

01962  
N-5  
2Ej)



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
División de Estudios de Posgrado

“El Autismo: Un estudio Epidemiológico y  
propuesta diagnóstica.”

## T E S I S

Que para Obtener el Grado de:  
MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA

Presenta:  
Cecilia Méndez Sánchez

### SINODALES:

- Asesor: Mtra. Patricia Andrade Palos
- Dr. Mario Cicero Franco
- Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
- Dra. Rosa Korbman de Shein
- Mtra. Sofía Rivera Aragón

México, D. F.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1994



## **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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## DEDICATORIA

A mi padre, SALVADOR,  
por la confianza y el  
apoyo que me ha demos-  
trado en todo momento.

A mi madre, ESTHELA,  
por su apoyo incondi-  
cional aún cuando no  
comparte mis metas.

A mis hermanas, HILDA,  
ROSARIO Y LILIA, por  
su comprensión.

A mis sobrinos, KAREN  
y EDSSON, por la alegría  
que trajeron a mi vida.

A tí compañero querido,  
PEDRO, por los momentos  
vividos.

A mis amigos todos,  
por su compañía.

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Paty, por todo su ayuda y paciencia para la asesoría en el desarrollo de la presente tesis.**

**A los directivos del Centro DOMUS, que me proporcionaron información.**

**A los directivos del Centro de Autismo, UIC, por la información que me proporcionaron.**

**A los directivos del Centro CLIMA, por la información que me proporcionaron.**

**A Gonzo, amigo del alma, y Martha, compañera inseparable, por todo su paciencia, apoyo y consejo.**

**A todas aquellas personas que de alguna manera hicieron posible la realización del presente trabajo.  
A todos muchas gracias.**

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
I. ANTECEDENTES	
En torno al concepto del Autismo .....	3
Síntomas del Autismo .....	5
Incidencia .....	8
Etiología .....	10
Diagnóstico .....	12
Diagnóstico Diferencial .....	17
Análisis Funcional.....	19
II. METODOLOGIA.....	24
III. RESULTADOS.....	28
IV. DISCUSION .....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	64
APENDICES	
A. Formato de la técnica de redes semánticas.....	70
B. Redes semánticas de los trabajadores para el concepto de autismo. Categorías Diagnósticas.....	72
C. Redes semánticas de padres de sujetos autistas para el concepto de autismo. Categorías Diagnósticas. ....	78
D. Redes semánticas de padres de sujetos no autistas para el concepto de ..... autismo. Categorías Diagnósticas. ....	85
E. Guía de datos epidemiológicos. ....	92

## INTRODUCCION

En la actualidad, la población infantil está teniendo especial importancia en el campo de la salud, debido a los altos índices de enfermedad, no sólo física sino también de tipo psicológica. Dentro del área de la salud mental podemos encontrar infinidad de trastornos que presentan los niños, que varían en tipo y gravedad. Uno de los trastornos que más llama la atención, es precisamente lo que se suele denominar "Autismo". Desgraciadamente existe poca información estadística que indique cuan frecuente se presenta en niños mexicanos, ya que solamente se encuentran algunos datos que una vez más, hacen necesaria esta información.

Al respecto, se localizaron datos como los de León, R. (1975), quien realizó su tesis de licenciatura en psicología en la Facultad de Psicología de la UNAM sobre el autismo, en donde reporta que encontró en ese año 45 sujetos con autismo en 12 instituciones, una de ellas carecía de estos datos y por otro lado, que al entrevistar a 10 psiquiatras, se encontró con 23 casos más; pero que estos datos eran aproximados dado que no se contaba con estudios descriptivos al respecto.

Por otro lado, en 1992, se acudió para la realización de éste trabajo a diferentes instituciones como son: SOMAC (Sociedad Mexicana de Autismo), CLIMA (Clínica Mexicana de Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C.), DOMUS (Centro Pedagógico), UIC (Centro de Autismo), así como la Dirección General de Estadística e Informática y Evaluación de la Secretaría de Salud, para determinar datos tanto por defunciones como por morbilidad -en defunciones sólo se encuentran 2 casos para 1990 y se desconocen más datos actuales y respecto a morbilidad no se tienen estos datos-; en todos estos lugares se presentó la misma respuesta: se carece de este tipo de información. Se buscó en artículos referentes a salud mental infantil y se encontraron los mismos resultados en relación específicamente con el autismo. Además de esta ausencia de información, se encontró con que no hay criterios específicos para la evaluación y tratamiento de estos sujetos por lo que se considera una necesidad que debe ser respondida de manera urgente y precisa.

Dado el desconocimiento que todavía se tiene acerca del autismo a pesar de que se han realizado muchas investigaciones desde que éste fué identificado, el presente estudio pretendía lograr lo siguiente:

- a) Conocer el significado que se tiene sobre el autismo en diferentes sectores de la población (específicamente padres de sujetos con autismo, padres de familia en general y personas que trabajan con sujetos autistas).
- b) Identificar los factores que se encuentran asociados más frecuentemente con la presencia del autismo.
- c) Identificar las conductas o síntomas considerados como más problemáticas de algunos sujetos autistas.

- d) Identificar algunas características sociodemográficas de la población identificada como autista.
- e) Identificar los criterios diagnósticos utilizados en estos casos.

La información se obtuvo de diferentes maneras:

1. Para conocer el concepto que se tenía del autismo se utilizó la Técnica de Redes Semánticas. Con el formato utilizado se cubrieron los objetivos a y c.
2. Para el cumplimiento de los objetivos b y d, se llevó a cabo una revisión de expedientes.
3. Para cumplir el objetivo e, se realizó una entrevista con la persona encargada del centro o bien con quien fuese asignada como responsable para proporcionar dicha información.

Todo esto nos llevó finalmente a una descripción más clara del problema, tipo de pacientes y métodos diagnósticos más utilizados en este campo, que nos permitieron diseñar técnicas de evaluación más específicas.

La organización del presente trabajo incluye por una lado una parte introductoria al fenómeno estudiado, en donde se presenta básicamente el marco teórico que abarca aspectos desde el concepto de lo que es el autismo hasta los diferentes modelos diagnósticos existentes de este trastorno, así como sus dificultades y alternativas diagnósticas. Por otro lado, le sigue el aspecto de la metodología utilizada en la investigación y, finalmente se termina con el análisis de resultados y discusión de los mismos. En último lugar, se presenta un apéndice, en donde se muestran los formatos utilizados para la realización de este estudio, así como el análisis de las redes semánticas en sus distintos niveles.

Aún cuando los resultados no son definitivos dadas las dificultades enfrentadas, se pudo detectar una ausencia de metodología para la evaluación del trastorno, y por ende una falta de consenso sobre el tratamiento de estos sujetos, a los que antes de tener un diagnóstico del trastorno que padecen, reciben uno o varios diagnósticos diferentes. Por otro lado se pudieron identificar en los sujetos investigados algunos aspectos que concuerdan con la teoría general del autismo, pero otros datos no se pudieron comprobar y en otros casos hay contradicciones. Finalmente, respecto al concepto que se tiene del autismo, se observa una falta de información de este trastorno, no sólo en la población general sino también a nivel profesional.

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES: EN TORNO AL CONCEPTO DEL AUTISMO

En la actualidad es muy común escuchar hablar de autismo o bien el que se expresen de un niño que presenta ciertas características conductuales, como autista. Es la generalidad del uso de este término al que se recurre frecuentemente, lo que llama la atención, ya que se suele encontrar en la literatura científica una gran variedad de acepciones sobre el mismo.

Leo Kanner fue la primera persona que identificó y clasificó en 1943 a las manifestaciones conductuales de un grupo de niños (11 casos) con un trastorno que él denominó Autismo, basándose en sus observaciones e inferencias sobre los mismos (Newson y Rincover, 1979). Estos datos los presentó en el artículo "Autistic Disturbances of Affective Contact" donde enfatiza varias conductas inadecuadas para conformar su criterio diagnóstico, el cual será revisado posteriormente, aunque actualmente se comenta que dicho criterio no presenta límites objetivos para el diagnóstico del autismo.

Esta falta de delimitación del autismo, ha originado de cierta manera que varios investigadores al tratar de diagnosticar a varios sujetos buscando apearse al máximo a lo establecido por Kanner, no hayan logrado discriminar con claridad a los niños que presentan dicho trastorno de los que no lo presentan, por lo que se ha optado por una solución cómoda que responda a las necesidades de los investigadores, así como desde el punto de vista o enfoque en que sea valorado.

Cabe mencionar que algunos autores se refieren al autismo como un síndrome de la niñez, cuyos inicios se dan en los primeros meses de vida del sujeto y que presenta un conjunto de manifestaciones cognitivo-conductuales (Gillber, 1990a.; Gilbert, 1990b.; DSM-II, 1990; Paluszny, 1987).

Otros científicos, específicamente los neurólogos, al hablar de autismo se refieren a un término con el cual describen dos aspectos fundamentales: la calidad de las conductas sociales y la comunicación, más que como una entidad diagnóstica (McKinlay, 1989). Por otro lado, hay quienes se refieren al Autismo como un trastorno generalizado del desarrollo (DSM-III-R), o bien un término utilizado para describir un desorden con manifestaciones clínicas amplias en su presentación (Allen, 1988).

Finalmente, está la postura de Rutter (1978), quien dice que el Autismo se puede conceptualizar de dos maneras diferentes: son clasificados por un lado como un Nivel Diagnóstico en el que muchos niños presentan ciertas incapacidades específicas en desarrollo y por el otro lado como un constructo hipotético, es decir el nombre que se le atribuye a una enfermedad con manifestaciones conductuales específicas y que todavía está en proceso de descubrirse.



Aún más, al referirse al autismo se suelen utilizar otros nombres cuyo significado se pretende sea el mismo, por lo que se puede encontrar el que se haga referencia a este trastorno como autismo en la niñez, psicosis infantil o bien síndrome de Kanner (DSM-III, Paluszny, 1987), autismo normal primario, autismo encapsulado secundario, esquizofrenia de tipo autista, desarrollo atípico de la niñez con rasgos autistas y retraso mental asociado con autismo (Paluszny, 1987).

Como se puede ver, no sólo en el uso del concepto existe desacuerdo, sino también en las áreas que se encuentran afectadas en la vida del sujeto, y que se especifican de gran importancia para poder clasificar y/o diagnosticar a un niño como autista.

En el DSM-III-R hay cuatro grandes áreas en que pueden encontrarse las diferentes manifestaciones del trastorno: deterioro cualitativo en la interacción social, deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal, actividades e intereses notablemente restringidos y edad de inicio; en el DSM-III se especifican tres áreas: Autismo o falta de respuestas a los demás, deterioro en la comunicación y respuestas extrañas o inadecuadas al ambiente.

Algunos otros disminuyen el número de las áreas afectadas, como Srinath, Chowdhury, Bhide, Narayanan, et al. (1989); y Allen (1988), quienes realzan tres aspectos en las que se presentan déficits y alteraciones marcadas desarrollo: social, lenguaje y conducta estereotipada.

Otros incrementan el número de áreas implicadas, como por ejemplo los déficits cognoscitivos (Baron-Cohen;1990 y White y Owens;1989), Reiss y Freund (1990) en su lugar agregan las respuestas inusuales a la estimulación sensorial; Handleman (1986) menciona que entre los criterios de la American Psychiatric Association (APA) y la National Society of Autistic Children (NSAC) se incluyen tanto los aspectos cognoscitivos como las respuestas a la estimulación sensorial; Simons y Oishi (1987) incluyen además la necesidad de estabilidad, síntomas no específicos y conducta autoagresiva; y por último Lovaas (1984) agrega aún más la elevada tasa de conductas autoestimulatorias.

El único acuerdo existente entre todos éstos, es el de la edad de inicio, en la cual concluyen que se presenta en los primeros meses de vida del sujeto (30 meses) y que se presenta en forma definitiva a los 3 años de edad en el 75% de los casos (Gillberg, Ehlers, Schaumann, Jakobsson, et al.; 1990) aún cuando se puede aclarar que la identificación certera del trastorno es muy difícil de lograr, dados los repertorios conductuales limitados del sujeto a temprana edad y que, conforme el niño va creciendo, es más fácil incluso para los padres identificar estas manifestaciones.

## SINTOMAS DEL AUTISMO

A través del tiempo y de las múltiples investigaciones de este trastorno, se han podido identificar cada vez más tanto los síntomas que se consideran específicos del autismo, así como aquellos síntomas o manifestaciones no específicas del mismo o que suelen ser asociadas a éste.

A continuación se presentarán cada uno de los síntomas, comenzando por los específicos con su definición, y continuando con los no específicos.

### a) Síntomas Específicos:

- Inicio Temprano: es el primer síntoma que se menciona y se refiere a la edad en que se suele presentar el trastorno, identificado desde el nacimiento o bien antes de los dos años y medio de vida del sujeto (DSM-III-R, 1991; DSM-III, 1990; Simons y Oishi, 1987; De Villard, 1986 y Ritvo, 1983; Watkins, Asarnow y Tanguay, 1988).

- Evitación de cualquier contacto físico: específicamente esto suele ser reportado como el hecho de que el niño rechace ser abrazado principalmente, o bien que al tenerlo en brazos, éste permanezca inmóvil y rígido (DSM-III, 1990; Pedersen, Livoir y Schelde, 1989; Simons y Oishi, 1987; y Lovaas, 1984).

- Ausencia de contacto visual: generalmente el niño no mira a los ojos, y que en algunos casos hay visión periférica y miran a los otros como si éstos no existieran (DSM-III, 1990; Williams, 1990; Pedersen, Livoir y Schelde, 1989; Simons y Oishi, 1987 y Lovaas, 1984).

- Ausencia de comunicación tanto verbal como no verbal: los niños generalmente no manifiestan ninguna expresión facial (DSM-III, 1990; Williams, 1990; Simons y Oishi, 1987; Damasio, 1984; Ritvo, 1983; Martin, England, Kaprowy, Kilgour y Pilek, 1982).

- Ausencia de respuestas emocionales apropiadas: manifestado principalmente por aislamiento afectivo y labilidad emocional (DSM-III, 1990; Williams, 1990; Simons y Oishi, 1987; Lovaas, 1984).

- Lenguaje, ausencia y/o desarrollo mínimo: si éste se encuentra presente se puede presentar ecolalia, inversión de pronombres, afasia nominal, lenguaje metafórico, entonación anormal, etc. (DSM-III, 1990; Williams, 1990; Bagley y McGeein, 1989; Myles, Anderson, Constant y Simpson, 1989; Simons y Oishi, 1987; Lovaas, 1984; Ritvo, 1983 y Metz, 1982).

- Coeficiente Intelectual: el 60% tiene un CI por debajo de 50, el 20% oscila entre 50 y 70 y el otro 20% presenta un CI de 70 en adelante (DSM-III, 1990; Simons y Oishi, 1987 y De Villard, 1986).

- Bajos niveles de pensamiento abstracto, conceptualización, simbolismo y razonamiento lógico (DSM-III, 1990, Simons y Oishi, 1987).
- Fracaso en las conductas de vinculación: en los primeros años de vida del sujeto las conductas de apego con los padres parecen ausentes, posteriormente al crecer se van desarrollando más vínculos con los padres o bien con las personas que los cuidan y por otro lado, hay un marcado apego hacia los objetos inanimados (DSM-III, 1990; Hobson, 1990; Bagley y col, 1989; Damasio, 1984; Lovaas, 1984; Ritvo, 1983; Martin y col, 1982; Metz, 1982).
- Buena ejecución en actividades de memoria, manipulaciones mecánicas y matemáticas y habilidades viso-espaciales (DSM-III, 1990; Simons y col., 1987).
- Necesidad de estabilidad: los niños reaccionan con stress ante los cambios de su medio ambiente a menos que ellos mismos los provoquen (DSM-III, 1990; Konstantareas, Homatidis y Busch, 1989; Simons y col, 1987; y Metz, 1982).
- Sobrereacción a la estimulación sensorial, principalmente hacia los movimientos giratorios, objetos brillantes, etc. (DSM-III, 1990; Myles y col, 1989; Simons y col, 1987; Ritvo, 1983).
- No reacción ante el dolor (Simons y col, 1987; Ritvo, 1983).

#### b) Síntomas No-Específicos o Asociados:

- + Hiperactividad (Simons y col, 1987): niños muy inquietos y que no mantienen la atención en alguna actividad por mucho tiempo.
- + Sueño anormal (Simons y col, 1987): duermen poco, tardan mucho en quererse ir a dormir.
- + Temores y fobias (Simons y col, 1987): respuestas de miedo extremo ante diversos estímulos del medio.
- + Retraso en las habilidades de autocuidado (Williams, 1990; Simons y col, 1987; Lovaas, 1984): desarrollan pocas habilidades para valerse por sí mismo y sin realizar actividades que van en pro de su bienestar físico y mental.
- + Dificultades para mantener el equilibrio y en la coordinación motora fina (Simons y col, 1987; Damasio, 1984).
- + Carácter violento (Simons y col, 1987): son muy irritables cuando se les perturba.

+ Conductas autoestimulatorias y autodestructivas (DSM-III, 1990; Williams, 1990; Myles y col., 1989; Simons y col, 1987; Lovaas, 1984; Martín y col, 1982): el niño se envuelve en acciones que le provean estimulación propioceptiva, o bien en conductas que le provocan daño físico.

+ Conductas rituales motoras (DSM-III, 1990; Damasio, 1984; Metz, 1982): conductas motoras repetitivas.

+ Interés por la música (DSM-III, 1990): se ha visto que son muy sensibles a la música.

+ No apreciación de peligros reales (DSM-III, 1990): realizan actividades que ponen en peligro su integridad física.

+ En el 25% de los casos, se presentan crisis convulsivas en adolescentes y en la edad adulta, cuando va aunado de un CI de 50 (DSM-III, 1990).

+ Intereses primitivos y limitada motivación (Myles y col., 1989; Metz, 1982): son pocos los estímulos que les llaman la atención.

+ Disturbios en la atención (Damasio, 1984): no se puede mantener atento por grandes períodos ante una situación o bien, mantenerse absorto por grandes períodos de tiempo en una sola actividad u objeto.

## INCIDENCIA

En los diferentes estudios epidemiológicos que se han realizado en torno al autismo, se han reportado varios datos recopilados en distintos países.

Gillberg (1990a) encontró que en Suecia por cada 1000 niños, uno tiene autismo.

Rimland en 1974 (en Newson, 1979) encontró que un niño de cada 20000 presenta el síndrome de Kanner y que 1 de cada 2500 son autistas.

Por otro lado, en Inglaterra según Lotter, hay 4.5 por cada 10000; según Bask, en Dinamarca son 4.3 por cada 10000 y, según Treffer, en Wisconsin son 0.7 por cada 10000 (García, 1990); mientras que en el DSM-III (1990) se menciona que de cada 10000 niños hay 2 ó 4 con autismo.

En los estudios que se han realizado con familias, en Utah 20 de cada 207 familias tiene más de un niño autista y que el autismo es mucho más frecuente en hijos de pacientes autistas que en la población general, por otro lado, la recurrencia del autismo es de 8.6% (Ritvo, Jordí, Mason-Brothers, Freeman et al., 1989).

De todos los casos de autismo que se presentan, hay un predominio en los varones (3 ó 4 niños por cada niña), sin diferenciarse razas, nivel socioeconómico e intelectual, apareciendo en las 2/3 partes de los casos la sintomatología a temprana edad y en el resto a los 2 ó más años (De Villard, 1986).

Además de estos datos, se han encontrado grandes diferencias según el sexo del sujeto que padece autismo, entre estas diferencias se pueden encontrar las siguiente:

- a) 3 veces más frecuente en niños que en niñas (DSM-III, 1990).
- b) Recurrencia: masculina 7%, femenina 14.5% de los sujetos que presentan autismo (Ritvo y cols., 1989).
- c) Si se le añade un CI inferior a 50 y un déficit masivo en la esfera cognitiva del lenguaje, es más grave en el caso de la mujer que en el hombre (De Villard, 1986).
- d) En los niños se ha encontrado mayor puntaje en: CI no verbal, habilidades de permanencia de objeto, lenguaje receptivo, imitación de movimientos, interacción con los

compañeros y mayores habilidades para verbalizar, a diferencia de las niñas (Konstantareas y col, 1989).

Son varias las investigaciones que se han hecho alrededor del estado actual de la salud mental en México, las cuales han arrojado importantes resultados, entre ellos se puede ver que ha habido un gran incremento en la creación de dependencias para la atención de los trastornos de la población; llamando la atención que el 71% de la población atendida en el Valle de México oscile entre los 3 y 12 años y que el 72% del total de la población atendida cursa los niveles preescolar y primaria, (Zimerman, Morales, Buendía y Saad, 1981). En una investigación posterior, Zimerman, Báez y Vargas (1981) especifican que el 50% de la población atendida en la muestra de centros de salud en el Valle de México, fluctúa entre los 6 y 12 años de edad; que en el 88% de los centros estudiados se atiende a pacientes de estas edades, donde el 23% de esta misma población corresponde a niños de 0 a 6 años de edad.

Por otro lado, De la Fuente (1982) plantea que los programas de atención para los niños ocupan aproximadamente el 40% de la consulta en diferentes Instituciones en el país, y que en el sector público, (Lartigue, 1983), la mitad de las instituciones encuestadas atienden en primer lugar a la población infantil, siendo las edades más frecuentes de los 6 a los 12 años de edad; siendo hasta el momento los únicos datos que se cuentan, ya no se han encontrado reportes de datos más específicos en salud mental y mucho menos referentes al autismo.

Estos datos llevan a reflexionar sobre aquellos aspectos que pueden estar presentes y que llevan al desarrollo de trastornos en el comportamiento de los niños, y que permiten a través de su conocimiento, no sólo tratar de modificar esas alteraciones, sino también implementar programas de prevención de la salud mental infantil.

Estos aspectos son en su mayoría de origen ambiental (70%) de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación de Zimerman, Báez y col. (1981), pero éstos no pueden ser generalizables a todos los trastornos infantiles en los que se está interviniendo. Uno de ellos en los cuales no se puede hacer esta generalización, es el autismo, sobre el cual todavía no se conoce mucho a pesar de que se han realizado infinidad de investigaciones desde que fué identificado por Kanner en 1943.

## ETIOLOGIA

El campo de la salud mental requiere de investigaciones que se realicen en su entorno. De la Fuente (1977) enfatiza que la eficacia de la planeación de programas de intervención en esta área requiere que se conozcan las necesidades actuales y futuras, en términos de incidencias, causas y consecuencias de los diferentes trastornos de la conducta.

Los datos de incidencia presentados anteriormente sobre el autismo, han despertado un gran interés por conocer más al respecto, pues hasta ahora los esfuerzos realizados en las intervenciones terapéuticas no han sido tan satisfactorios como lo son en otras entidades patológicas. Esto ha hecho que crezca cada vez más el interés por investigar aquellos factores que pueden estar presentes desde antes del nacimiento hasta los que están presentes durante y después del mismo, partiendo del supuesto de que si se conoce la causa del trastorno, la intervención terapéutica resultará beneficiada y por ende los programas preventivos.

Son muchas las investigaciones que se han realizado para identificar estos factores, y se han postulado varias hipótesis sobre las posibles causas del autismo. Algunos afirman que esto se debe a alteraciones del sistema nervioso o a trastornos cerebrales (Alvarez y Moissen, 1990; Castro, 1990; De Villard, 1986; De Rozental, 1986; García, 1990; Ishii, 1989; Reiss, Feinstein y Rosenbaum, 1986; Volkmar y Nelson, 1990; Wing, 1985; DSM-III); aunque no se ha podido encontrar un punto específico en estas alteraciones en la mayoría de los casos, o bien a irregularidades con la producción de dopamina y melatonina -hormona generada por la glándula pineal- (Ritvo, Creel, Realmuto y col., 1988).

Alvarez y col. (1990) y Garanto (1984) proponen que se debe a traumatismos en el tálamo de tipo prenatal. Otros arguyen que se debe a factores hereditarios o bien a factores genéticos, como por ejemplo la debilidad de cromosoma X (Brouner, 1981; Ciaranello, Vanderberg y Ander, 1982; De Rozental, 1983; De Villard, 1986; Garanto, 1984; Gillberg, Stufenberg, Borjesson y Anderson, 1987; Gillberg y col., 1990; y Weihs, 1973), en el DSM-III se dice que esto provoca una incidencia mayor, aunque también hay quienes rechazan esta postura y atribuyen como causa del autismo a las características de los padres (Wing, 1985), pues se ha encontrado que en algunos de los casos los padres suelen ser más inteligentes que los demás, tienden a ser "fríos" con sus hijos, son meticulosos y detallistas; otros afirman incluso que el trastorno se debe al rechazo materno o a malas relaciones con la madre, pues ésta adopta actitudes negativas hacia el

niño (De Rozental, 1983; De Villard, 1986; Garanto, 1984; Weihs, 1973; Wing, 1985) y esta tendencia se da principalmente entre los psicoanalistas (Walker, 1988) quienes además arguyen que no hay una empatía materna, que es un factor importante aunque no necesario (Marín, 1986), también se ha atribuido a complicaciones en el nacimiento (De Villard, 1986; Ishii, 1989) y ataques neonatales (Gillberg y col., 1990).

Por otro lado, hay quienes lo relacionan con la presencia de un padre pasivo y una madre dominante (Douché, 1990; De Rozental, 1983), o bien a un ambiente familiar hostil y adverso, donde se le brinda poca estimulación ambiental al niño (Alvarez y col., 1990; DSM-III y Garanto, 1984).

Existe también una marcada tendencia a adjudicarlo a enfermedades virales como la rubeola materna (Ciaranello y col., 1982; DSM-III; Garanto, 1984; Gillberg y col., 1987; Prior, 1987 y Wing, 1985); así como incluso se ha llegado a relacionar con la edad avanzada de la madre al momento del embarazo (Gillberg, 1984), el que los padres sean inmigrantes y a factores genéticos asociados con problemas familiares de tipo bilingües (Gillberg y col., 1987), a la separación del niño de alguna persona amada (Brouner, 1981), a enfermedades metabólicas sin especificar alguna (Ciaranello y col., 1982), así como al hecho de que sean primogénitos o hijos únicos (De Rozental, 1983; De Villard, 1986; y Weihs, 1973), y por último al maltrato infantil que provoca una retirada autística o difusa del mundo externo por parte del niño, habiendo con ello un triunfo de la pulsión de muerte que margina al niño (Marín, 1986; y Walker, 1988).

Como se puede observar, hay una gran variedad de factores que pueden ser considerados los causantes del autismo, esto ha llevado a algunos investigadores a afirmar que la causa específica aún no ha sido identificada (Ritvo, 1983) y que lo encontrado hasta ahora no se ha confirmado. Por otro lado, hay quienes viendo esta gran variedad de factores, afirman que el autismo posee una etiología multifactorial (Brouner, 1981; De Rozental, 1983; Navarro, 1989 y Taft, 1983), o bien a que las investigaciones no han sido acertadas debido a factores metodológicos en cuanto a la selección de las muestras utilizadas y a los criterios diagnósticos (Navarro, 1989 y Prior, 1987).

Estos resultados, como puede verse en las investigaciones que se han mencionado arrojan resultados contradictorios y no concluyentes sobre las posibles causas de este síndrome, esto puede deberse a que en la mayoría de los casos se carece de un grupo control, a problemas de confiabilidad (la información proporcionada por los padres), la mayoría de los estudios hacen inferencias y no se basan en datos objetivos de las conductas tanto de los padres como de los hijos, a la selección de las muestras (en su mayoría éstas son muy heterogéneas) y a que no se siguen los mismos criterios diagnósticos.

Lo anterior plantea la posibilidad de cambiar el rumbo de las investigaciones, dado que las intervenciones que parten de la premisa causal del trastorno visto de una



manera global, no han tenido los efectos esperados: la solución definitiva del mismo. Por lo que se sugiere que se parta de la intervención diagnóstica individualizada, considerando los factores presentes en cada caso y que mantienen los distintos síntomas autistas de cada sujeto.

## DIAGNOSTICO

Para el diagnóstico de autismo, se presentan varias dificultades debido a que estos sujetos presentan:

a) Trastornos en la comunicación y aislamiento social, lo cual es un obstáculo para tener acceso a estos sujetos.

b) Por otro lado, es muy común que el autismo se encuentre asociado a otros trastornos (Ricks, 1989).

Dados estos impedimentos, se han sugerido varias estrategias para realizar el diagnóstico del autismo:

1. Le-couteur, Rutter, Lord, Rios et al. (1989), sugieren que se debe desarrollar una entrevista estandarizada con la que se pueda realizar un diagnóstico diferencial con los trastornos del desarrollo y de que se realice un diagnóstico algorítmico, en el que se use la clasificación internacional de trastornos (ICD-10) como criterio.

Esta propuesta coincide con aquellos puntos de vista, en los que el diagnóstico se realiza en base a Listas Checables, como:

a) Lista de Rimland.

b) Child Behavior Checklist (Watkins, Asornow y Tanguay; 1988)

c) Childhood Autism Rating Scale (CARS), con la que se puede diagnosticar tanto a adolescentes, adultos y niños con autismo (Mesibov, Schopler, Schaffer y Michal; 1989).

d) Autism Behavior Checklist (Rogers, Newhart; 1989).

2. Por otro lado, se encuentra una nueva postura dentro del enfoque conductual, que prefiere como estrategia diagnóstica, no basar sus evaluaciones en el trastorno general sino evaluar cada conducta por separado, tomando en cuenta sus aspectos fisiológicos y conductuales. Esto es debido a que consideran que favorece el determinar los factores etiológicos de cada conducta y que además sugiere como consecuencia las estrategias de tratamiento a seguir (Newson y col, 1979).

Para realizar la evaluación de cada conducta se realizan los análisis funcionales de cada una, sometiendo al sujeto a varias situaciones analógicas, con lo que se busca determinar en cada caso particular, aquellos factores que mantienen a cada sintoma.

Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman y Richman (1982) someten a los niños a cuatro situaciones analógicas para evaluar la conducta autodestructiva (solo, demandas, reforzamiento social y juego libre).

Por otro lado, Schleien, Rynders, Mustonen y Fox (1990), plantean que para evaluar la interacción social y el juego apropiado, las situaciones analógicas pertinentes son: solo, diádico, grupo, equipo, cada situación con una duración de 10 minutos.

Cabe señalar que estas situaciones analógicas se diseñaron para niños que presentan conductas autodestructivas diagnosticados como niños con retardo en el desarrollo y autistas.

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los siguientes, son algunos de los criterios diagnósticos que se han estado utilizando para determinar si un niño presenta o no autismo, cabe aclarar que algunos de ellos han dejado de utilizarse y otros todavía se mantienen.

### 1. Kanner.

- a) Necesidad de soledad presente desde el nacimiento, con lo que impiden la entrada a los estímulos exteroceptivos.
- b) Anormalidades en lenguaje: mutismo, lenguaje no comunicativo, ecolalia.
- c) Deseo obsesivo por la estabilidad y limitación en la variedad de la conducta espontánea.
- d) Buen potencial cognitivo: memoria, ejecución buena en el Test de Seguin.
- e) Desarrollo físico normal: conducta motora fina mejor que la gruesa.
- f) Padres altamente inteligentes, fríos y obsesivos (Newson y col., 1979).

### 2. NSAC (Sociedad Nacional para Niños Autistas -EUA-) en 1977-1978.

Su uso es más administrativo, es producto de un consenso.

- a) Síntomas antes de los 30 meses de edad.
- b) Alteraciones en la apariencia física, social y hábitos del lenguaje.
- c) Respuestas anormales a las sensaciones.
- d) Habla y lenguaje retrasados o ausentes.
- e) Relaciones anormales con la gente, objetos y eventos. (Newson y col.; 1979).

**3. Rutter (1978).**

- a) Síntomas antes de los 30 meses de edad.
- b) Desarrollo social débil.
- c) Atraso y desviación en el desarrollo del lenguaje.
- d) Insistencia en la estabilidad.

Se puede usar con niños de 4 años a más pequeños.

**4. DSM-III (1990).**

- a) Inicio antes de los 30 meses de edad.
- b) Falta de respuestas hacia los demás (autismo).
- c) Déficit en el desarrollo del lenguaje.
- d) Trastornos en el lenguaje: ecolalia inmediata o demorada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres.
- e) Resistencia al cambio, vínculo marcado con objetos animados e inanimados.
- f) No alucinaciones, ideas delirantes, pérdida de capacidad asociativa e incoherencia como en la esquizofrenia.

**5. DSM-III-R (1991).**

Evaluación: 8 de los 16 ítems y 2 ítems por lo menos del apartado A, 1 del B y 1 del C.  
(Tomar en cuenta el nivel de desarrollo de la persona).

**A.** El deterioro cualitativo en la interacción social recíproca se manifiesta por los siguientes aspectos:

- 1. Se tiende a ignorar de forma persistente la existencia o los sentimientos de los demás.
- 2. En periodos de estrés no hay búsqueda de apoyo o ésta es anómala.
- 3. Incapacidad o dificultad para imitar.
- 4. Anomalías o ausencia de juegos sociales.

5. Déficit considerable en la capacidad para hacer amigos.

B. Existencia de un deterioro cualitativo en la comunicación verbal y no verbal, y en la actividad imaginativa, como se pone de manifiesto por los siguientes aspectos:

1. No hay ninguna forma de comunicación, como balbuceo, expresión facial, gestualidad, mímica o lenguaje hablado.

2. La comunicación no verbal es totalmente anómala en lo que concierne al contacto visual cara a cara, la expresión facial, la postura corporal o la gestualidad para iniciar o modular la interacción social.

3. Ausencia de actividad imaginativa y falta de interés en las historias imaginadas.

4. Anomalías graves en la producción del habla, incluyendo alteraciones de volumen, tono, énfasis, frecuencia, ritmo y entonación (tono monótono, no inflexiones de voz al preguntar, tono fuerte y desagradable).

5. Anomalías graves en la forma o contenido del lenguaje, incluyendo su uso repetitivo y estereotipado, uso del pronombre "tu" cuando resulta apropiado utilizar el pronombre "yo", uso de palabras o frases peculiares, observaciones irrelevantes.

6. Deterioro importante en la capacidad para iniciar o mantener una conversación con los demás, a pesar de lo apropiado del lenguaje.

C. Repertorio notablemente restringido de actividades e intereses, como se pone de manifiesto en los siguientes ítems:

1. Presencia de movimientos corporales estereotipados.

2. Preocupación excesiva por detalles o formas de distintos objetos o vinculación a objetos peculiares.

3. Malestar importante frente a pequeños cambios del entorno.

4. Insistencia excesiva en seguir rutinas con gran precisión.

5. Restricción notable en el conjunto de intereses y preocupación excesiva por algún aspecto determinado.

D. Comienzo en la infancia o la niñez.

Especificar si el comienzo es en la niñez (después de los 36 meses de edad).

## 6. CRITERIOS DE CREAK.

De 54 síntomas, 14 son los que Marín (1986) considera que son los más comunes y sobresalientes.

1. Gran dificultad en agruparse y jugar con niños.

2. Actúa como si fuera sordo. No reacciona a la palabra ni al ruido.

3. Ofrece resistencia a la realización de nuevos aprendizajes. Se refiere a un nuevo comportamiento o habilidad.

4. Falta de temor hacia verdaderos peligros.

5. Resistencia a todo cambio de rutina, Aun los pequeños cambios pueden traerle como resultado una ansiedad aguda, excesiva y aparentemente ilógica.

6. Prefiere indicar sus necesidades por medio de gestos.

El lenguaje puede o no puede estar presente.

7. Se rie sin razón aparente.

8. No se abraza con ternura. Lo hace de manera inmóvil o débilmente.

9. Marcada hiperactividad física. Así puede despertar y jugar durante horas en la noche y estar lleno de energías al día siguiente.

10. Evita mirar a la gente. Tiene tendencia a no mirarla especialmente cuando le hablan.

11. Afecto pococomún a un particular objeto u objetos. Se preocupa por detalles y características especiales de los mismos y no tiene comprensión del uso real.

12. Hace girar objetos, especialmente los redondos. Puede verse absorto totalmente en esta actividad y afectarse si se le interrumpe.

13. Realiza juegos ocasionales en forma repetitiva y sostenida.

14. Puede ser indiferente, aislado, retraído. Se comunica muy poco con las personas, a quienes trata más como objetos.

Este criterio es aplicable a niños de 1 a 4 años, debiendo de estar presentes por lo menos 7 puntos.

Ante la gran variedad de criterios diagnósticos disponibles y a la falta de un consenso sobre cuál utilizarse para la determinación de la presencia o no de autismo, existe un gran dificultad para obtener altos grados de confiabilidad al momento de realizar el diagnóstico.

Esto mismo se presenta aún en los criterios que aparentemente son más generalizados en su uso, como lo son el DSM-III y DSM-III-R, y si se comparan los resultados entre ellos mismos, se puede encontrar tal y como lo hizo Hertzig, Snow, New y Shapiro (1990) que son más los niños diagnosticados como autistas con el DSM-III-R que con el DSM-III, dado que se amplía a otras situaciones anormales.

Lo mismo sucede dentro del enfoque conductual, en donde se esta viendo un cambio en los métodos tradicionales de evaluación, sugiriéndose (Baer, 1986) que las medidas de frecuencia de la conducta no son los mejores indicadores de estimación de la probabilidad de la conducta, dado que en los ambientes naturales las conductas no son tan discretas como las evaluadas en el laboratorio, y que no se estudia directamente a la conducta sino a las contingencias ambientales; por lo que se apunta a la identificación de los factores controladores o eficitadores de la misma (antecedentes y/o consecuentes). Esta sugerencia es la que se ha retomado en la metodología de evaluación operante, utilizada actualmente en algunas conductas específicas.

Lo que se puede apreciar en todos estos criterios, es que se tienen algunos aspectos en común, de los cuales se rescatan los siguientes:

- +Edad de comienzo del trastorno.
- +Trastorno en las habilidades sociales y de comunicación.
- +Resistencia a los cambios medio ambientales.
- +Ausencia de alucinaciones, ideas delirantes y trastornos del pensamiento.
- +Conductas estereotipadas.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al realizar el diagnóstico de autismo, se suelen cometer algunos errores, ya que este síndrome por sus síntomas generales puede ser confundido con otros trastornos infantiles, por lo que es necesario que se realice además un Diagnóstico Diferencial con aquellos trastornos con los que comúnmente suele haber a confusión, dadas las similitudes que presenta, indicando los aspectos en los que se diferencian, ya que el objetivo del diagnóstico diferencial es el definir aquellas características distintivas entre los trastornos (Ricks, 1989).

El diagnóstico diferencial se ha obtenido de los datos presentados por la historia clínica infantil, las evaluaciones psicológicas y audiológicas, así como los datos obtenidos de las observaciones de los clínicos (Newson y cols., 1979), además de los reportes de los padres (Dahlgren, Suen y Gillberg; 1989).

Es muy común que el autismo se confunda con muchos otros trastornos que como podrá observarse mantienen sintomatología similar, pero que por otro lado también presentan diferencias significativas entre sí, dentro de estos trastornos se encuentran los siguientes:

### 1. Síndrome de Asperger.

Aunque presenta conducta motora gruesa torpe y un solo interés absorbente, hay pocos datos neurobiológicos que sugieran una clara distinción con el autismo (Gillberg, 1989a). No hay diferencias cualitativas importantes (Szatmari, Bartolucci, Bremner, 1989) con los autistas, por lo que este síndrome puede ser considerado como una forma moderada del autismo. Lo que se puede decir es que no es común que se presente a los 30 meses de edad ni que haya retraso en el lenguaje (Bowman, 1988).

### 2. Retardo Mental o del Desarrollo.

A diferencia de los autistas, estos sujetos presentan mayor conducta social (Newson y col., 1979) y su inicio se puede presentar desde el nacimiento hasta los 18 años de edad.

### 3. Psicosis Degenerativa o Síndrome de Heller.

Estos sujetos presentan conductas similares a los autistas, solo que su desarrollo es normal o casi normal en los primeros años de vida, para posteriormente presentar pérdida en las habilidades sociales y del lenguaje, esta pérdida se da en muy pocos meses y se acompaña de hiperactividad y estereotipias. Puede ser consecutiva a evidente enfermedad del encéfalo. (Gillbert, 1989b).

### 4. Síndrome de Rett.

Existen similitudes sintomatológicas que reflejan anormalidades comunes patofisiológicas a nivel cerebral (Gillberg, 1989b).

### 5. Síndrome Esquizofrénico de la Infancia.

Se presenta en la pubertad (Newson y col.; 1979). Ausente antes de los 6 meses de edad (Watkins y cols., 1988) y no antes de los 6 años de edad. Aquí se presentan alucinaciones, ideas delirantes, incoherencia y pérdida de capacidad asociativa (DSM-III).

### 6. Sordera.

Los sujetos con autismo no presentan en su mayoría daños en el oído que indiquen ser los responsables de su falta de responsividad a los estímulos sonoros del ambiente. Las personas con déficits auditivos responden a sonidos muy fuertes (DSM-III).

### 7. Trastornos profundos del desarrollo de comienzo en la infancia.

A diferencia del autismo, estos sujetos suelen presentarse entre los 30 meses y 12 años de edad, manifestándose por trastornos permanentes en las relaciones emocionales y múltiples conductas extravagantes (DSM-III).

### 8. Trastornos del lenguaje: Tipo Receptivo.

A diferencia de los sujetos autistas, estos establecen contacto visual, se comunican a través de gestos, responden a sonidos ambientales más que de lenguaje, tienen una memoria auditiva corta, las alteraciones en la entonación se dan en general y no solo al final de la palabra como en los autistas y aparece entre los 2 y 4 años y en sus formas leves hasta los 7 años de edad (DSM-III).

### 9. Afasia.

Son muy sociables y con menor retraso motor a diferencia de los autistas (Newson y col.; 1979).

### 10. Disfasia.

A los 2 ó 3 años tienen iguales habilidades de lenguaje expresivo en comparación con el autista, luego éste tiene menor progreso. En la infancia media, los autistas tienen mayores problemas en las relaciones con sus compañeros (Cantwell, Baker, Ritter y Mawhood; 1989).

#### 11. Autismo Residual.

Ya no se presentan los criterios del autismo (DSM-III), persistiendo solamente las dificultades en la comunicación y el retraimiento social.

### ANÁLISIS FUNCIONAL

El análisis funcional de situaciones análogicas es una metodología operante relativamente nueva, en la que se pretende hacer la evaluación de conductas específicas (a un nivel micro) con la finalidad de determinar el tratamiento apropiado a las conductas analizadas, esta metodología sigue desarrollandose y expandiendose cada vez más a otras conductas diferentes a las de la autodestrucción, en la que fué originalmente diseñada.

En 1977, Edward G. Carr publicó un artículo sobre la conducta autodestructiva, en el que realizaba una revisión de las diversas hipótesis de motivación de esa conducta disfuncional.

La conducta autodestructiva incluye un gran número de conductas con las cuales el individuo se produce daño físico; por lo que dados los riesgos de la misma, se ha intentado eliminarla como un objetivo inicial en el tratamiento de los sujetos que la presentan. Estos intentos terapéuticos no han tenido el éxito esperado, siendo efectivas únicamente las técnicas basadas en el castigo en la forma de estimulación aversiva, aunque en la actualidad existe un uso restringido de estos métodos intrusivos, dadas sus consecuencias emocionales negativas y aspectos éticos, por lo que se ha recomendado limitar el uso de estas técnicas a aquellos casos en los que otras técnicas han fracasado. Este fracaso se debe a que este comportamiento puede estar bajo el control de un gran número de variables, por lo que el tratamiento requiere de que se identifique y elimine ese factor específico.

Carr menciona que esta conducta puede ser explicada por diferentes hipótesis, identificando las que siguen:



a. **Reforzamiento positivo:** la conducta autodestructiva se aprende operantemente y está mantenida por reforzamiento social positivo, el cual es contingente a la misma. Lovaas y colaboradores (1965) encontraron que la extinción no tenía efectos sobre la frecuencia de la conducta autodestructiva, lo cual sucede según Carr en estos casos.

b. **Reforzamiento negativo:** la conducta autodestructiva está mantenida por la terminación o escape de una situación aversiva. Igualmente, Carr y colaboradores (1976) hablan demostrado que cuando se sometía al sujeto a situaciones de demanda se incrementaba la tasa de conducta autodestructiva, y que esta disminuía cuando las demandas no estaban presentes y el sujeto era sometido a situaciones de juego libre y conversacionales.

c. **Autoestimulación:** ciertos niveles de estimulación, especialmente el táctil, vestibular y kinestésico, son necesarios para el buen funcionamiento del organismo. Cuando existen niveles insuficientes de dicha estimulación, el organismo se puede involucrar en la realización de conductas estereotipadas, entre ellas la autodestrucción, como un intento de proveer estimulación sensorial.

d. **Factores orgánicos:** la conducta autodestructiva puede ser producto de procesos fisiológicos alterados.

e. **Explicación psicodinámica:** se supone que un individuo al tener dificultades para distinguir su yo del mundo externo, realiza conductas autodestructivas como un intento de establecer la "realidad corporal" o bien de establecer los "límites del yo". Concluye que problema con estas teorías radica en la dificultad para operacionalizar estos constructos, y debido a que no se pueden realizar evaluaciones de los mismos, la utilidad de estas hipótesis para comprender la conducta autodestructiva resulta nula.

Partiendo del artículo de Carr (1977), Iwata y colaboradores empezaron a desarrollar en 1980 una metodología operante que pudiese ser útil para identificar las propiedades funcionales de la conducta autodestructiva como base para determinar su tratamiento, lo que los llevó a diseñar lo que hoy se conoce como análisis funcional de situaciones analógicas. Esta metodología operante es un procedimiento de evaluación de la conducta autodestructiva en la que se somete la conducta de los sujetos a observaciones repetidas en diferentes situaciones analógicas bien definidas en las que se realizan manipulaciones físicas y sociales para poder identificar aquellos factores que mantienen a la conducta y los efectos de la manipulación en su ocurrencia.

Las situaciones analógicas diseñadas por Iwata y colaboradores (1982) tenían una duración de 15 minutos cada una, presentadas al sujeto en un orden aleatorio siendo las siguientes:

#### 1. Desaprobación social.

- Sujeto y experimentador entran juntos al área de trabajo.

- Hay juegos accesibles al niño sobre la mesa y el piso.
- Se le indica al sujeto "juega con los juguetes", mientras que el experimentador finge trabajar.
- Si el sujeto tiene poco lenguaje receptivo o problemas auditivos, se le lleva y hace que tenga contacto físico con los juguetes.
- Se da atención contingente a cada episodio de conducta autodestructiva en forma de desaprobación social apareada con contacto físico breve no punitivo.
- Todas las demás respuestas son ignoradas.
- Su objetivo es verificar si el reforzamiento social es el que mantiene a las conductas inapropiadas.

## 2. Demandas Académicas.

- Se eligieron demandas académicas difíciles para cada sujeto con base en su programa educativo o de baja probabilidad de obediencia.
- El sujeto y el experimentador están sentados ante la mesa.
- El experimentador da las instrucciones verbales en tres términos: a) instrucción y esperar 5" para que el sujeto inicie la respuesta, b) si la respuesta no se presenta, se repite la instrucción con modelamiento de la respuesta correcta y se espera otros 5", c) si la respuesta no se da, se repite la instrucción y se guía físicamente la respuesta del sujeto (instigación).
- Se da reforzamiento social al terminar la respuesta y se procede a dar la siguiente instrucción.
- En el momento en que se presente la conducta autodestructiva, el experimentador inmediatamente abandonará la instrucción y esperará 30" para dar la siguiente.
- Pretende determinar si la conducta inapropiada se presenta para escapar de situaciones aversivas, es decir, si ésta es reforzada negativamente.

## 3. Juego no estructurado (libre).

- El sujeto y el experimentador están en el área de trabajo.
- Hay juegos no educativos accesibles al sujeto.
- El experimentador mantiene proximidad física con el sujeto.
- El experimentador puede sugerir al sujeto juegue solo, juegos cooperativos, o moverse libremente por el cuarto y periódicamente presentarle juegos sin hacer demandas.
- El experimentador dará reforzamiento social y contacto físico breve ante conductas apropiadas cada 30" (no autodestructión).
- La conducta autodestructiva es ignorada.
- Esta es una situación de control, su función es servir de comparación de ambientes ricos en estimulación contra las demás situaciones.

## 4. Solo.

- El sujeto se encuentra solo en el área de trabajo.
- No hay juegos o materiales que puedan ser fuente de estimulación externa.

- Evalúa si la conducta se presenta como un intento de proveerse estimulación sensorial.

Esta metodología operante permitió identificar las variables asociadas con la ocurrencia de la autodestrucción en 8 de 9 niños, además de que con la situación control se comprobaba que las características físicas y sociales asociadas a un ambiente rico en estimulación produce resultados benéficos, incluyendo la reducción de la autodestrucción.

Posteriormente Mace y Knight (1986), realizaron un análisis funcional aplicado al trastorno conocido como Pica (ingesta de objetos no comestibles), con la finalidad también de identificar un tratamiento menos intrusivo y con mayor eficacia.

Las situaciones analógicas que diseñaron se agruparon en dos variantes: a) Condiciones de Interacción (Interacción frecuente, Interacción limitada y No interacción) y b) Condiciones de yelmo (Yelmo con careta puesta, Yelmo sin la careta puesta y Ausencia de yelmo).

Estos investigadores también encontraron que en un ambiente rico en estimulación social y con actividades alternativas había bajos niveles de Pica.

Por su parte Repp, Felce y Barton (1988), concuerdan con Iwata y cols. en que todas las explicaciones sobre la motivación de la conducta autodestructiva, no pueden ser aplicadas a un sólo individuo, y que para que un tratamiento sea efectivo, se debe desarrollar un programa de intervención enfocado en la causa particular del problema; por lo que utilizan la metodología operante propuesta por Iwata para identificar y determinar el uso de las diferentes técnicas de intervención terapéutica de acuerdo a cada caso en particular.

En ese mismo año, Storney, Carlsen, Crisp y Newton, realizan un refinamiento a la metodología de Iwata, alegando que ésta no debería estar restringida a la conducta autodestructiva, puesto que no es la única forma de respuesta aberrante, ya que ésta tiene diferentes topografías y algunas son muy similares a la conducta autodestructiva. Con ello amplían su uso a conductas disruptivas como murmurar (rumiar), desvestirse, gestos faciales, lenguaje inadecuado, etc., es decir a todas las respuestas estereotipadas (aquellas conductas voluntarias, repetitivas, que carecen de finalidad funcional y que pueden causar daño físico o interfieren en las actividades del que las realiza, DSM-III) además de hacerle algunos refinamientos a la metodología como siguen:

1. Desaprobación social: La atención se dá ante la conducta estereotipada y si ésta es continua, se dá cada 30".

2. Demandas académicas: Si la conducta estereotipada es continua, se darán 30" adicionales para introducir el cambio.

3. Juego no estructurado: La distancia al estar sentados es a menos de un metro y cada 30" el experimentador presentará un juego sin hacer la demanda.

4. Solo: el único objeto en el cuarto de trabajo es una silla para que el sujeto se siente.

Reimers, Wacker, Stage y McCarthy (1989), utilizan esta metodología aplicada a sujetos de 2 a 5 años con problemas de obediencia. Las situaciones analógicas a las que los sometían tenían una duración de 5', en las que intervenían los padre y el niño con el problema de obediencia.

Las situaciones analógicas que diseñaron para estos casos fueron:

1. Juego Libre: Tiene la finalidad de evaluar los efectos de un ambiente rico en estimulación social.
2. Atención: Evalúa si los padres refuerzan positivamente (con atención) las conductas inadecuadas de sus hijos.
3. Escape: Pretende demostrar en que casos la conducta está siendo mantenida por el reforzamiento negativo (escape de situaciones aversivas).

Con esta evaluación podían prescribir el tratamiento adecuado para cada uno de los cuatro sujetos normales.

Finalmente, Teodoro, Murray, Newham, Boundy y Barrera (1990), presentan su metodología en la que dependiendo de las características de la problemática del sujeto, diseñaron el análisis funcional específico en dos casos con problemas de conducta autodestructiva y agresión.

En un sujeto las condiciones diseñadas (Solo, Atención, Reforzadores Tangibles y Demanda) tienen una duración de 10 minutos.

Los datos obtenidos de estas situaciones se relacionaron con que la autodestrucción y un aumento en el ritmo cardiaco estaban asociados. Se presentaron altas tasas de respuesta autodestructiva en la situación de demanda y se concluye que el estrés es un factor elicitor de la respuesta autodestructiva.

Con el otro sujeto se había identificado que el refuerzo tangible era poderoso en él, lo que se pretendía evaluar era en qué situaciones éste era más poderoso, por lo que se desarrollaron las situaciones (Autodestrucción seguida de reforzadores tangibles, Vista del reforzador tangible y Pérdida del reforzador tangible) con una duración de 10 minutos cada una.

Se tomaron medidas de ritmo cardiaco, se encontró que había tasas altas en la situación de conseguir el reforzador y bajo ritmo cardiaco, mientras hubo bajas tasas de autodestrucción en la situación de pérdida del reforzador aunque en esta situación se incrementó el ritmo cardiaco.

Todo lo anterior ha traído como consecuencia lo siguiente:

1. El que se elija la técnica de intervención terapéutica más apropiada a cada individuo, dependiendo de los factores que se encuentren presentes en cada caso.
2. Los efectos de la intervención se pueden observar a corto plazo.
3. Con ello se ha incrementado la efectividad de la terapia, es decir, se puede garantizar el éxito terapéutico.

## CAPITULO II

### METODOLOGIA

En México las investigaciones sobre autismo son pocas y se desconocen algunos datos específicamente de incidencia, así como de sus factores etiológicos, además la información que se tiene sobre el mismo dentro de la población tanto especializada en el área como en la no especializada y población en general es muy variada, por otro lado las diferentes aproximaciones conceptuales y metodológicas utilizadas para la intervención de este síndrome no reflejan un acuerdo, por lo que es necesario que se realicen estudios que evalúen estos aspectos.

Este estudio pretende identificar los aspectos mencionados anteriormente, por un lado busca identificar el concepto que se maneja del autismo así como el sistema diagnóstico más utilizado, y por otro lado obtener algunos datos Etiológicos y Epidemiológicos.

Se plantean los siguientes problemas de investigación:

1. Cuál es el significado de autismo que tienen los padres de niños autistas, profesionistas especializados en el área de la salud mental y educación especial, personas no especializadas pero que tienen contacto con estos niños y la población en general?
2. Cuáles son los factores más frecuentes asociados con el autismo?

3. Cuáles son las conductas más problemáticas que presentan los niños autistas?
4. Qué características sociodemográficas tiene la población que presenta autismo?
5. Cuáles son los criterios diagnósticos más utilizados?

#### DEFINICION DE VARIABLES.

A) Factores Asociados (Etiológicos): factores pre, peri y postnatales tanto físicos como emocionales que están presentes antes, durante y después del nacimiento del niño y que pueden alterar el desarrollo normal de éste. Entiéndase por variables físicas a aquellos aspectos orgánicos del sistema nervioso, variables genéticas, traumatismos, infecciones y uso de fármacos; y por variables emocionales a aquello que se refiera a las características de los padres y su relación con el niño.

B) Conductas Problemáticas: es el síntoma principal o asociado que presenta el niño autista y que se considera por parte de los padres y/o terapeutas como el más perturbador o interferente para el tratamiento del niño.

C) Características Sociodemográficas (Epidemiológicas): se refiere a todos aquellos factores identificados en la incidencia de este síndrome como: nivel económico, sexo, edad, lugar de nacimiento, número de sujetos afectados, edad en que se presenta el trastorno, etc.

D) Criterios Diagnósticos: método de evaluación utilizado para determinar el que un niño sea o no autista.

#### DISEÑO.

El presente corresponde a un estudio de tipo Descriptivo, no experimental, exposfácto, De campo y Transversal.

#### METODO

##### Sujetos:

- Padres de niños autistas: 24 padres que fueron contactados en 3 centros en donde se atiende a este tipo de niños.

- Padres de niños no autistas: 31 padres, ambos sexos, éstos fueron contactados de un Centro comercial del D.F.

- Profesionistas especializados en el área: 12 profesionistas que fueron tomados de los centros en donde se atiende a este tipo de niños.

- Personal no especializado: 9 trabajadores (5 de ellos son estudiantes de psicología) que fueron tomados de los centros en donde se atiende a este tipo de niños.

#### Instrumentos:

1. Para conocer el significado de autismo se utilizaron dos formatos con la Técnica de Redes Semánticas, el formato además de cumplir con su objetivo (conocer el concepto de autismo), incluía preguntas de identificación de la persona que respondía el mismo, además de identificar el síntoma que se considera más problemático en este tipo de niños; este formato difería en algunos aspectos (síntoma más problemático) dependiendo de la población a la que se aplicó.

2. Por otro lado, para saber datos etiológicos y epidemiológicos se utilizó una guía exploratoria de los expedientes de los diferentes niños diagnosticados como autistas para conocer el criterio de diagnóstico utilizado.

La Técnica de Redes Semánticas consiste en pedir a los sujetos que den todas las palabras unitarias que asocian con una palabra estímulo, en este caso AUTISMO, posteriormente se les indica que las ordenen colocando el número 1 a aquella que crean está más relacionada, el número 2 a la que le siga y así sucesivamente con las demás palabras mencionadas.

#### El análisis de los datos de esta técnica implica:

-identificar todos los definidoras del estímulo (palabras que asocian).

-a cada definidor se le asiga un valor dependiendo del número dado en cuanto a su relación (ordenación que hace cada sujeto).El definidor que se asocia con el orden 1 tendrá un valor de 10, el de 2 con un valor de 9, etc.

-se obtienen los valores "M": suma de todos los valores asignados en cada definidor.

-con ayuda del diccionario, se procede a la formación de categorías semánticas.

-en cada categoría semántica se suma el valor M de las definidoras que la conforman y se ordenan de mayor a menor. (Valor "J").

-se toman los 10 valores "J" más altos para conformar el grupo SAM, es decir, las categorías que definen al concepto evaluado.

#### Procedimiento:

Para la aplicación de los formatos de redes semánticas a los sujetos, primero se les explicó el objetivo de esta investigación, asegurándoles el que su identidad sería mantenida en forma confidencial, con la finalidad de que sus respuestas fueran lo más

sinceras posibles, una vez hecho ésto, se les solicitó que dieran todas las palabras que asociaran con la palabra estímulo que se les daba (autismo), se les marcaba un mínimo de 5 palabras y no se les estipuló ningún máximo. Se aplicó un formato por familia, esperando que éste fuera contestado por ambos padres o en su defecto por uno de ellos, se les entregó para que lo contestaran en su casa, en el caso de los padres de niños con autismo y personas que trabajan con ellos.

En el caso de padres de familia de sujetos no autistas, simplemente fueron abordados en las afueras de un centro comercial y se les aplicó el formato en ese momento.

Para la identificación de los datos asociados al autismo, así como los aspectos epidemiológicos se recurrió al análisis de los expedientes individuales de cada niño diagnosticado como autista (dicho escrutinio se llevó a cabo directamente de los expedientes en el centro DOMUS, mientras que en el Centro de Autismo-UIC el escrutinio fué hecho por otra persona del mismo centro, quien reportaba en ese momento de manera verbal los datos que se encontraban disponibles).

## ANALISIS ESTADISTICO.

1. Para conocer el significado que se tiene del Autismo, se utilizó la técnica de Figueroa (1976), que permite conocer cuáles son los elementos específicos de información que tienen los sujetos en las redes semánticas naturales de un concepto. Su análisis estadístico consiste en obtener la media aritmética de las definidoras del concepto y prosigue con la obtención de la riqueza de la red (número de definidoras) para de ahí, sacar el valor semántico de cada definidora y posteriormente agruparlas en los diez valores semánticos más altos y compararlos con las respuestas del sujeto, con ello se obtiene el consenso de cada sujeto con el grupo, y finalmente, con la media aritmética y la desviación estándar obtener el índice de consenso del concepto. La única diferencia con el criterio descrito, es que en este trabajo, dado que se presentó una dificultad para asociar con palabras únicas en el formato de redes semánticas (se asociaba a palabras compuestas o frases), la categorización se realizó con base a agrupamientos por sintomatología. Estos agrupamientos siguen el mismo modelo que se presenta en el análisis de los datos epidemiológicos de los signos y síntomas del autismo, clasificados en esenciales, asociados y otros.

2. Para la identificación de los factores epidemiológicos, etiológicos e identificación de la conducta más problemática, se realizó un Análisis de Frecuencias.



**3. Para la identificación del criterio diagnóstico más común, lo que se hizo fué únicamente confrontar los métodos utilizados en los dos centros que proporcionaron esta información (DOMUS y UIC).**

## CAPITULO III

### RESULTADOS

El orden de los datos de la investigación se presentarán en el siguiente:

3.1. Características Demográficas tanto de los trabajadores como de los padres de familia de sujetos con y sin autismo.

Los datos de la población estudiada se agrupan en tres grupos, grupo 1 (personas que trabajan con sujetos autistas), grupo 2 (padres de sujetos con autismo) y grupo 3 (padres de sujetos sin autismo). De estos grupos se presentan tanto los datos que se refieren a las características demográficas así como a las redes semánticas respecto a su concepto de autismo.

Los datos obtenidos del personal que trabaja con sujetos autistas provienen de dos instituciones que se dedican a la atención de este tipo de sujetos y corresponden a el Centro Educativo Domus, A.C. y al Centro de Autismo de la Universidad Intercontinental (UIC); dado que fueron las únicas que permitieron el acceso a este tipo de información con los trabajadores, cabe aclarar que no se encuestaron a todos los que laboran en estos centros de trabajo, sino solamente a los que voluntariamente accedieron a colaborar y que el acceso a la información no fué de manera directa sino a través de los directivos de cada centro. Esta situación limita los resultados de la investigación.

En lo referente a la información sobre los padres de familia, se presentan datos que corresponden a padres de sujetos con autismo correspondientes a dos centros: Centro Educativo Domus, A.C. y CLIMA, A.C.; por ser las instituciones que permitieron el acceso mediado por los directivos con los padres, y finalmente, se presentan además datos obtenidos con padres de sujetos sin autismo que fueron encuestados de manera directa y personal en dos centros comerciales de la ciudad de México, D.F. (De Todo- Copilco y Aurrera-Taxqueña).

3.2. Redes semánticas de los distintos grupos respecto al autismo.

3.3. Características demográficas de los sujetos autistas y datos epidemiológicos.

3.4. Criterios diagnósticos encontrados.

3.5. Síntoma considerado más problemático.

### 3.1 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.

#### 3.1.1 Características demográficas de los trabajadores.

Principalmente son del sexo femenino (85.71%) más que del masculino (14.28%) (Tabla 1), siendo la mayor parte de ellas solteras (85.71%), un 9.52% casadas y el 4.76% madre soltera (Tabla 2). Su escolaridad oscila desde el nivel Secundaria (4.76%), Técnico (14.28%) hasta el Profesional (57.14%); encontramos con un alto índice de estudiantes de Licenciatura en Psicología (23.80%) que desde este momento ya se dedican a la intervención de estos casos (Tabla 3).

**TABLA 1  
SEXO DE LOS TRABAJADORES**

	fr	%
Femenino	18	85.71
Masculino	3	14.28
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 2  
ESTADO CIVIL DEL TRABAJADOR**

	fr	%
Soltero	18	85.71
Casado	2	9.52
Madre soltera	1	4.76
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 3  
ESCOLARIDAD DEL TRABAJADOR**

	fr	%
Secundaria	1	4.76
Técnico	3	14.28
Profesional	12	57.14
Estudiante de Lic.	5	23.80
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.98</b>

Las edades del personal son de 20 a 23 años principalmente (42.85%) seguidas por las de 24 a 27 años (28.57%), 28 a 31 años (19.04%) y con un 4.76% de personas mayores de 48 años y al mismo tiempo sujetos que no especificaron su edad (Tabla 4).

**TABLA 4  
EDAD DEL TRABAJADOR**

	fr	%
No especifica	1	4.76
20 -23 años	9	42.85
24 - 27 años	6	28.57
28 - 31 años	4	19.04
48 - años	1	4.76
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.98</b>

La principal labor que realizan es la de Terapeutas responsables de los casos clínicos (42.85%) y de auxiliares de terapeutas (47.61%), quedando en un 4.76% tanto aquellos sujetos que son responsables de grupos académicos y aquellos que no especificaron su labor (Tabla 5).

**TABLA 5  
OCUPACION DEL TRABAJADOR**

	fr	%
Terapeuta	9	42.85
Auxiliar de Terapeuta	10	47.61
Titular de grupo escolar	1	4.76
No especifica	1	4.76
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.98</b>

Finalmente, el tiempo en que han estado trabajando con sujetos autistas (experiencia) es como sigue: de 1 a 2 años (47.65%) y menos de 1 año (28.57%), siendo el tiempo máximo de 3 a 4 años (19.04%) y un 4.76% de los casos que no especificaron este dato (Tabla 6).

**TABLA 6**  
**TIEMPO DE TRABAJAR CON AUTISTAS**

	fr	%
Menos de un año	6	28.57
1 a 2 años	10	47.61
3 a 4 años	4	19.04
No específica	1	4.46
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>99.98</b>

### 3.1.2 Características demográficas de los padres.

El sexo predominante en ambos grupos fué el femenino (G2 87.50% y G3 64.51%) a diferencia del masculino (G2 12.50% y G3 35.48%), Tabla 7.

**TABLA 7**  
**SEXO DE LOS PADRES**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
Femenino	21	87.50	20	64.51
Masculino	3	12.50	11	35.48
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100.00</b>	<b>31</b>	<b>99.99</b>

El número de hijos que tienen por familia es en un gran porcentaje de 2 a 3 (G2 54.16% y G3 64.51%). Se puede además observar en la Tabla 8, una marcada diferencia entre estos dos grupos en cuanto a la decisión de tener un solo hijo siendo mayor en el G2 con un 25% que en el G3 con un 16.12%. Tienen más de 4 hijos (G2 20.83% y G3 19.35%).

**TABLA 8**  
**NO. DE HIJOS DE LOS PADRES ENCUESTADOS**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
Uno	6	25.00	5	16.12
2 a 3	13	54.16	20	64.51
4 o más	5	20.83	6	19.35
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.99</b>	<b>31</b>	<b>99.98</b>

Los resultados del estado civil se pueden observar en la tabla 9, siendo principalmente el grupo de Casados/Unión libre (G2 79.16% y G3 87.09%), en cuanto al grupo de divorciados/viudos los datos para el G2 12.49% y G3 9.67%, existen Madres Solteras en ambos grupos (G2 8.33% y G3 3.22%).

**TABLA 9**  
**ESTADO CIVIL DE LOS PADRES**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
Madres solteras	2	8.33	1	3.22
Casado /U. Libre	19	79.16	27	87.09
Divorciado/Vdo.	3	12.49	3	9.67
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.98</b>	<b>31</b>	<b>99.98</b>

Referente al nivel educativo podemos ver que principalmente es el Profesional (G2 58.33% y G3 41.93%) y el Técnico (G2 16.66 y G3 35.48%), también se encuentran los niveles de Primaria, Secundaria y Preparatoria aunque con incidencias bajas, para mayor detalle ver la Tabla 10.

**TABLA 10  
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
Primaria	1	4.16	5	16.12
Secundaria	3	12.50	2	6.45
Técnica	4	16.66	11	35.48
Preparatoria	12	8.33	0	00.00
Profesional	14	58.33	13	41.93
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.98</b>	<b>31</b>	<b>99.98</b>

Respecto a la Edad de los Padres (Tabla 11), principalmente es la de mayor incidencia en ambos grupos de 25 a 39 años (G2 58.32% y G3 51.59%), aunque también los hay de 40 hasta 74 años (para mayores detalles ver tabla) y encontramos que un 4.16% de los sujetos del grupo 2 no especificó su edad.

**TABLA 11  
EDAD DEL PADRE**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
No específica	1	4.16	0	00.00
25 - 39 años	14	58.32	16	51.59
40 - 49 años	6	24.99	6	19.35
50 - 74 años	3	12.49	9	29.01
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.96</b>	<b>31</b>	<b>99.96</b>

Finalmente, la ocupación de estos sujetos oscila desde Empleado (G2 33.33% y G3 38.70%), Profesional (G2 12.50% y G3 19.35%), Hogar (G2 50% y G3 32.25%) y Otras actividades con incidencias menores. Ver Tabla 12 para mayor detalle.

**TABLA 12  
OCUPACION DEL PADRE**

	CON AUTISMO		SIN AUTISMO	
	fr	%	fr	%
Empleado	8	33.33	12	38.50
Hogar	12	50.00	10	32.25
Profesional	3	12.50	6	19.35
Otro	1	4.16	3	9.67
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.99</b>	<b>31</b>	<b>99.97</b>



Las Tablas 13 y 14 se refieren a datos aportados únicamente por el Grupo 2 (Padres de sujetos con autismo) y que se refieren a la Edad de su hijo autista, siendo principalmente Mayor de 10 años 37.50% y De 3 a 6 años 33.33% (Tabla 13); y referente al Lugar que ocupa en niño en la familia (Tabla 14) el de mayor incidencia es el de Menor 45.83%, Único con un 25%, Mayor con un 20.83% y el Medio con un 8.33%.

**TABLA 13  
EDAD DEL HIJO AUTISTA**

	fr	%
1 a 2 años	2	8.33
3 a 6 años	8	33.33
7 a 9 años	5	28.83
Más de 10 años	9	37.50
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 14  
LUGAR QUE OCUPA EL HIJO AUTISTA**

	fr	%
Único	6	25.00
Mayor	5	20.83
Medio	2	8.33
Menor	11	45.83
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>99.99</b>

### 3.3 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LOS SUJETOS AUTISTAS Y DATOS EPIDEMIOLOGICOS.

Estos datos se obtuvieron del análisis de los expedientes a los que se permitió el acceso en dos instituciones: Centro Educativo DOMUS A.C. y Centro de Autismo, UIC.

El sexo de los sujetos (Tabla 15) principalmente es el masculino 66.66% contra un 33.33% del femenino. Su edad (Tabla 16) oscila desde 3-7 años (16.66%) hasta mayores de 18 años (5.55%); siendo el mayor indice de edad de 8-12 años (41.66%) y 13-17 años (36.11%).

TABLA 15  
SEXO DEL SUJETO AUTISTA

	fr	%
MASCULINO	24	66.66
FEMENINO	12	33.33
TOTAL	36	99.99

TABLA 16  
EDAD ACTUAL DEL SUJETO AUTISTA

	fr	%
3 a 7 años	6	16.66
8 a 12 años	15	41.66
13 a 17 años	13	36.11
Más de 18 años	2	5.55
TOTAL	36	99.98

La edad en la que comenzaron a manifestar el trastorno identificada por los padres fué principalmente antes del año con 52.77% y de 1 a 3 años con 22.22%, aunque en un 19.44% se desconoce este dato, ya que no aparece reportado en los expedientes; para mayor detalle ver la tabla 17.

**TABLA 17**  
**EDAD INICIO DEL AUTISMO**

	fr	%
Se desconoce	7	19.44
Antes del año	19	52.77
1 a 3 años	8	22.22
Más de 3 años	2	5.55
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Respecto a la edad de la madre al momento de embarazarse (Tabla 18), era mayormente de 19 a 25 años (38.88%) con igual porcentaje en mujeres mayores de 31 años, teniendo un 22.22% de casos en los que se desconoce esta información, quedando con menor incidencia el rango de 26 a 30 años (16.66%).

**TABLA 18**  
**EDAD MADRE DEL SUJETO AUTISTA EN EMBARAZO**

	fr	%
Se desconoce	8	22.22
19 a 25 años	14	38.88
26 a 30 años	6	16.66
Más de 31 años	8	22.22
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Al investigar sobre la existencia de alguna problemática durante el embarazo nos encontramos con lo siguiente: 45% no lo especifica, 32.50% tuvo problemas de salud, el 12.50% ingirieron medicamentos en los primeros meses del embarazo, y el 10% restante tuvo problemas emocionales (Tabla 19).

**TABLA 19**  
**PROBLEMAS MADRE DEL SUJETO AUTISTA DURANTE EL EMBARAZO**

	fr	%
No especifica	18	45.00
Emocionales	4	10.00
De salud	13	32.50
Ingestión de medicamentos	5	12.00
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

Por otro lado, al momento del parto el 50% tuvo problemas, el 19.44% no tuvo ningún contratiempo y el 30.55% restante no lo especifica en su expediente (Tabla 20).

**TABLA 20**  
**PROBLEMAS MADRE DEL SUJETO AUTISTA DURANTE EL PARTO**

	fr	%
No especifica	11	30.55
No tuvo	7	19.44
Si tuvo	18	50.00
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

El tipo de problemas que tuvieron estos niños al nacer fueron principalmente los respiratorios (27%), cutáneos (12%) y otros (10%), el 29% no lo especifica y un 22% no tuvo ningún problema (Tabla 21).

**TABLA 21  
PROBLEMAS DEL SUJETO AUTISTA AL NACER**

	fr	%
No especifica	12	29.00
Ninguno	9	22.00
Respiratorio	11	27.00
Cutáneos	5	12.00
Otros	4	10.00
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100.00</b>

El peso que tuvieron al nacer se ubica en: 2 a más de 3kg (22.22%). menos de 2Kg (8.33%) y no especifican este dato el 47.22% (Tabla 22).

**TABLA 22  
PESO SUJETO AUTISTA AL NACER**

	fr	%
No especifica	17	47.22
Menos de 2 kg	3	8.33
De 2 a 3 kg	8	22.22
Más de 3 kg	8	22.22
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

Con respecto a la talla, también tenemos un alto índice de expedientes (63.88%) que no especifican este dato, el 16.66% midió menos de 50cm y el 19.44% más de 51 cm. (Tabla 23).

**TABLA 23**  
**TALLA DEL SUJETO AUTISTA AL NACER**

	fr	%
No especifica	23	63.88
Menos de 50 cm	6	16.66
Más de 51 cm	7	19.44
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Referente a los problemas de salud que estuvieron presentes durante el primer año de vida del sujeto identificado como autista, el 22.90% No tuvo ningún problema, el 16.66% tuvo problemas Respiratorios, el 12.50% Digestivos, el 8.33% presentó Espasmo del Sollozo, el 6.25% Convulsiones, el 4.16% problemas Visuales y el 22.90% Otros problemas diferentes a los mencionados como por ejemplo temperaturas altas, y finalmente el 6.25% No especifica este dato (Tabla 24).

**TABLA 24**  
**PROBLEMAS DEL SUJETO AUTISTA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA**

	fr	%
No especifica	3	6.25
Respiratorios	8	16.66
Digestivos	6	12.50
Visuales	2	4.16
Convulsiones	3	6.25
Espasmos del sollozo	4	8.33
Otros	11	22.90
Ninguno	11	22.90
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>99.95</b>

Otro dato que se investigó es la existencia de algún familiar del sujeto autista con algún trastorno psicológico (Tabla 25), encontrando que el 44.44% de los expedientes No especifican este dato, el 30.55% No tienen y el 25% Si lo tienen. En la Tabla 26 podemos observar el tipo de trastornos que presentan los familiares del sujeto autista, presentando el 8.33% Retardo mental, el 2.77% Rasgos de autismo y el 11.11% Otros trastornos como Hiperactividad, Problemas de aprendizaje, etc., el 44.44% No especifica este dato y el 33.33% No presenta ningún trastorno.

**TABLA 25  
FAMILIAR DEL SUJETO AUTISTA CON OTRO TRASTORNO**

	fr	%
No especifica	16	44.44
Si tiene	9	25.00
No tiene	11	30.55
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 26  
TRASTORNO DEL FAMILIAR**

	fr	%
No especifica	16	44.44
Ninguno	12	33.33
Retardo mental	3	8.33
Rasgos autismo	1	2.77
Otros	4	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Con relación a alguna pérdida o algún suceso significativo en la vida del sujeto autista (Tabla 27) tenemos que el 61.11% No especifica este dato, y el 19.44% tanto tuvieron una pérdida como no la tuvieron. Este suceso que se podría considerar como significativo o pérdida No fué especificado en el 61.11% de los casos, el 5.55% presentó Rechazo materno y el 13.88% se clasificó en Otros (como son separación temporal de alguno de los padres, nacimiento de algún hermanito, etc.) y el 19.44% como mencionamos anteriormente no tuvo ningún suceso significativo (Tabla 28).

**TABLA 27**  
**PERDIDA O SUCESO SIGNIFICATIVO DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
No especifica	22	61.11
Si tuvo	7	19.44
No tuvo	7	19.44
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 28**  
**SUCESO SIGNIFICATIVO**

	fr	%
No especifica	22	61.11
Ninguno	7	19.44
Rechazo materno	2	5.55
Otros	5	13.88
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>



En la Tabla 29 podemos observar datos referentes al número de hijos de la familia del sujeto autista, siendo el de mayor incidencia (58.33%) de 2 a 3 hijos, seguido por el de Más de 4 hijos (22.22%), luego el de Un solo hijo (13.88%) y finalmente No específica (5.55%).

**TABLA 29**  
**NUMERO DE HIJOS EN LA FAMILIA DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
No específica	2	5.55
Uno	5	13.88
Dos a tres	21	58.33
Cuatro o más	8	22.22
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

El lugar que ocupa el sujeto autista entre sus hermanos (Tabla 30) es el Menor (38.88%), seguido por el de Mayor (27.77%), Medio e Hijo único (13.88%) y No especificaron este dato el 5.55%.

**TABLA 30**  
**LUGAR QUE OCUPA EL SUJETO AUTISTA ENTRE HERMANOS**

	fr	%
No específica	2	5.55
Unico	5	13.88
Mayor	10	27.77
Medio	5	13.88
Menor	14	38.88
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.96</b>

Referente a si se planeó o no el embarazo del sujeto autista (Tabla 31), nos encontramos con que en un 25% éste no fué planeado, el 22.22% fué planeado y no se especifica este dato en el expediente en un 52.77% de los casos. Por otro lado, este embarazo fué deseado en un 55.55% de los casos, no se especifica en un 38.88% y no se deseó en un 5.55% (Tabla 32).

**TABLA 31  
EMBARAZO PLANEADO**

	fr	%
No especifica	19	52.77
Si	8	22.22
No	9	25.00
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

**TABLA 32  
EMBARAZO DESEADO**

	fr	%
No especifica	14	38.88
Si	20	55.55
No	2	5.55
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

De los casos investigados, No se alimentó con leche materna (Tabla 33) al 22.22% de los casos, y si se les dió pecho al 38.88% de éstos, con igual incidencia al punto anterior, no se especifica este dato en los expedientes.

**TABLA 33  
SE ALIMENTO CON PECHO**

	fr	%
No especifica	14	38.88
Si	14	38.88
No	8	22.22
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>100.00</b>

Respecto a algunas características de los padres de los sujetos autistas, tenemos que la escolaridad del padre (Tabla 34) principalmente es el del nivel Profesional (41.66%), No especifica este dato (44.44%) y con bajas incidencias se cubren los niveles de Primaria, Secundaria y Técnico. Por el lado de la madre, su escolaridad (Tabla 35) también es mayor en el nivel Profesional (33.33%), No se especifica (25%) y le sigue el nivel Técnico (22.22%), incluye con menor incidencia los niveles Primaria, Secundaria y Preparatoria.

**TABLA 34**  
**ESCOLARIDAD PADRE DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
No especifica	16	44.44
Primaria	1	2.77
Secundaria	3	8.33
Técnico	1	2.77
Profesional	15	41.66
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.97</b>

**TABLA 35**  
**ESCOLARIDAD MADRE DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
No especifica	9	25.00
Primaria	1	2.77
Secundaria	2	5.55
Técnico	8	22.22
Preparatoria	4	11.11
Profesional	12	33.33
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Otro de los aspectos investigados en relación con los padres, es su ocupación, destacando en los padres (Tabla 36) las Actividades profesionales (38.88%), seguida por la de Empleado (22.22%) y No específica este dato (25%), otras actividades encontradas fueron las de Comerciante y Técnico. Por su parte, con las madres (Tabla 37) la mayoría de ellas se dedican al Hogar (50%) y las restantes son Empleadas, Comerciantes o bien se dedican a Actividades profesionales, en el 11.11% de los casos no se reportaba esta información.

**TABLA 36**  
**OCUPACION PADRE DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
Empleado	8	22.22
Comerciante	4	11.11
Técnico	1	2.77
Profesional	14	38.88
No específica	9	25.00
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

**TABLA 37**  
**OCUPACION MADRE DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
Empleada	7	19.44
Comerciante	2	5.55
Hogar	18	50.00
Profesional	5	13.88
No específica	4	11.11
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.98</b>

Regresando al sujeto que presenta autismo, se encontró de los 19.44% de los casos que reportaron haber tenido algún accidente, todos ellos se concentraron en Golpes en la cabeza, el resto de los casos No especifica este dato en su expediente (Tabla 38).

**TABLA 38  
ACCIDENTES DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
Golpes en cabeza	7	19.44
No especifica	29	80.55
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.99</b>

En la actualidad, los sujetos autistas además de este trastorno presentan enfermedades Visuales (21.05%), Auditivas (2.63%) y sin ninguna otra enfermedad (71'05%), para mayor detalle ver Tabla 39.

**TABLA 39  
OTRAS ENFERMEDADES ACTUALES DEL SUJETO AUTISTA**

	fr	%
Visuales	8	21.05
Auditivas	1	2.63
Ningunas	27	71.05
Otras	2	5.26
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>99.99</b>

Los diagnósticos que se les han atribuido a estos sujetos anteriores al diagnóstico de Autismo se pueden observar en la Tabla 40, entre los que se encuentran Daño cerebral (18.36%), Retardo mental (14.28%), Psicosis infantil (4.08%), Otros (12.24%) como problemas de aprendizaje, hiperactividad, etc., No reportan este dato en su expediente (16.32%) y solamente el 34.69% de los casos recibió el diagnóstico de Autismo sin que le confundiera con ningún otro.

**TABLA 40  
OTROS DIAGNOSTICOS RECIBIDOS**

	fr	%
No específica	8	16.32
Daño cerebral	9	18.36
Retraso mental	7	14.28
Psicosis infantil	2	4.08
Ninguno	17	34.69
Otros	6	12.24
<b>TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>99.97</b>

De los 36 expedientes revisados, nos encontramos que el 41.66% de los casos no tiene estudios de Electroencefalograma, el 2.77% aunque menciona si tener este estudio no especifica el resultado del mismo, el 30.55% presenta Actividad Electroconvulsiva; los resultados tales como Disfunción cerebral mínima, Deficiencia mental profunda e Hiperquinesia alcanzan un puntaje de 2.77% cada uno y solamente el 16.66% presenta resultados de Normalidad (Tabla 41).

**TABLA 41  
ELECTROENCEFALOGRAMA**

	fr	%
No específica resultados	1	2.77
Actividad electroconvulsiva	11	30.55
Disfunción cerebral mínima	1	2.77
Deficiencia mental profunda	1	2.77
Hiperquinesia	1	2.77
Normal	6	16.66
No tiene	15	41.66
<b>TOTAL</b>	<b>36</b>	<b>99.95</b>

En las Tablas 42 (Problemática de ingreso) y Tabla 43 (Síntomas actuales) podemos observar con mayor precisión los síntomas específicos, no específicos y asociados con los que los niños entraron a las instituciones y los que presentan en la actualidad, entre los que se destacaban al ingresar principalmente entre los Específicos los Problemas de lenguaje -ausencia o desarrollo mínimo- (37.28%), Evitación del contacto físico (16.94%) y Fracaso en las conductas de vinculación (13.55%); dentro de los No específicos se encuentran las deficiencias en Autocuidado y Autoestimulación, ambas con un 18.60%, seguida por Autolesión con un 16.27% y con 13.97% las deficiencias en Motricidad fina y la Irritabilidad/violencia; aunado a ello, dentro de los aspectos asociados tenemos principalmente la presencia de Berrinches (30.76%), para mayor información recurrir a la Tabla 42 Respecto a la sintomatología actual, dentro de los Síntomas específicos siguen destacando Ausencia o desarrollo mínimo del lenguaje (47.57%), Evitación del contacto físico (13.11%) y No contacto visual (11.47%); dentro de la sintomatología no específica destacan las Dificultades en la Atención (23.80%), Deficiencias en autocuidado (22.62%), Deficiencias en motricidad fina (15.47%) y Autoestimulación (10.71%); en relación a los síntomas asociados los Berrinches siguen presentándose con una incidencia alta (66.66%) y el puntaje restante (33.33%) no hace ninguna especificación al respecto, de igual manera para mayor detalle recurrir a la Tabla 43.

TABLA 42  
PROBLEMATICA DE INGRESO  
NIÑO

SINTOMAS ESPECIF.	fr	%
FRAC. EN CTAS DE VINCULACION	8	13.55
SOBRERREAC. A EST. SENS.	3	5.08
EV. CONT. FISICO	10	16.94
NO REAC. A DOLOR	2	3.38
NO CONT. VISUAL	5	8.47
NO LENGUAJE O DES. MIN.	22	37.28
NO RESP. EMOCIONAL APROPIADA	5	8.47
NEC. DE ESTABIL	2	3.38
BUENA MEMORIA	2	3.38
TOTAL	59	99.99
SINTOMAS NO ESPECIF.	fr	%
HIPERACT.	1	2.32
SUEÑO ANORM.	1	3.32
TEMORES	1	2.32
DEF. AUTODESC.	8	18.60
DEF. MOTRIC. F.	6	13.95
IRRIT/VIOL	6	13.95
AUTOESTIMU-LACION	8	18.60
AUTOLESION	7	16.27
CTAS. RITUALES Y REPETIT	2	4.65
DIF. ATENCION	1	2.32
INTERES LIML	2	4.65
TOTAL	43	99.95

TABLA 43  
SINTOMAS ACTUALES DEL

SINTOMAS ESPECIF.	fr	%
FRAC. EN CTAS DE VINCULACION	3	4.91
SOBRERREAC. A EST. SENS.	1	1.63
EV. CONT. FISICO	8	13.11
NO REAC. A DOLOR	1	1.63
NO CONT. VISUAL	7	11.47
NO LENGUAJE O DES. MIN.	29	47.54
NO RESP. EMOCIONAL APROPIADA	6	9.83
NEC. DE ESTABIL	2	3.27
BUENA MEMORIA	2	3.27
TOTAL	61	99.93
SINTOMAS NO ESPECIF.	fr	%
HIPERACT.	2	2.38
SUEÑO ANORM.	1	1.19
TEMORES	2	2.38
DEF. AUTODESC.	19	22.62
DEF. MOTRIC. F.	13	15.47
IRRIT/VIOL	6	7.14
AUTOESTIMU-LACION	9	10.71
AUTOLESION	8	9.52
CTAS. RITUALES Y REPETIT	3	3.57
DIF. ATENCION	20	23.80
INTERES MUSICA	1	1.19
TOTAL	84	99.97



**TABLA 42**  
**PROBLEMATICA DE INGRESO**  
**NIÑO**

Continuación		
OTROS	fr	%
BERRINCHES	8	30.73
NO ESPECIF.	5	19.23
AFAR. SORDO	5	19.23
CTA.	3	11.53
DISRUPTIVA		
VOMITA	2	7.69
ERUPCIONES	1	3.84
DX R.	1	3.84
MENTAL		
LLORA COMO GATO	1	3.84
TOTAL	26	99.96

**TABLA 43**  
**SINTOMAS ACTUALES DEL**

Continuación		
OTROS	fr	%
BERRINCHES	6	66.66
NO ESPECIFI- CA	3	33.33
OTROS	9	99.99

Finalmente, la Tabla 44 hace referencia a los medicamentos que habían sido ingeridos por el sujeto autista antes de iniciar su tratamiento en la institución en la que actualmente se encuentran o bien en los primeros meses de intervención, encontrándonos una vez más con un alto índice (42.22%) de los casos en los que no se especifica este dato y un porcentaje considerable de sujetos (26.66%) que estuvieron tomando Antiepilépticos (más detalles en la tabla). Posteriormente, la Tabla 48 nos muestra los datos de los medicamentos que aún siguen tomando algunos de los sujetos que se encuentran en estas instituciones (DOMUS, UIC), donde podemos ver que de igual manera el mayor porcentaje se encuentra en el rubro No especifica (45%), y que otro porcentaje considerable de casos (22.50%) no está ingiriendo ya ningún medicamento (para mayor detalle vea la tabla 45) y que el consumo de los diferentes medicamentos presenta ya una incidencia baja.

**TABLA 44**  
**MEDICAMENTOS ANTERIORES**

	fr	%
No tomó ninguno	1	2.22
No especifica	19	42.22
Antipsicóticos	2	4.44
Ansiolítico	4	8.88
Ademina	1	2.22
Antiepiléptico	12	26.66
Antidepresivos	1	2.22
Otros	5	11.11
TOTAL	45	99.99

**TABLA 45**  
**MEDICAMENTOS ACTUALES**

	fr	%
No específica	18	45.00
No toma ninguno	9	22.50
Psicoanaléptico	1	2.50
Antiepiléptico	3	7.50
Analgésico	1	2.50
Ansiolítico	3	7.50
Antipsicótico	1	2.50
Psicotropo pol.	1	2.50
Otros	3	7.50
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100.00</b>

### 3.4 CRITERIOS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS.

Respecto a los criterios utilizados para la realización del diagnóstico de un sujeto que ingresaría cualquiera de estas instituciones (DOMUS - UIC), se encuentran las siguientes características, donde coinciden en algunas y siendo en la mayoría en donde no coinciden.

TABLA 46  
CRITERIOS DIAGNOSTICOS

RECURSO	DOMUS	UIC
Historia clínica (ent. con padres)	/	/
Dx de otra institución		/
Historia médica		/
Observación inicial directa (1 a 2 hrs)		/
Observación directa (1 mes)		/
DSM-III-R	/	/
Experiencia		/
Lista checable UIC		/
Lista checable IUTA		/
Perfil y lista de chequeo de la cta. autista (adaptado)	/	
Entrevista basada en la Lista Diagnóstica forma E-2 Rimland	/	
Estudio Biomédico y Ev. psicomotriz del Dr. Rafael Ramos Méndez		/
Guía de desarrollo Portage	/	
Evaluación de Repertorios Básicos	/	
Evaluación de Motricidad	/	
Evaluación de Lenguaje	/	
Evaluación de conductas de autocuidado	/	
Evaluación de conductas académicas	/	

### 3.5 SINTOMA CONSIDERADO MAS PROBLEMÁTICO.

Al evaluar en las tres poblaciones el síntoma que consideraban más problemático en el sujeto autista se reportó lo siguiente:

**TABLA 47  
SINTOMAS PROBLEMATICOS**

MANIFESTACION	TRABAJADORES	PADRES DE AUTISTAS	PADRES
Berrinches	15	2	
Autolesión	12	5	2
Autoestimulación	16	2	
No lenguaje o desarrollo mínimo	19	10	2
Problemas de atención	9	3	
Agresión	9	2	
No acepta cambios de rutina	5	1	
Oposición a trabajar	6	1	
Convulsiones	8		
Llantos	5		
Fobias	2	1	
Conducta repetitiva	2	1	
Déficit autocuidado	1	4	2
Déficit de motricidad	3		
Cambios de humor	3	1	
Hiperactividad	3	1	
Apego a objetos	1		
Excitación sexual	1		
Trastornos de sueño		1	
No mide el peligro		1	
No se comunican		4	
Aislamiento			7
Contacto visual			3
No resp. al dolor			1
Apariencia de sordos			1
Ausen. tiempo interno			1

## CAPITULO IV

### DISCUSION

Los objetivos del presente trabajo se encaminaban a esclarecer fundamentalmente lo siguiente:

1. Conocer el significado del autismo que se tiene en diferentes sectores de la población (profesionistas que trabajan con sujetos autistas, padres de sujetos autistas y padres de familia de sujetos sin autismo, o que no tienen ninguna relación con sujetos autistas).
2. Identificar los factores que se encuentran asociados más frecuentemente con la presencia del autismo (pre, peri y postnatales).
3. Identificar algunas características sociodemográficas de la población identificada como autista.
4. Identificar los síntomas o conductas considerados como más problemáticos en algunos sujetos autistas.
5. Identificar los criterios diagnósticos utilizados para estos casos.

Se encontraron los siguientes datos que en algunos casos corroboran los datos que se han encontrado en otras investigaciones, pero también con información que se contradice.

En lo que respecta a la concepción del autismo en los diferentes grupos no se encontraron diferencias que determinen una concepción diferente del fenómeno estudiado, pero sí se pudo encontrar con que se hace mucha referencia a características específicas entre los trabajadores, los padres de familia no tienen muy clara la diferencia entre los síntomas específicos y los no específicos y los padres de familia que no tienen contacto con sujetos autistas presentan una falta de información para la detección e identificación de este trastorno, haciendo más referencia a otros aspectos que en la mayoría de los casos no tienen ninguna relación con el mismo.

Esto es de vital importancia corregir para la detección pronta de el fenómeno y para el tratamiento mismo del sujeto, ya que los padres de familia juegan un papel importantísimo dentro de la intervención con estos sujetos, y si ellos carecen de los conocimientos básicos es poco el apoyo que puedan dar al proceso terapéutico.

Aún todavía es más importante que cuando se haga referencia entre los profesionistas que trabajan con estos sujetos exista una clara concepción de lo que el autismo es en realidad y lo que no es propio de la misma patología, o en su caso no se deje de buscar establecer un diagnóstico tradicional en el que se confunda al trastorno y lleve a

pérdida de tiempo y lo que es más grave a indicar tratamientos incorrectos para el sujeto autista, lo cual va de acuerdo a lo que se plantea en el enfoque conductual con la realización de análisis funcional para conductas específicas en el bien del sujeto mismo que se está atendiendo, lo que evita las confusiones que se han encontrado que se presentan.

Se sabe que las personas que trabajan con sujetos autistas en la ciudad de México (específicamente en los centros evaluados) principalmente es el femenino, especialmente mujeres solteras de 20 a 31 años que aún no han adquirido otros compromisos o responsabilidades y que por su misma situación económica y civil pueden dedicar más tiempo y cuidados a este tipo de sujetos, tal y como lo exige el tratamiento de los mismos. Aún y cuando el personal sea profesional no se garantiza que sus funciones tanto de terapeutas como de auxiliares de terapeuta se mantengan por más de 4 años, lo cual plantea un problema de seguimiento de los casos y de las intervenciones terapéuticas. Es importante que se reconozcan estas limitaciones y en atención a ello se busque especializar al personal en el tratamiento de estos sujetos y que se busque garantizar su permanencia por más tiempo en los centros de trabajo, en beneficio de los sujetos que son atendidos en los mismos.

Ello lleva a resaltar el hecho de que mucha de la información esencial no se encuentre dado que no existan criterios específicos para la realización de entrevistas, mucho menos para el seguimiento de los mismos en la mismas instituciones, menos aún entre diferentes instituciones. Ello habla de carencias metodológicas básicas, que es lo que Navarro (1889) y Prior (1987) establecen en cuanto a que las investigaciones sobre el autismo presentan poco acierto dado a factores metodológicos en la selección de las muestras y en los criterios diagnósticos utilizados, lo cual no permitirán identificar aquellos factores que pueden estar relacionados con el autismo de manera directa y de manera indirecta. Se puede para rebasar esta carencia hacer caso a la propuesta de Le-couteur, Rutter, Lord, Rios et al. (1989) de darse a la tarea de desarrollar una entrevista estandarizada con la que se pueda realizar un diagnóstico diferencial del autismo y que se exija el cumplimiento de la misma al 100%, en donde los entrevistadores cumplan con el formato establecido indicando toda la información que se solicita.

En las encuestas realizadas a los padres de familia (de sujetos con autismo y sin autismo) se encontró por el lado de los padres de sujetos con autismo, quienes contestaron el cuestionario principalmente fueron las madres de los sujetos, lo mismo sucedió con el grupo de padres de sujetos sin autismo, lo que puede indicar que son ellas quienes más se hacen responsables del cuidado de los hijos y lo relacionado con las cuestiones del hogar.

Generalmente las familias están compuestas por padre, madre y 2 a 3 hijos, an ambos grupos de padres. El nivel educativo de los padres de sujetos autistas es el profesional, fluctuando su edad cronológica entre los 25 a 39 años; muchas de éstas madres dada la problemática de sus hijos se dedican al hogar y cuidado de los mismos. El hecho de que acudan a los centros puede deberse a su nivel escolar dado que son personas que buscan mayor información y que además cuentan con mayores ingresos económicos para solventar los gastos de atención profesional, a diferencia de los padres en general cuyo nivel escolar

fluctúa entre técnico y profesional, de 25 a 39 años de edad y que su ocupación se encuentra en similares proporciones entre hogar y empleado.

La edad reportada del hijo autista principalmente es de 3 a mayores de 10 años (18), esto puede explicarse que en edades inferiores los padres aún todavía no se han percatado de las deficiencias de sus hijos o todavía se encuentran buscando respuestas a "situaciones llamativas" de la conducta de sus hijos, y que solo han permanecido en tratamiento algunos sujetos cuyos padres pueden sostener el gasto que implica el asistir a un centro de este tipo.

En este caso, el lugar que reportan los padres que ocupa su hijo autista es el de ser el más pequeño, y que en el estudio de los expedientes de ambos centros se encontraron que son principalmente el de ser los primogénitos y los menores. De Villard (1986), De Rozental (1983) y Weihs (1973) reportan que principalmente se presenta en sujetos primogénitos como se verificó en este estudio en hijos únicos, lo que no se corroboró ni encontró es en el menor de ellos.

Respecto a su sexo, se ha encontrado que de 3 ó 4 niños una niña tiene autismo según De Villard (1986) y que es 3 veces más frecuente en niños que en niñas (DSM-III, 1990). En este estudio se dió una proporción de 2 hombres por 1 mujer.

La edad actual de los sujetos autistas es de 8 a 17 la más frecuente y la edad en que se dice en que se presentó el autismo o en que los padres notaron que existían comportamientos anormales en sus hijos, fué principalmente antes de 1 año hasta los 3 años, lo que concuerda con lo indicado en las investigaciones reportadas por Gillberg, Ehlers, Schoumann, Jacobsson, et al. (1990), quienes dicen que se presenta en los primeros 30 meses de edad y se presenta en forma definitiva a los 3 años de edad más claramente, lo mismo se reporta en DSM-III-R (1991) y DSM-III (1990), Watkins, Asarnow y Tanguay (1988), Simons y Oishi (1987), De Villard (1986) y Ritvo (1983).

No se encontró ningún dato que haga referencia a problemas de peso y talla del sujeto autista al nacer que indique alguna relación con la manifestación del trastorno, tan solo se pudo ver que algunos de ellos presentaron problemas respiratorios y que en su primer año de vida estos problemas se siguen manteniendo conjuntamente con los digestivos, y que aunque Ciaranello y col. en 1982 hayan manifestado que el autismo se puede deber a enfermedades metabólicas y ante el hecho de que no especifican alguna en particular, no se puede interpretar ésto como evidencia de relación, aunque se podría investigar con más profundidad en estudios posteriores si esta relación es posible o si debe descartarse por completo.

Es importante señalar que cuando se investigó sobre la presentación de accidentes del sujeto autista, en los que se registraron todos presentaron accidentes en donde se tuvieron golpes fuertes en la cabeza, llegando incluso a perder el conocimiento, no se manifiesta si hubo daño o lesión física seria como consecuencia de estos golpes y en que área, lo cual debe investigarse con mayor profundidad. Es además notorio el que los

problemas que también se presentan con mayor incidencia acompañando al autismo sean los visuales.

En cuanto a las características de los padres, hay quienes dicen que la edad avanzada de la madre al momento del embarazo puede estar relacionado con la presencia del autismo (Gillberg, 1984), lo cual no se pudo corroborar, dado que la edad más frecuente de nuestras madres fué de 19 a 25 años en el momento del embarazo.

También se menciona que el sujeto puede presentar traumatismos en el tálamo de tipo prenatal o bien que la madre contraiga rubeola durante el embarazo (DSM-II, 1990; Gillberg y col., 1987; Prior, 1987; Wing, 1985; Garanto, 1984; y Ciaranello y col., 1982); al respecto solo se encontró que los problemas que las madres presentaron fueron de salud y que no están relacionados con la presencia de golpes o rubeola materna, sino a la ingestión de medicamentos (sin especificar cuáles), problemas dentales, etc. Además, durante el parto las madres presentaron complicaciones, hecho que concuerda con otras investigaciones (Ishii, 1989 y De Villard, 1986) aunque no se especifica el tipo de complicación presente en las madres, lo cual se sugiere que este dato se investigue con mayor profundidad.

Ritvo, Jordi, Mason-Brothers, Freeman et al. (1989), dicen que el autismo es más frecuente en hijos de pacientes autistas, al respecto se carece de información para dar una respuesta contundente dado que de los datos que se obtuvieron pocos son los que tienen algún familiar con algún otro trastorno psicológico, y de los que los tienen, solamente un sujeto tiene un familiar con rasgos de autismo.

También se suele atribuir el autismo a alguna pérdida significativa o suceso en la vida temprana del sujeto, como la separación de alguna persona amada (Brouner, 1981), no se tienen datos que indiquen que los sujetos estudiados lo hayan tenido; es muy común alegar también que el autismo se debe en gran medida al rechazo materno y que el autismo es una forma de escape de esta situación (Walker, 1988; De Villard, 1986; Marin, 1986; Wing, 1985; Garanto, 1984; De Rozental, 1983 y Weihs, 1973) lo cual según los presentes resultados no puede seguir manteniéndose esta afirmación, pues de los casos investigados sólo 2 de ellos presentaron rechazo abierto, al investigar sobre si el embarazo fué planeado, no se encontraron diferencias significativas entre los que sí y los que no lo fueron, al investigar sobre si fué deseado la mayoría afirma que sí y, finalmente, al investigar si se le alimentó con pecho materno a la mayoría de ellos si se le alimentó, se sabe que algunos casos en los que hay rechazo, las madres no aceptan amamantar a sus hijos. Esto viene a reforzar la idea de que los padres no son los culpables de el autismo de su hijo, sino que se debe buscar la respuesta por otro camino, y se deje de utilizar esta idea y se clarifique con el padre estos datos, lo que redundaría en la comprensión del trastorno mismo y su colaboración en el proceso terapéutico que se siga con sus hijos de manera más comprometida.

Otra de las ideas que también se debe descartar es la de las características de personalidad de los padres como fuente del autismo, ya que se dice que éstos son más inteligentes, más fríos, meticulosos y detallistas (Wing, 1985). Aún cuando los padres que se



estudiaron son profesionistas en general, esto no ofrece un indicio claro de que sean más o menos brillantes que otros padres de familia, y el hecho de que algunas madres hayan preferido dejar su trabajo profesional por dedicarse al cuidado de sus hijos nos puede llevar a suponer que no poseen estas características.

Muchos de éstos sujetos en algún momento estuvieron tomando medicamentos anticonvulsivos, lo cual se ha disminuido cuando se les ha tratado en centros que atienden sujetos autistas, esto se debe a problemas de diagnóstico, ya que además se les suele confundir con otros trastornos, dado que en muchas ocasiones el autismo se encuentra asociado a otros problemas (Ricks, 1989) Newson y cols.(1979) dicen que se le suele confundir con Retardo en el desarrollo, Gilbert (1989b) menciona que puede ser confundido con el síndrome de Heller y el de Ret, y Watkins y cols. (1988) y Newson y col. (1979) dicen que pueden ser confundidos con el Síndrome Esquizofrénico de la Infancia. Se encontró que estos sujetos tuvieron otros diagnósticos anteriores al de autismo tales como Retardo en el desarrollo, Daño cerebral, Psicosis Infantil, Hiperactividad, etc.

En los electroencefalogramas los resultados mostraban que un gran porcentaje presentaba actividad electroconvulsiva más no encontraron daño cerebral. También en el DSM-III se ha visto que el 25% presenta crisis convulsivas lo cual se corrobora con los datos presentes.

Finalmente, en cuanto a la problemática de ingreso y la problemática actual del sujeto autista, se encontró que en muchos síntomas, los sujetos al ingresar a los centros de atención han disminuido la presentación de esas manifestaciones, pero que en otros casos la incidencia se incrementa como lo es en el caso de no establecimiento de contacto visual, problemas de lenguaje, respuestas emocionales inapropiadas, temores, deficiencias de autocuidado, deficiencias motrices, conductas autoestimulatoria y autolesivas, dificultades de atención y conductas rituales y repetitivas, en donde el criterio común en todas ellas es el incremento en la edad de los sujetos, pues en el momento del ingreso dada la edad cronológica del sujeto estas conductas no estaban en condiciones de ser presentadas o de poder ser observadas y que conforme el sujeto va creciendo estas deficiencias se van haciendo más patentes y notorias además de que se van acentuando. Por otro lado, en cuanto a las conductas identificadas en el apartado de "otros" en el momento en el que el sujeto entró al centro se desconoce su resolución en el momento actual, dado que dejan de ser reportadas en los expedientes ( sin especificar si las conductas desaparecieron en el sujeto o si bien estas dejaron de verse como parte importante para el tratamiento de estos casos).

Respecto a los criterios diagnósticos utilizados en ambas instituciones, se pudo corroborar la ausencia de consenso respecto a los recursos utilizados teniendo únicamente como referencia similar el uso de la Historia Clínica (aún y cuando no hay acuerdo respecto a su contenido) y el recurrir al DSM-III-R para la clasificación (aunque se desconoce también que tanta importancia se le dé y en que grado influye para la determinación del diagnóstico final de un sujeto).

De los anterior se sugiere lo siguiente:

1. Es importante que se tenga un consenso en cuanto a la concepción que se tenga sobre el autismo: características esenciales, causas, incidencias, factores influyentes, etcétera, de manera que se unifique el criterio diagnóstico no como categorización pues de nada ayuda como se ha visto al paciente mismo, sino como un soporte de trabajo que no obstaculice el tratamiento de estos sujetos sino que ayude a la clarificación. Por lo mismo se sugiere que al momento de hacer el diagnóstico, no se limite a hacer un diagnóstico nosológico sino también se realicen análisis funcionales de cada una de las manifestaciones conductuales de los niños, de manera que éstos guíen el trabajo terapéutico de los profesionistas en bien del paciente, y que por otro lado se analice la información pertinente al autismo para determinar el trastorno del sujeto y poder realizar así un diagnóstico nosológico en segunda instancia que permita llevar registros más precisos.
2. Identificar todos aquellos recursos metodológicos de evaluación necesarios y pertinentes para los sujetos autistas, para la realización del diagnóstico y la determinación de los niveles de deterioro del sujeto.
3. Entrenar y buscar el seguimiento meticuloso y "obsesivo" de todos y cada uno de los instrumentos de evaluación, formatos de entrevista e historias clínicas, así como del cuidado en la apertura, seguimiento y cierre de un expediente clínico completo.
4. Entrenamiento y elaboración en la realización de análisis funcionales de acuerdo a conductas específicas, partiendo de los conocimientos empíricos acumulados sobre la presencia y mantenimiento de estas conductas inadecuadas.
5. Discusión y apertura de casos clínicos entre los terapeutas de cada centro, de manera que se ayude a la clarificación de lineamientos de intervención individuales.
6. Establecer un acuerdo inter e intracentros en formas de evaluación, y concepciones sobre el fenómeno. Dejando en libertad las formas de intervención dependiendo de los enfoques que se manejen, siempre y cuando se establezcan criterios de evaluación durante la intervención a un tiempo estipulado, en donde se juzgue pertinente la continuación del mismo procedimiento terapéutico con base en sus resultados o bien el cambio o modificación de la terapia en busca de logros más efectivos.

#### PROPUESTA DE ANALISIS FUNCIONAL.

Al observar los resultados respecto a cuál es el síntoma que consideran más problemático los sujetos de los grupos evaluados (trabajadores y padres de familia), resaltan las diferencias en cada uno de ellos en cuanto a los síntomas así como en su intensidad. Es de interés observar que principalmente se hace referencia a síntomas que se clasificaron como

asociados y que se coincida sólo en un síntoma específico (ausencia de lenguaje o desarrollo mínimo) en los grupos.

Algunos de los síntomas que se mencionaron, como el indicado anteriormente por ejemplo, son comportamientos que para su implementación requieren del establecimiento de conductas básicas (prestar atención, seguimiento de instrucciones, imitación) y una baja tasa de ocurrencia de conductas disruptivas, por lo que su intervención será dentro de un proceso de tratamiento posterior al control de las anteriores; a excepción de la ecolalia, que puede ser tomada en cuenta como una conducta disruptiva.

Para la propuesta, se tomarán tres conductas de las mencionadas por los grupos, Autoestimulación, Autolesión y Berrinches, dada su elevada frecuencia a la vez que son conductas en las que por lo menos coinciden dos grupos. A estas tres conductas se les puede aplicar las hipótesis propuestas por Carr (1977) a saber: a) se mantienen por reforzamiento positivo, b) se mantienen por reforzamiento negativo (terminación o escape de situaciones aversivas) y c) proveen de estimulación sensorial. Por otro lado, éstas concuerdan con lo propuesto por Stormey y cols. (1988) al considerarlas como conductas disruptivas.

Finalmente, para la propuesta de análisis funcional, se retomará lo indicado por Iwata y cols. (1982) y se integrará con el refinamiento de esta metodología propuesto por Stormey y cols. (1988), aunándole algunas indicaciones personales.

Cada situación analógica será nombrada de acuerdo a la hipótesis que pretenda evaluar, además de presentar su objetivo particular. Su duración será de 15 minutos cada una y deberán ser presentadas en orden aleatorio entre las sesiones que se contemplen para el establecimiento de la línea base. Los materiales e indicaciones particulares se especificarán en cada situación analógica.

#### Situaciones Analógicas.

I. Atención Negativa. Su objetivo es verificar si el reforzamiento social es el que mantiene las conductas inapropiadas, en este caso las disruptivas.

Materiales: 1 mesa, dos sillas (una colocada frente a la mesa y la otra a 1 metro de distancia), Juguetes varios.

- Sujeto y evaluador entran juntos al área de trabajo.

\_ Los juguetes se encuentran en el piso, habiendo juegos sobre la mesa accesibles al niño.

\_ Se da una única instrucción al sujeto: "Juega con los juguetes", en el caso de que el sujeto tenga poco lenguaje receptivo o problemas auditivos, se le llevará hacia los juguetes y se hará que tenga contacto físico con ellos.

- Dar atención contingente a cada episodio de conductas disruptivas (autolesión, autoestimulación y berrinches), en forma de desaprobación social verbal apareada con contacto físico no punitivo, contacto visual y expresiones faciales y corporales.

- Todas las demás respuestas (que no sean las conductas objetivo) se ignorarán.

**2. Alta Demanda.** Su objetivo es determinar si la conducta disruptiva se presenta para escapar de situaciones aversivas, es decir, si ésta es reforzada negativamente.

**Materiales:** Area con cámara de Gesell en donde haya una mesa y dos sillas, una frente a la otra en dos extremos de la mesa. Lápices, papel, libros, etc., dependiendo de la actividad académica que se haya seleccionado, o bien, objetos accesorios para la realización de las conductas de baja probabilidad de obediencia. Algunos juguetes en el suelo, a un metro de distancia del niño.

- Se elegirán demandas académicas difíciles para cada sujeto con base en su programa educativo o bien conductas identificadas en él como de baja probabilidad de obediencia.

- El evaluador y el sujeto se sientan ante la mesa, uno frente al otro. Sobre la mesa no habrán estímulos distractores.

- Se dan las instrucciones verbales en tres términos al sujeto: a) Dar la instrucción en tono de voz audible y teniendo contacto visual, esperar 5 segundos para que el sujeto inicie la respuesta; b) si no hay respuesta por parte del sujeto, repetir la instrucción incrementando la intensidad de la voz y modificando el tono de la misma, esperar 5 segundos para que el sujeto inicie la respuesta; y c) si no hay respuesta, se repite la instrucción y al mismo tiempo se instigará físicamente la respuesta del sujeto.

- Dar reforzamiento social al término de la respuesta (de preferencia combinando el reforzamiento social verbal con contacto físico, contacto visual y expresiones faciales), y proceder a dar la siguiente instrucción.

- En el momento en que se presente la conducta disruptiva, el evaluador inmediatamente abandonará la instrucción y esperará 30 segundos para dar la siguiente. Si la conducta es continua, se darán 30 segundos adicionales para introducir el cambio.

**3. Solo.** Evalúa si la conducta se presenta como un intento de proveerse estimulación sensorial.

**Materiales:** una habitación con cámara gesell sin ningún estímulo (visual, táctil, libre de ruidos, etc.) o materiales que puedan ser fuente de estimulación externa. Una silla al centro de la habitación para que el sujeto se siente.

- Se introduce al sujeto a la habitación.
- Darle la instrucción de que se siente y no haga nada.
- Estar observando detrás de la Cámara Gesell para determinar el tiempo que el sujeto deberá permanecer en la habitación en el momento de estar emitiendo la conducta disruptiva. El criterio del tiempo será justificado en razón de que el sujeto no se provoque daño físico prolongado (máximo 30").
- En el caso de que sea una conducta continua, el evaluador entrará a la habitación e interrumpirá esta conducta. Se procederá posteriormente como al inicio de la situación analógica.

**4. Juego Libre.** Su función es servir de comparación de ambientes ricos en estimulación contra las demás situaciones, por lo que deberá ser considerada como una situación de control.

**Materiales:** Habitación con Cámara de Gesell, una mesa y dos sillas, juegos no educativos o que propicien la no interacción accesibles al sujeto, diversos estímulos visuales en toda la habitación.

- Sujeto y evaluador se encuentran dentro de la habitación.
- El experimentador mantendrá proximidad física con el sujeto (menos de 1 metro de distancia entre ellos).
- El experimentador puede sugerir al sujeto juegue solo, juegos cooperativos, moverse libremente por el cuarto y periódicamente (cada 30 segundos), presentarle juegos sin hacer demandas.
- Dar reforzamiento social verbal breve acompañado de contacto físico y visual, ante conductas apropiadas (no disruptivas) cada 30 segundos.

## REFERENCIAS

- Allen, Doris A., (1988). "Autistic spectrum disorders: Clinical presentation in preschool children". Journal of Child Neurology, 3, 48-56.
- Alvarez, P. y Moyssen, X., (1990). "Características del niño autista". Revista Psicología, 49, 13-17.
- American Psychiatric Association, (1990). DSM-III. Barcelona:Masson.
- American Psychiatric Association, (1991). DSM-III-R. Barcelona:Masson.
- Baer, D., (1986). "In application, Frequency is not the only estimate of the probability of behavior units". En Thomson, T. y Zeiler, M. (Eds.), Analysis and Integration of Behavioral Units, Hillsdale, NY: Laurence Erlbaum Associates.
- Bagley, Christopher., Mc Geein, Van., (1989). "The taxonomy and course of childhood autism". Perceptual and Motor Skills, Dec. Vol. 69 (3, pt.2). 1264-1266.
- Baron-Cohen, Simon., (1990). "Autism: A specific cognitive disorder of "mind-blindness". International Review of Psychiatry, Vol. 2 (1). 81-90.
- Brouner, A., (1981). Vivir con un niño autístico, Barcelona:Paidós.
- Bowman, Eimer P., (1988). "Asperger's syndrome and Autism: The case for a connection". British Journal of Psychiatry, Mar. Vol. 152. 377-382.
- Cantwell, Dennis P., Baker, Lorian., Ritter, Michael., Mawhood, Lynn., (1989). "Infantile autism and developmental receptive dysphasia: A comparative follow-up into middle childhood". Journal of Autism and Developmental Disorders, Mar. Vol. 19 (1). 19-31.
- Carr, E.G., (1977). "The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses". Psychological Bulletin, Vol.84 (4). 800-816.
- Castro, N., (1990). "Autismo Precoz Infantil". Revista Psicología, 49, 10-12.
- Ciaranello, R., Vanderberg, S. y Anders, T., (1982). "Intrinsic and extrinsic determinant of neuronal development: Relation to infantile autism". Journal of Autism and Developmental Disorder, 12 (2), 115-145.
- Dahlgren, Sven O., Gillberg, Christopher., (1989). "Symptoms in the first two years of life: A preliminary population study of infantile autism". European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 238 (3), 169-174.

- Damasio, Antonio R., (1984). "Autism". Archives of Neurology, 41 (5), 481.
- De la Fuente, R., (1977). "La Salud Mental en México". Salud Mental, 4 (9), 4-13.
- De la Fuente, R., (1982). "Acerca de la Salud Mental en México". Salud Mental, 5 (3), 22-31.
- De Rozental, M.C., (1983). El Autismo. Enfoque fonoaudiológico. Buenos Aires:Medica Panamericana.
- De Villard, R., (1986). Psicosis y Autismo del Niño. Clínica y Tratamiento, México:Masson.
- Figuroa, J.G., González, E. y Solis, V.M., (1976). "An approach to the problem of meaning". Journal of Psycholinguistic Research, 5 (2), 107-117.
- Douché, D., (1990). "Los padres esquizofrénicos". Revista Psicología, 50, 30-32.
- Garantos, J., (1984). El Autismo. Aproximacion Nosografica Descriptiva y apuntes Psicopedagógicos, Barcelona:Herder.
- García, A., (1990). "Reconocimiento y Tratamiento inicial del Autismo infantil precoz". Revista Psicología, 49,18-21.
- Gillberg, Ch., (1984). "On the Relationship between epidemiological and clinical samples". Journal of Autism and Developmental Disorders, 14 (2), 214-217.
- Gillberg, Ch., (1989a). "Asperger Syndrome in 23 Swedish children". Developmental Medicine and Child Neurology, 31 (4), 520-531.
- Gillberg, Ch., (1989b). "The borderland of Autism and Rett syndrome: Five cases histories to highlight diagnostic difficulties". Journal of Autism and Developmental Disorders, 19 (4), 545-559.
- Gillberg, Ch., (1990a). "What is autism?". International Review of Psychiatry, 2 (1), 61-66.
- Gillberg, Ch., (1990b). "Infantile Autism: Diagnosis and Treatment". Acta Psychiatrica Scandinavica, 81 (3), 209- 215.
- Gillberg, Ch., Steffenburg, S., Borjesson, B. y Andersson, L., (1987). "Infantile Autism in Children of Immigrant Parents". A population-based study from Goteborg, Sweden. The British Journal of Psychiatry, 150, 856- 858.

- Gillberg, Ch., Ehlers, S., Schaumann, H., Jakobsson, G. et al., (1990). "Autism under age 3 years: A clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 31 (6). 921-934.
- Handleman, Jan-S., (1986). "Severe developmental disabilities: Defining the term". Education and Treatment of children, 9 (2), 153-167.
- Hertzig, M., Snow, M., New, E. y Shapiro, T., (1990). "DSM-III and DSM-III-R diagnosis of autism and pervasive developmental disorder in nursery school children". American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29 (1). 123-126.
- Hobson, R.P., (1990). "On the origins of self and the case of autism". Development and Psychopathology, 2 (2), 163-181.
- Ishii, T., (1989). "La Terapia de Aceptación-Comunicación para el tratamiento del Autismo". Revista de la Universidad Intercontinental de Psicología y Educación, 2 (1 y 2), 110-115.
- Iwata, B., Dorsey, M., Sliffer, K., Bauman, K. y Richman, G., (1982). "Toward a functional analysis of self-injury". Analysis and Intervention in Developmental Disabilities, 2, 3-20.
- Konstantareas, M., Homatidis, S. y Busch, J., (1989). "Cognitive, communication, and social differences between autistic boys and girls". Journal of Applied Developmental Psychology, 10 (4), 411-424.
- Lartigue, M.T., (1983). "Una aproximación al diagnóstico del estado actual de la Salud Mental en México". Revista Mexicana de Psicología, 1 (1), 27-41.
- Le-Couteur, A., Rutter, M., Lord, C., Rios, P. et al., (1989). "Autism Diagnostic Interview: A standardized investigator-based instrument". Journal of Autism and Developmental Disorders, 19 (3), 363-387.
- León, N.A., (1975). Autismo Infantil Precoz. Tesis de licenciatura, México:UNAM.
- Lovaas, O.I., (1984). El niño autista: Desarrollo del lenguaje a través de la Modificación de Conducta, México:Debate.
- Mace, Ch. y Knigh, D., (1986). "Functional analysis and treatment of severe pica". Journal of applied behavior analysis, 19 (4). 411-416.
- Marín, H.R., (1986). Niños Psicóticos y sus Familias, Buenos Aires:Ediciones Búsqueda.



- Martín, England, Kaprowy, Kilgoor y Pilek, (1982). "Condicionamiento operante del comportamiento en clase de Jardín de Infancia en niños autistas". En Ashen, B.A. y Poser, E.G., Autismo, esquizofrenia y retraso mental, Barcelona: Fontanella.
- McKinlay, I., (1989). "Autism: the pediatric neurologist's tale". Special Issue: Autism. British Journal of Disorders of Communication, 24 (2), 201-207.
- Mesibov, G.B., Schopler, E., Schaffer, B. y Michal, N., (1989). "Use of the childhood Autism Rating Scale with autistic adolescents and adults". Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28 (4), 538-541.
- Myles, B., Anderson, J., Constant, J.A. y Simpsons, R.L., (1989). "Educational assessment of students with higher functioning autistic disorder". Focus on Autistic Behavior, 4 (1), 1-14.
- Navarro, D.F., (1989). "Bases biológicas del autismo infantil". Revista de Psicología General y Aplicada, 42 (2), 261-270.
- Newson, C.D., Carr, E.G. y Lovaas, O.I., (1979). "The Experimental Analysis and Modification os autistic behavior". In Davidson, R.S. (Ed), Modification of Pathological behavior. New York:Gordner Press.
- Paluszny, M., (1987). Autismo: guía práctica para padres y profesionales. México:Trillas.
- Pedersen, J., Livoir, P. y Schelde, J.T., (1989). "An ethological approach to autism: An analysis of visual behavior and interpersonal contact in a child versus adult interaction". Acta Psychiatrica-Scandinavica, 80 (4), 436-355.
- Prior, M., "(1987). Biological and neuropsychological approaches to childhood autism". British Journal of Psychiatry, 150, 13-17.
- Reimers, Th., Wacker, D., Stange, L., McCarthy, A.M., (1989). "Use of functional assessment to prescribe treatment for child noncomplince". Paper presented at the national meeting of the association for behavior analysis, Milwaukee, Wisconsin.
- Reiss, A., Feinstein, C. y Rosenbaum, K., (1986). "Autism and genetic disorder". Special Issue: psychiatric rehabilitation. Schizophrenia Bulletin, 12 (4), 724- 738.
- Reiss, A., Freund, L., (1990). "Fragile X syndrome, DSM-III-R, and Autism". Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry, 29 (6), 885-891.

- Repp, A., Felce, D., Barton, L., (1988). "Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behaviors on hypotheses of their causes". Journal of applied behavior analysis, 21 (3). 281-289.
- Ricks, D., (1989). "Child Autism: II. Differential Diagnosis". NIMHANS Journal, 7 (1), 71-75.
- Ritvo, E., (1983). "The Syndrome of Autism: A medical model". Integrative Psychiatry, 1 (4), 103-109.
- Ritvo, E.R., Creel, D., Realmuto, G. et al., (1988). "Electroretinograms in autism: a pilot study of b-wave amplitudes". American Journal of Psychiatry, 145. 229- 232.
- Ritvo, E., Jorde, L., Mason-Brothers, A., Freeman, B.J., et al., (1989). "The UCLA University of Utah epidemiologic survey of autism: Recurrence risk estimates and genetic counseling". American Journal of Psychiatry, 146 (8), 1032-1036.
- Rogers, S. y Newhart, L.S., (1989). "Characteristics of infantile autism in five children with Lebel's congenital amaurosis". Developmental Medicine and Child Neurology, 31 (5), 598-608.
- Schleien, S., Rynders, J.E., Mustonen, T. y Fox, A., (1990). "Effects of social play activities on the play behavior of children with autism". Journal of Leisure Research, 22 (4), 317-328.
- Simons, J. y Oishi, S., (1987). The Hidden Child. The Linwood Method for Reaching the Autistic Child. Kensington, Maryland:Woodhine House.
- Srinath, S., Chowdhury, J., Bhide, A., Narayanan, et al. (1989). "Descriptive study of infantile autism". NIMHANS-Journal, 7 (1), 77-81.
- Sturney, P., Carlsen, A., Crisp, A.G. y Newton, J.T. (1988). "A functional analysis of multiple aberrant responses: a refinement and extension of Iwata et al's (1982) methodology". Journal of Mental Deficiency Research, 32. 31-46.
- Szatmari, P., Bartolucci, G. y Bremner, R., (1989). "Asperger's syndrome and autism: Comparison of early history and outcome". Developmental Medicine and Child Neurology, 31 (6), 709-720.
- Taft, L., (1983). "The Syndrome of Autism: A medical model. Comment". Integrative Psychiatry, 1 (4), 118-119.

- Teodoro, G., Murray, A., Newham, D., Boundy, K. y Barrera, F.J., (1990). "Biobehavioural Functional Analysis". Poster presented at the first Ontario Association for Developmental Disabilities Conference, London, Ontario.
- Volkmar, F. y Nelson, D., (1990). "Seizure Disorders in Autism". Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 29 (1), 127-129.
- Walker, S., (1988). "Autism from a Freudian and a Kleinian point of view". Journal of the Melanie Klein Society, 6 (1), 35-37.
- Watkins, J., Asarnow, R. y Tanguay, P., (1988). "Symptom development in childhood onset schizophrenia". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 29 (6), 865-878.
- Weih, T., (1973). Niños necesitados de cuidados especiales. Madrid:Fax Marova.
- White, J. y Owens, A., (1989). "Language and symbolic play: some findings from a study of autistic children". Special Issue: Cognitive Science. Irish Journal of Psychology, 10 (2), 317-322.
- Williams, L., (1990). Treatment of Autism: The prognosis as we approach 50 years since its description and 40 years of behavioral research into clinical interventions and teaching. Surrey Place Centre, Toronto, Canada. Sin publicar.
- Wing, L., (1985). La educación del niño autista. Guía para padres y maestros. España:Paidós.
- Zimmerman, R., Baez, M. y Vargas, J., (1981). "Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en los Centros de Salud Mental del Valle de México". Salud Mental, 4 (4), 14-18.
- Zimmerman, R., Morales, C., Buendía, A. y Saad, E., (1981). "Los servicios de Salud Mental para niños y adolescentes en el Valle de México". Salud Mental, 4 (2), 4-7.

## A. FORMATO DE LA TECNICA DE REDES SEMANTICAS

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Años de casado/unión libre: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

\*Nombre del niño que presenta autismo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa entre sus hijos? \_\_\_\_\_

+Actividades que realiza: \_\_\_\_\_

+Años de trabajar con sujetos autistas: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES:

Escriba en el espacio en blanco todas las palabras que se le vengan a la mente (mínimo 5) y que se relacionen con la palabra AUTISMO. Una vez que haya escrito las palabras, por favor ordénelas según su importancia, dando el número 1 a la que considere que está más relacionada, el número 2 a la siguiente y así sucesivamente hasta numerar todas las palabras que usted escribió.

### AUTISMO

\*Ahora por favor, indique cuál es según su criterio, la situación (manifestación) más problemática en su hijo. GRACIAS.

---

---

---

\* Este aspecto se aplicó solamente a padres de sujetos autistas.



**APENDICE B**

TRABAJADORES	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	VALOR *M*
1. Incapacidad para socializar.	4	1	1			1	1			1	67
2. Aislamiento	3	2			1					1	56
3. Repetición de ctas. y rutinarios.	1	3	1	1							52
4. Ecolalia		2	1	1	2	1					51
5. Autoestimulación			2	2	2	1					47
6. Autoagresivos			3	1	1		1	1			44
7. Agresión	1	1	1	1	1						40
8. Incomunicación	1	2		1				1			38
9. Falta de lenguaje	2	1	1								37
10. Solitarios	1	2	1								36
11. Movs. estereotipados		1	1	1	1						30
12. Obsesivos	1		1			1					23
13. Resistencia a cambios			1		1	1					19
14. Percepción dif. de las cosas	1		1								18
15. Comunicación		1	1								17
16. Simbiosis		1		1							16

17.Trast. en mov.	1										1	13
18.Atención fugaz			1									12
TRABAJADORES	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1		
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10		VALOR "M"
19.Cambio de humor				1							1	12
20.Berrinche					1	1						11
21.Hiperactividad				1						1		11
22.No evita el peligro	1											10
23.Aprendizaje	1											10
24.Alteración	1											10
25.Educación	1											10
26.Rechazo	1											10
27.Serotoninas	1											10
28.Mirada vacía	1											9
29.Discapacidad	1											9
30.Lesión en lóbulo 6o. y 7o. del cerebelo	1											9
31."X" frágil	1											8
32.No concepto del yo					1							8
33.Lenguaje	1											8
34.Intereses y actvs. restringidas	1											8
35.No contacto visual						1				1		8

36. Angustia	1											8
37. Especial	1											8
38. Tras. de leng.	1											8
TRABAJADORES	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1		
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10		VALOR "M"
39. Disrupción	1											7
40. Pasivo	1											7
41. Comienzo en infancia	1											7
42. Timidez	1											7
43. Resistencia	1											7
44. Retardo en aprend.	1											7
45. Fuera de realidad	1											7
46. Cta. antisocial	1											7
47. Síndrome	1											7
48. Perseverancia				1								6
49. Sobrerrespuesta a estímulos						1						6
50. Ruidos extraños				1								6
51. Gusto por música						1						6
52. Buena memoria						1						6
53. Arrinconado				1								6
54. Madres frías				1								6
55. Apego a objetos				1								6





6. No comunicación	M	Fr	7. Carácter violento	M	Fr	
Incomunicación	38	5	Agresión	40	5	
Comunicación	17	2		40	5	
	55	7				
8. Concepto	M	Fr	9. Causas	M	Fr	
Alteración	10	1	Rechazo	10	1	
Discapacidad	9	1	Serotoninas		10	1
Especial	8	1	Lesión lóbulo	9	1	
Disrupción	7	1	"X" frágil	8	1	
Síndrome	7	1	Madres frías	6	1	
Desórden cta.	5	1		43	5	
	46	6				
10. Nec. de estabilidad	M	Fr	11. Otros trastornos	M	Fr	
Resistencia a cambios	19	3	Aprendizaje	10	1	
Resistencia	7	1	Educación	10	1	
	26	4	Retardo en Apren.	7	1	
				27	3	
12. Sobrereacción a est.	M	Fr	13. No contacto visual	M	Fr	
Percep. dif. de cosas	18	2	Mirada vacía	9	1	
Sobrerespuesta a Est.	6	1	No contacto visual	8	2	
	24	3		17	3	
14. Trast. en atención	M	Fr	15. Resp. emoc. inap.	M	Fr	
Atención fugaz	12	2	Cambios de humor	12	2	
	12	2		12	2	
16. Dif. motrices	M	Fr	17. Hiperactividad	M	Fr	
Trast. en movimiento	13	2	Hiperactividad	11	2	
	13	2		11	2	
18. Frac. en Ctas.vincul.	M	Fr	19. Memoria	M	Fr	
Apego a objetos		6	1 Buena memoria		6	1
	6	1		6	1	
20. Interés por música	M	Fr	21. Comienzo en inf.	M	Fr	
Gusto por música	6	1	Com. en infancia	6	1	
	6	1		6	1	
22. No evita peligro	M	Fr	23. Int. y motiv. rest.	M	Fr	

No evita el peligro	10	1	Int. y motiv. rest.	8	1
	10	1		8	1

### CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

CATEGORIA		M	Fr
Aislamiento social	(E)	159	20
Otros síntomas	(O)	113	17
No lenguaje o des. mín.	(E)	104	13
Conductas rituales y repetitivas	(NE)	88	11
Autoestimulación y autolesión	(NE)	47	8
Ausencia de comunicación	(E)	55	7
Carácter violento	(NE)	40	5
Concepto	(O)	46	6
Causas	(O)	43	5
Nec. de estabilidad	(E)	26	4
Otros trastornos	(O)	27	3
Sobrerrespuesta a est.	(E)	24	3
No contacto visual	(E)	17	3
Dificultades motrices	(E)	13	2
Respuestas emocionales inapropiadas	(E)	12	2
Problemas de atención	(NE)	12	2
Hiperactividad	(NE)	11	2
No evita el peligro	(NE)	10	1
Intereses y motivaciones restringidos	(NE)	8	1
Comienzo en infancia	(E)	7	1
Fracaso en conductas de vinculación	(E)	6	1
Memoria	(E)	6	1
Interés por la música	(E)	6	1

### APENDICE C

PADRES DE AUTISTAS	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	VALOR "M"
1. Incomunicacion	4	4									76
2. Ausencia	2	2	2	1							61
3. No lenguaje o red.		2	2	1	3						59
4. Aislamiento	2		2	1	1						49
5. Autoagresión	1	1		1		2					36
6. Problemas para relacionarse	2			1							27
7. Rutinario	1		1				1	1			25
8. Dif. para atender			2	1							23
9. Indiferencia			2		1						22
10. Angustia	1			1			1				21
11. Tristeza		1			1	1					20
12. Autoestimulación	1				1			1			19
13. Mala sociabilidad	1	1									19
14. Hiperactividad				1	1	1					18
15. No control esfinter		1	1								17
16. No mide peligro					1	2			1		17
17. Horario propio en el sueño			2								16
18. Balanceo	1						1				15





	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1		
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	VALOR "M"	
59.Desarrollo lento en habilidades											1	8
PADRES DE AUTISTAS	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1		
60.Inquieto				1								7
61.Autodestructivo				1								7
62.Seriedad				1								7
63.Incapacitado					1							7
64.Constancia					1							6
65.Silencio						1			1			6
66.Niño bonito					1							6
67.Retraimiento					1							6
68.Felicidad					1							6
69.No juegos sociales						1						6
70.Amoroso							1					5
71.Temor						1						5
72.Respuesta anormal a sensaciones						1						5
73.Ansiedad							1					4
74.Insensible dolor							1					4
75.Hábitos malos							1					4
76.Manipulación							1					4
77.Protección							1					4





No lenguaje o reduc.	59	8	Movimiento	11	2	
Ecolalia	10	2	Impotencia	10	1	
	69	10	Incomprensión	9	1	
			Inteligencia	9	1	
6. Ausencia de comunic.	M	Fr	Intolerancia	8	1	
Incomunicación	76	8	Felicidad	6	1	
Inexpresión	8	1	Manipulación	4	1	
	84	9	Protección	4	1	
			Anomia	1	1	
				62	10	
7. Concepto	M	Fr	8. Conductas rituales	M	Fr	
Probl. cl. severo	10	1	Rutinario	25	4	
Alteración en conduc.	10	1	Repetitivo	15	1	
Autismo	9	1	Movs. estereotipados	9	1	
Ctas. inadecuadas	8	1		49	6	
Retardo en Aprendizaje	8	2				
Conducta especial	3	1				
	48	7				
9. Otro trastorno	M	Fr	10. Sobrerrespuesta a Es.M	Fr		
Obsesión	13	2	Rs. anormal a sens.	5	1	
Deficiente mental	10	1	Insensible al dolor	4	1	
Depresivo	9	1	Select. en alimentos	9	1	
Retardo en desarrollo	8	1	Horario propio sueño	16	2	
	40	5		34	5	
11. Con relación	M	Fr	12. Problema de atención	M	Fr	
Mundo propio	9	1	Dificultad p'atender	23	3	
Silencio	6	2	Atención	10	1	
Niño bonito	6	2		33	4	
	21	5				
13. Hiperactividad	M	Fr	14. No mide el peligro	M	Fr	
Hiperactividad	18	3	No mide el peligro	17	4	
Inquieto	7	1		17	4	
	25	4				
15. No Autocuidado	M	Fr	16. Memoria	M	Fr	
No control esfinter	17	2	Buena memoria	10	2	
Incapacitado	7	1		10	2	
	24	3				

17. Miedos	M	Fr	18. Necesidad de estabilidad	M	Fr
Temor	5	1	No tolera cambios de rut.	11	2
Miedo	3	1			11 2
	8	2			
19. Carácter violento	M	Fr	20. Intereses limitados	M	Fr
agresión	15	2	Interés limitado	14	2
	15	2		14	2
21. No contacto físico	M	Fr	22. Resp. emocionales inap.	M	Fr
No contacto físico	13	2	Cambios de humor	9	1
	13	2		9	1
23. Fracaso ctas. vincul.	M	Fr	24. Gusto por música	M	Fr
Apego a objetos	4	1	Habilidad p' música	3	1
	4	1		3	1

CATEGORIA		M	Fr
Aislamiento Social	(E)	237	30
Otro Síntoma	(O)	152	24
Autoest. y Autoles.	(NE)	79	12
No lenguaje o reduc.	(E)	69	10
Sin relación	(O)	62	10
Ausencia de comunic.	(E)	84	9
Concepto	(O)	48	7
Cs. rituales y repet.	(NE)	49	6
Otro Trastorno	(O)	40	5
Sobrerrespuesta a est.	(E)	34	5
Con relación	(O)	21	5
Problemas de atención	(NE)	33	4
Hiperactividad	(NE)	25	4
No mide peligro	(NE)	17	4
No autocuidado	(NE)	24	3
Carácter violento	(NE)	15	2
Int. y motiv. limit.	(NE)	14	2
No contacto físico	(E)	13	2
Nec. de estabilidad	(E)	11	2

Memoria	(E)	10	2	
Miedos	(NE)	8	2	
Resp. emoci. inaprop.	(E)	9		1
Fracaso en conductas de vinculación	(E)	4	1	
Interés por música	(E)	3	1	

## APENDICE D

PADRES	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	VALOR "M"
1 .Enfermedad	4	3	1								75
2 .Niño	2	1			1						35
3. Solo		2	1	1							33
4 .Retrazado mental	1		1	1	1						31
5 .Silencio	1	2									28
6 .Aislado	1	1		1							26
7 .Ausencia	1	1			1						25
8 .Triste		1	1	1							24
9 .Problema			1	2							22
10.Incapacidad para desenvolverse	2										20
11.Rechazado	1	1									19
12.Autosuficiente	1	1									19
13.No se comunica	1	1									19
14.Probl. de movimiento	1				1						16
15.Irrealidad		1			1						15
16.No habla				1	1						13
17.Sordo				1	1						13
18.Inteligente					2						12
19.Difícil	1										10

PADRES	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	.1	
DEFINIDORES	.1	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	VALOR "M"
20. Antideportista	1										10
21. Impotente	1										10
22. Dif. p/valerse por sí mismo	1										10
23. Sonido	1										10
24. Probl. auditivo	1										10
25. Poca importancia	1										10
26. Separado	1										10
27. Trabajo	1										10
28. Dinámico	1										10
29. Economía	1										9
30. Esfuerzo	1										9
31. Único	1										9
32. Ensimismado	1										9
33. Audífono	1										9
34. Dif. p/expresarse	1										9
35. Asocial	1										9
36. Extraviada	1									9	
37. Ajeno	1										9
38. Descontrol	1										9





**FALTA PAGINA**

**No.        a la**

**90**



Poca importancia	10	1	Solo	33	4
Dinámico	10	1	Aislado	26	3
Difícil	10	1	Ausencia	25	3
Antideportista	10	1	Incap.p/desenvolverse	20	2
Impotente	10	1	Separado	10	1
Sonido	10	1	Ensimismado	9	1
Trabajo	10	1	Asocial	9	1
Audífono	9	1	Encerrado en si mismo	8	1
Extraviada	9	1	Introvertido	7	1
Economía	9	1	Distanciamiento	7	1
Esfuerzo	9	1		154	18
Unico	9	1			
Ajeno	9	1			
Paciencia	8	1	3. Concepto	M	Fr
Antihomosexual	8	1	Enfermedad	75	8
Auditorio	8	1	Problema	22	3
Inconciencia	8	1	Descontrol	9	1
Felicidad	8	1	Trastorno cerebral	8	1
Auto	8	1	Psicosis	8	1
Incomprensión	8	1	Enfermo	5	1
Incomprendido	8	1	Débil cerebral	5	1
Alboroto	8	1		131	16
Mismo	7	1			
Desinterés	7	1			
Gusto	7	1	4. Con relación	M	Fr
Antiplan	7	1	Niño	35	4
Destreza	7	1	Tagedia p' familia	8	1
Rapidez	7	1	Asistencia social	8	1
Oír	7	1	Padres	8	1
Abandonado	7	1	Terapia	8	1
Entendimiento	7	1	Cuidado	8	1
Oído	6	1	Doctores	8	1
Ignorado	6	1	Hospitales	8	1
Reintegración	6	1	Sufrimiento	8	1
Diferente	6	1	Escuela especial	7	1
Ciencia	6	1	Cura	7	1
Vender	6	1	No capta situaciones	7	1
Irrealidad	6	1	Ayuda	7	1
Antihumor	6	1		124	16
Viasta	6	1			
Radio	6	1			
Capricho	6	1	5. Otro síntoma	M	Fr
Increible	6	1	Triste	24	3
Quietud	6	1	Autosuficiente	19	2
Mío	6	1	Sordo	13	2

No saber	6	1	Inteligente	12	2
Religión	5	1	Sensibilidad	8	1
	397	52		76	10
6. Otro trastorno	M	Fr	7. Ausencia de comunic.	M	Fr
Retrazado mental	31	4	No se comunican	19	2
Problema auditivo	10	1	Dif. p' expresarse	9	1
	41	5		28	3
8. Problema motriz	M	Fr	9. Causa	M	Fr
Probl. de mov.	16	2	Rechazado	19	2
Dif. al caminar	7	1		19	2
	23	3			
10. No lenguaje	M	Fr	11. No autocuidado	M	Fr
No habla	13	2	Dif. p' valerse por		
	13	2	si mismo	10	1
			Deshabilitado	8	1
				18	2

#### CATEGORIAS DIAGNOSTICAS

CATEGORIA		M	Fr
Sin relación	(O)	397	52
Aislamiento social	(E)	154	18
Concepto	(O)	131	16
Con relación	(O)	124	16
Otro síntoma	(O)	76	10
Otro trastorno	(O)	41	5
Ausencia de comun.	(E)	28	3
Problema motriz	(E)	23	3
Causa	(O)	19	2
No autocuidado	(NE)	18	2
No lenguaje o red.	(E)	13	2

## E. GUIA DE DATOS EPIDEMIOLOGICOS

1. Nombre del niño:

2. Sexo:

3. Fecha de Nacimiento:      Edad actual:

4. Edad en que se manifestó el trastorno:

5. Problemática principal de ingreso:

6. Problemas presentados por la madre durante el embarazo:

Edad de la madre en el embarazo:

7. Problemas presentados por la madre durante el parto:

8. Problemas presentados en el niño durante el parto:

9. Problemas presentados por el niño durante el primer año de vida:  
problemática \_\_\_\_\_

edad del niño \_\_\_\_\_

duración \_\_\_\_\_

consecuencias \_\_\_\_\_

acciones realizadas \_\_\_\_\_

10. Algún miembro de la familia presenta el mismo problema?

11. Algún miembro de la familia padece de algún otro trastorno mental?

Cuál?

12. El niño tuvo una pérdida significativa (objeto o persona)?

A qué edad?

Quién?

13. Lugar que ocupa el niño entre sus hermanos?

El niño es hijo único?

14. El embarazo del niño fué planeado?

15. El niño fué deseado?
16. Nivel socioeconómico.
17. Escolaridad del padre.
18. Escolaridad de la madre.
19. Ocupación del padre.
20. Ocupación de la madre.
21. Método diagnóstico utilizado en la institución.
22. Otros diagnósticos recibidos.
23. Diagnóstico de EEG.
24. Edad en que habló:
25. Edad en que sostuvo la cabeza:
26. Edad en que se sentó:
27. Edad en que caminó:
28. Edad en que controló esfínteres:
29. Áreas en que presenta problemas actualmente:
30. Medicamentos Administrados.