles beneficios que ésta causa en la población afectada después de cierto tiempo dentro del programa.

MARCO TEORICO.

En 1943, Leo Kanner hace la primera descripción del síndrome autista en su ya trabajo clásico "autistic disturbances of afective contact"; y desde entonces se conoció como el síndrome de Kanner; aunque él mismo, lo denominó como autismo infantil precoz. Se describía a los niños que mostraban una extrema simplicidad autística, ausencia de postura anticipatoria, desviación o retraso en el desarrollo del lenguaje, con ecolalia e inversión del pronombre (utilizando "tú" en vez de Yo); monótonas repeticiones de ruidos o expresiones verbales, excelente memoria, limitada gama de actividades espontáneas; estereotipos y manierismos "deseo obsesivo ansioso de mantener la identidad" y "pavor ante el cambio y la incompletitud"; y anormales relaciones con las personas, con preferencia por las imágenes o los objetos inanimados. Hacia énfasis a que estos pacientes tenían una imposibilidad para establecer conexiones ordinarias con las personas y situaciones. Hacia notar además, la asociación que había entre estos niños y sus familiares, en los que encontró: médicos, hombres de ciencia, escritores, periodistas y estudiosos del arte. Le resultaba curioso que

los padres o familiares colaterales eran personas intensamente preocupadas por abstracciones de índole científica, literarias o artísticas y muy poco interesados en los aspectos humanos.

EPIDEMIOLOGIA.

Kanner creía que el síndrome era más frecuente de lo que parecía por lo que sugirió que algunos de estos niños eran confundidos con retardo mental o como esquizofrénicos; además de pasar en ocasiones como hipoacúsicos o sordos. Actualmente sabemos que la confiabilidad de una prevalencia para cualquier condición, depende de la precisión que exista para hacer el diagnóstico. Para el autismo, el diagnóstico está basado en la historia y en un criterio conductual y aunque, se encuentran ya enlistados los criterios por el DSM-IV, aún queda un espacio para las interpretaciones. Se han reportado algunos estudios epidemiológicos (Wing y cols, 1976; Zanher y Pauls; Gillber, 1984), donde trataron de examinar a todos los niños discapacitados de un área específica e identificaron a los que cumplían criterios para el autismo. Según la amplitud del criterio aplicado, la prevalencia fué estimada entre 2 a 6 casos por cada 10,000 niños. Otro estudio de toda la población de niños de 18 meses de edad, teniendo un seguimiento desde el nacimiento en un centro de Salud de Nagoya, Japón, desde 1979 hasta 1989, dió como resultado una prevalencia mayor de 13 casos por 10,000 niños con autismo definido y de 7.7 por cada 10,000 casos de posible autismo (Sugiyama y otros, 1990). Estos resultados sugieren que algunos síntomas pueden mejorar lo suficiente con la edad como para que niños inteligentes con autismo no severo u otro tipo de población con discapacitados en edad escolar, no sean individualizados en los exámenes que focalizan dificultades en el aprendizaje.

Como sucede en todos los trastornos del desarrollo de la función cerebral, el autismo se observa con más frecuencia en niños que en niñas, con una relación de 3 a 4 veces más en los primeros.

ETIOLOGIA

El autismo infantil es un síndrome conductual con causalidad heterogénea, por tal desde su descripción, han aparecido diversas teorías que tratan de dar una explicación a su causalidad. Teorías que van desde un enfoque psicodinámico, hasta correlaciones neurofisiológicas.

El autismo es el trastorno del desarrollo de la infancia que ha provocado mayor controversia, esto, porque los síntomas suelen ser considerados como insólitos y estigmatizantes. Hasta la década de los 80, las teorías psicodinámicas tuvieron una tendencia enfocada hacia los padres de los autistas, sugiriendo que el trastorno estaba condicionado por una carencia en el afecto de estos hacia los niños. Otros autores planteaban opiniones como la rabia y rechazo paterno como reforzadores del desarrollo de los síntomas, pero al igual que la teoría anterior no aportaron evidencias científicas. Por tal, hoy día, la teoría de causalidad psicodinámica no es abordada con tanto énfasis como hace algún tiempo. Las teorías quizá con mayor fuerza en la actualidad son las que hacen referencia a alteraciones neurológicas y bioquímicas presentes en este grupo de niños.

Se han reportado asociaciones en grupos de niños que sufrieron algún tipo de agresión en etapa peri o posnatal (rubéola por ejemplo), y esto condiciona mayor índice de probabilidad de desarrollar el síndrome en la infancia. Otra posible prueba de complicación del embarazo (primer

trimestre), es el hallazgo de que los autistas tienen un número significativamente mayor de anomalías congénitas que los niños normales. Otra corriente de investigaciones reportan que al menos del 10 a 83% de los autistas presentan alteraciones en el EEG, sin embargo el hallazgo no es característico. Por otro lado, algunos estudios reportan que ciertas anomalías pueden ser indicativas de fallo de lateralización cerebral. Fombonne y cols. encontraron que 21.1% de su población presentaba epilepsia; 3.9%, alteraciones cerebrales; 3.1% déficits sensoriales; 0.3% con antecedente de rubéola congénita; 1.96% con Síndrome de Down; 1.4% con síndrome de X frágil; 0.8% con otras anomalías cromosómicas y 0.8% con Esclerosis Tuberosa; demostrando con esto la asociación que existe entre autismo y otro tipo de alteraciones nosológicas. Otros estudios reportan evidencias que del 4 al 32% de los niños con autismos desarrollan crisis convulsivas en alguna etapa de su infancia. Los estudios de neuroimagen refieren que alrededor del 20 al 25% de los autistas muestran dilatación ventricular en análisis de tomografía computarizada.

El campo de la neurobioquímica también ha sido abordada. En una pequeña muestra se halló una significativa correlación entre altos niveles de serotonina en sangre y una disminución del ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), el principal metabolito de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo. Se encontró también 5-hidroxi-N, N-dimetiltriptamina en la orina de los niños autistas y de sus familias, pero no en los niños control, lo que implica la existencia de influencias genéticas. Se han encontrado también asociaciones entre hermanos de autistas quienes tienen problemas de lenguaje o suele ser más frecuente que se observen en relación a familias en las que existen antecedentes de autismo. Por medio de la Tomografía por Emisión de Positrones se ha buscado alteraciones del metabolismo cerebral.. Rumsey y cols, así como De Volder y cols, en 1985 y 1987, respectivamente, reportaron aumento en el consumo de glucosa cerebral en autistas adultos. Horwitz

en 1989 encontró en los cerebros de autistas, mayor utilización de ATP y creatininfosfoquinasa. Sin embargo, los resultados de estos estudios no muestran más que diferencias muy discretas en comparación con los grupos de control y su correlación no establece un patrón determinante como para poder ser concluyente.

DATOS CLINICOS.

Las características conductuales que diferencian a los niños autistas de aquellos con otros problemas del desarrollo se relacionan con la socialización, el tipo de juego que desarrollan, los impulsos que pueden manifestarse a través de irritabilidad y agresividad; las alteraciones en la expresión afectiva, el lenguaje, la comunicación y el patrón de habilidades cognitivas; además de las estereotipias motoras las cuales son sobresalientes en el cuadro autístico y para algunos autores suelen ser consideradas como principales síntomas del síndrome.

A fines de los años 60, Rutter, proponía que el principal problema, era un impedimento del lenguaje que se debía a déficit cognitivo. En los años 70, Wing identificaba una triada que consistía en: deterioro social, conductual y del lenguaje.

Desde Kanner se hacía la descripción de la sorprendente inteligencia que algunos de estos niños mostraban, dándoles una categoría especial en el correlato clínico. Esta memoria puede ser verbal y/o visoespacial, misma que puede verse reflejada en la habilidad para decir frases, palabras, comerciales de televisión, fechas, etc; pero no la habilidad de comprender lo que está diciendo. Tienen una memoria poco común para recordar caminos o recorridos a sitios visitados, aunque éstos no sea en forma frecuente.

En cuanto al aspecto conductual, los niños autistas no desarrollan las relaciones normales con sus padres. En la lactancia pueden no mostrar la sonrisa social ni la conducta anticipatoria cuando un adulto extiende los brazos. Muestran contacto visual muy esporádicamente y en ocasiones lo evitan, lo cual lleva a una ausencia de vinculación afectiva con la figura materna y paterna. En otras etapas suelen observarse retraídos y ausencia de juegos y socialización con otros niños de su edad. Algunos niños suelen ser ansiosos en extremo y pueden mostrarse a objetos que son inofensivos, como ciertos juguetes, artículos de su hogar, etc. y la ansiedad manifestada puede impedir enfrentar lo inesperado, así como no cooperar en situaciones que no son amenazantes; fomentando de esta forma su retraimiento y aislamiento del medio.

El lenguaje es otra característica que se encuentra alterada en este tipo de niños; los balbuceos suelen estar reducidos en comparación con los niños normales. Más adelante puede observarse que emiten sonidos o chillidos de forma constante o estereotipado y sin intención de comunicarse. Los niños autistas que conservan el lenguaje oral, pueden emitir más palabras de las que conocen; es decir, solo las emiten y no necesariamente las llegan a comprender y mucho menos llevan una intención de comunicación. Un niño autista puede utilizar una palabra o una frase completa por varios días o semanas y posteriormente la abandonará, siempre sin intención de iniciar o continuar un diálogo. En otras ocasiones puede manifestarse a través de ecolalia inmediata o retrasada siempre en forma estereotipada y fuera de contexto. Son incapaces de comunicar algo que les sucede o lo que piensan, son extremadamente concretos, no hablan en primera persona y tardan mucho tiempo en decir la palabra "sí". Con frecuencia utilizan inversión de pronombres (utilización el Tú, El, por el Yo), debido a que no comprenden lo que escuchan y sólo lo repiten como repiten

frases u otras palabras. También se encuentran déficits en la articulación de las palabras, que pueden ser condicionada por alteraciones de tipo mecánico en el aparato fonador.

. Las conductas que se observan en el juego son peculiares; ellos tienden a adoptar actividades rígidas, cotidianas y ritualistas. Pueden girar, mecerse o poner en fila los objetos, así como establecimiento de vínculo con figuras inanimadas. Se les observa indiferentes ante el juego con otros niños. Pueden fijar la vista en un juguete por largo tiempo sin usar el juguete. No entienden el propósito de un juego, las reglas de éste y mucho menos, son capaces de divertirse.

Son muy sensibles a cambios de posición de casa, el hecho de mover un mueble les irrita, una situación nueva un pequeño cambio en su ambiente es suficiente para provocar el llanto. En respuesta a estímulos externos (sonido, dolor, etc.), las repuestas pueden ser diversas es decir, en ocasiones son ignoradas por el niño o son consecuencia de cambios conductuales importantes como berrinches, risas inmotivadas o aumento de la actividad motora. En ocasiones, los niños pueden disfrutar de la música y pueden hasta repetir algún tarareo, en ocasiones la respuesta puede observarse en el extremo opuesto. El umbral al dolor suele estar alterado, pueden caer y lesionarse y no llorar.

Generalmente los niños autistas no son agresivos ni saben responder ante la agresión, pero pueden autoagredirse, siendo ésta una forma de autoestimulación o como resultado de un estado de malestar interno. La hipercinecia acompaña frecuentemente a estos niños, y esta puede demostrarse mediante movimientos estereotipados como el aleteo de manos y brazos, el balanceo del cuerpo o saltos sin aparente justificación. Consecuencia de todo lo mencionado es la falta de atención hacia

el mundo externo, prestando mayor interés hacia cosas que podrían pasar inadvertidas para otro tipo de niños.

Como se ha mencionado anteriormente, el autismo no es un síndrome puro y puede verse acompañado de limitaciones en el aspecto motor o en el desarrollo y desempeño intelectual. Pueden ser retrasados o con inteligencia normal o brillante. 50% presentan retardo mental moderado o profundo, 25% son retrasados leves y 25% con un CI de 70 o más.

Algunos autores describen dos tipos de bebés autistas, los que lloran mucho y se muestran muy inquietos y los que son más plácidos. Con el paso de los primeros meses, los padres pueden percatarse que el niño se mantiene con la mirada fija por tiempo prolongado, no muestran interés en mirar a su alrededor ni a sus padres, no responden a juegos como lo harían los bebés normales. A partir de los 2 a 5 años de edad, el niño autista parece más ensimismado, no mantiene contacto visual y parece encontrar interés especial ante un objeto que puede ser un papel, un juguete y si se aleja de éste, puede estallar en llanto. Después de los 5 años, parece que son capaces de obedecer órdenes sencillas. Puede imitar el tono de voz de quien habla o repetir algo que escuchó en la televisión. Confunden el arriba con el abajo o encender-apagar. Para pedir algo, lo hace en forma de pregunta, tal como lo oyó cuando su madre le hizo el ofrecimiento. Cuando ejecutan alguna acción, son incapaces de prever accidentes, no miden el peligro y si son lesionados, con frecuencia no muestran queja alguna. En la adolescencia, se presentan problemas de conducta, obviamente de aprendizaje, hay inquietud, irritabilidad y pueden observarse cuadros de epilepsia. Esto puede pasar y el joven autista adaptarse. Al llegar a la vida adulta, por mayor capacidad que éste posea en las

areas afectivas y de lenguaje, tendrá dificultad para relacionarse, debido a las alteraciones en su pensamiento.

DIAGNOSTICO.

A partir de la aparición de la cuarta edición del DSM-IV se incluye el síndrome de Asperger, que para Wing (1991) se distingue de los otros niños autistas por tener una conducta autista moderada, espectro estrecho de intereses, capacidad lingüística normal y torpeza en la motricidad, estos niños tienen mejor funcionamiento. Quizá esta sea la premisa para poder encontrar una relación con base a la respuesta del tratamiento que reciben.

El diagnóstico, por lo general se encuentra basado en los criterios que se establecieron desde la tercera edición del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana. En esta edición se establecía el inicio del autismo antes de los 30 meses de edad. En la edición revisada, este factor no se consideraba determinante y se incluyó al autismo entre los trastornos profundos del desarrollo. En la cuarta edición de éste, se plantea dentro de los trastornos que intervienen con el desarrollo y se agrega el síndrome de Asperger tal como ya se ha comentado. Sin embargo la variedad en la manifestación de síntomas suele en ocasiones ser muy diversa y el diagnóstico no se establece sino hasta después de observaciones constantes y meticulosas (cuadro 1).

Por tal debe hacerse el diagnóstico de autismo, muchas veces por criterios de exclusión, siendo los más frecuentes el trastorno esquizofrénico de inicio en la infancia, el retraso mental,

trastorno del desarrollo del lenguaje, la sordera congénita o el trastorno grave de la audición, psicosis desintegrativas o la privación social.

CUADRO 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE F 84.0 TRASTORNO AUTISTA (299.00).

Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) o (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 un contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- ◆ (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
- ◆ (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. Ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- ◆ falta de reciprocidad social o emocional.

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

- ◆ (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- ◆ en sujetos con un habla adecuada, alteración importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- ◆ (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- ◆ ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social del nivel de desarrollo.

(3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

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

adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.

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

Preocupación persistente por partes de objetos.

Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparecen antes de los 3 años de edad: 1) interacción social, 2) lenguaje utilizado en la comunicación social o 3) juego simbólico o imaginativo.

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

TRATAMIENTO.

Los objetivos comunes del tratamiento en los niños autistas son disminuir los síntomas conductuales y fomentar el desarrollo de funciones retrasadas, rudimentarias o inexistentes, como el lenguaje y las facultades de autocuidado.

Podemos suponer que la participación de los padres del niño es fundamental para la obtención de éxito en la rehabilitación del autista. Por tanto, los programas creados hasta este momento, tratan de acaparar cada uno de estos aspectos y factores que intervienen en la vida del niño. El entrenamiento paterno cuidadoso, el asesoramiento individual en los conceptos y técnicas de modificación conductual y de atención, además de las preocupaciones individuales, pueden traer consigo considerables beneficios en el lenguaje, el conocimiento y la conducta social.

La farmacoterapia, unida a los métodos mencionados, suele ser muy útil, ya que los medicamentos tienen como propósito fundamental el disminuir la agresividad, las conductas ritualistas y mejorar la atención del niño. Del mismo modo, no existe una monoterapia exclusiva. La combinación de diversos fármacos entre los que figura los NLP como el Haloperidol, así como anticonvulsivantes o estimulantes del SNC, son empleados con cierta frecuencia. El abordaje farmacológico debe ser individualizado para cada paciente, de ahí la gama de medicamentos auxiliares. Se menciona la utilización de antidepresivos tricíclicos como la Clorimipramina, así como el empleo de beta bloqueadores también es frecuente; los anticonvulsivantes del orden de las benzodiazepinas y agentes como la Clonidina o el Litio brindan suelen tener cierta utilidad.

La terapia farmacológica no contribuye de la misma forma a cada niño y ha sido modificada a través de mostrar excelentes o modestos resultados. La terapia multivitamínica ha demostrado mejoría sobre ciertos sistemas cerebrales, sobre todo la vitamina B6; las anfetaminas tuvieron su auge en los 80's, pero los resultados no son del todo significativos y actualmente no se emplean como primera opción. Los NLP disminuyen algunas estereotipias motoras. Los antiepilépticos han jugado un papel importante en el tratamiento de la epilepsia en el autismo; los más utilizados son la

Carbamazepina y el Acido Valproico. El litio tiene utilidad en los casos que muestran comportamiento disruptivo y muestran un deterioro en la adolescencia.

Sin embargo, la intervención que se hace en un sólo ámbito, no ha demostrado resultados óptimos. Muestra de esto es que cada vez, los programas que se diseñan para el tratamiento de niños autistas, se enfocan hacia aspectos mutidisciplinarios, involucrando la participación de diversos profesionales y a los padres del niño. Así lo refleja la creación de programas como TEACH y NURSERY en los Estados Unidos. En nuestro país, desde el año de 1980 se brinda atención a niños con este tipo de problemas en la institución donde se realizó el presente trabajo.

LA TERAPIA AMBIENTAL.

La terapia ambiental es una forma de llamar a un tipo de tratamiento que se deriva del ambiente terapéutico que debe existir en la atención del niño autista. Los objetivos que persigue el programa son: ayudar a los niños a disminuir conductas que le permitan una mayor convivencia con su familia, o en otro tipo de ambiente que tenga que ver con el entorno social: que puedan compensarse sus desventajas y limitaciones; así como desarrollar sus habilidades y desde el contexto del programa, lograr producir un cambio en el orden interno que puede llevar a estos niños a una autoconciencia y con esto, tener una mejor adaptación. A través del mismo se busca que el niño y el terapeuta se conozcan y se estable una relación entre ambos, permitiendo que el primero aceptará, respetará y acompañará al niño en momentos de "crisis". Deberá estar dispuesto a buscar un medio adecuado para la mejor realización de sus actividades. Esto es, el terapeuta deberá tener la capacidad para reconocer los momentos que pueden ser más aptos para enseñar al niño. Dividiendo las tareas en pasos, logrará un mayor aprendizaje a través de es proceso de identificación

del niño. Este énfasis entre el vínculo que tienen el niño y su terapeuta se encuentra a través de todas y cada una de las actividades que conforman la terapia ambiental, constituyendo tal vez, el principal pilar que sostiene este tipo de abordaje.

El equipo se encuentra encabezado por un Médico Psiquiatra Infantil, además de Enfermeras, Maestras en Educación Especial, Psicólogos y otros Terapeutas como Fisiatras, Pediatras, etc.

JUSTIFICACIÓN.

El autismo constituye una de las patologías que mayor grado de desorganización causa en los niños. Con frecuencia, esta patología se detecta hasta alrededor de los cuatro o cinco años y el pronóstico suele ser muy sombrío. El tratamiento y rehabilitación de estos niños, suele mejorar cuando son detectados y canalizados a centros de atención especializada.

La terapéutica empleada hasta nuestros días no ha sido contundente en la rehabilitación sensorio-motriz y emocional del niño. Esto ha motivado a la creación de diversos enfoques terapéuticos, que día con día demandan una mayor participación, más allá del área médica. El trabajo en equipo que involucre un abordaje multidisciplinario como el de trabajadores sociales, psicólogas, enfermeras, terapeutas de lenguaje, motrices, sin olvidar el papel de la familia; constituyen el pilar del sostén para el tratamiento y rehabilitación de estos niños.

Por otro lado, muchos de estos pacientes están fuera de cualquier contexto en cuanto a tratamiento y/o rehabilitación se refiere. El autismo no es como una psicosis, pero el grado de

desintegración que logra imposibilita en mayor o menor medida la integración al medio en la vida adulta. Es por esto que el planteamiento de lograr una detección oportuna, así como la derivación y la creación de mayores programas y con diversa cobertura, logrará brindar una alternativa a sus expectativas de adaptación y desarrollo dentro del contexto social y psicológico de estos niños.

OBJETIVO PARTICULAR.

Exponer brevemente los beneficios que brinda la Terapia Ambiental, aplicada a una población de niños autistas, que acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan. N. Navarro", a través de más de 17 años con experiencia en este ámbito.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Definir el concepto de Terapia ambiental y bajo que fundamentos se encuentra operando.
- Delimitar el área específica de trabajo, así como las características de los pacientes seleccionados a recibir este tipo de terapéutica.
- Reportar la utilidad de la Terapia ambiental en los pacientes del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" con diagnóstico de síndromes autísticos; mediante la comparación de los síntomas observados a su ingreso al programa y las condiciones encontradas en el momento de la realización del estudio.

METODOLOGÍA

Las actividades se llevaron a cabo en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, dentro del área comprendida como Hospital de Día, sitio al que acuden todos los niños a recibir atención dentro de las diversas esferas que conforman la Terapia Ambiental. El área comprende salones para terapia de lenguaje, terapia de juego, estimulación sensorio-motriz, orientación a padres, áreas de juego, etc

De forma habitual, antes de ser ingresados al programa, se hace una valoración y el niño acude en forma inicial y posteriormente se determina el tipo de actividades y el tiempo de estancia en el hospital. De tal modo que, en este momento se encuentran registrados un total de 42 niños, siendo sólo 25 los que asisten al turno vespertino y por ende, tienen acceso a mayor número de actividades.

A continuación se obtuvo información acerca de los síntomas y signos encontrados en el momento de su ingreso, utilizando como fuente de información el expediente clínico. Los datos se obtuvieron por las respuestas proporcionadas por los padres en la Lista de Chequeo Descriptivo de Autismo (ADC), mismo que fué aplicado al momento de ser derivados los niños al programa de Terapia Ambiental (ver anexo).

Este mismo cuestionario (ADC), se aplicó a los padres de los niños que asisten al programa, Con esto se obtuvieron los resultados de los síntomas y conductas que observan los niños en el

momento actual, con el objetivo de observar y describir las características clínicas que presentan hoy día.

Por último, comparamos las frecuencias encontradas en el estudio a través de tablas y gráficas que se discuten en el apartado de resultados.

CRITERIOS DE INCLUSION.

Se incluyeron en el presente trabajo a pacientes de ambos sexos, desde la edad de uno hasta los 12 años de edad al momento de ser diagnosticados con Trastornos generalizados del desarrollo (síndromes Autísticos), según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) o de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

Aquellos niños con un mínimo de seis meses dentro del programa y con una asistencia de tres o más días a la semana en horario matutino y vespertino. El número de pacientes seleccionados fué de 25.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Se excluyeron a aquellos niños donde el trastorno evidenciara clínicamente una afección neurológica importante, así como el retardo mental moderado, y grave o profundo.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 25 cuestionarios, de los cuales sólo se regresaron 23, los otros dos restantes fueron excluidos del estudio, de este modo, la población se redujo a 23, de los cuales

fueron 14 hombres (60.88%), y 9 mujeres (39.13%). De estos pacientes, sólo 6 se habían diagnosticado como probables autistas, 10 más fueron diagnosticados como retrasos mentales. Pocos habían recibido medicación siendo los fármacos de mayor uso la Tioridazina (4), seguido de Carbamazepina (3) y Vitamina B6 (1). La edad promedio de inicio de los síntomas (percibidos por los padres), fluctúa entre en primer y segundo año de edad (9 niños desarrollan síntomas al año de edad y 14 a los 2 años).

Se agruparon las preguntas del cuestionario de acuerdo al tipo de conducta o sintoma que mide, resultando 10 rubros, mismos que se exponen en las tablas de resultados.

Realizamos comparación entre los síntomas que se presentan al momento de ser ingresados al programa y los datos que presentan en el momento de nuestra medición. Se obtiene así que en Intolerancia al contacto físico para ambos sexos, se encontró 33.69% al inicio y 23.91% en el momento actual; irritabilidad, agresividad y destructividad muestran un 46.36 % al inicio y 37.31% en el momento de la medición. En el aspecto de autoagresividad se encontró con 56.52% cuando se ingresaron al programa y 39.13% actualmente; la ecolalia muestra 58.63% y 50.72% respectivamente. Las conductas ritualísticas son otro aspecto que aborda el cuestionario, los resultados fueron de 52.72% para el inicio del programa y 44.92% en nuestra medición actual, manierismos y estereotipias tuvo 49.27% y 44.99% en cada medición. Atención y distractibilidad nos muestran 49.56% para el momento de ingreso al programa y 39.99% en este momento. La inversión pronominal, suele ser un sintoma muy frecuente, éste estuvo presente en 34.77% antes de ingresar a la terapia ambiental y 26.08% después de estar en ella. Se encontró 34.77% y 26.08% respectivamente, para el área de la inexpresividad afectiva. Por último, en otros se engloban todas

aquéllas categorías que no se agrupan en las anteriores, teniendo un resultado del 29.56% y 26.95% en cada una de las mediciones (consultar tablas de resultados).

Comparando la frecuencia de los síntomas por sexo, encontramos que los hombres muestran disminución de la frecuencia en los síntomas, de forma global, tienen 64.105% al inicio de la Terapia ambiental y 63.87% actualmente. Estos porcentajes, son el número de pacientes que presentan esta conducta o síntoma. Las mujeres muestran 35.82% antes del programa y 36.13% en el momento de la medición (Para mayor información, consultar el anexo de tablas y gráficas de resultados).

Por último, la edad promedio en que se presentan los síntomas fluctúa entre los menores de dos y tres años, teniendo como promedio de aparición los 2.78 años de edad; aunque cabe hacer mención que hay niños que presentan síntomas antes de cumplir el primer año de vida.

DISCUSION Y ANALISIS

Los casos reportados, demuestran que existe mayor número de casos en niños que en niñas tal como la literatura lo refiere (4, 7, 8, 11, 14). En nuestra población la población masculina casi es el doble que la femenina; de igual forma, pocos son los niños que son diagnosticados como probables autistas, algunos suelen pasar como retardo mental (6, 8, 25, 26,) y algunos otros se les habían realizado potenciales evocados auditivos ante la posibilidad de padecer hipoacusia o sordera. Esto es determinante para la respuesta al tratamiento que pueda derivarse, es decir, un niño que se detecta oportunamente, puede ser manejado con un enfoque adecuado. Los diagnósticos que se infieren como el retardo mental, pueden ser condicionantes de incremento en

sintomatología en los niños, debido a que el tiempo que transcurre desde que es considerado como retraso mental hasta que es canalizado y abordado oportunamente, puede coadyuvar al incremento de sintomatología o exacerbación de la ya observada.

El DSM-III, hacía mención en uno de sus criterios, que los síntomas aparecían antes de los 30 meses de edad. En la población estudiada, se observa que el promedio de edad fluctúa entre los dos años de vida, aunque en muy pequeña proporción, los padres perciben cambios importantes desde antes de cumplir el primer año de edad. El detectar oportunamente ciertos síntomas y la intervención adecuada, ayudará en mucho a la mejora del niño. Es cierto que se requiere de programas específicos y también, que éstos son muy escasos y poco conocidos dentro de la población en general y dentro del área médica inclusive.

Los síntomas observados en la población estudiada corresponden a los que se reportan con mayor frecuencia desde que Kanner hizo las primeras descripciones (4, 5, 7,8, 11, 13, 14, 16, 17, 25). El cuestionario aplicado incluye cada una de esas variantes como son ecolalia, inexpressividad afectiva, autoagresividad, conducta ritualística, etc. Se observa que en el sexo masculino, las conductas aparecen en forma moderada (en promedio), teniendo una rango de del 48 al 72%. Esto es, la sintomatología desarrollada por estos pacientes, no pasa desapercibida, puede ser detectada y de hecho se detecta en forma temprana por los padres. La sintomatología se observa en todos los casos, invariablemente del sexo. Las mujeres presentan un comportamiento similar, siendo que se observan desde un 27.24 hasta 50.69% en relación a los hombres. Hay que recordar que la población en mujeres casi es la mitad que la de hombres. Por otro lado, la edad promedio de presentación, es similar para ambos grupos y se observa alrededor de los dos años.

Para es edad los niños normales son capaces de realizar actividades como la conducta anticipatoria, la expresividad afectiva, tienen un modo de socializar y de jugar incluso. Además de tener un tipo de pensamiento, quizá muy concreto, pero que ayuda a interpretar el mundo externo en que se desarrollan (21, 23). Situación que no se observa en el niño autista en el que, el modo de percibirlo está alterado, además de mostrar modificaciones en su mundo interno (6).

Al comparar las conductas después de tener cierto tiempo en el programa de Terapia ambiental, se observa una disminución global de éstas, sobre todo en el grupo del sexo masculino. Algunas conductas como la iritabilidad y agresividad, ecolalia, distractibilidad, tienen cierto aumento. Esto puede verse influido por el manejo en casa por parte de los padres. Muchos de ellos, tienden a sobreproteger al niño y esto disminuye su capacidad funcional. La idea que son niños con limitaciones, lleva a los padres a limitarlo aún más, impidiendo desarrollar sus propias habilidades.

La inversión pronominal reflejó un aumento considerable del 65 al 81%. Sin embargo, en la clínica esto no se observa. El resultado anterior puede deberse nuevamente al medio ambiente en que se desarrolla cada una de estas niños. En cuanto a las mujeres, el comportamiento que se registró es de una conducta fluctuante. Hubo aumento en intolerancia al contacto físico, en autoagresividad, conductas ritualísticas, estereotipias y otros. Este comportamiento puede compararse al de los niños. Es decir, la participación de los padres en el programa es determinante (6, 8, 13, 16, 23). Los padres pueden ser consolidantes de las actividades observadas dentro del área clínica. Se observa que los padres tienden a ser más tolerantes con las hijas y viceversa, tal como postula la teoría de Freudiana. También es cierto el hogar de un niño autista puede ser

disfuncional y ellos con frecuencia, son objeto de rechazo o agresión, situaciones que interfieren con la probable mejoría; la conducta del niño, será el reflejo de estas situaciones.

En forma global, se observó una disminución importante de los síntomas (ver gráfica 2), lo que puede ser indicativo que los niños que se encuentran dentro del programa de Terapia Ambiental reflejan una disminución en sus conductas, esto se puede reflejar en su habilitación y llevarlos a una mayor funcionalidad dentro de su medio. Este trabajo puede representar una opción para este grupo de pacientes que tienen limitadas alternativas para su manejo. La Terapia ambiental es el reflejo de más de 10 años de trabajo, durante el cual se ha enfatizado el tipo de relación que debe de existir entre el niño y los diversos terapeutas que conforman el equipo de trabajo. También está establecido que se debe de comprometer a los padres en estas actividades, además de recibir orientación sobre la patología de su hijo y de cómo poder colaborar para su mejoría. El hacerlos partícipes y responsables de muchos de los logros del niño, es determinante en el éxito que el programa pueda tener. El programa de Terapia ambiental lleva a cabo sus principios, siendo el principal el de la relación con el niño. El compromiso e interés que se demuestre, se reflejará en una relación mucho más estrecha, con mejores resultados, donde no se ejerza demasiada presión sobre el niño y se pueda determinar el momento más adecuada para la realización de actividades y de cómo éstas se pueden desarrollar con mayor rendimiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los reportes encontrados podemos concluir los siguientes puntos importantes:

- El cuestionario empleado no ha sido validado en nuestro país, sin embargo podemos enfatizar que el autismo es un síndrome complejo de manifestarse y de abordarse. La severidad con que se presenta suele ser heterogénea y estar presente algunos padecimientos concomitantes como el retraso mental, Síndrome de Rett o Asperger, así como evidencias neurológicas importantes. De tal forma que un instrumento para medir este número de variables y con una heterogeneidad variable, puede ser complicado. Resulta también limitante el número de población registrada con esta patología para poder establecer un estudio con características de validación dentro de nuestro país. La ausencia de validez, no limitó el deseo por exponer y proponer que existen programas que pueden ayudar a este grupo de pacientes.
- Es prioritario detectar los síntomas para no ampliar el margen de tiempo entre éste y su tratamiento. En este tiempo, los síntomas pueden ser más intensos o agregarse algunos más, mismos que repercute en el pronóstico del niño.
- Se encontró una disminución considerable de los síntomas que presentan los niños en comparación al momento en que son detectados en la institución. Esto puede deberse al resultado del programa de Terapia ambiental sobre cada uno de los niños. Clínicamente los niños muestran mayor socialización y pueden realizar actividades que anteriormente no hacían. Al disminuir el rechazo al contacto físico, al haber mayor atención de su parte y al realizar actividades de autocuidado, su funcionalidad se va incrementando en forma paulatina, sin embargo se va a limitar por el grado de severidad del síndrome o del medio familiar en que se desenvuelva.

- La Terapia Ambiental es un programa estructurado con bases científicas y que tiene resultados óptimos sobre el grupo de autistas, muestra de esto son los logros obtenidos desde su creación. Este programa, puede ser enriquecido a través de la investigación y promoción para apoyar o lograr una mayor cobertura.
- Es importante realizar investigaciones con una metodología más estructurada. Puede enfocarse a validar el cuestionario o encontrar una forma de medir los resultados en los síntomas, conducta o funcionalidad. Un estudio con mayores ambiciones puede ser determinante para aumentar el conocimiento en esta patología tan diversa.

BIBLIOGRAFIA

1. Bhaumik S., Branford D., McGrother C., Thorp C.: Autistic Traits in Adults with Learning Disabilities. *British Journal of Psychiatry*. 170, 1997.
2. Bolton P., Murphy M., McDonald H., Withlock B., Pickles A., Rutter M. : Obstetric Complications in Autism: Consequences or Causes of the Condition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(2), 1997.
3. Campbell M., Armenteros J., Malone R., Adams P., Einsberg Z., Overall J.: Neuroleptic-Related Dyskinesias in Autistic Children: A Prospective, Longitudinal Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(6), 1997.
4. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor, 1992.
5. DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson, 1995.
6. Escotto M. J., Murga E. : Programa de Terapia Ambiental Integral para Niños con Síndromes Autísticos. Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro".
7. Fambone E., Du Mozaabrun C., Cans C., Grandjean H. : Autism and Associated Medical Disorders in a French Epidemiological Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(11), 1997.
8. Fejerman N., Arroyo H., Massaro M., Ruggieri V. : Autismo Infantil y otros Trastornos del Desarrollo. Paidós, 1996.
9. Frankhauser M., Karumanch V., German M., Yates H., Karumanch S. : A double blind, Placebo-controlled Study of the Efficacy of Transdermal Clonidine in Autism. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 53(3), 1992.
10. Gilberg C. : Asperger Syndrome and High-functioning Autism. *The British Journal of Psychiatry*. 172, 1998.
11. Gómez A., Camarena B., Nicilini H. : Investigación sobre algunos Factores Genéticos y Cognoscitivos que Influyen en la Etiología del Autismo. *Salud Mental*. 20(1), 1997.
12. Howlin P. : Psychological and Educational Treatments for Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 39(3), 1998.
13. Howlin P., Rutter M. : Treatment of Autistic Children. Ed. Wiley, 1991.
14. Kanner Leo : Psiquiatría Infantil. Ediciones Siglo Veinte, 1976.
15. Kaplan Harold: Compendio de Psiquiatría. Salvat, 1987.
16. Koegel R., Kern K. L.: Teaching Children With Autism. Ed. Paul. H. Brookes, 1995.
17. Kugelmas Newton : The Autistic Child. Ed. Charles C. Thomas, 1978.
18. Longhurst J.G., Potenza M.N., McDougle C.J., Grenspan S.I., Rapin I. : Autism. *New England Journal of*

Medicine. 337(21), 1997.

19. Lord C., Pickles A. : Language Level and Nonverbal Social-communicative Behaviors in Autistic and Language Delayed Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(11), 1996.
20. Mundy P., Croeson M. : Joint Attention and Early Social communication: Implications for Research on Intervention with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 27(6), 1997.
21. Piaget Jean: 6 Estudios Psicológicos. Ed. Siex Barral, 1985.
22. Reese R.M., Sherman J.A., Sheldon J.B. : Reducing Disruptive Behavior of a Group-home Resident with Autism and Mental Retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 28(2), 1998.
23. Schopler E., Mesibov G.: *Learning and Cognition in Autism*. Plenum Press, 1995.
24. Towbin K.E. : Autism and Asperger's Syndrome. *Current Opinion in Pediatrics*. 9(4), 1997.
25. Volkmar F., Rutter M.: Childhood Desintegrative Disorder: Results of the DSM IV Autism Field Trial. *Journal of the American Academy of Childhood and Adolescence Psychiatry*. 34 (8), 1995.
26. Wakschlag A., Eventhal B. : Consultation with Young Autistic Children and their Families. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 35(7), 1996.

ANEXOS

**TABLAS Y GRÁFICAS DE
RESULTADOS**

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR CATEGORIAS.

CATEGORIA	NUMERO
Pacientes hombres.	14
Pacientes mujeres.	9
Con diagnóstico de autismo.	7
Con diagnóstico de retardo mental.	8
Con diagnóstico de hipoacusia.	9

TABLA 2. PORCENTAJE DE SINTOMAS POR SEXO.

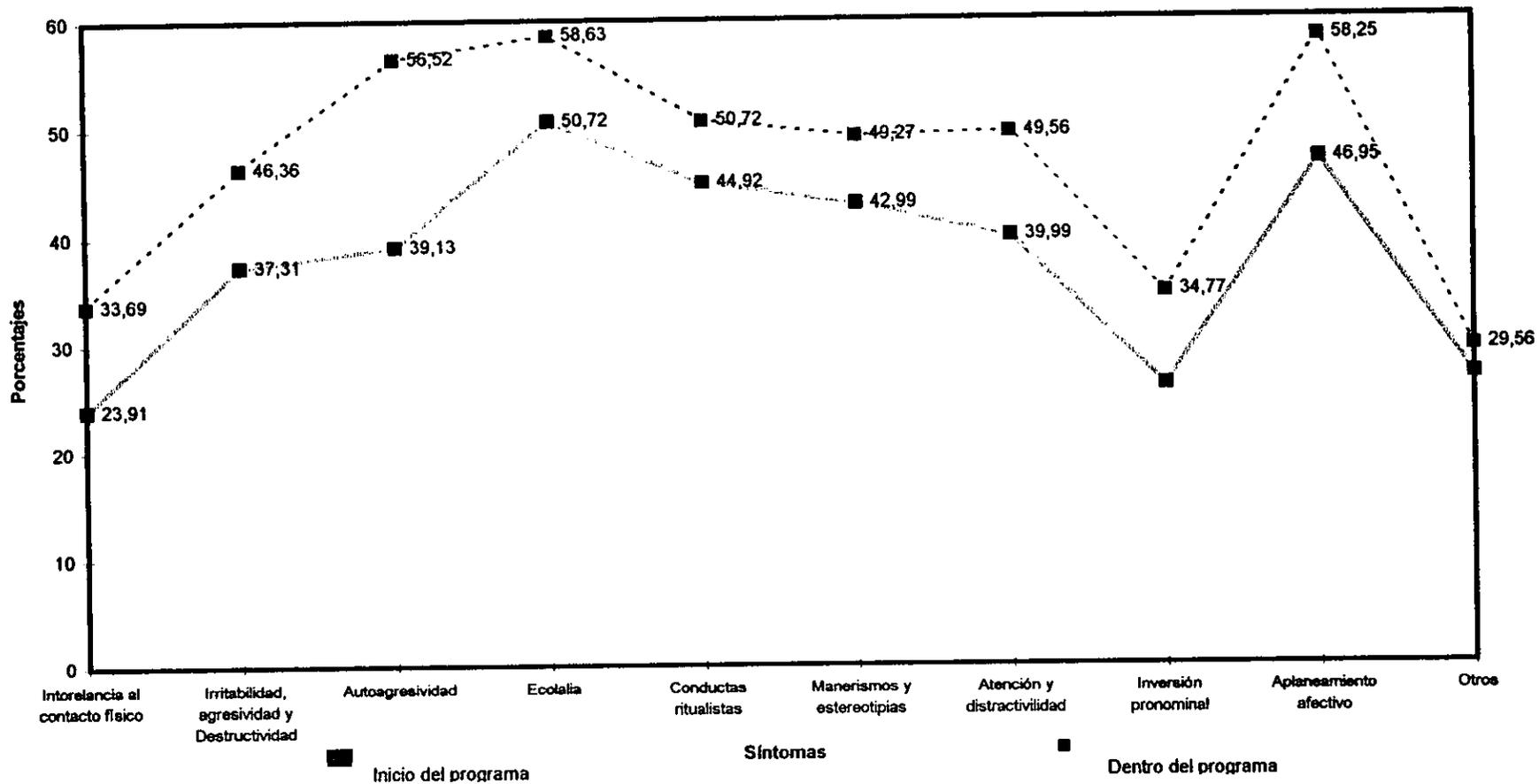
CONDUCTA O SINTOMA	% HOMBRES		% MUJERES	
	ANTES	ACTUAL	ANTES	ACTUAL
Intolerancia al contacto físico	72.74	60.11	27.24	39.86
Irritabilidad, agresividad, destructividad	62.26	66.04	37.71	34.28
Autoagresividad	69.23	66.66	30.75	33.33
Ecolalia	57.52	58.78	42.36	41.1
Conductas Ritualísticas.	64.6	60.28	35.39	39.7
Manierismos y estereotipias.	68.98	64.24	31.01	35.75
Atención y distractibilidad	65.35	66.05	34.63	33.49
Inversión pronominal.	65.92	81.9	34.07	18.09
Inexpresividad afectiva	65.57	65.55	34.41	34.43
Otros.	48.88	48.66	50.69	51.33
Porcentaje global	64.105	63.87	35.826	36.13

TABLA 3

EDAD DE APARICION DE LOS SINTOMAS

CONDUCTA O SINTOMA	EDAD x DE APARICION
Conductas Ritualísticas.	2.21
Intolerancia al contacto físico	2.8
Irritabilidad, agresividad, Destructividad	2.98
Autoagresividad	2.87
Ecolalia	2.84
Conductas Ritualísticas.	2.97
Manierismos y estereotipias.	2.92
Atención y distractibilidad	2.79
Inversión pronominal.	2.39
Inexpresividad afectiva	2.8
Otros.	3.08
Porcentaje global	2.78

GRAFICA 1. TERAPIA AMBIENTAL EN NIÑOS CON AUTISMO SEGÚN SIGNOS Y SINTOMAS



**LISTA DE CHEQUEO DESCRIPTIVO DE AUTISMO (ADC).
SECCION I.**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Nombre del paciente. _____
 Fecha de entrevista. _____
 Fecha de Nacimiento. _____ Edad _____ Sexo _____
 Nombre del padre o tutor. _____
 Dirección. _____
 Teléfono _____
 Nombre de la persona entrevistada. _____ Teléfono _____
 Relación con el paciente. _____

1. Ha sido alguna vez diagnosticado el paciente con tener algún tipo de incapacidad? _____
 Si su respuesta es afirmativa, conteste las siguientes preguntas.

- Autismo. ¿Cuándo se diagnosticó? _____
 ¿ Por quien? _____ ¿Dónde? _____
- Retardo mental. Ninguno _____ Superficial _____ Medio _____ Severo _____ Profundo _____
- Visión Normal _____ Si no es así, describala. _____
- Audición Normal _____ Si no es así, describala _____
- Otras incapacidades _____ Ninguna _____ Si presenta alguna, describala _____

2. Uso de medicamentos.

El paciente ha recibido alguna medicación para control de su conducta o ataques? _____
 Si su respuesta es afirmativa; ¿Cuál de los siguientes medicamentos fueron tomados y a que edad (es). Si es posible, anote la razón para su uso y su efecto.

<u>Medicamento.</u>	<u>Edad.</u>	<u>Razón para su uso y efecto.</u>
- Atarax	_____	_____
- Benadryl	_____	_____
- Hidrato de Cloral	_____	_____
- Cylert	_____	_____
- Dexedrina	_____	_____
- Haldol	_____	_____
- Litio	_____	_____
- Melleril	_____	_____
- Navane	_____	_____
- Prolixin	_____	_____
- Ritalin	_____	_____
- Thorazina	_____	_____
- Otros	_____	_____
	_____	_____
- Depakene	_____	_____
- Dilantin	_____	_____
- Mysoline	_____	_____
- Fenobarbital	_____	_____
- Tegretol	_____	_____
- Otros	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
- Vitaminas.	_____	_____

**LISTA DE CHEQUEO DESCRIPTIVO DE AUTISMO (ADC).
SECCION II.**

- 5. Casi siempre -95%-
- 4. Con mucha frecuencia -75%-
- 3. A menudo -50%-
- 2. Algunas veces -25%-
- 1. Rara vez -5%-

I. Comunicación v comportamiento Afectivos.

Quando es tocado, movido o cogido por un familiar adulto, esta persona:	O U NA	Edad de inicio	Edad en que deja de hacerlo	Frecuencia 1,2,3,4,5.	Cambios -/0/+
1. Se paraliza o no reacciona.	_____	_____	_____	_____	_____
2. Se pone tieso, arquea la espalda o se trata de empujar o se mueve para otro lado (aunque sea por un momento cualquiera de éstos).	_____	_____	_____	_____	_____
3. Se agarra fuertemente, como si estuviera temeroso.	_____	_____	_____	_____	_____
Quando alguien que el paciente conoce le habla, él / ella:					
4. Ve al adulto.	_____	_____	_____	_____	_____
5. Hace gestos, llora, rie o sonrie dando la apariencia que entiende.	_____	_____	_____	_____	_____
6. Responde con palabras apropiadas, vocaliza o gesticula	_____	_____	_____	_____	_____
7. Su cara es inexpresiva	_____	_____	_____	_____	_____
8. Voltea los ojos, la cabeza o mueve el cuerpo en señal de retirada.	_____	_____	_____	_____	_____
El / ella comienza la comunicación por:					
9. Contacto visual.	_____	_____	_____	_____	_____
10. Señalando, gesticulando, vocalizando o hablando.	_____	_____	_____	_____	_____
11. Iniciando una actividad con otra persona.	_____	_____	_____	_____	_____
12. Acercándose a lo que desea y esperando que alguien se lo dé.	_____	_____	_____	_____	_____
13. Usando alguna parte del cuerpo de otra persona para obtener lo que él quiere en vez de hacerlo él mismo.	_____	_____	_____	_____	_____
Sin ninguna razón aparente él / ella:					
14. Tiene explosiones severas	_____	_____	_____	_____	_____
15. Aplasta, rasga o rompe objetos.	_____	_____	_____	_____	_____
16. Pega, muerde o lastima a otros.	_____	_____	_____	_____	_____
17. Sonríe, rie o llora.	_____	_____	_____	_____	_____
18. No muestra reacción al lastimarse.	_____	_____	_____	_____	_____

	U O NA	Edad de inicio.	Edad en que deja de hacerlo	Frecuencia 1,2,3,4,5.	Cambios -/0/+
II. Respuestas visuales y auditivas.					
19. Responde como si entendiera a palabras o instrucciones verbales.	_____	_____	_____	_____	_____
20. No muestra reacción o únicamente una pequeña reacción a los sonidos	_____	_____	_____	_____	_____
21. Llora, grita o se tapa las orejas ante ciertos sonidos.	_____	_____	_____	_____	_____
22. Entrecierra los ojos, hace gestos con ellos, se los tapa, parece incómodo a la luz normal.	_____	_____	_____	_____	_____
23. Mira fijamente hacia el espacio.	_____	_____	_____	_____	_____
24. Mira fijamente hacia sus manos, luces o a objetos brillantes, objetos que giran o se mueven.	_____	_____	_____	_____	_____
25. Ve a las personas u objetos de lado, como por las esquinas de los ojos.	_____	_____	_____	_____	_____

III. Lenguaje Expresivo.

26. Espontáneamente usa palabras apropiadas para pedir cosas o nombrarlas.	_____	_____	_____	_____	_____
27. Dice "sí" y "no" correctamente	_____	_____	_____	_____	_____
28. Hace preguntas apropiadamente como ¿donde está mi mamá?	_____	_____	_____	_____	_____
29. Ecolalia. Repite frases o partes de frases.	_____	_____	_____	_____	_____
30. Pide o está de acuerdo con algo usando la misma frase que Ud. usó en la pregunta (¿quieres galleta?, contesta: ¿quieres galleta?).	_____	_____	_____	_____	_____
31. Confunde "yo" ó "mi" con "tú"	_____	_____	_____	_____	_____
32. Continuamente repite la misma palabra o frase.	_____	_____	_____	_____	_____
33. ¿Hay algo común en la manera como él habla? (encierre todas aquellas aplicables). Ejemplo: El sonido de su voz es nasal o grita es muy agudo o grave para su edad excesivamente alto en volumen o débil, habla muy rápido o despacio, duda o vacila, repite sonidos en palabras, otros, descríbalos _____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____

IV. Comportamiento motor.

34. Muy poco activo, si se mueve lo hace muy despacio.	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------

	O UNA	Edad de inicio	Edad en que deja de hacerlo	Frecuencia 1,2,3,4,5.	Cambios - / o / +
35. Hiperactivo, constantemente se está moviendo.	_____	_____	_____	_____	_____
36. Camina de una manera poco común (toscamente, descuidado, de puntas, entrecruzando los pies, camina rígido, los brazos en posturas raras, no balancea los brazos al caminar. Otras, descríbalas. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

V. Estilo de aprendizaje.

37. Imita conductas apropiadas de otros.	_____	_____	_____	_____	_____
38. Habilidad poco común para hacer construcciones.	_____	_____	_____	_____	_____
39. Demuestra memoria poco común para: (encerrar en círculo todas las que corresponden), cantos, rimas comerciales de TV, nombres, fechas, rutas a varios lugares, Otras, descríbalas. _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
40. Trabaja en tareas sin ver lo que está haciendo.	_____	_____	_____	_____	_____
41. Requiere supervisión constante para permanecer en una tarea.	_____	_____	_____	_____	_____
42. Se molesta cuando las cosas que quiere no le son inmediatamente satisfechas	_____	_____	_____	_____	_____
43. No aprende de experiencias (dolor, peligro, etc, arrojarse al tráfico, caminar en lo alto de una barda o azotea muy altas, tocar el agua hirviendo, etc).	_____	_____	_____	_____	_____
44. Se resiste o se opone cuando se le dan cosas a hacer o a aprender.	_____	_____	_____	_____	_____

VI. Comportamientos estereotipados.
(Encierre las respuestas cuando más de una conducta corresponda).

Vocal.

45. Zumbido, susurro o murmullo, grito penetrante, gruñe o hace sonidos monótonos o repetitivos que no son palabras.	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------

Kinestésicos

46. Muecas de dolor.	_____	_____	_____	_____	_____
47. Agita o aletea los brazos, mueve los dedos de un modo poco común o sostiene las manos en posturas fijas.	_____	_____	_____	_____	_____

	O UNA	Edad de Inicio	Edad en que deja de hacerlo	Frecuencia 1,2,3,4,5.	Cambios -/o/+
48. Brinca, balancea, gira el cuerpo o la cabeza repetidamente.	_____	_____	_____	_____	_____

Gusto y olfato.

49. Come objetos (que no se comen).	_____	_____	_____	_____	_____
50. Olfatea objetos o personas.	_____	_____	_____	_____	_____

Visual.

51. Prende y apaga la luz.	_____	_____	_____	_____	_____
52. Gira objetos.	_____	_____	_____	_____	_____

Haptic.

53. Aplauda, talla, golpetea a partes de su propio cuerpo o su cabeza (puede incluir masturbación).	_____	_____	_____	_____	_____
54. Lame, se mete a la boca, chupa, mastica objetos o a él mismo o juega con la saliva.	_____	_____	_____	_____	_____
55. Pega, maltrata, talla, pellizca objetos o a la gente.	_____	_____	_____	_____	_____
56. Golpetea como tambor las manos en otros objetos, superficies o personas.	_____	_____	_____	_____	_____

Conductas Autoagresivas.

57. Se muerde con fuerza las manos, brazos u otras partes del cuerpo. Se golpea la cabeza contra algo. Se aprieta los ojos con los dedos, se rasguña, se golpea con la mano o el puño.	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------

VII. Comportamientos Ritualísticos.

58. Requiere un orden fijo en el modo como los objetos son alineados, arreglados o acomodados (encierre en un círculo): el modo en que lo visten, la ruta para ir a algún lugar, rutinas diarias.	_____	_____	_____	_____	_____
59. Se molesta en una forma poco común cuando los arreglos o construcciones que ha hecho son cambiados de cualquier modo.	_____	_____	_____	_____	_____

Cuando algo en el ambiente está cambiado o no está bien (grieta en la pared, mesa movida), él / ella se pone:

60. Contrariado, enojado, temeroso, o se retira.	_____	_____	_____	_____	_____
61. Intenta volver a poner las cosas como estaban.	_____	_____	_____	_____	_____

	O U N A	Edad de Inicio	Edad en que deja de hacerlo	Frecuencia 1,2,3,4,5.	Cambios -/0/+
62. Se pone inusualmente contrariado si no se le permite usar ciertas prendas de ropa continuamente.	_____	_____	_____	_____	_____
63. Limita su dieta a cierta comida (consistencia, tipo, marca).	_____	_____	_____	_____	_____
64. Insiste en escuchar a la música excluyendo otros sonidos.	_____	_____	_____	_____	_____
65. Demuestra interés en únicamente un tipo de juguete, juego o actividad física.	_____	_____	_____	_____	_____
66. Usa más del tiempo apropiado inspeccionando el trabajo, oyendo sonidos producidos por objetos mecánicos como coches, relojes, aspiradoras, licuadoras, etc.	_____	_____	_____	_____	_____
67. Habla excesivamente sobre un solo tema.	_____	_____	_____	_____	_____
68. Actúa compulsivamente, ejecuta rituales raros como rotar las manos en el plato antes de comer. Enliste y evalúe.	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
69. Se pone inusualmente molesto cuando se le interrumpe en lo que está haciendo o diciendo.	_____	_____	_____	_____	_____