

112-396

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO INFANTIL

"DR. JUAN N. NAVARRO".

APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA EL ESPECTRO DEL AUTISMO DE ALTO RENDIMIENTO EN UNA POBLACION ESCOLAR.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
PSIQUIATRA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

PRESENTA:

DR. LEONEL GOMEZ GOMEZ
MEDICO PSIQUIATRA.

ASESORES:

DRA. MA. ELENA MARQUEZ CARAVEO. DR. JORGE ESCOTTO MORETT.
TEORICOS.

[Handwritten signature]
DRA. MA. ELENA MARQUEZ CARAVEO
No. 30.
DRA. MA. ELENA MARQUEZ CARAVEO
JEFE DEL DEPARTAMENTO

[Handwritten signature]
DRA. MA. CARMEN LARA M.
METODOLOGICO.

[Handwritten signature]

2004



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.

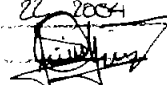
INDICE.

1. Planteamiento del problema	1
2. Objetivos de la investigación	1
3. proposito de la investigación	1
4. Marco teórico	1
Antecedentes	1
Prevalencia	4
Diagnóstico en Psiquiatría Infantil	5
Los trastornos generalizados del desarrollo	10
Trastorno desintegrativo en la infancia	11
Autismo, síndrome de Asperger y otros Trast. generalizados del desarrollo	11
Trastornos del aprendizaje	11
Síndrome Multicomplejo	11
Comorbilidad	12
Trastornos de orden psiquiátrico	13
Etiología	14
Tratamiento	15
5. Material y métodos	16
5.2. Sujetos de evaluación	18
5.3. Procedimiento	19
6. Resultados	19
6.1. Discusión	20
7. Conclusiones	21
8. Bibliografía	22
9. Anexo	24

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

NOMBRE: Leonel Gómez Gómez

FECHA: Enero 22, 2004

FIRMA: 

APLICACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE TAMIZAJE PARA EL SINDROME DE ASPERGER Y OTROS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DEL AUTISMO DE ALTO RENDIMIENTO EN UNA ESCUELA DE EDUCACION SECUNDARIA.

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Es muy probable que el espectro del autismo de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo puedan pasar inadvertidos o que los síntomas que generen, no sea tan severos que no sean identificados dentro de la escuela?

¿Puede ser posible identificar a estos sujetos mediante la evaluación por medio de un cuestionario de tamizaje para el espectro del autismo y otros trastornos del desarrollo?

2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

Objetivo general.

Evaluar a una población escolar, mediante un cuestionario de tamizaje para el espectro del autismo de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo validado por Elhers, Gilberg y Wing en 1999 con el fin de encontrar algunos sujetos probables que padezcan este trastorno.

3.- PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION.

El espectro autista de alto rendimiento, es un padecimiento que puede pasar inadvertido, siendo individuos que por su desempeño académico y capacidad intelectual, pueden cursar la instrucción escolar básica; excepto por ciertas características que no siempre ameritan la búsqueda de un manejo adecuado. Existe un "enmascaramiento" entre los síntomas que se presentan en los pacientes con síndrome de Asperger y autismo que algunas ocasiones y en ciertas etapas de la vida, que dificulta su diagnóstico específico. El evaluar a unos sujetos de educación secundaria a través del cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo, nos podrá dar un perfil de que población escolar, pudiera presentar el trastorno sin que hasta esa edad (12 a 16 años), hayan ameritado la búsqueda de atención por parte de los padres. 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 individuos aparentemente sanos.

4.MARCO TEORICO.

ANTECEDENTES.

Parece ser que desde antes que este tipo de trastorno fuera identificado desde el punto de vista médico, ya existían reportes de éstos. Quizá por esa característica que aún sigue predominando hasta nuestros

días. No se trata de un padecimiento de reciente aparición, pero sí de reciente atención, sobre todo desde el aspecto del diagnóstico. Ya en los textos más antiguos se habla de niños y personajes extraños descritos como "alejados" del género humano. Uta Frith, en su libro "autismo, hacia una explicación del enigma", relata algunos ejemplos de individuos peculiares que han sido descritos a través del tiempo.

Uno que llama la atención es el de un fraile allegado a San Francisco, cuyo comportamiento social no era común al resto. La anécdota relata que este fraile permaneció en un columpio durante horas, sin que nadie llegara a percatarse de lo extraño que era, puesto que ante el movimiento del columpio, nunca se percató que el resto de la gente se había marchado hacia ya algún tiempo.

En 1801 aparece una descripción hecha por Jean-Marc-Gaspard Itard, sobre un niño conocido como Víctor o "el niño salvaje de Aveyron", quien carecía de habla y mostraba una conducta extraña, además de vivir en el bosque de una forma considerada como "salvaje". Itard, dedujo que era causado por una privación social desde edades tempranas. Pinnel proponía problemas de aprendizaje. Haran Lane, psicólogo experto en problemas del lenguaje hizo una recopilación de las descripciones de Itard y hoy podemos deducir que la conducta descrita correspondía muy probablemente a un niño con Autismo. La historia de Itard resulta interesante y emotiva, pues se describe el modo de trabajo con el chico, a quien enseñó ciertas conductas. Estas primicias pasaron a su alumna Edouard Séguin y posteriormente a María Montessori, y todavía se conservan algunos preceptos en los métodos empleados por los expertos en educación especial.

En 1809, John Haslam hizo una descripción de un niño que padeció sarampión al año de edad y posteriormente desarrolló una conducta que recuerda a la del tipo autista, resultando el habla repetitiva y cierta agresividad. Lighter Witmer en 1919, escribió un artículo de un niño de 2 años 7 meses que mostraba una conducta autista en su forma típica. Hacia referencia también a que una intervención con enseñanza a un nivel individual, había servido mucho al niño a adquirir algunas conductas de orden práctico. Estos autores al hacer sus reportes, desconocían sobre la existencia de otros casos similares. Un gran avance se logró durante la primera mitad del siglo pasado al informar sobre diferentes casos de niños con conductas "raras". Todos pensaban que habían logrado identificar un problema específico, sin embargo, se superponían mucho los patrones conductuales que describían. En especial todos los niños descritos, se relacionaban en una forma bastante especial con las demás personas. Hoy día, casi no son citados estos trabajos, sin embargo, son una fuente de referencia importante.

Para algunos clínicos de la época, consideraban que el tipo de conducta que estos niños presentaba, era compatible con el de una psicosis. Esta propuesta surgió de que la conducta en los niños no era común y que en algunas ocasiones semejaba a la de los adultos psicóticos (Maudsley, 1867). Esta palabra no tenía un significado preciso, pero tendía a utilizarse como una etiqueta general para la conducta extravagante y extraña.

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, según Mises y Moniot (1970), puede englobar tres tipos de criterios: clínicos, estructurales y genéticos.

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. Término que parece ser más acorde con las características clínicas, aunque desde el punto de vista de la "realidad", todavía quedan muchas interrogantes sin resolver.

Lauretta Bender (1947), una de las pioneras en el estudio de las psicosis infantiles, enfatizó la importancia de los factores biológicos en el proceso. Proponía que los síntomas eran el resultado de un desequilibrio en el balance homeostático del individuo. Posteriormente planteó que la intensidad de los síntomas clínicos, eran el resultado del tipo de defensas que empleaban –pseudoeffectivas, pseudoneuróticas y

pseudopsicopáticas- (Bender, 1959). Bender, establecía que la psicosis era precipitada por un trauma en la infancia y que además su manifestación obedecía a una inmadurez en el sistema nervioso. En la actualidad sabemos que pueden ocurrir concomitantemente alteraciones de orden estructural a nivel del sistema nervioso, pero solamente en una minoría de los casos (aproximadamente el 20%).

En 1943, Leo Kanner en los Estados Unidos, publica la primera descripción de casos de niños Austriacos con conductas autísticas en su ya trabajo clásico *Autistic disturbances of affective contact*, y desde entonces se le conocía como el síndrome de Kanner; aunque el mismo lo denominó como autismo infantil precoz. En ese trabajo se describía a los niños que mostraban una extrema simpleza autística, ausencia de conducta anticipatoria y desviación extrema en el desarrollo del lenguaje, ecolalia e inversión pronominal monótonas repeticiones de ruidos o expresiones verbales, limitada gama de actividad espontánea, estereotipos y manierismos... "deseos obsesivo ansiosos de mantener la identidad... y pavor por el cambio y la incompletud..."; y anormales relaciones con las personas, con preferencia por las imágenes o los objetos inanimados. Hacía énfasis que estos pacientes tenían una irritabilidad para establecer conexiones ordinarias con las personas y situaciones. Se hacía 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 científicas, literarias o artísticas y muy poco interesados en los aspectos humanos. Kanner creía que el síndrome era más frecuente de lo que parecía por lo que sugirió que algunos de éstos niños eran confundidos con retardo mental o como esquizofrénicos; además de pasar en ocasiones como hipoacúsicos o sordos.

En su documento original Asperger (1944), hizo una descripción de un grupo de niños con ciertas características que él encontró fascinantes. Describió a niños que habían memorizado las líneas de los tranvías en Viena hasta la última parada. Asperger reconoció que, aunque los síntomas y los problemas cambian a lo largo del tiempo, el problema global no llega a superarse casi nunca. Asperger escribió que "a lo largo del desarrollo, algunos rasgos predominan o disminuyen, de modo que los problemas que se presentan cambian considerablemente. Sin embargo, los aspectos esenciales del problema permanecen inalterados.

La marca distintiva más obvia y característica que hace a estos niños tan interesantes, son sus áreas "de especial interés", tan peculiares e idiosincráticas. Estos niños, muestran un interés obsesivo en áreas como las matemáticas, los aspectos científicos, la lectura (algunos pueden llegar a tener una historia de hiperlexia), algunos aspectos de Geografía. Asperger consideraba que su síndrome era diferente al autismo de Kanner, aunque admitió que tenía muchas similitudes. Su obra se publicó en Alemán hacia finales de la segunda guerra mundial y tuvo que transcurrir mucho tiempo para que apareciera publicado en lengua inglesa. Siendo hasta hace diez o quince años en que su trabajo ha sido reconocido fuera de la Europa occidental y aportado las bases para las investigaciones actuales.

B. Bettelheim (1967), adoptó una postura totalmente opuesta a la de L. Bender, pues proponía que la conducta autista era el resultado de una actitud defensiva ante las agresiones del medio externo. Una ansiedad extrema experimentada en el niño, llevaba al desarrollo del cuadro clínico y la intensidad de los síntomas podía ser proporcional a las agresiones externas.

Con el transcurso del tiempo, las ideas y propuestas para explicar el origen de los trastornos autistas han causado controversias en su momento. Pasando desde las conceptualizaciones sobrenaturales, como la posesión demoníaca; tal y como se planteaba en el caso del niño salvaje de Aveyron, hasta las aportaciones de la corriente psicoanalítica, quienes se centraron en demostrar un problema de índole emocional y no biológico, siendo los padres los causantes del problema del niño, argumentando que el origen estaba en el tipo de relaciones que establecían y mantenían hacia su hijo, particularmente la madre. El efecto de esta propuesta fue desastroso puesto que a los padres les inquietaba el hecho de tener un hijo que no alcanzaban a entender por

completo su comportamiento y conducta y después, tener que enfrentar la responsabilidad de esta. Afortunadamente, en la actualidad esta corriente ha sido abandonada; sin embargo persisten algunos seguidores de estas ideas y siguen empeñados en demostrar que el origen de los trastornos autistas, está en la forma de relación de la madre con su hijo. Resultaba tan absurdo desde los inicios de su descripción, que inclusive Kanner publicó un trabajo denominado "en defensa de las madres" (1941), tratando de orientar una postura que no incluyera una responsabilidad directa sobre las madres como responsables directos de la psicosis en los niños.

Es hasta los años 60 que comenzaron a surgir nuevas ideas sobre la naturaleza de estos trastornos, siendo M. Rutter (1960), uno de los iniciadores de la escuela del desarrollo, quien propone que el trastorno puede iniciarse en algunas etapas tempranas del desarrollo y podía abarcar etapas del nacimiento hasta los primeros años de la infancia. Para algunos más se trataba de un "tipo de psicosis", sin embargo en los años 70's Israel Kolvin, se encargó de demostrar las diferencias halladas entre niños con psicosis y niños con trastornos autistas.

Entre los 70's y 80's, se empezó a considerar que el síndrome descrito por Kanner (1943), formaba parte de un espectro amplio de trastornos autistas. Gilberg (1993), en Suecia se ha dedicado a profundizar sobre el estudio de estos pacientes proponiendo una serie de criterios para su diagnóstico, así como el diseño de instrumentos que ayuden en su detección.

Los cambios sobre las ideas del autismo, pueden apreciarse en la historia de los sistemas de clasificación de las enfermedades (CIE 10 y DSM-IV). Por ejemplo, las primeras ediciones de la CIE no incluían al autismo. Es hasta la octava edición que consideran abarcar un capítulo para los problemas en la infancia como variante de esquizofrenia (1967). La novena edición de 1977 ya la agrega en el capítulo de psicosis infantiles. La décima edición de la clasificación de las enfermedades (1992), y la tercera del manual diagnóstico y estadístico (1980), la tercera revisada (1987), no hacían mención específica entre lo que ahora conocemos como trastornos del desarrollo. La cuarta edición (1994), reconoce el punto de vista actual que se trata de todo un espectro de trastornos autistas, coincidiendo además que se trata de un problema de desarrollo y no psicosis. El término adoptado por ambas clasificaciones es de "trastornos generalizados del desarrollo".

PREVALENCIA.

Los estudios realizados hasta el momento indican que el síndrome de Asperger es considerablemente más 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 (Wing, 1993). 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 Gilberg en Suecia (1989), 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 síndrome de Asperger.

En todos los estudios se ha concluido que el síndrome de Asperger es mucho más frecuente en niños que en niñas, desconociéndose las razones de este fenómeno. El Asperger se asocia frecuentemente con otros diagnósticos, también de origen desconocido, tales como trastorno con tics, Guilles de la Tourette, problemas de ansiedad, depresión y atención. En algunos casos hay un componente genético claro, con uno de los padres (con mayor frecuencia el padre), que presenta un cuadro completo de Asperger o al menos algunos rasgos característicos; es más frecuente la influencia de factores genéticos en el síndrome de Asperger que en el caso del autismo típico. En los familiares de niños con Asperger, los rasgos característicos que aparecen con mayor frecuencia son: intereses intensos y limitados, estilo compulsivo o rígido y torpeza social o timidez. A veces

existe una relación clara entre la historia familiar de Autismo —en parientes próximos, lo que confirma que el Asperger y el Autismo son a veces síndromes que se relacionan entre sí. Otros estudios han demostrado una incidencia relativamente alta de depresiones tanto unipolares como bipolares en los familiares de niños con Asperger, lo que sugiere una asociación genética .

Wing y Gould (1979), realizaron una investigación donde incluyeron un número de niños que, de acuerdo a la definición, reunía la tríada de las deficiencias, aunque no tuvieran a la vez otros trastornos. La mayoría mostraba algún problema para el aprendizaje, que podían ser leves, moderadas o severas; encontrando que cerca de 22 por cada 10,000 niños tenían la tríada, incluyendo a los que tenían el autismo de Kanner.

Los trastornos del espectro autista -como ya se había comentado-, suele afectar más a los niños que a las niñas. Kanner encontró cuatro veces más niños que niñas entre todos los casos que describió. Asperger pensó al principio que su síndrome no afectaba nunca a las niñas pero después cambió de opinión. El estudio Sueco del síndrome de Asperger en escuelas ordinarias encontró una proporción de 4 niños por cada niña. Hay datos que sugieren que aunque las niñas tienen con menos frecuencia el trastorno, cuando les afecta es probable que se encuentren más severamente afectadas. En un estudio de Suecia se identificó que hay niñas que tienen algunos criterios del síndrome de Asperger, pero no todos, cambiando entonces la proporción a 2-3 niños por cada niña, lo que indica que los trastornos autistas pueden ser más difíciles de reconocer en las niñas.

DIAGNOSTICO CLINICO EN PSIQUIATRIA INFANTIL.

A pesar de haber planteado el concepto de un espectro de los trastornos autistas, es importante tratar de definir las características que comparten o que pueden estar más frecuentes en este tipo de pacientes.

La mayoría de los diccionarios coinciden en que el Autismo es una "polarización de la vida psíquica hacia el mundo interior del individuo, con el consiguiente desinterés por su mundo externo.

De este modo, se plantea que el Autismo es un trastorno innato que afecta de forma devastadora la comunicación, el lenguaje, la relación con el entorno y el contacto afectivo con los demás. Como consecuencia la conducta global y las capacidades para aprender, quedan impedidas de manera diversa. Se manifiesta por grados variables de indiferencia (Escotto, 1998).

En la actualidad tanto la CIE como el DSM establecen criterios específicos para su diagnóstico. Queda por demás establecido que los patrones conductuales que presentan estos niños son los que llaman la atención o que al menos distingue de otros problemas del desarrollo, siendo la indiferencia un rasgo predominante en todos las variantes del espectro autista.

Hace algún tiempo se planteó la idea que la conducta autista era el resultado de alteraciones en el desarrollo: si carecía de lenguaje, éste podía ser el origen del comportamiento "extraño" de los niños. Por esta razón se dieron a la tarea de plantear terapia de lenguaje como medida de tratamiento, teniendo que ser rechazada esta idea al encontrar pacientes adultos que desarrollaban un buen vocabulario y una adecuada gramática, e incluso utilizaban algunos gestos, pero persistiendo la conducta autista. De los antecedentes que referían los padres, se encontró que los niños, desde edades tempranas presentaban cierta indiferencia por actividades propias de su edad, como el carecer de un juego simbólico, el no utilizar los juguetes con el sentido que cualquier otro niño lo hiciera. Algunos más comentaban que eran niños o bebés demasiado tranquilos o lo contrario, que no se les complacía de ningún modo y siempre manifestaban irritabilidad por un factor que no lograban identificar. En otros, la tendencia a no romper el orden, a alterarse cuando se establecía un patrón

diferente de los objetos de la casa; era lo que condicionaba alteraciones en su conducta. Muchos otros presentaban alteraciones o retraso en la adquisición del lenguaje y de la comprensión del lenguaje gestual que se mostraba dentro de casa. Algunos padres quedaban sorprendidos al percibir que el chico era capaz de leer a edades muy precoces o memorizar de manera exacta algunos aspectos o preceptos por los que tenía una

predilección especial. Siempre se coincidía que eran niños "diferentes", que su interacción con los de su edad no podía lograrse como lo hacían los demás. Eran descritos como solos, aislados, con algún lenguaje -quizá petulante-, demasiado formales o que involucraban a los padres en situaciones demasiado vergonzosas por carecer de esa empatía o comprensión de las diversas situaciones cotidianas.

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. Gilberg ha descrito esto como una "trastorno de empatía" (1993), 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)

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 o detenido y el comportamiento, puede alterarse. Algunos se vuelven aislados, callados, o no toleran que se acerquen.

Por esta razón es que se han propuesto algunos criterios para establecer el patrón que los hace característicos.

Los intentos de delinear criterios para hacer 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 y con frecuencia observamos en la práctica clínica, que cuanto más se ven estos trastornos, más parece que es posible cualquier combinación de ellos.

La principal tarea del clínico es decidir si tienen un trastorno del espectro autista y después evaluar su patrón de capacidades, para poder establecer un programa de ayuda o de habilitación a la persona de que se sospecha pueda presentar uno de los síndromes del espectro.

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 (ICD), 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 ICD no incluían el autismo en sus apartados de los trastornos infantiles. La octava edición (1967) mencionaba sólo el Autismo Infantil como una forma de Esquizofrenia y la novena edición (1977) lo incluía bajo el rubro de "Psicosis Infantil". La décima edición de la ICD (1992) y la tercera (1980), del manual diagnóstico y estadístico (DSM), la tercera revisada (1987) y la cuarta (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".

El DSM-IV define al Trastorno Generalizado del Desarrollo. Como aquél trastorno que 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 manifestarse durante los primeros años de la vida y suelen 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 visual, 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, ya sea en su intensidad, o ya sea en su objetivo. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales. Manierismos motores estereotipados y repetitivos.

La ICD-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 la definición, sólo agrega que en el autismo pueden presentarse todos los niveles de coeficiente intelectual, pero hay un retraso mental significativo en aproximadamente el 75% de los casos.

El síndrome de Asperger tanto en el DSM-IV como en la ICD-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.

La ICD-10 incluye el "autismo atípico", caracterizado por insuficientes rasgos del autismo típico, por la aparición después de los tres años o por ambos motivos. En el DSM-IV esta entidad 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 presenta una pérdida de habilidades en al menos 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 un pronóstico que puede ser peor, comparado con las otras categorías (exceptuando al síndrome de Rett).

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 para los padres. Hasta que el niño empieza a caminar solo no puede surgir la conducta autista en toda su amplitud. Siendo aquí donde los padres intuyen que "algo" pasa en el niño, que no atinan a definir, pero que lo hace parecer "extraño" en referencia a los demás.

El diagnóstico de la conducta de un trastorno autista surge, antes o después, en los años preescolares. Se pueden encontrar variedades en cada una de las deficiencias principales que se encuentran en éste trastorno (Wing, 1996), como las que se comentan 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.- Limitación 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.*

Gilberg (1991), un médico sueco que ha estudiado el síndrome de Asperger de manera extensiva, 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 sociales con un egocentrismo extremado que puede incluir:

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

Intereses y preocupaciones limitadas que incluyen:

- con más "mecánica" que significado
- relativa exclusión de otros intereses
- adherencia repetitiva.
- Rutinas o rituales repetitivos, que pueden ser:
- impuestos a sí mismos o
- impuestos a los demás.

Peculiaridades de habla y lenguaje tales como:

- posible retraso en el desarrollo temprano, pero no observado de forma regular
- lenguaje expresivo superficialmente perfecto
- prosodia extraña, características peculiares de voz
- comprensión deficiente, incluyendo mala interpretación de significados literales implícitos.

Problemas de comunicación no verbal, tales como:

- 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.

Para Wing (1996), los que son socialmente aislados, parecen actuar como si los demás no existieran; no atienden al ser llamados, su mirada parece "traspasar", y cuando requieren de ayuda, se comunican de forma ostensiva, siendo generalmente hacia necesidades de alimentación. Suelen presentar conductas de irritabilidad o estallar en rabietas sin que se perciba un condicionante aparente. No muestran interés o sentimientos por los demás, es decir, casi siempre su expresión facial permanece sin cambios, no demuestran tristeza o dolor. Pueden sufrir lesiones y no buscar atención o inclusive no mostrar malestar alguno. Su relación hacia otros niños de su edad se ve muy limitada.

2.El grupo pasivo. Es la menos frecuente de las deficiencias sociales. Pueden tolerar aproximaciones o inclusive contacto físico, aunque no interactúan con los demás. Pueden mantener contacto visual en forma esporádica o por tiempo breve. Sin embargo pueden alterarse cuando se cambia el patrón de juego o cuando alguien se aleja.

3.El grupo "activo pero extraño". Descrito por la autora en 1979, definiendo a estos niños con aproximaciones activas pero unidireccionales, para pedir algo o para continuar con las actividades que le interesan. No prestan atención a necesidades ni sentimientos de los otros. Pueden fijar la mirada con exageración en algunas cosas o personas. Su contacto físico puede ser exagerado y aferrarse a los padres o cuidadores. Este grupo presenta ciertas dificultades en el diagnóstico porque las aproximaciones sociales activas encubren el hecho de que no tienen una comprensión real de cómo relacionarse socialmente con las otras persona.

4.El grupo informal pedante. Este patrón suele ser observado hacia el final de la adolescencia y en la vida adulta. Se desarrolla en los que son más capaces y han alcanzado un buen desarrollo del lenguaje. Son exageradamente educados y formales. Tienen a comportarse demasiado correctos todo el tiempo. Sin embargo no llegan a comprender el significado de las normas y tienen dificultades especialmente en adaptarse a las sutiles diferencias de comportamiento que se esperan en situaciones diversas y a los cambios que se presentan con el tiempo.

La falta de comprensión de los pensamientos y sentimientos de los demás es muy evidente, por eso les resulta difícil interactuar e interpretar los mensajes que se envían continuamente en una interacción social. Con frecuencia entran en crisis cuando se ven perplejos en situaciones que no alcanzan a comprender. Este tipo de sujetos puede llegar a alcanzar un elevado grado en instrucciones académicas, como secundaria o bachillerato. En Europa se sabe de algunos que se han dedicado a escribir o ser conferencistas, donde abordan la forma como ellos perciben a los demás. Alcanzando un grado de funcionalidad variable.

Los trastornos generalizados del desarrollo.

El DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), incluye bajo el término de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), cinco categorías diagnósticas, éstas son: Autismo, Síndrome de Rett, Trastorno desintegrativo de la infancia, Síndrome de Asperger, y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo no específicos, incluyendo en éste último al autismo atípico (Tanguay, 2000).

Trastorno desintegrativo de la infancia.

En 1930, Séller describió un trastorno que llamó demencia infantil (Séller, 1969). Eran niños de 2 a 4 años que habían alcanzado un desarrollo normal, que posteriormente desarrollaban una regresión en el aspecto social, comunicativo y conductas adaptativas. La condición que había hallado era con enfermedades médicas como la Leucodistrofia metacromática y enfermedad de Schilder's. Pero no todos los casos presentaban esta condición médica. Una reciente comparación (Mouridsen et al., 1998), de 13 casos con psicosis desintegrativa (definido como un desarrollo normal con una regresión paulatina en el mismo y pérdida de habilidades posteriores), compararon contra 39 casos diagnosticados como autismo, compartían ciertas categorías (77% vs 33%). La edad de presentación es muy importante para diferenciarlo de los casos de autismo. La prevalencia de los trastornos desintegrativos de la infancia es considerada por debajo del rango de los casos de autismo. La edad promedio de presentación en promedio es alrededor de los 36 meses (rango de 24 a 70 meses). No se encuentran diferencias entre sexo y su rango de coeficiente intelectual es de menos de 40.

Autismo, síndrome de Asperger y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo no específicos.

Ya hemos comentado algunas características clínicas y de diagnóstico sobre el autismo y el síndrome de Asperger. Resaltando que las características principales son un desarrollo normal del lenguaje pero con un déficit en la expresión facial, prosodia y gestos sociales con pobre interacción social.

Autismo atípico. Esta categoría se emplea para designar a los casos los TGD cuyos síntomas se presentaron después de los 30 meses de edad y que los síntomas son considerados como atípicos. Dos estudios (Ghaziuddin et al., 1994; Manjiviona y Prior, 1995), compararon personas con alto funcionamiento intelectual (CI >70), autismo y síndrome de Asperger y no se encontraron diferencias claras entre el Autismo y el síndrome de Asperger. Algunos otros reportes (Mahoney y cols., 1998), hablan de cómo se puede establecer el diagnóstico a través de diferentes instrumentos y que resulta difícil establecer una correlación entre ambos. Wing (1996), quizá sea la que más ha estudiado y descrito a este tipo de trastorno al dividirlos en grupos (ver atrás), donde las conductas observables pueden variar y existir asociaciones entre el tipo de lenguaje, conducta e interacción social, estableciendo así la triada del diagnóstico.

Trastornos del aprendizaje.

Es probable encontrar trastornos autistas con diversos niveles de capacidad, desde una discapacidad mental profunda hasta los que tiene una inteligencia promedio o superior. Se ha estimado que alrededor del 50 al 60% de los niños con problemas de aprendizaje graves o profundos, puede observarse la presentación de la triada de los trastornos del espectro autista; siendo una proporción inferior (0.2—0.4%), entre los que tienen dificultades de aprendizaje media o leves y de capacidad superior. Hay algunos sujetos que pueden llegar a alcanzar ciertos niveles dentro de la escuela, dificultándose más la comprensión del aprendizaje a medida que avanzan hacia la vida adulta.

Trastorno del aprendizaje no verbal. Esta categoría no se incluye en el DSM IV, pero es propuesta por Rourke (1989). Está caracterizado por déficits en la percepción, en la coordinación psicomotora, en la organización viso-espacial, problemas en las habilidades verbales así como incongruencias conceptuales del humor. El modelo neuropsicológico propone que no hay una especialización adecuada del hemisferio dominante, categorizándolo como una disfunción del hemisferio derecho. Anteriormente (Denckla, 1999), propone que se trata de una inhabilidad del hemisferio derecho para el aprendizaje. Klin y cols. (1995), comparó el síndrome de Asperger con el trastorno en el aprendizaje no verbal, encontrando perfiles neuropsicológicos entre ambos síndromes.

El síndrome Multicomplejo. Esta nueva categoría abarca a lo que en los 50's y 60's, habían sido diagnosticados como trastorno atípico del desarrollo, psicosis simbiótica y condiciones borderline de la infancia. El síndrome multicomplejo incluye síntomas de Autismo, especiales dificultades en la interacción social y con

las personas. Estos casos presentan problemas de ansiedad y peculiaridades en el pensamiento y el lenguaje (Klin et al., 19995; Kumra et al., 1998; Towbin et al., 1993). Clínicamente, podríamos decir que se pueden observar niños con un grado importante de hiperactividad con una indiferencia marcada, así como problemas en

el lenguaje, algunos pueden inclusive no desarrollarlo. Suelen ser confundidos como Trastorno por Déficit de Atención o retraso mental asociado a TDAH. Este nuevo capítulo abre una nueva puerta hacia este campo de investigación tan fascinante, puesto que no se tienen suficientes elementos que ayuden a entender su patogenia y su diagnóstico. Por otro lado, estos pacientes suelen enfrentar una serie de problemas en su manejo dentro de casa e inclusive por los especialistas.

Tanguay (2000), en su revisión hace mención a reportes sobre ciertas asociaciones que se han establecido, donde se ha encontrado que existe una proporción similar entre los familiares de niños con síndrome multicomplejo y algunas entidades como esquizofrenia, personalidad esquizotípica o paranoide, aunque hasta la fecha no se puedan establecer los patrones de asociación directa o causal entre ambos.

COMORBILIDAD.

Al hacer un diagnóstico se debe considerar la posibilidad de diferentes estados comórbidos. Es importante ser consciente de que los trastornos del espectro Autista se pueden presentar junto con otra discapacidad ya sea física o psicológica o estar presente en alguna condición médica en especial. En caso de presentarse, se debe hacer el diagnóstico de Autismo o algún otro estado del espectro Autista y además la comorbilidad, no descartando la posibilidad que en algunos casos especiales, la condición médica puede ser condicionante de un agravamiento de los síntomas.

Síndrome de Rett.

Es un síndrome descrito hasta la fecha solamente en niñas, donde se puede apreciar una franca alteración en el desarrollo normal, donde las niñas pierden gradualmente la capacidad de utilizar las manos para mantener y manipular objetos. Puede haber movimientos repetitivos y una severa afectación al área del lenguaje, siendo en ocasiones solo a base de emisión de sonidos o gritos sin ninguna intención. Puede apreciarse también una disminución en el crecimiento cefálico, evolucionando hacia un deterioro progresivo que puede involucrar alteraciones en la marcha que pueden llegar a requerir de silla de ruedas, suele aparecer una curvatura en la región dorsal de la columna vertebral, necesitando de una asistencia total para su movilidad. Obviamente hay una marcada indiferencia por el medio externo. El estado más avanzada incluye periodos de polipnea alternadas con apneas cortas, que finalmente conduce a la muerte en edades tempranas. En estos casos, a pesar de diagnosticarse un patrón de conducta del espectro autista, el tratamiento deberá ser — encaminado hacia las cuestiones físicas principalmente.

Ya hemos establecido las categorías diagnósticas y el cuadro clínico que se observa en este grupo de niñas. La prevalencia de este síndrome es de 1 por cada 10,000 a 15,00 niñas (Hagberg, 1985). Un reporte británico (Kerr, et al., 1997), ha encontrado una mortalidad anual del 1.2%. Cuarenta y ocho por ciento de las muertes acontecieron en personas con dificultades respiratorias o por alteraciones motoras.

El síndrome de Rett presenta una concordancia del 100% en gemelos monocigóticos y discordancia del 100% en gemelos dicigóticos, esto porque el síndrome de Rett tiene una etiología completamente genética, asociado con un patrón dominante al cromosoma X con una mutación letal a femeninos hemicigóticos. Uno de los estudios preliminares reporta una asociación al locus Xq28. Amir y cols (1999), han encontrado mutaciones en el gen MeCP2 como el responsable de la tercera parte de los casos de síndrome de Rett.

Síndrome de X frágil.

Es un trastorno de etiología genética que se debe a una anomalía en el cromosoma X. Es más frecuente en varones y más severo también en ellos. Los rasgos físicos pueden incluir cara alargada, orejas muy grandes, pueden presentar problemas de aprendizaje, asociado a cierta discapacidad mental, estereotipias motrices, hipersensibilidad a los sonidos, al tacto, rutinas repetitivas y alteraciones en el habla. Hoy en día, los

protocolos de investigación de los trastornos del espectro autista, incluyen un examen cromosómico del paciente.

Síndrome de Landau-Kleffner.

Es un trastorno que se presenta en niños entre los 3 y los 7 años de edad cuyo desarrollo puede ser considerada como normal. El cuadro clínico comparte algunas características con los pacientes del espectro autista como las estereotipias motrices, la falta de contacto visual. Sin embargo, en el área del lenguaje, se pueden identificar alteraciones de tipo afásico. El registro electroencefalográfico además, es característico en estos pacientes. La instalación y evolución del cuadro no siempre es como en los trastornos del desarrollo.

Otros trastornos neurológicos.

Pueden encontrarse algunas entidades de orden congénito como la epilepsia, la fenilcetonuria, así como síndromes neurocutáneos como la neurofibromatosis, esclerosis tuberosa y otras.

Por otro lado, es probable también que posterior a eventos de orden encefálico como las encefalitis virales o bacterianas, la rubeola congénita o por complicaciones de sarampión, o algunas otras entidades, puedan dar por consecuencia un cuadro donde se identifiquen ciertas características clínicas de los trastornos del espectro autista. En este tipo de pacientes, la afectación cognitiva, puede ser severamente afectada. En estos casos, la condición autística debe ser considerada como secundaria.

Otros ejemplos pueden ser el síndrome de Williams o hipercalcemia infantil, el síndrome de Cornelia de Lange, el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros.

Aunque no son de orden neurológico, en ocasiones, pueden presentarse alteraciones visuales o auditivas en este grupo de niños, que pueden variar en forma considerable o que en ocasiones, pueden ser compensadas y no identificadas hasta etapas mayores del desarrollo.

Trastornos de orden psiquiátrico.

En este rubro cada vez resulta mayormente interesante el buscar condiciones agregadas presentes. Por ejemplo, algunos pacientes suelen ser confundidos como hiperquinéticos, ya que predomina este tipo de conducta. Sin embargo, no comparte otras características clínicas que los otros pacientes con déficit de atención e hiperactividad suelen presentar comúnmente. Para algunos investigadores europeos, este tipo de cuadros aún no pueden ser englobados en alguno de los grupos del espectro autista y los han denominados como síndrome multicomplejo, donde el patrón principal que se observa, es una hiperactividad marcada con indiferencia, quizá problemas de lenguaje y de interacción social. Este es un nuevo capítulo abierto a la investigación de este campo tan peculiar.

Algunos niños pueden demostrar timidez y presentar concomitantemente un trastorno de tipo mutista selectivo, siendo tal vez, el punto de referencia para los padres al momento de solicitar atención. Cada vez con mayor frecuencia, puede encontrarse esta asociación.

Igualmente presentan problemas del lenguaje, sobre todo en su utilización semántico—pragmática, que además de ser una característica en el síndrome de Asperger, constituye un trastorno del lenguaje por sí mismo. La esquizofrenia y la psicosis se ha planteado como asociación a los trastornos del espectro autista. Algunos investigadores reconocen la posibilidad de desarrollar eventos psicóticos en algún periodo de la vida

del paciente autista, sin embargo, para otros, son entidades totalmente diferentes. El planteamiento principal es que la psicosis de tipo esquizofrénica puede surgir a partir de una percepción deformada del medio en que se desarrolla, pero el paciente con Asperger, no necesariamente tiene una percepción distorsionada, sino que es una percepción diferente, donde la lógica con que se rige, es exagerada. De cualquier modo debe de hacerse con suma precaución un diagnóstico de esta naturaleza.

Es importante hacer mención que sólo aproximadamente el 20% del total de los casos diagnosticados se encuentran en asociación con alteraciones de orden médico, genético o psiquiátrico. Es decir, que el resto (80%), no presentan ninguna asociación con otros estados comórbidos. Resulta sumamente inquietante, que en este gran grupo de pacientes, no se hallan establecido hasta el momento evidencias o asociaciones o que en términos generales, la causa hasta el momento pueda ser multifactorial y en otros más, hasta idiopática.

Etiología de los trastornos del espectro autista de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo.

En la actualidad, podemos decir que las investigaciones se encuentran centradas en tres diferentes niveles, pero interrelacionadas entre sí.

1. Causas originales. Los estudios han demostrado que una diversidad de trastornos clínicos susceptibles de desarrollar patología cerebral, se pueden asociar a los trastornos autistas. Estos, pueden incluir problemas en el nacimiento y factores genéticos. Investigaciones llevadas a cabo en diferentes países tratan de localizar los cromosomas o genes que son responsables de esta 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 transcurso del desarrollo. Aún no se han realizado estudios detallados sobre los estados clínicos asociados al síndrome de Asperger, pero se sabe que es común encontrar problemas durante el nacimiento en las personas con este síndrome.

2. Patología del cerebro. Las últimas investigaciones aluden a que están implicadas las zonas como el sistema límbico y el cerebelo (Baumam y Kemper,). Es muy probable que estas áreas interfieran con el proceso de todo tipo de información recibida a través de los sentidos y que tengan efectos considerables sobre el aprendizaje, en la respuesta emocional y sobre la conducta en general. Continúan investigaciones sobre los neurotransmisores implicados en la transmisión cerebral 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 patológicas. Los desarrollos más recientes en ésta área se enfocan al crecimiento o desarrollo de los pensamientos y los sentimientos de las otras personas en los niños normales. Esto es conocido como "I" teoría de la mente" (Cohem, 1995). Se realizó una investigación al respecto en niños con autismo del tipo Kanner y se encontraron diferencias importantes (Frith y Cohem). 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 el de la genética molecular, que ha dado lugar a localizar genes susceptibles para trastornos psiquiátricos potencialmente identificados con precisión y así entender sus consecuencias funcionales. Cook, Courchesnes y colas. (1997), usando una estrategia de asociación, reportaron una relación entre el autismo y la región promotora del gen transportador de la 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 podrán abrir el entendimiento de los procesos neuronales básicos involucrados.

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 habilitación 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 neurolépticos como el Haloperidol, así como anticonvulsivantes o estimulantes del sistema nervioso central, 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 cierta utilidad (Franhauser y cols. 1992).

La terapia farmacológica no contribuye de la misma forma a cada niño y ha sido modificada a través de mostrar excelentes o modestos resultados (Tanguay 2000). La terapia multivitáminica ha demostrado mejoría sobre ciertos sistemas cerebrales, sobre todo la vitamina B6; las anfetaminas tuvieron su auge en los 80s, 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 Ácido 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 multidisciplinarios, 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 bajo el enfoque de lograr una habilitación de las conductas del paciente autista.

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 (Escotto y Murga, 1999). 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 (Escotto, 1998), y con esto, tener una mejor adaptación. A través del mismo se busca que el niño y el terapeuta se conozcan y se entable 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.

El cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento.

Gilberg (1999), realizó un estudio, donde aplicó un cuestionario diseñado por él, buscando niños que presentaran algunos razgos clinicos para el espectro del autismo de alto rendimiento. Con este propósito, diseñó un cuestionario de 27 preguntas, con una modalidad des respuesta que abarcaba tres opciones, logrando con ello, proponer una alternativa en instrumentos que orienten hacia el diagnóstico del síndrome y que sea además breve y con cierta validez, puesto que ya con anterioridada se habían diseñado algunos instrumentos pero que eran demasiado complejos y extensos en su contenido.

5.- MATERIAL Y METODOS.

Instrumento de evaluación.

El cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo fue creado por Gilberg y colaboradores, quienes en 1999 realizaron un estudio, donde aplicó un cuestionario diseñado por él, buscando niños que presentaran algunos razgos clinicos para el espectro del autismo de a to rendimiento. Con es te propósito, diseñó un cuestionario de 27 preguntas, con una modalidad des respuesta que abarcaba tres opciones, logrando con ello, proponer una alternativa en instrumentos que orienten hacia el diagnóstico del síndrome y que sea además breve y con cierta validez, puesto que ya con anterioridada se habían diseñado algunos instrumentos pero que eran demasiado complejos y extensos en su contenido.

El estudio de Gillberg (1999), 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 período 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 Connors y Rutter, estos dos últimos se incluyeron para la evaluación de la validez y confiabilidad del cuestionario (ASSQ). 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 (ASSQ) fue -1.96 ; $t(104) = -2.39$; $p=.0188$; IC del 95%: -3.59 $-.33$ 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 (ASSQ) 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 (ASSQ) 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 (ASSQ) y la escala de Rutter fue $r=.75$, $n=107$, p menor que .0001, y en el cuestionario (ASSQ) y el de Conners $r=.58$, $n=107$, p menor que .0001. La correspondencia entre las calificaciones del maestro en el cuestionario (ASSQ) y la escala de Rutter fue $r=.77$; $n=102$; p menor que .0001, y en el ASSQ 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 ASSQ y las escalas de Conners y Rutter. Por otra parte, el ASSQ 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 (ASSQ) 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 (ASSQ) 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.

El modelo de espectro observa al autismo como un trastorno en cuyas manifestaciones pueden variar de moderadas a severas, con un grado variable en la manifestación y presentación de los casos. En muchas ocasiones, la gravedad de los síntomas, puede ser mínima y pasar inadvertida para los padres o inclusive para los maestros, llegando a alcanzar un grado escolar, sin que pudiera representar una prioridad la búsqueda de atención. Los pacientes del espectro autista, comparten ciertas características en común; siendo las más evidentes, las que se refieren a problemas en la interacción social y en la comunicación pragmática cuya conducta, interés, y actividades son disfuncionales socialmente, pero dichos síntomas no son tan severos y suficientes para tener el criterio para autismo.

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.

El cuestionario consta de 27 preguntas, cada una con opción de 3 respuestas, que pueden ser: con valor (0) que indica normalidad, Algo (1) que indica cierta anormalidad y Sí (2) que indica anormalidad definida. Los ítems utilizados, fueron seleccionados de acuerdo a los que reflejan mejor la conducta característica del síndrome de Asperger. Once ítems sondean tópicos relacionados con la interacción social, seis cubren problemas de comunicación y cinco se refieren a conducta restringida y repetitiva, los ítems 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 (ver anexo).

Este instrumento no fue diseñado con fines diagnósticos, sino que es una medida para identificar a niños que necesitan una evaluación más amplia.

En conclusión, los presentes datos sugieren que el cuestionario (ASSQ) 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.

Actualmente no se ha realizado la validación de éste cuestionario en el país, la traducción al español del cuestionario se hizo por un panel de expertos, Paidopsiquiatras con experiencia clínica en el manejo de pacientes con trastornos del desarrollo.

5.2. Sujetos de evaluación.

Los sujetos que se evaluaron, fueron alumnos con edades entre los 12 y los 16 años de edad, que se encontraban inscritos en la escuela secundaria que se seleccionó. Fueron hombres y mujeres que cursaban uno de los tres grados de educación secundaria y que asistían regularmente a la escuela. La población evaluada se eligió de forma aleatoria y comprendió aproximadamente a la tercera parte de la población escolar. Es decir, se acudió a una escuela secundaria, cuya distribución por grados, correspondía a seis grupos de primer grado, seis

grupos de segundo grado y seis grupos de tercer grado. Los sujetos evaluados fueron dos grupos de primero, dos grupos de segundo y dos grupos de tercero.

5.3. PROCEDIMIENTO.

Se acudió a una escuela secundaria, cercana a la localidad de residencia del responsable del proyecto, esto condicionado para tener mayor y rápido acceso a la información que se obtuviera. Se eligió la secundaria en forma aleatoria y a continuación procedimos a solicitar una entrevista con el director del plantel del turno matutino. En esa entrevista expusimos claramente los propósitos de la investigación y los motivos por el que nos inclinábamos a evaluar alumnos de esas edades. Una vez obtenido el consentimiento, solicitamos una entrevista con los profesores titulares de cada uno de los grupos. A ellos se plantearon los mismos objetivos. Se explicó que su colaboración resultaría de mucha importancia y que no todos participarían de forma igual. Pasado esto, procedimos a realizar un sorteo al azar para elegir la cantidad de sujetos que se evaluaría por medio del instrumento mencionado.

Una tercera visita a la escuela fue hecha para dar a conocer el instrumento y explicar brevemente la forma de ser evaluado el alumno. Las puntuaciones que se obtienen y de cómo cada profesor debía llenarlo. Se estableció una fecha posterior para la recolección del cuestionario. Esta fecha consistió en 30 días +/- 7 días para la obtención de los instrumentos. Una última entrevista fue para dar a conocer los posibles casos que habían sido encontrados al revisar la evaluación realizada. Es importante señalar que el tiempo otorgado para la recolección se prolongó hasta 3 semanas más, debido a que no todos los profesores habían realizado la evaluación.

Con los instrumentos recolectados se procedió a concentrar los datos en una base de datos, utilizando el programa de Excel versión 98.

Se analizaron y discutieron los resultados que se presentan a continuación.

6. RESULTADOS.

Se seleccionaron un total de 177 alumnos de la escuela secundaria para ser evaluados con una edad entre 12 y 16 años de edad. Se entregaron un número similar de cuestionarios a los profesores titulares de los seis grupos asignados.

La muestra se redujo a 119 alumnos evaluados por sus profesores titulares a través del instrumento descrito. De los 119 alumnos evaluados, 56 fueron del sexo femenino (47%) y 63 del sexo masculino (53%). La distribución por edad fue de la siguiente manera: 6 alumnos de 12 años (5.04%), 23 alumnos de 13 años (19.33%), 57 alumnos de 14 años (47.9%), 29 alumnos de 15 años (24.37%) y 4 alumnos de 16 años (3.36%) (Ver tablas y gráficas en anexo). De acuerdo al grado escolar, fueron 29 alumnos de primer grado (31%), 55 alumnos de segundo grado (45%) y 37 alumnos de tercer grado (24%).

Uno de los profesores no entregó sus cuestionarios evaluados, debido a que por cuestiones de trabajo, el tiempo asignado no fue suficiente.

Para Gilberg y colaboradores (1999), el punto de corte para evaluar el cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo es de 19 puntos para los padres y 22 para los maestros. De acuerdo con el autor, estas puntuaciones identifican al 91 y al 90% respectivamente, de todos los trastornos del espectro autista en su muestra principal. En nuestro reporte,

ninguno de los 119 cuestionarios evaluados alcanzó esta puntuación. Solo se registraron uno con 14 puntos y otro más con 12 puntos. Aunque Gilberg y colaboradores reconoce que se pueden utilizar puntuaciones más bajas para considerar el punto de corte, esto acarrearía un elevado número de posibles falsos positivos y que se pueden traslapar con otros trastornos, donde se encuentra alterada la conducta o la interacción social, sin ser necesariamente trastornos del espectro autista.

Estos dos casos de más alta puntuación y algunos más, necesitan una evaluación más minuciosa para determinar si realmente presentan alguna entidad diagnóstica o no.

A continuación procedimos a evaluar el tipo de respuesta que se observaron por sexo; para ello agrupamos en forma deliberada las preguntas del instrumento de cinco grandes grupos que fueron: problemas en el uso del lenguaje hablado, dificultades en la interacción social, conductas ritualísticas y obsesivo-compulsivas, datos sugestivos de tics motores y otros. Observado que para cada grupo, hubo respuestas de aparente positividad. Por ejemplo, para el grupo de problemas en el uso del lenguaje hablado, se reportaron 33 sujetos masculinos y 33 de sexo femenino con positividad fluctuante entre 1 y 2 puntos respectivamente. En las dificultades de la interacción social se registraron 77 de sexo masculino y 56 de sexo femenino, siendo éste el puntaje más elevado de todas las preguntas que registraban positividad. En el área de conductas ritualísticas y sugestivas de conductas obsesivo-compulsivas hubo un punto para masculino y 2 para femenino. En sugestivos de tics motores, 24 para sexo masculino y 25 para sexo femenino. En otros, 16 para sexo masculino y 15 para sexo femenino, dando un total de 150 puntos en general para el sexo masculino y 131 para el sexo femenino.

6.1. Discusión.

Para Gilberg y colaboradores (1999), el punto de corte para evaluar el cuestionario de tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento y otros trastornos generalizados del desarrollo es de 19 puntos para los padres y 22 para los maestros. De acuerdo con el autor, estas puntuaciones identifican al 91 y al 90% respectivamente, de todos los trastornos del espectro autista en su muestra principal. En nuestro reporte, ninguno de los 119 cuestionarios evaluados alcanzó esta puntuación. Solo se registraron uno con 14 puntos y otro más con 12 puntos. Aunque Gilberg reconoce que se pueden utilizar puntuaciones más bajas para considerar el punto de corte, esto acarrearía un elevado número de posibles falsos positivos y que se pueden traslapar con otros trastornos, donde se encuentra alterada la conducta o la interacción social, sin ser necesariamente trastornos del espectro autista.

El método empleado por Gilberg (1999), no fue el mismo que empleamos nosotros, puesto que sólo utilizamos un instrumento y un solo evaluador, por otro lado, nuestra población fue elegida en forma abierta. La apreciación entre el maestro del alumno y del padre del mismo, muestra diferencias significativa. Sin embargo, por cuestiones de tiempo y por no haber una clara participación de los padres, no se aplicó la segunda fase del cuestionario.

Llama la atención que a pesar de no existir puntajes significativos para considerar la presencia de un síndrome del espectro autista, se reportan en las diversas áreas del cuestionario, datos de importancia, como lo son la presencia de posibles alteraciones en la comunicación social y hablada, así como la posibilidad de alumnos con probables tics motores y conductas ritualísticas. Cabe destacar que en el área de la interacción social fue donde se observaron los mayores puntajes. El instrumento no es diagnóstico, sin embargo puede orientar a la presencia de –quizá-, cierta anomalía en la conducta de los sujetos estudiados. Sin embargo, no pudo ser evaluada la parte de los padres, que puede brindar un perfil diferente de apreciación del sujeto, con lo que pudieramos establecer diferencias significativas entre las evaluaciones. La posible presencia de alteraciones debería de alertar sobre el índice de conductas anormales o que al menos, pueden ser identificadas por los maestros y padres de los alumnos.

Se pueden establecer algunos aspectos hipotéticos sobre el instrumento, como el que las preguntas sean interpretadas de una forma diferente a la planteada y por ello se pueden elevar los puntajes, sin embargo, no podríamos hacerlo de una forma categórica, pues la información obtenida, no fue satisfactoria como se planteaba al inicio del estudio.

7. CONCLUSIONES.

- Es urgente establecer un programa de investigación más estructurado, para abarcar un mayor número de población e identificar a los posibles casos del espectro autista con la finalidad de realizar una intervención temprana en ellos
- El estudio tiene muchas limitaciones y por ello los resultados no tienen validez significativa, sin embargo, es un antecedente que puede quedar establecido, como una forma para plantear nuevas estrategias en la búsqueda del diagnóstico de este trastorno.
- La prevalencia del síndrome de Asperger y otros trastornos generalizados del desarrollo, se observa como lo reportan los diversos estudios llevados a cabo en el extranjero.
- Los trastornos del espectro autista necesitan ser identificados más claramente, de ello depende una intervención y una habilitación de estos pacientes, que la mayor parte de su vida pueden pasar inadvertidos o que se catalogan como individuos "raros", que a condición de ello, pueden sufrir diversos problemas de adaptación y no ser individuos productivos o autosuficientes en condiciones más mínimas.
- El cuestionario de Tamizaje para el espectro autista de alto rendimiento de Gilberg, es un instrumento útil fácil de resolver, que aporta datos sugestivos de un probable trastorno del espectro.
- El instrumento utilizado puede ser llevado a una población abierta sin crear aparentes dificultades en su evaluación.
- Se requiere de un proyecto con mayor estructura para la recolección y análisis de los resultados, ya que las condiciones geográficas y otras circunstancias ajenas a la planeación, interfieren con el desarrollo y buena interpretación de los mismos.
- Considero que se pueden crear programas de intervención a nivel de la población abierta, con el fin de orientar sobre la posible detección del problema, llevando a una rápida canalización con los profesionales relacionados con el tema, ya que de ello depende mucho el tipo de pronóstico que observen estos niños.

6.- BIBLIOGRAFIA.

- Trastornos Mentales y del Comportamiento, (1992), Clasificación Internacional de las Enefermedades. ediciones Monitor.
- Ehlers, S. Gilberg Ch.; and Wing, L. (1999). Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and other High Functioning Autism Spectrum Disorders in School age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*; 29, 120-141.
- Escotto, J. 1994 in 14th International Congress of International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. August. Estockholm, Sweden.
- Escotto, J y Murga E, (1999), Programa de Terapia Ambiental. Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.
- Garrica, R; (1994), Historia del concepto. en. *Esquizofrenia* ;México D.F. :Psicofarma.
- Gillberg, C., Pearsson, 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, pags. 68-74.
- Gilberg, C. Infantile Autism: diagnosis and treatment, 1990. *Acta Psychiatr. Scand*; Vol. 81: 209-215.
- Gillberg, C; Coleman, M ;(1992) *The Biology of the Autistic Syndrome* (2nd edit), New York: Mac Keith press
- Howlin, P. (1998). Practitioner Review: Psychological and Educational Treatments for Autism. *J. Child Psychol. Psychiat.*:Vol. 39, No. 3: pags. 307-322.
- Kanner, L. (1976), en Autismo infantil precoz. *Psiquiatria Infantil*, Ediciones siglo veinte, Buenos Aires; pags. 737-747.
- Kolvin, I. (1971) "Studies in the childhood psychoses: I. Diagnostic criteria and classification", *British Journal of Psychiatry*. 118. pags. 381-384.
- Manual Diagnóstico y Estadístico (1995), Masson. Barcelona, España.
- Rutter, M. (1968) "Concepts of autism: a review of research", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 9, pags 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.
- Tanguay, P.E.(2000); Pervasive Developmental Disorders: A 10-Year Review. *J. Am. Acad. of 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.

Volkmar, F; Schultz, R; and cols. (1996). Asperger's Syndrome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, Vol. 35:1; 118-123.

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

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

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

Wing, L; Stone, W; Bernet, W; Volkmar, F; et al (1999). Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adults With Autism and Other Pervasive Developmental Disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38:12, Supplement, December. 32s-55s.

ANEXO.

**INTRUMENTOS Y GRAFICAS DE
RESULTADOS.**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN S. GILBERG"
 CUESTIONARIO DE DETECCIÓN DEL ESPECTRO AUTISTA DE ALTO RENDIMIENTO
 (S. Ehlers, Ch. Gillberg, L. Wing, 1999) (De 7 a 16 años)

Nombre del niño _____
 Nombre del examinador _____

Fecha de nacimiento _____
 Fecha de evaluación _____

Este cuestionario es para tí de otros niños de su edad por lo siguiente:

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

Gráfica 1

Distribución de la población por sexo

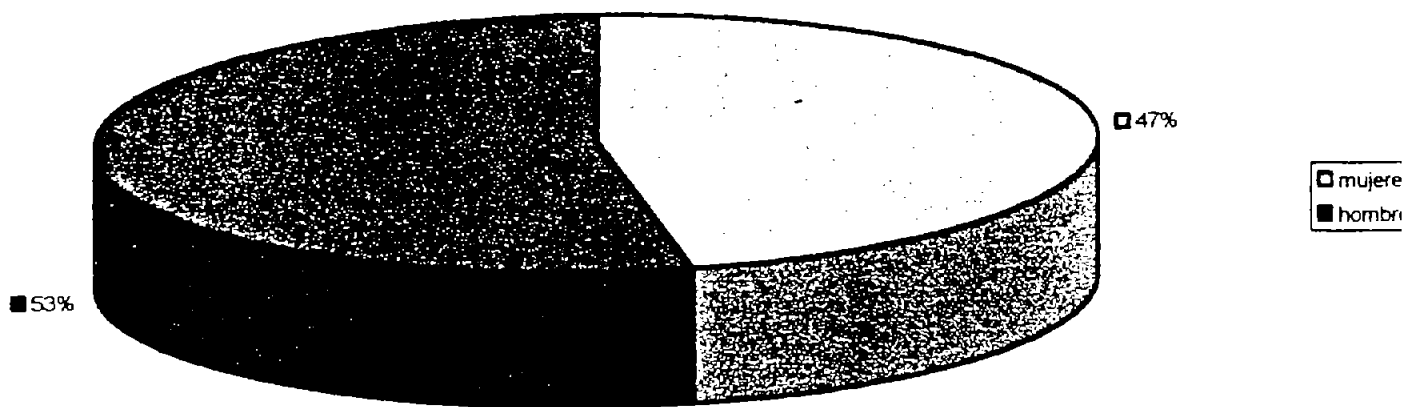
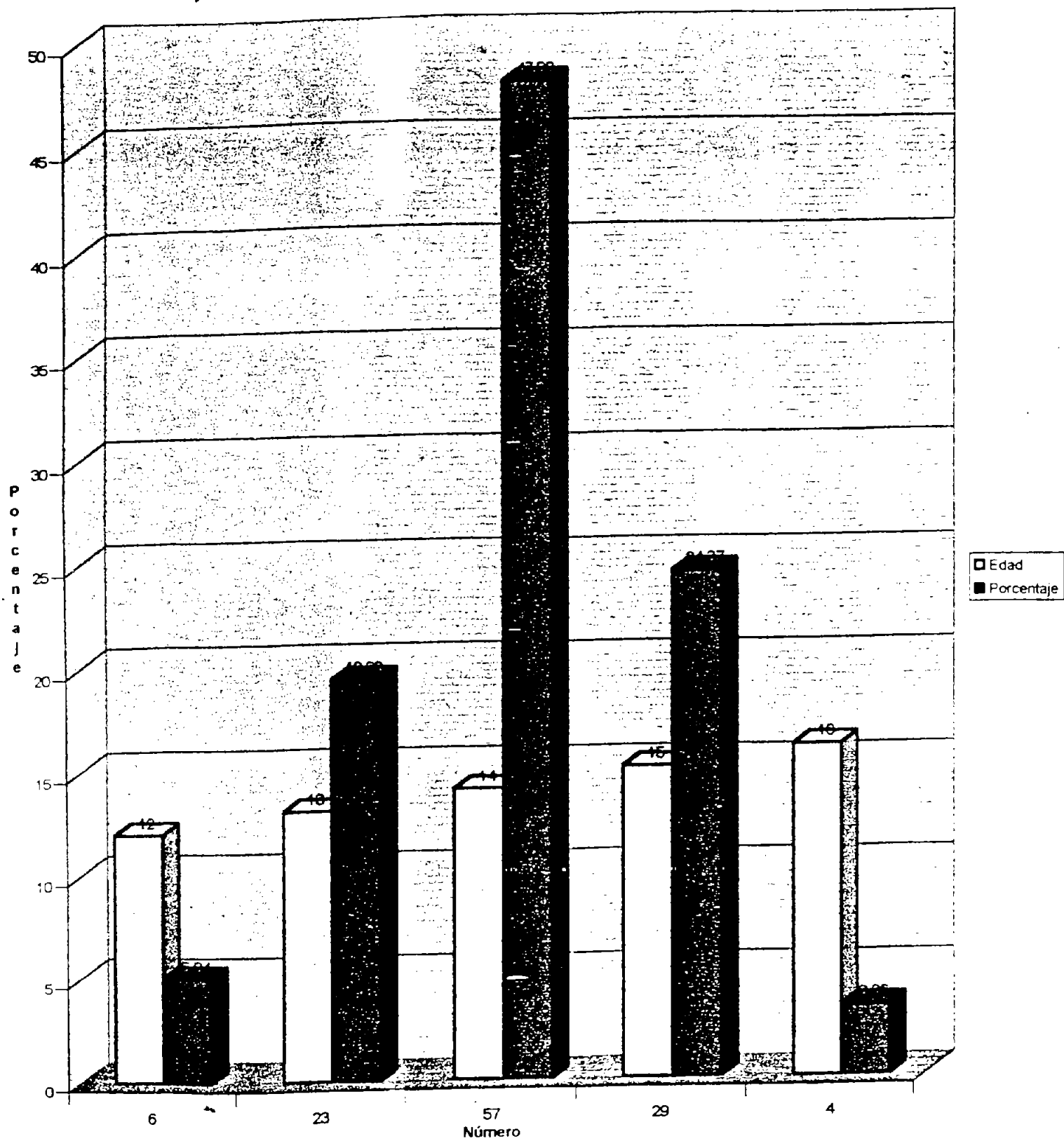


Tabla 1	Número	Porcentaje
Mujeres	56	47%
Hombres	63	53%

Gráfica 2. distribución de la población por edad



Gráfica 3 distribución de la población por escolaridad

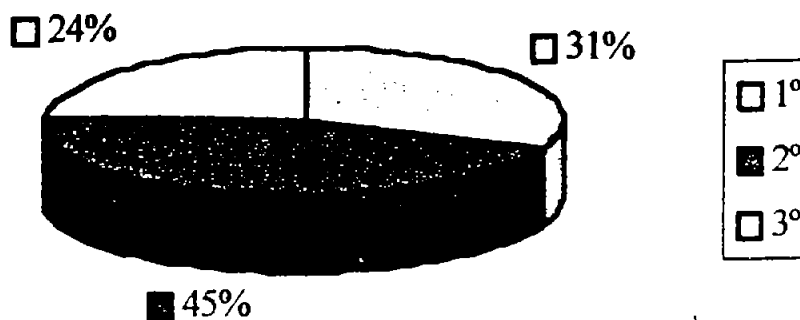


Tabla 2 distribución de la población por edad

Edad	Número	Porcentaje
12	6	5.04
13	23	19.33
14	57	47.90
15	29	24.37
16	4	3.36
Total	119	100