

112396

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA COMO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

"APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA EL ESPECTRO DEL AUTISMO DE ALTO RENDIMIENTO EN ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL"

Nombre del alumno: DRA. MARÍA PATRICIA LIZÁRRAGA MEDINA.

TUTORES

*[Signature]*  
-----  
Dr. Jorge Escotto Moret.  
(Teórico)

*[Signature]*  
-----  
Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo.  
(Teórico)

*[Signature]*  
-----  
Dra. Carmen Lara Muñoz.  
(Metodológico)

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA  
COMITÉ DE EXAMINADORES  
DRA. MARÍA PATRICIA LIZÁRRAGA MEDINA  
2002

2002

*[Signature]*  
DR. ESCOTTO MORET



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INDICE.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....1

2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.....1

3.- PROPOSITO DE LA INVESTIGACION.....1

4.- MARCO TEORICO.....2

5.- MATERIAL Y METODOS.....16

5.1. Instrumento de evaluación.....16

5.2. Sujetos de evaluación.....18

5.3. Procedimiento.....18

6.- RESULTADOS.....21

6.1.- DISCUSION.....22

8.- BIBLIOGRAFIA.....23

9.- ANEXO (Instrumento).....24

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

NOMBRE: María Patricia Lizarraga Medina

FECHA: 10-Septiembre-02

FIRMA: [Firma]

# **APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA EL ESPECTRO DEL AUTISMO DE ALTO RENDIMIENTO EN ESCUELAS DE EDUCACION ESPECIAL**

## **1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Realizar un estudio de tamizaje en un grupo seleccionado de educación especial, mediante la aplicación del Cuestionario de Tamizaje para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de Funcionamiento Alto, con el fin de detectar casos en que nos pudiera orientar hacia éste trastorno, en una población de riesgo.

## **2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.**

Objetivo general:

Realizar un tamizaje en una población seleccionada por profesores en diez centros de educación especial (Centro de Atención Múltiple), mediante el cuestionario de Tamizaje para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de Funcionamiento Alto para padres y profesores.

Objetivos específicos:

- Seleccionar una población de usuarios de diez centros de atención múltiple que comprenda a estudiantes de 6 a 16 años de edad, y los cuales estén cursando la instrucción primaria, previo consentimiento del centro para la realización del estudio.
- Utilizar el Cuestionario de Tamizaje para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de Funcionamiento Alto.
- Aplicar el cuestionario a los padres o tutores y profesores de los sujetos que se designen, previo consentimiento por escrito.
- Concentrar los datos y hacer un análisis de los resultados.
- Clasificar a aquellos cuyos resultados orienten hacia una posible positividad para la aportación del trastorno.
- Obtener el número de posibles casos, el sexo y la edad en que se encuentren con mayor frecuencia.

## **3.- PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION.**

El espectro autista de alto rendimiento, es un padecimiento que puede pasar inadvertido, excepto por ciertas características que no siempre ameritan la búsqueda de un manejo adecuado. Existe un traslapamiento claro de los síntomas a nivel conductual a través del

autismo y el síndrome de Asperger. El aplicar el cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento en escuelas de educación especial, no está dirigido para fines diagnósticos, sino que pretende ser una medida para la identificación más fácil de casos de trastornos del espectro del autismo incluido el síndrome de Asperger en la evaluación de niños con deterioro social.

#### 4.- MARCO TEORICO.

##### Antecedentes:

Wing (1996) cita a el psiquiatra Maudsley quien en 1867, planteo la posibilidad de que la "psicosis" se diera en niños. Esta palabra no tiene un significado preciso, pero tiende a utilizarse como una etiqueta general para la conducta extravagante y extraña. Los trastorno que ahora se consideran dentro del espectro autista se ajustaban a esta descripción, por lo que se clasificaron como "psicosis infantiles".

Se habla de psicosis infantil cuando los signos se manifiestan antes de los 4 años de edad; así pues, jamás ha habido aparentemente, adaptación a la vida social. Entendiéndose por Psicosis, como un trastorno mental grave, caracterizado principalmente por pensamiento y conducta desviados y abigarrados, por interrupción del flujo normal de la vida y, con frecuencia, por una negación completa de la realidad. La definición que dieron Mises y Moniot en 1970 engloba tres tipos de criterios: criterios clínicos, criterios estructurales y criterios genéticos. Villard (1986).

Bleuler en 1911 introdujo el término de "autismo" para designar la pérdida de contacto con la realidad acarreado, como consecuencia, una imposibilidad o una gran dificultad para comunicarse con los demás. Guerra (1980).

Bender (1947) creía que los factores traumáticos del medio ambiente eran precipitantes en las psicosis infantiles, pero no el factor causal, debido a que el trastorno es basado en la dismaduración del sistema nervioso y no debido a la experiencia aprendida, Bender lo llamó reactiva a las actitudes parentales o aquello que se ve en el cuadro como resultado del reforzamiento mutuo interaccional y el retiro de los padres y los niños. Así la patología tiene su origen en los substratos del funcionamiento integrativo o patrones biológicos de la conducta reflejando un patrón primitivo de actividades vegetativas, motoras, perceptuales, intelectuales, emocionales o sociales.

Kanner en 1943, observó que una serie de niños tenían en común un patrón de conducta inusual, al que llamo "autismo infantil precoz", publicando su primer artículo sobre este trastorno. Seleccionó ciertos rasgos como cruciales para el diagnóstico, éstos eran: *una gran carencia de contacto afectivo (emocional) hacia otras personas; una intensa insistencia en la similitud de elaboradas rutinas repetitivas, frecuentemente insólitas, elegidas por ellos mismos; mutismo o una considerable anomalía en el habla; fascinación por los objetos y destrezas para manipularlos; altos niveles de habilidades visoespaciales o memoria mecánica en contraste con las dificultades de aprendizaje en otras áreas; una*

*apariencia agradable, despierta e inteligente.* También destacó que el trastorno estaba presente desde el nacimiento o dentro de los treinta primeros meses de vida, suele afectar a 3 o 4 niños por cada niña, se da en todas las razas, en todos los medios, sea cual sea su nivel socioeconómico, intelectual y afectivo. Además de una observación en que estos niños tenían el tamaño encefálico más grande de lo normal. Wing (1996)

La aparición de las alteraciones puede estar favorecida por cierto número de factores desencadenantes, en particular todo lo que transforme brutalmente el cuadro de la vida física, relacional y afectiva del niño (una separación, una hospitalización, una enfermedad, etc.).

Asperger en 1944, hizo su primer artículo sobre un grupo de niños y adolescentes con otro patrón de conducta conocida ahora como el **Síndrome de Asperger**. Los rasgos que seleccionó como importantes eran: *una aproximación social a los demás ingenua e inadecuada; intereses intensamente circunscritos a determinadas materias; buena gramática y vocabulario, pero una charla monótona utilizada en monólogos, no para conversaciones en las dos direcciones; pobre coordinación motriz; nivel de capacidad en el límite, en niveles medios o superiores, pero frecuentemente con determinadas dificultades de aprendizaje en una o dos áreas; una considerable falta de sentido común.* Observó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los tres años o hasta que los niños comenzaban a ir a la escuela. Wing (1996).

Todos los niños con "rasgos autistas", tanto si se ajustan a la descripción de Kanner, a la de Asperger o si tienen características de ambas, tienen en común la **ausencia o la deficiencia de la interacción social, la comunicación y el desarrollo de la imaginación. Un patrón de actividades o intereses estrecho, rígido y repetitivo.**

Las personas con trastorno autista no encuentran sentido al mundo y les resulta difícil aprender de la experiencia, encuentran difícil ubicarse en el tiempo y en el espacio.

Rutter en 1968 mostró que la conducta de los niños con autismo tenía sentido si se contemplaba como debida a trastornos de algunos aspectos del desarrollo que comenzaban en el nacimiento o en los primeros años de la infancia. Wing (1996).

Algunos psiquiatras infantiles consideraban que los trastornos autistas eran formas de la esquizofrenia infantil. Una serie de estudios de Kolvin y cols. en 1971 mostraron las diferencias entre el autismo y el trastorno, muy raro, de la esquizofrenia que se da en la niñez. Villard (1986).

Siempre ha habido desacuerdos en cuanto a la definición del autismo y a cómo se relaciona con otros trastornos discapacitantes de la infancia, que incluye todo tipo de dificultades de aprendizaje y deficiencias del lenguaje. Goul y Wing en 1970 realizaron una investigación al respecto. Concluyeron, que los síndromes de Kanner y Asperger son sub-grupos de un amplio abanico de trastornos que afectan a la interacción y a la comunicación social, que éstos se podían asociar a cualquier nivel de inteligencia, que a veces estaban asociados a diversos trastornos físicos y otras discapacidades del desarrollo. Quedando claro que las dificultades de aprendizaje podían darse sin un trastorno autista asociado, aunque con

frecuencia se daban juntos. Por lo antes mencionado, deciden usar el término de "Trastornos del espectro autista". Wing (1991)

### **Definición:**

El autismo es definido como un trastorno innato que afecta de forma devastadora la comunicación y el lenguaje (pensamiento), la relación con el entorno y el contacto afectivo con los demás (autoconciencia). Como consecuencia la conducta global y las capacidades para aprender, quedan impedidas de manera diversa. Se manifiesta por grados variables de indiferencia. Escotto (1998)

La definición del Diccionario Enciclopédico Océano 2000 lo describe como una polarización de la vida psíquica hacia el mundo interior del enfermo, con el consiguiente desinterés por su mundo exterior.

### **Prevalencia:**

Los estudios realizados hasta el momento indican que el síndrome de Asperger es considerablemente mas frecuente que el autismo clásico. Mientras que la incidencia del autismo se ha estimado en 4 casos de cada 10,000 personas; las estimaciones llevadas a cabo sobre el síndrome de Asperger, sitúan este índice tan alto como de 20 a 25 casos por 10,000. lo que quiere decir que por cada caso típico de Autismo en las escuelas, se pueden encontrar varios casos de niños con un cuadro de Asperger. Un estudio epidemiológico de población llevado a cabo por el grupo de Gillberg en Suecia, llegó a la conclusión de que casi el 0.7% de los niños estudiados, presentaban un cuadro clínico claro, o que sugería hasta cierto punto la existencia de un Asperger. Wing (1996).

Un estudio llevado a cabo por Wing y Gould en Camberwell, en los años setenta, encontraron que 22 por cada 10.000 niños tenían la triada de sintomatología que consideraron, incluyendo los que presentaban el autismo de Kanner. Gillberg y col en 1986 encontraron cifras similares en Suecia y en 1991, estos mismos investigadores, examinó a niños de siete a dieciséis años, que se ajustaban a los criterios de Asperger, calculando que al menos 36 de cada 10.000 tenían el síndrome de Asperger. Esto eleva el total general de todos los trastornos del espectro autista al menos a 58 por cada 10.000, aproximadamente 6 por cada 1.000.

Recientemente se han reportado tasas mucho más altas de prevalencia que son de hasta 1 entre 250 personas. Rutter (1999).

El autismo afecta con más frecuencia a los niños que a las niñas. Kanner al igual que Asperger, encontraron una proporción de cuatro niños por cada niña. Kanner describía a los padres de niños autistas con un nivel de inteligencia y educación superiores a la media y la mayoría eran profesionales, actualmente ya no parece probable que se de en padres de un estatus profesional superior, aunque aún no se han llevado a cabo estudios dirigidos a éste aspecto.

Rutter (1999) encontró que el 60% de los gemelos monocigóticos y el 0% de los gemelos dicigóticos fueron concordantes con los criterios del CIE 10 para autismo. Esto podría significar que el autismo está gobernado en alto grado por un control genético, pero que no se hereda en un amplio espectro de anormalidades cognitivas y sociales relacionadas. Los estudios en familia sugieren que hay un incremento para el autismo y los trastornos relacionados en los familiares de primer grado de personas con autismo. Bolton en 1994 reportó un incremento en la frecuencia del autismo y los trastornos generalizados del desarrollo en los hermanos de 99 autistas comparado con los hermanos de sujetos portadores del síndrome de Down. Hay también evidencia para una menor variación del autismo relacionado más con conductas comunicacionales, sociales o estereotípicas pero sin retardo mental solo en un 12.4 al 20.4 de los hermanos de los autistas comparado al 1.6 al 3.2 de los hermanos con síndrome de Down. Piven en 1997 reportó que los padres de los sujetos autistas tienen mayor índice de retraimiento, rigidez, hipersensibilidad y personalidad ansiosa así como dificultades en el lenguaje y déficit en el lenguaje pragmático, así como pobre socialización. Varios estudios han reportado una alta incidencia de depresión mayor y fobia social en familiares de primer grado de las personas con autismo, el último reporte es de hasta el 37 % en familiares de primer grado quienes tienen un trastorno depresivo mayor y hasta el 20 % de fobia social que son 10 veces más alto que los controles.

### **Diagnóstico:**

A pesar de que la existencia de trastornos autistas se ha hecho más ampliamente conocida, aún existen dificultades en cuanto al diagnóstico, la mayoría de los niños tienen un aspecto físico normal. En esta situación, el diagnóstico se efectúa identificando los patrones de conducta presentes desde temprana edad. Cuando se diagnostica un trastorno autista, se encuentra un problema adicional, el de decidir a qué subgrupo del espectro pertenece el individuo. Puesto que el grupo de Asperger, a diferencia del de Kanner, incluye principalmente a aquellos con niveles de capacidad en la media o superior, la cuestión principal es cómo distinguir el síndrome de Asperger de los casos de mejor funcionamiento del autismo de Kanner. Es posible encontrar algunos individuos que tienen todos los rasgos descritos por Kanner y otros que encajan perfectamente en el de Asperger. Sin embargo, hay muchos que no se ajustan exactamente a ninguno de los dos, y presentan una combinación de características de ambos. Algunos presentan la conducta típica del síndrome de Kanner en la infancia temprana y cambian con la edad, hasta que en la adolescencia, se comportan exactamente como los que tienen el síndrome de Asperger. Los intentos de delinear subgrupos específicos de trastornos del espectro autista se confunden por la notable superposición entre los síndromes propuestos. El cuadro clínico de cada tipo de trastorno autista se compone de un gran número de rasgos. En la práctica clínica, cuanto más se ven estos trastornos, más parece que es posible cualquier combinación de rasgos.

La principal tarea clínica es diagnosticar si estos niños y adolescentes tienen un trastorno del espectro autista y después evaluar su patrón de capacidades, desde el punto de vista de ayudar a las personas en cuestión.

Los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se pueden observar en la historia de los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Las primeras ediciones de la CIE no incluían el autismo. La octava edición de 1967 mencionaba sólo el Autismo Infantil como una forma de Esquizofrenia y la novena edición de 1977 lo incluía bajo el encabezamiento de "Psicosis Infantil". La décima edición de la CIE de 1992 y la tercera de 1980, la tercera revisada de 1987 y la cuarta de 1994 del DSM adoptan el punto de vista actual, de que hay un espectro de trastornos autistas y que son trastornos del desarrollo, no "Psicosis". El término utilizado en ambos sistemas de clasificación es el de "Trastornos Generalizados del Desarrollo". Wing (1996)

#### **DSM-IV: Trastornos Generalizados del Desarrollo.**

Se caracteriza por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social y la comunicación, o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Incluye el *Trastorno autista*, el *Trastorno de Rett*, el *Trastorno desintegrativo infantil*, el *Trastorno de Asperger* y el *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado*. Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental.

El DSM-IV describe al trastorno autista, como un 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*: importante alteración en el uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos. Falta de reciprocidad social o emocional. 2) *Lenguaje utilizado en la comunicación social*: retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo. 3) *Juego simbólico o imaginativo*: 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. Manerismos motores estereotipados y repetitivos.

#### **CIE-10:**

En cuanto a la definición del Trastorno Generalizado del Desarrollo, no existen variaciones de acuerdo a lo que describe el DSM-IV. Aquí se incluyen: *Autismo infantil*, *Autismo atípico*, *Síndrome de Rett*, *Otros Trastornos desintegrativos de la infancia*, *Síndrome de Asperger*, *Otros Trastornos generalizados del desarrollo* y *Trastornos generalizados del desarrollo sin especificación*. En cuanto a la definición del Autismo no existen variaciones de acuerdo a lo que describe el DSM-IV. Solo agregándose que en el autismo pueden darse

todos los niveles de coeficiente intelectual, pero hay un retraso mental significativo en, aproximadamente, el 75% de los casos.

El CIE-10 incluye el "autismo atípico", diagnosticado por insuficientes rasgos del autismo típico, por la aparición después de los tres años o por ambos motivos. En el DSM-IV se clasificaría como "otros trastornos generalizados del desarrollo".

El CIE-10 y el DSM-IV incluyen también un diagnóstico de "trastorno desintegrativo infantil". En éste, se dice que el desarrollo es normal hasta los dos años y después se da una pérdida de habilidades al menos en dos de las siguientes áreas: el lenguaje; el juego; las habilidades sociales o la conducta adaptativa; el control de esfínteres; las habilidades motrices. La palabra "desintegrativo" sugiere una evolución a peor.

Cada individuo con trastorno autista es diferente de cualquier otro, sin embargo, los problemas normales que afectan a la interacción social, a la comunicación y la imaginación y a la conducta repetitiva, se pueden reconocer por debajo de todas las variaciones. La mayoría de los niños con trastornos autistas, muestran signos de problemas sociales y de comunicación desde la primera infancia. Pero, debido a que no pueden ir de un lado a otro, el margen de conductas posibles de un bebé es limitado. Por esta razón, en esta etapa los signos de deficiencia no son evidentes y pueden pasar desapercibidos. Hasta que el niño empieza a caminar solo no puede surgir la conducta autista en toda su amplitud.

El diagnóstico de la conducta de un trastorno autista surge, antes o después, en los años preescolares. Se encuentran variedades en cada una de las deficiencias principales que se encuentran en éste trastorno, las que se describen a continuación:

*a) Deficiencias en la interacción social:*

- 1.- El grupo aislado.
- 2.- El grupo pasivo.
- 3.- El grupo "activo pero extraño".
- 4.- El grupo hiperformal, pedante.

*b) Deficiencias en la comunicación:*

- 1.- La utilización del habla.
- 2.- La comprensión del habla.
- 3.- La entonación y el control de la voz.
- 4.- La utilización y la comprensión de la comunicación no verbal.

*c) Deficiencias en la imaginación.*

*d) Actividades estereotipadas repetitivas:*

- 1.- Actividades repetitivas simples.
- 2.- Rutinas repetitivas elaboradas.

Otros rasgos de conducta:

*a) Movimientos:*

- 1.- Movimientos estereotipados.
- 2.- Anomalías en el modo de andar y en la postura.

3.- Imitación de movimientos.

b) *Respuesta a estímulos sensoriales:*

- 1.- Respuesta a sonidos.
- 2.- Respuesta a estímulos visuales.
- 3.- Respuesta a sensaciones próximas.
- 4.- El apetito y la sed.

c) *Habilidades especiales.*

d) *Conducta inadecuada.*

### **Síndrome de Asperger.**

Resulta difícil pues, establecer un patrón que defina el desarrollo o establecimiento del síndrome en edades tempranas. El desarrollo motor puede ser normal en algunos pacientes o mostrar cierto retraso en algunos más, sin que sea considerado como un dato patognomónico de la presencia del trastorno. Lo que si se ha alcanzado a establecer, es que con frecuencia, los padres advierten una etapa en la que, las habilidades adquiridas, parecen haberse retrocedido y el comportamiento, puede alterarse. Algunos se vuelven aislados, callado, o no toleran que se acerquen. Por esta razón es que se han propuesto algunos criterios para establecer el patrón que los hace característicos.

El síndrome de Asperger tanto en el DSM-IV como en el CIE-10, se distingue de otros trastornos autistas en que no tiene retraso en la aparición del habla y de otros aspectos del desarrollo de las habilidades adaptativas.

Los nuevos criterios del DSM IV para el síndrome de Asperger, incluyen la presencia de: Deficiencias cualitativas en la interacción social, que incluyen algunos o todos los siguientes criterios:

- Uso deficiente de comportamientos no verbales para regular la interacción social.
- Fracaso en el desarrollo de relaciones apropiadas con personas de su edad.
- Falta de interés espontáneo en compartir experiencias con los demás.
- Falta de reciprocidad social o emocional.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, entre los que incluyen:

- Preocupación por uno o más patrones de interés estereotipados o restrictivos.
- Adherencia inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- Movimientos motores estereotipados o repetitivos, o preocupación por los objetos.

Estos comportamientos han de ser de suficiente intensidad como para interferir de manera significativa con áreas de funcionamiento sociales u otras áreas. Además, no debe existir un

retraso importante asociado en cualquier función cognitiva general, habilidades de autonomía y adaptativas, interés por el medio o desarrollo global del lenguaje.

Gillberg (1991) ha estudiado el síndrome de Asperger de manera extensiva y ha propuesto seis criterios diagnósticos elaborados a partir de los criterios establecidos por el DSM IV. Estos seis criterios captan el estilo especial de estos niños e incluyen:

Deficiencias importantes en la interacción social recíproca:  
(al menos dos de los siguientes)

- incapacidad para interactuar con sus iguales
- falta de deseo de interacción con sus iguales
- pobre apreciación de reglas sociales.
- respuestas sociales y emocionales poco apropiadas.

Intereses y preocupaciones limitadas que incluyen:  
(al menos uno de los siguientes)

- Con más rutina mecánica que significado
- Relativa exclusión de otros intereses.
- Adherencia repetitiva.

Imposición de rutinas e intereses:  
(al menos uno de los siguientes)

- Rutinas o rituales repetitivos, que pueden ser:
- impuestos a sí mismos.
- impuestos a los demás.

Peculiaridades de habla y lenguaje tales como:  
(al menos tres de los siguientes)

- Posible retraso en el desarrollo temprano, pero no observado de forma regular.
- Lenguaje expresivo superficialmente perfecto.
- Lenguaje formal pedante.
- Prosodia extraña, características peculiares de voz.
- Comprensión deficiente, incluyendo mala interpretación de significados literales implícitos.

Problemas de comunicación no verbal, tales como:  
(al menos uno de los siguientes)

- Uso limitado de gestos.
- Lenguaje corporal torpe.
- Expresión facial limitada o inapropiada.
- Mirada "rígida" peculiar.
- Dificultad en adaptarse a la proximidad física.

### Torpeza motora

- Puede no ser necesariamente parte del cuadro en todos los casos.

Quizá la característica más obvia de estos niños son sus “áreas de especial interés” que pueden ser tan peculiares e individuales, en contraste con el autismo típico, donde sus mayores intereses suelen centrarse en objetos inanimados y no en cuestiones intelectuales como los del síndrome de Asperger. Sin embargo, todos manifiestan un grado variable de indiferencia, siendo esto, crucial para las consideraciones diagnósticas.

Otra de las principales características es la falta de socialización; aunque existe la preocupación por parte de ellos de poder integrarse más las actividades sociales y tener amigos. Parecen tener dificultades para saber como “conectarse” socialmente. Gillberg (1992) ha descrito esto como una “trastorno de empatía”, es decir, carecen de esa capacidad para poder “leer” de un modo efectivo las necesidades y perspectivas de los demás y responder a éstas de un modo apropiado. A consecuencia de ello, los niños con síndrome de Asperger tienden a interpretar mal las situaciones sociales. Escotto (1998), define a estos niños como “descontextualizados”, es decir, el tipo de conductas o la forma de relacionarse, no se encuentra acorde al contexto social en que se desenvuelven y por esto suelen interpretarse como “extraños y excéntricos”.

Aunque las habilidades del lenguaje “normales” son una característica que diferencia el síndrome de Asperger de otras formas de autismo, existen diferencias observables en la manera que tienen los niños con síndrome de Asperger de usar el lenguaje. Su prosodia es con frecuencia bastante extraña. Algunas veces su forma de hablar suena demasiado formal y pedante, no suelen usar - o usan mal -, los modismos y el argot e interpretan las cosas con demasiada literalidad. La comprensión del lenguaje tiende hacia lo concreto, apareciendo problemas crecientes a medida que el lenguaje adquiere mayores niveles de abstracción. Las habilidades del lenguaje pragmático a menudo se encuentran alteradas, debido a problemas con el turno de palabra, su tendencia a referirse a sus áreas de especial interés o las dificultades para sostener el ritmo de “dar y tomar” de una conversación. Muchos niños no entienden el sentido del humor y los chistes les resultan difíciles de asimilar, no se ríen o se ríen a destiempo, tratando de imitar la conducta de los demás. Su modo de operar es a través de un sistema hiperlógico, según describe Escotto (1998), pues su aparato mental tiende a captar las cosas tal y como son escuchadas, esto obviamente dificulta el poder integrarse a un núcleo social o a saber que tipo de comentarios deben hacer y ser aceptados. Algunos de ellos son exageradamente “ingenuos” y realizan comentarios que los demás no entienden o se prestan a ser el objeto de agresiones y burlas de sus compañeros. Cuando se examina el desarrollo temprano del lenguaje en niños con Asperger, no se observa un patrón único; algunos presentan pautas de desarrollo normales o incluso precoces, mientras otros muestran retrasos evidentes en su desarrollo del lenguaje; retraso que se recupera rápidamente hacia un lenguaje normal cuando se inicia la vida escolar. También ocurre con frecuencia que se puedan apreciar, especialmente en los primeros años, características de lenguaje similares a las que aparecen en el autismo, tales como el lenguaje repetitivo o perseverante, así como la utilización de frases hechas que ha oído previamente (ecolalia retardada).

## **Comorbilidad:**

Wing (1996) y Tanguay (2000) consideran que los trastornos autistas son problemas de ciertos aspectos del desarrollo, por lo que muchos de los rasgos típicos de conducta se deben a una inmadurez extrema y se presentan como peculiares sólo porque discrepan con la edad del individuo y en comparación con los niveles de capacidad en otras áreas. Así mismo se pueden dar junto con cualquier otra discapacidad, física o psicológica, pero solo encontrándose en un 20%. Por lo que mencionaré los estados asociados a trastornos del espectro autista o a conductas de tipo autista:

- **Dificultades generalizadas de aprendizaje:** Se pueden encontrar trastornos autistas con cualquier nivel de capacidad, desde los discapacitados profundos hasta los que tienen resultados medios o superiores. Considerando el abanico total de los trastornos autistas, incluido el tipo descrito por Asperger, alrededor de una tercera parte tienen dificultades de aprendizaje, siendo la mayoría de ellos grave o profundamente discapacitados en este aspecto. La mayoría de los del grupo de Asperger tienen puntuaciones en la media baja o algo mejor.

- **Síndrome de Rett:** Considerado como un trastorno desintegrativo de la infancia, ya que después de unos pocos meses de desarrollo aparentemente normal, se pierden gradualmente las capacidades, como el de utilizar las manos para mantener y manipular objetos, produciendo movimientos repetitivos de las mismas, como frotamiento de las manos o dar palmas. Retraso o detención del crecimiento de la cabeza, alteraciones en el modo de andar, que incluso se puede producir una curvatura de la columna vertebral. La respiración es acelerada, rechinan los dientes. Con la aparición de estos problemas, secundariamente se presenta ansiedad y aislamiento social. Existe una discapacidad grave de aprendizaje, poco o ningún desarrollo del lenguaje y ningún juego imitativo social. Este síndrome es muy raro y hasta la fecha, descrito únicamente en niñas. Un estudio elaborado por Hagberg en 1985 indica que la prevalencia de este síndrome es de 1 por cada 10,000 a 15,000 niñas. Y Kerr en 1997 indica la tasa de mortalidad anual para este síndrome en 1.2%. Tanguay (2000) El síndrome de Rett presenta una concordancia del 100% en gemelos monocigóticos y discordancia del 100% en gemelos dizigóticos, este síndrome tiene una etiología completamente genética asociado con un patrón dominante al cromosoma X, con una mutación letal a femeninos homocigóticos. En estudios preliminares se reporta una asociación al locus Xq28. Amir y cols en 1999 encontraron mutaciones en el gen MeCP2 como el responsable de la tercera parte de los casos del síndrome de Rett. Tanguay (2000).

- **El síndrome de X frágil:** Trastorno heredado debido a una anomalía en el cromosoma X. Es más frecuente y está más acentuado en varones. Se dan ciertas anomalías físicas, que incluyen grandes orejas y una cara alargada. Existen distintos niveles de dificultades de aprendizaje, estereotipos motrices, hipersensibilidad a los sonidos y al tacto, rutinas repetitivas, anomalías del habla, hiperactividad, pobre atención, evitan el contacto ocular y tienden a guardar una distancia física de otras personas, esto último por timidez y ansiedad más que por una indiferencia y un retraimiento.

- **El síndrome de Landau-Kleffner:** Trastorno raro, se presenta en niños, entre los 3 y 7 años de edad, cuyo desarrollo era normal anteriormente, aunque algunos presentan un cierto

retraso en el desarrollo del lenguaje. Los primeros signos pueden ser cambios en la conducta o problemas que afectan al lenguaje, pobre contacto ocular, rutinas repetitivas y resistencia al cambio. Electroencefalograma anormal y se pueden dar convulsiones.

- **Otros trastornos neurológicos:** Muchos problemas físicos que se sabe que afectan al cerebro se pueden asociar con trastornos autistas o con ciertos aspectos de los mismos como la esclerosis tuberosa, fenilcetonuria no tratada, infecciones de la madre durante el embarazo, especialmente la rubéola; espasmos infantiles, encefalitis por infecciones virales de diversos tipos. Existen otros trastornos congénitos que además de las anomalías físicas, presentan uno o más de los rasgos de conducta que se dan en los autistas, aunque no en el cuadro total, como en el síndrome de Williams, conocido también como hipercalcemia infantil; en donde es frecuente el habla repetitiva y unos comportamientos sociales inadecuados, preguntones e ingenuos, y el síndrome de Cornelia de Lange, en el que las autolesiones pueden presentar un serio problema. El síndrome de Gilles de la Tourette, en donde los síntomas incluyen gruñidos y contracciones nerviosas, obsesiones, falta de atención, hiperactividad y proferir obscenidades. En cualquiera de estas situaciones, podría darse ocasionalmente un trastorno autista en su forma completa.

- **Deficiencias auditivas graves.**

- **Deficiencias visuales graves.**

- **Trastornos en el desarrollo del lenguaje:** Los niños con estas dificultades tienen problemas con el lenguaje hablado. Los que tienen problemas "receptivos" tienen dificultades para comprender palabras y, como consecuencia para aprender a hablar. Los que tienen problemas "expresivos" comprenden bien, pero tienen dificultades para emitir ellos mismo palabras. Se pueden presentar problemas en la articulación, sin trastornos receptivos o expresivos. Algunos niños tienen una combinación de todos estos aspectos de los trastornos del lenguaje.

- **Trastorno de la atención, la coordinación motriz y la percepción.**

- **Mutismo selectivo.**

- **Trastornos psiquiátricos.** Frecuentemente surgen dificultades diagnósticas al confundir con un trastorno autista, como son los casos de los trastornos obsesivo-compulsivo, depresión, la esquizofrenia infantil, que es extremadamente rara así como de que comience antes de los 7 años de edad, y el trastorno esquizoide de la personalidad.

Tanguay (2000) en una revisión de varios estudios realizados en pacientes autistas encontró que del 2 al 5 % presentaban cromosoma X frágil. El autismo típico y atípico se ha reportado en aproximadamente el 40% de pacientes con esclerosis tuberosa y de estos pacientes 8 de cada 9 presentan tuberosidades localizadas en los lóbulos temporales.

- **Síndrome multicomplejo.** En últimas fechas se ha descrito el trastorno multicomplejo del desarrollo, esta categoría la cual también se ha llamado trastorno multicomplejo del aprendizaje y trastorno del desarrollo multidimensional, puede incluir a los niños

etiquetados entre 1950 y 1960 como portadores del trastorno del desarrollo atípico, psicosis simbiótica y estados fronterizos de la infancia. Klin en 1995, Kumra en 1998 y Towbin en 1993 describen algunas de las características clínicas de este trastorno incluye síntomas de autismo, especialmente dificultades en el área social e interpersonal, también muestra una alteración en la modulación de la ansiedad y peculiaridades en el pensamiento y en lenguaje inclusive algunos pueden no desarrollarlo. Estos niños tienen una peor interacción social, conductas más estereotipadas y rígidas, un pensamiento más psicótico, mayor ansiedad y agresión se pueden encontrar niños con un grado importante de hiperactividad con una indiferencia marcada. Suelen ser confundidos con el Trastorno por déficit de atención o retraso mental asociado a TADH. El trastorno multicomplejo inicia a temprana edad y enfrentan una mayor serie de problemas en su manejo dentro de casa e inclusive con los especialistas. En la proporción de familias con rasgos esquizotípicos y el trastornos paranoide de la personalidad los familiares de niños con Esquizofrenia de inicio muy temprano y los portadores de este trastornos son muy semejantes. Estos dos trastornos difieren entre sí en que los niños con trastorno multicomplejo tienen una menor desviación en la reactividad autonómica y no progresan a la Esquizofrenia. Tanguay (2000).

#### **Causa de los trastornos del espectro autista:**

Wing (1996), menciona sobre las investigaciones que se han llevado a cabo al respecto encontrando que se dirigen a tres niveles diferentes pero interrelacionados:

1) *Causas originales:* Los estudios han demostrado que una diversidad de trastornos clínicos concretos, susceptibles de producir patología cerebral, se pueden asociar a trastornos autistas. Problemas en el nacimiento, factores genéticos. Investigaciones que se han realizado en diferentes países tratan de localizar los cromosomas o genes que son responsables de la patología, aunque ya está claro que dentro de una familia extensa se puede dar más de un tipo de trastorno autista, así como otros retrasos o discapacidades en el desarrollo. Aún no se han llevado a cabo estudios detallados sobre los estados clínicos asociados al cuadro de Asperger, pero se sabe que es normal encontrar problemas durante el nacimiento en las personas con éste síndrome.

2) *Patología del cerebro:* Las últimas investigaciones que realizaron Bauman y Kemper aluden a que están implicadas las zonas denominadas sistema límbico y cerebelo. Es probable que estas áreas interfieran con el proceso de todo tipo de información recibida por medio de los sentidos y que tengan efectos considerables en el aprendizaje, en la respuesta emocional y en la conducta en general. Continúan investigaciones sobre los neurotransmisores implicados en la transmisión de mensajes en el cerebro y sobre las medidas fisiológicas de la actividad cerebral, así como en las hormonas, como la oxitocina, que afectan el desarrollo precoz del cerebro.

3) *Disfunciones psicológicas:* Los desarrollos más recientes en ésta área es sobre el crecimiento de la comprensión de los pensamientos y los sentimientos de las otras personas en los niños normales. A esto se le llama "Teoría de la mente". Frith y Baron-Cohen realizaron una investigación al respecto en niños con autismo del tipo de Kanner y encontraron deficiencias importantes. Esto se relacionó con la típica indiferencia social de

los niños pequeños con autismo, y a la ingenuidad social de los individuos mayores más capaces.

Rutter (1999) con respecto a la etiología de los trastornos autistas, menciona que el campo más excitante es la genética molecular, la cual a dado lugar a localizar genes susceptibles para trastornos psiquiátricos potencialmente identificados con precisión y así entender sus consecuencias funcionales. Cook, Courchesnes y col. en 1997, usando una estrategia de asociación, reportaron una relación entre el autismo y la región promotora del gen transportador de serotonina, dichos hallazgos han sido difíciles de replicar, y en 1998 el consorcio internacional de estudios genéticos moleculares del autismo, reportó la primera región genética, usando una estrategia molecular en relación a una localización del cromosoma 7. La dificultad para reproducir dichos estudios sugiere que no hay un gen para el autismo, pero si hay varios genes relacionados en combinación, emergiendo una vulnerabilidad incrementada al autismo, dichos hallazgos han revolucionado nuestra capacidad para definir las fronteras del autismo y podrían abrir el entendimiento de los procesos neuronales básicos involucrados.

#### **Tratamiento:**

Muchas intervenciones son descritas en la enseñanza de los trastornos autistas, ensayos de aprendizaje discreto, se enfoca en la enseñanza de conductas discretas y objetivas definidas como conductuales y estructurales. La estructura de enseñanza enfoca que el aprendizaje es determinado por el maestro- terapeuta, se utiliza la recompensa y el estímulo aversivo y la enseñanza es ampliamente dirigida a través del lenguaje oral. Otra intervención es la enseñanza social pragmática, llamada terapia centrada en el niño, o terapia de conducta pivote o enseñanza incidental, que enfatiza el seguimiento del foco de atención del niño y sus motivaciones, que se construye sobre el repertorio actual de la conducta social y comunicativa, este utiliza estrategias visuales, verbales y táctiles, busca motivar el aprendizaje a través del desarrollo de experiencias emocionales. Tanguay (2000).

**Terapia ambiental:** Tratamiento que se deriva del ambiente terapéutico que debe existir en la atención del niño autista.

#### **Objetivos:**

- Aprender conductas para que pueda llegar a convivir con su familia o en algún otro ambiente comunitario
- Enseñar a compensar sus desventajas.
- Desarrollar sus habilidades.
- Especificar su diagnóstico y tratamiento.
- Alejarlo de la indiferencia.
- Disminuir conductas perturbadoras.
- Estimular el aprendizaje de hábitos.
- Estimular la permanencia de conductas positivas.

- Favorecer su integración al contexto.
- Ayudarlo a lograr un determinado nivel de autoconciencia.

De los fármacos utilizados, esto dependerá de cada caso en particular, se han mencionado el uso de neurolépticos como Risperidona y Clozapina, antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina así como benzodiazepinas.

Como se ha mencionado con anterioridad, los trastornos autistas pueden ocurrir en asociación con cualquier nivel de capacidad cognitiva. Se necesitan herramientas de tamizaje confiables para todo el rango de trastornos autistas. El Inventario de Conducta Autista (ABC), desarrollado por Krug, Arick y Almond en 1980, es una escala de calificación estandarizada del comportamiento autista. Sin embargo, este instrumento fue desarrollado originalmente para identificar la conducta autista en niños severamente discapacitados. Las preguntas están adaptadas para identificar algunas de las características autistas más severas caracterizadas por Kanner y no los deterioros más sutiles típicos de los individuos con autismo en el rango casi normal o normal de inteligencia. Gillberg (1999 )

Como se ha mencionado con anterioridad, los trastornos autistas pueden ocurrir en asociación con cualquier nivel de capacidad cognitiva. Se necesitan herramientas de tamizaje confiables para todo el rango de trastornos autistas. El Inventario de Conducta Autista (ABC), desarrollado por Krug, Arick y Almond en 1980, es una escala de calificación estandarizada del comportamiento autista. Sin embargo, este instrumento fue desarrollado originalmente para identificar la conducta autista en niños severamente discapacitados. Las preguntas están adaptadas para identificar algunas de las características autistas más severas caracterizadas por Kanner y no los deterioros más sutiles típicos de los individuos con autismo en el rango casi normal o normal de inteligencia. Gillberg (1999 )

El síndrome de Asperger ha sido reconocido cada vez más como una variante de funcionamiento alto del autismo. En el DSM-IV y el CIE-10, el síndrome de Asperger se diferencia del trastorno autista especificando que no hay ningún retraso general clínicamente significativo en el lenguaje hablado o receptivo ni el desarrollo cognitivo hasta los 3 años de edad. Además, las habilidades de autoayuda, conducta adaptativa y curiosidad por el entorno deberán desarrollarse normalmente durante este periodo de edad. Las anomalías de interacción social e intereses circunscritos o conductas repetitivas deberán ajustarse a los criterios para el trastorno autista.

Un problema importante con la definición antes descrita es que difiere marcadamente de la descripción de Asperger del desarrollo temprano y las características clínicas actuales de su síndrome. De acuerdo con Miller y Ozonoff en 1977, ni siquiera los propios casos de Asperger fueron identificados mediante los criterios diagnósticos actuales del DSM-IV y el CIE-10. Eisenmajer et al. en 1996 en un estudio de los criterios diagnósticos para el trastorno de Asperger y el trastorno autista usados por los clínicos, encontraron que habían aceptado generalmente los criterios delineados por Asperger en lugar de los sistemas CIE-10 y DSM-IV. Gillberg (1999 )

Los criterios de Gillberg y Gillberg, se basan en la descripción de Asperger. El cuestionario de Tamizaje del Espectro del Autismo de alto funcionamiento. Instrumento de tamizaje poblacional de primera etapa en un estudio de la prevalencia del síndrome de

Asperger en escuelas. Se seleccionó un conjunto de preguntas de los que se considera que reflejan mejor la conducta característica del Síndrome de Asperger en niños de 6 a 16 años de edad. Gillberg (1999).

## **5.- MATERIAL Y METODO.**

### **5.1. Instrumento de evaluación:**

Se utilizó el Cuestionario de Tamizaje para el Síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro del Autismo de Funcionamiento Alto (CTEA). El cuestionario consta de 27 preguntas, cada una con opción de 3 respuestas, que pueden ser: No (0) que indica normalidad, Algo (1) que indica cierta anormalidad y Sí (2) que indica anormalidad definida. Las preguntas utilizadas, fueron seleccionadas de acuerdo a las que reflejan mejor la conducta característica del síndrome de Asperger. Once preguntas sondean tópicos relacionados con la interacción social, seis cubren problemas de comunicación y cinco se refieren a conducta restringida y repetitiva, las preguntas restantes se refieren a torpeza motora y otros síntomas asociados (incluidos tics motores y vocales). Para la aplicación del cuestionario no se necesita adiestramiento previo, y se requiere aproximadamente 10 minutos para terminarlo. Este instrumento no fue diseñado con fines diagnósticos, sino que es una medida para identificar a niños que necesitan una evaluación más amplia.

La primera sección del cuestionario corresponde a la conducta social y emocional y se relaciona a las subsecciones de deterioro social de cada uno de los criterios diagnósticos, la pregunta refleja específicas áreas conductuales: pérdida de reciprocidad social y emocional, evitación de los otros, torpeza en la evaluación social, dificultad para percibir los sentimientos de los otros, incapacidad para interactuar con los iguales, conducta social y emocional inapropiada, deterioro en la interacción de dos vías, pérdida de la capacidad para entender y usar las reglas sociales y pérdida de empatía. En la escala esta sección tiene once ítems con un rango de calificación de 0 a 22.

La segunda sección del cuestionario cubre problemas en las pautas comunicativas y examina un tono vocal inusual, una aproximación de la comunicación de un solo lado y la interpretación literal, una voz diferente ha sido incluida en este cuestionario de tamizaje. El estimo de conversación de un solo lado es una pauta de conducta de los criterios de Szatmari y Wing. La interpretación literal, de Gillberg y Wing. La pedantería y el lenguaje lento, por Kerbeshiam. En la escala esta sección consta de seis ítems con un rango de calificación de 0 a 12.

La tercera sección del cuestionario cubre problemas de conducta restringida y repetitiva, que habla de intereses específicos, estrechos y circunscritos y a la preferencia por la rutina y la estructura. En la escala esta sección tiene cinco ítems con un rango de calificación de 0 a 10.

La última sección cubre problemas referentes a torpeza motora y otros síntomas asociados (tics motores y vocales). Gillberg encontró en 1989 que el desarrollo motor era un

discriminante mayor entre el Autismo y el Asperger. Esta sección en la escala consta de cinco ítems con un rango de calificación de 0 a 10.

Se han realizado varios estudios de confiabilidad del cuestionario de tamizaje para el Síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro del autismo de funcionamiento alto (CTEA). Un estudio epidemiológico, en una muestra comunitaria, en donde participaron 1401 niños de 7 a 16 años de edad, la puntuación media del profesor fue de 0.7 (desviación estándar 2.6). La puntuación total media del instrumento en cinco casos definidos de Síndrome de Asperger en esta muestra fue de 26.2 (desviación estándar de 10.3). En este estudio la confiabilidad test-repetición del test para las puntuaciones totales del profesor en el instrumento, en un periodo de 8 semanas, fue  $r$  de Pearson = .90;  $n=139$ ;  $p=.001$  y la confiabilidad interevaluadores para dos profesores diferentes que valoraron al mismo niño fue  $r$  de Pearson = .79;  $n=139$ ;  $p=.001$ . Este estudio demostró que además de los niños que se ajustan al Síndrome de Asperger, el instrumento también identificó a niños con otras condiciones semejantes al autismo que estaban en el rango de inteligencia límite, promedio o superior.

El estudio de Gillberg (1993), abarcó una muestra de 110 niños de 6 a 17 años de edad, se incluyó a dos grupos de estudio: la muestra principal con diversos trastornos conductuales, y una muestra con Síndrome de Asperger. Todos los niños fueron vistos de manera individual, en un periodo de 2 horas por un Psiquiatra infantil y un Psicólogo infantil, los padres fueron entrevistados. A los padres y profesores se les pidió contestaran el cuestionario así como el de Conners y Rutter, estos dos últimos se incluyeron para la evaluación de la validez y confiabilidad del cuestionario (CTEA). La valoración de confiabilidad, se calculó a través de la correlación de Pearson para la evaluación de la concordancia global entre las puntuaciones de test-repetición del test y las puntuaciones interevaluador, la diferencia interevaluador media en el cuestionario (CTEA) fue  $-1.96$ ;  $t(104) = -2.39$ ;  $p=.0188$ ; IC del 95%:  $-3.59$   $-0.33$  puesto que esta medida es insensible a los sesgos sistemáticos a través de los tiempos de administración y los evaluadores, se usó la prueba  $t$  pareada adicionalmente para determinar si la discordancia era sistemática o aleatoria. ( $r$  de Pearson), para las puntuaciones totales del cuestionario (CTEA) para el maestro en la muestra principal fue  $r=.94$ ;  $n=65$ ;  $p$  menor que .0001. En los padres fue  $r=.96$ ;  $n=86$ ;  $p$  menor que .0001. la diferencia media no fue significativa. La evaluación de la validez fue a través de dos tipos de criterios: Validez divergente: se compararon las puntuaciones totales de los padres en el cuestionario (CTEA) y las puntuaciones correspondientes de las escalas de Rutter y Conners; de acuerdo con Streiner (1993), en casos como éste, el productor deberá buscar una correlación en el rango de .30 y .70, una correspondencia más alta que .70 indica que las escalas son equivalentes en propiedades psicométricas en lugar de ser complementarias, es decir, que miden lo mismo. La correlación de Pearson entre las calificaciones de los padres en el cuestionario (CTEA) y la escala de Rutter fue  $r=.75$ ,  $n=107$ ,  $p$  menor que .0001, y en el cuestionario (CTEA) y el de Conners  $r=.58$ ,  $n=107$ ,  $p$  menor que .0001. La correspondencia entre las calificaciones del maestro en el cuestionario (CTEA) y la escala de Rutter fue  $r=.77$ ,  $n=102$ ;  $p$  menor que .0001, y en el CTEA y la escala de Conners para el maestro  $r=.70$ ;  $n=102$ ;  $p$  menor que .0001. La correlación a través de las escalas de Rutter y Conners para los padres y el maestro fue  $r=.83$ ;  $n=107$ ;  $p$  menor que .0001 y  $r = .91$ ;  $n= 102$ ;  $p$  menor que .0001, respectivamente. Validez concurrente: se evaluó midiendo cuán bien la puntuación total

distinguió entre los sujetos que habían sido diagnosticados clínicamente como trastornos del espectro del autismo contra otros trastornos. Se usaron las medidas repetidas del análisis de variancia para evaluar las puntuaciones totales medias y la prueba t no pareada para comparar las diferencias medias en la puntuación total a través de los grupos diagnósticos en la muestra clínica principal; las puntuaciones totales medias y los límites de confianza del 95% de las puntuaciones de padres y maestros de los tres grupos diagnósticos en el CTEA y las escalas de Conners y Rutter. Por otra parte, el CTEA para los padres y maestros, mostró una correspondencia clara entre la puntuación total y los diagnósticos clínicos ( $p=.0001$ ) para ambas escalas. El establecimiento de una puntuación de corte óptima del cuestionario (CTEA) fue a través de una curva de Características de Operación del Receptor (ROC), a cualquier puntuación de corte dada en el cuestionario, se construyó una tabla de 2 X 2 que resumió la exactitud con la cual el instrumento clasificaba correctamente a cada sujeto. La puntuaciones de corte de 19 para la calificación de los padres y 22 para la calificación de los maestros se sugiere como puntuaciones equilibradas razonables para identificar probables casos de trastornos del espectro del autismo mientras se reduce a un mínimo la tasa de falsos positivos entre los pacientes con un amplio espectro de trastornos.

En conclusión, los presentes datos sugieren que el cuestionario (CTEA) es un instrumento de tamizaje para padres y maestros confiable y válido para los trastornos del espectro autismo de funcionamiento alto en un marco clínico.

## **5.2. Sujetos de evaluación:**

Por medio de la coordinación de los Centros de Atención Múltiple se les informo a los profesores de diez centros de la Zona Norte del D.F., sobre la selección de sujetos que a criterios de los profesores identificaran con problemas en su manejo conductual dentro de las aulas, tomándose en cuenta principalmente la inquietud, irritabilidad, problemas de lenguaje en general, problemas sociales y con edades de 6 a 16 años. De esta manera se seleccionaron 52 sujetos para la muestra clínica.

## **5.3. Procedimiento:**

Se realizó una reunión primeramente con la coordinadora de los centros de atención múltiple de la Zona Norte del D.F. para dar información sobre el estudio, aceptando la realización del mismo, manifestando el interés en que se les realizara principalmente a aquellos alumnos que presentaran para los profesores problemas en su manejo conductual, problemas de lenguaje y en la interacción social. Se les informa que el estudio solamente comprendería a sujetos de los 6 a 16 años de edad, y que sería a través de la contestación de un cuestionario por parte de profesores y padres de los sujetos seleccionados, aceptándose el estudio. La información del proyecto a los profesores, fue a través de la coordinación, con quienes tuve una segunda reunión con la finalidad de darles a conocer y explicar sobre el llenado del cuestionario, así como la entrega de éstos. Se dio un plazo de 15 días para la devolución de los cuestionarios ya resueltos, los profesores fueron quienes informaron a los padres de los sujetos seleccionados sobre el procedimiento de llenado del instrumento.

El procesamiento de los datos se realizó de manera manual y mecánico, la recolección de las muestras se hizo por medio de una base de datos en excel office de Windows 98 que se obtuvo de la aplicación del cuestionario y una ficha sociodemográfica del menor que incluye nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, escolaridad.

## 6.0 RESULTADOS.

La muestra estuvo constituida por 43 niños (82.7%) y 9 niñas (17.3%); (n=52), las edades variaron entre 6 a 16 años, con un promedio de edad de 9.8 +/- 2.1 años, y un promedio de escolaridad de 3° de primaria, no hubo diferencias significativas por género.

Se repartieron 104 cuestionarios entre padres y maestros, se devolvieron la totalidad de los mismos, el porcentaje de cuestionarios completos fue del 100% de los cuestionarios, por lo que se procedió a realizar el análisis en los 104 cuestionarios, el alfa de Cronbach global fue de .82.

Las puntuaciones medias del cuestionario para padres y maestros de la muestra de CTEA, fueron de 24.7 y 25.9 respectivamente. Existe una tendencia global de los maestros a calificar a los sujetos mas alto que los padres.

El principal predictor del estudio, fue que el grupo de niños con autismo de alto rendimiento podría ser diferenciado de los niños referidos con un diagnóstico probable pero que no recibieron el diagnóstico, sobre la base de las puntuaciones de la escala a un punto de corte de 20 para padres y 22 para maestros.

Un análisis bivariado usando los puntajes del cuestionario como la covariada, muestra que no hay efectos significativos entre las variables dependientes y la covariada, los resultados mostraron que hubo una diferencia significativa entre los grupos (bivariado  $F(22.8, 30) = 5.56, p < .0001$ ), la prueba univariada  $F$  mostró que las diferencias significativas ocurren para cada pregunta. Se elaboró una comparación para cada pregunta entre el grupo con autismo de alto rendimiento y el grupo negativo. Los resultados indicaron que para cada una de las preguntas las diferencias significativas persisten entre el grupo positivo y el grupo negativo. Las medias de cada grupo fueron computadas y muestran que para cada pregunta como predictor, el grupo de autismo de alto rendimiento mostró puntuaciones mas altas que el grupo negativo. Un análisis posterior en las funciones discriminatorias fue efectuado usando las respuestas de los sujetos a las 27 preguntas como predictor de la pertenencia de los dos grupos, positivo y negativo. Un procedimiento de clasificación fue elaborado usando los 52 casos. La predicción de la pertenencia entre el grupo de autismo de alto rendimiento y el grupo negativo tiene una tasa de veracidad del 90 % y el 65% respectivamente. En suma los resultados demuestran que el cuestionario discrimina adecuadamente aquellos individuos sin criterios clínicos para autismo de alto rendimiento de aquellos que si los tienen, es probable que el cuestionario este identificando patología en general, y específicamente anomalías en las áreas de funcionamiento social y emocional, desarrollo cognitivo, comunicación y problemas motores. La pregunta es como trabaja el cuestionario para diferenciar entre dos grupos clínicos para precisar en este sentido, se elaboró un análisis de su función de discriminación, y este análisis muestra que distingue bien entre aquellos que recibieron un diagnóstico y aquellos que no lo han recibido principalmente en las preguntas que se refieren a la preferencia sobre ciertos temas sin entender realmente su significado, las preguntas que indican una descontextualización

social, fascinación por tópicos específicos, y pérdida de la expresión facial en las reacciones emocionales.

## 7.0 DISCUSION.

Existe un especial interés en la detección oportuna de los problemas de salud mental debido a la extensión y la gravedad, por complicaciones y posibilidades de intervención, la identificación de la psicopatología en niños es un problema de prioridad, por lo que los estudios al respecto están justificados.

La dificultad en el diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos se asocia a la poca existencia de especialistas en Paidopsiquiatria, por lo que es necesario el auxilio de instrumentos para la detección temprana de estos problemas.

La principal ayuda de la presente investigación fue observar el comportamiento clinimétrico de la versión en español del cuestionario de tamizaje para el síndrome de Asperger y otros trastornos del espectro autista de funcionamiento alto en una población con edad escolar en riesgo para presentar trastornos del desarrollo. La escala impresiona que es una herramienta burda para propósitos de tamizaje en niños con sospecha de autismo de alto rendimiento.

Las áreas de tamizaje con diferencias significativas entre los dos grupos reflejan anomalías en el proceso por el cual un individuo se relaciona con otros. Parece ser que el factor crítico de distinción entre los dos grupos es la incapacidad para entender a otras personas y sus emociones. Estos resultados son consistentes con las opiniones de Ehlers, Gillberg y Wing.

Sería adecuado continuar con el estudio de este instrumento a través de juicios interobservador para calificar la correlación con los niños positivos para trastorno autista de alto rendimiento y tratar de mostrar la experiencia de que esas características clínicas son más frecuentemente encontradas en niños con autismo de alto rendimiento que en otros grupos incluyendo grupos control. De acuerdo al estudio realizado, podría ser más significativo tomar en cuenta una mayor población en donde se incluyeran dos centros de educación especial y se les realizara el cuestionario a todos los niños, sin haberse tomado los criterios de los profesores, por la probabilidad de sesgos en los resultados.

## 8.- BIBLIOGRAFIA.

- Asperger, H. (1944), "Die autistischen psychopathen im kindesalter", *Archiv Fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, págs. 76-136.
- Bishop, D. (1989), "Autism, Asperger's Syndrome and Semantic-Pragmatic Disorder": Where Are the Boundaries? *Brit Jour of Dis of Comm*, 24;107-121.
- Ehlers, S. Gillberg, C. Wing, L. (1999), A screening questionnaire for Asperger's Syndrome and other high-functioning Autism Spectrum Disorders in school age children. *Jour of Aut and Develp Dis*, 29,129-141.
- Garnica, R. (1994), Historia del concepto. en. *Esquizofrenia* ;México D.F. :Psicofarma.
- Gillberg, C. (1989), "Asperger Syndrome in 23 Swedish Children". *Dev Med and Child Neur*, 31; 520-531.
- Gillberg, C. (1991), "Outcome in Autism and Autistic-like Conditions". *Journal of the Am Acad of Child and Adolesc Psychiat*, 30:3; 375-382.
- Gillberg, C. Pearson, E., Grufman, M. y Themner, U. (1986), "Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects", *British Journal of Psychiatry*, 149, págs. 68-74.
- Gillberg, C. Coleman, M. (1992), *The Biology of the Autistic Syndrome* (2<sup>nd</sup> edit), New York: Mac Keith press.
- Kanner, L. (1943), Autistic disturbances of affective contact. *Nerv. Child*, 2:217-250.
- Kolvin, I. (1971), "Studies in the childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification", *British Jorunal of Psychiatry*, 118, págs. 381-384.
- Rutter, M. (1968), "Concepts of autism: a review of research", *Jorunal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, págs. 1-25.
- Rutter, M. (1998), "Practitioner Review: Routes from Research to Clinical Practice in Child Psychiatry: Retrospect and prospect". *J. Child. Psychiat*.39;6:805-816.
- Rutter, M. (1999), "The Emanuel Miller Memorial Lecture 1998 Autism": Two-way Interplay between Research and Clinical Work . *J. Child. Psychiat*. 40;2: 169-188.
- Szatmari, P. (1991), "Asperger's Syndrome: Diagnosis, Treatment, and Outcome". *Psychiat Clin of Nor Am*, 14:1; 81-93.
- Tanguay, P.E. (2000), "Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review." *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry*. 39:9,1079-1095.

Villard, R. y cols. (1986), Descripción Clásica de las Psicosis Infantiles. en *Psicosis y autismo del niño*; eds. Masson, Barcelona:MASSON.

Wing, L. (1996), Historia. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), La naturaleza de los trastornos del espectro autista. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), Haciendo un diagnóstico. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), La conducta de los niños con trastorno del espectro autista. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), Estados asociados a trastornos del espectro autista o a conductas de tipo autista. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), ¿Cuál es la causa de los trastornos del espectro autista. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. (1996), Historia. en *El autismo en niños y adultos*; Barcelona: PAIDOS.

Wing, L. Y Gould, J. (1979) "Severe impairments of social interaction and associated anomalies in children: epidemiology and classifications", *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 9, págs, 11-29.

ANEXO  
(INSTRUMENTO)

Nombre del niño \_\_\_\_\_  
Nombre del examinador \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de evaluación \_\_\_\_\_

Este (a) niño (a) es distinto de otros niños de su edad por lo siguiente:

- |  |    |      |    |  |    |      |    |
|--|----|------|----|--|----|------|----|
| 1. Es precoz o anticuado   | No | Algo | Si | 14. Mira de reojo.   | No | Algo | Si |
| 2. Es considerado por otros niños como "excéntrico"  | No | Algo | Si | 15. Desea ser sociable pero falla para hacer relaciones con sus compañeros   | No | Algo | Si |
| 3. De algún modo vive en un mundo propio con intereses intelectuales idiosincráticos restringidos.   | No | Algo | Si | 16. Puede estar con otros niños pero siempre bajo sus condiciones.   | No | Algo | Si |
| 4. Almacena hechos sobre ciertos temas (buena memoria de rutinas) pero no entiende realmente su significado.                                       | No | Algo | Si | 17. Carece de mejor amigo.   | No | Algo | Si |
| 5. Comprende en forma literal el lenguaje ambiguo y metafórico   | No | Algo | Si | 18. Carece de sentido común.   | No | Algo | Si |
| 6. Tiene un estilo de comunicación alterado con un lenguaje formal, rebuscado, anticuado o "robotizado".   | No | Algo | Si | 19. Es pobre en sus juegos no tiene idea de cooperación equipo, anota sus propias puntuaciones.  | No | Algo | Si |
| 7. Inventa palabras y expresiones idiosincráticas.   | No | Algo | Si | 20. Es torpe, mal coordinado, toseco en gestos y movimientos.  | No | Algo | Si |
| 8. Tiene un modo de hablar y voz diferentes.   | No | Algo | Si | 21. Tiene movimientos faciales y corporales involuntarios.   | No | Algo | Si |
| 9. Produce sonidos involuntariamente, garraspeos, gruñidos chasquidos, llora o grita.  | No | Algo | Si | 22. Tiene dificultades para completar actividades simples de la vida debido a la repetición compulsiva de ciertas acciones o pensamientos. | No | Algo | Si |
| 10. Es sorprendentemente bueno en unas cosas y sorprendentemente inepto en otras.  | No | Algo | Si | 23. Tiene rutinas especiales: insiste en que no haya cambios   | No | Algo | Si |
| 11. Usa el lenguaje libremente pero falla para hacer ajustes que encajen en contextos sociales o con las necesidades de interlocutores diferentes. | No | Algo | Si | 24. Muestra adherencia idiosincrática a los objetos.   | No | Algo | Si |
| 12. Carece de empatía  | No | Algo | Si | 25. Es molestado por otros niños:  | No | Algo | Si |
| 13. Hace comentarios inocentes y embarazosos   | No | Algo | Si | 26. Tiene una expresión facial anormalmente rara.  | No | Algo | Si |
|  |    |      |    | 27. Tiene una postura marcadamente rara.   | No | Algo | Si |