

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON  
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA REALIZADA POR  
EL PERSONAL DE AMETATD, I.A.P. EN EL SERVICIO DE  
PSICODIAGNÓSTICO DE TERAPIA AMBIENTAL DEL  
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N.  
NAVARRO".*

REPORTE LABORAL  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A:  
GABRIELA GISELLE MONTERO MUÑOZ

DIRECTORA DEL REPORTE:  
MTRA. MARTHA ROMAY MORALES.



® Facultad  
de Psicología

México, D.F.

Septiembre 2009

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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



UNAM.249  
2009

M-

TPs.

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*Este trabajo lo quiero dedicar a mis padres, que aún cuando mi padre ya no vive, se que estaría orgulloso y satisfecho por este momento. A ti mamá, porque a pesar de lo difícil que ha sido el ser padre y madre al mismo tiempo has estado conmigo apoyándome incondicionalmente. Con este documento te doy las gracias, gracias por tus sacrificios, por estar conmigo a lo largo de mi vida y compartir este logro, que al ser un triunfo mío, también es tuyo.*

*Gracias mamá*

*Tu hija Gaby*

*Este logro también te lo dedico a ti hija, porque aunque eres muy pequeña, es necesario que aprendas que aún cuando se ve difícil y largo el camino, uno nunca debe de rendirse, al contrario, siempre exigirse día con día a dar lo mejor de uno, a pesar de que la gente crea que nunca lo lograrás. Es por esto que comparto contigo este logro, que es el final de un ciclo y el principio de mucho más para las dos. Gracias por ser ese motor que me ayudó a concretar este trabajo.*

*Te quiero Brenda*

*Esto también se los quiero dedicar a ti Mara y Tía Maru, quienes gracias a su apoyo e impulso me ayudaron a llegar a este momento tan importante de mi vida. Gracias por su confianza y cariño. Las quiero mucho.*

*A ti Ale, porque llegaste en un momento importante de mi vida, en el que quiero compartir contigo mi esfuerzo y resultado. Gracias por tu amor, apoyo y confianza, así como a motivarme a crecer profesionalmente y no caer en la mediocridad. Te quiero mucho.*



*A mi amigo Rolando por haber compartido conmigo su conocimiento, tiempo y por haberme ayudado para lograrlo. Gracias.*

*Al Dr. Jorge Escotto Morett al ser mi amigo, mi asesor externo y gran maestro sobre el Autismo. Gracias te doy por la confianza que has tenido en mi como persona, como Psicóloga y en mi conocimiento, el cual se incrementa día con día como producto de tu enseñanza. Gracias por creer en mí.*

*A la Coordinadora de Terapia Ambiental, Elvira Murga del Valle por tu asesoría, apoyo y confianza en lo que hago día a día, pero además, en darme la oportunidad de trabajar para AUTISMEX. Asociación a la cual no dejaré de agradecer, al ser la primera que me abrió la puerta al conocimiento y creyó en mí. Gracias.*

*A la Mtra. En Psicología Martha Eugenia Moreno Padilla, primeramente por su gran amistad, por haberme asesorado y compartido conmigo su tiempo y conocimiento, así como por haberme apoyado y confiado en mí para continuar con su gran labor. Gracias.*

*A mi Directora de este Reporte Laboral, la Mtra. Martha Romay Morales, porque a pesar de haber sido un largo camino, no dejaste de creer que lo conseguiría. Gracias por tu tiempo, dedicación y apoyo para concretar este triunfo, así como por tu sinceridad, conocimientos y el permitirme compartir contigo lo que he aprendido a lo largo de mi corta trayectoria laboral con mis grandes maestros, el Dr. Jorge Escotto Morett, la Mtra. Martha Eugenia Moreno Padilla y la Coord. Elvira Murga del Valle, y principalmente a todos los niños con Autismo de quienes aprendo día a día. Gracias.*

*Por último y no menos importantes, a los protagonistas de este trabajo y que sin ellos no hubiera sido posible lograrlo, a ustedes niños y padres de niños con Autismo quienes me han enseñando que no hay límite para luchar y seguir adelante aún cuando el camino es difícil. Gracias por enseñarme día a día que los problemas que uno tiene no son motivo de mediocridad. Gracias.*

*Gracias a todos  
Gabriela Giselle Montero Muñoz*

# Í N D I C E

	Página
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>A. Introducción</b>	1
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>B. Contexto Laboral</b>	
1. Terapia Ambiental y la "Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo" (AMETATD, I.A.P)	4
1.a Objetivos Generales de la AMETATD, I.A.P	5
1.b Objetivos Específicos de la AMETATD, I.A.P	6
1.c Ubicación de la AMETATD, I.A.P	6
1.d Misión y Visión de la AMETATD, I.A.P	7
1.e Objetivos Sociales de la AMETATD, I.A.P	8
1.f Objetivos Institucionales de la AMETATD, I.A.P	8
1.g Servicios que proporciona la AMETATD, I.A.P	9
1.h Actividades regulares del equipo de trabajo de la AMETATD, I.A.P	11
1.i Principales donadores de la AMETATD, I.A.P	13
2. Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"	13
2.a Fases de atención a los pacientes de primera vez	15
2.b Procedimiento para pacientes en fase de internamiento	18
2.c Procedimiento para la canalización de pacientes del servicio de Terapia Ambiental	19
2.d Equipo humano con el que cuenta cada servicio de especialidad en Paidopsiquiatría	21
2.e Espacio físico con el que cuenta Terapia Ambiental y la AMETATD, I.A.P	29
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>C. Marco Teórico</b>	
1. Historia del Autismo	31
1.a ¿Cómo se reconoció por primera vez el Autismo?	34
1.b Similitudes entre síndromes (Kanner-Asperger)	41
2. Definición	43
3. Criterios de Clasificación y Diagnóstico	47
3.a Trastorno Autista	48
3.b Trastorno de Rett o Síndrome de Rett	50
3.c Trastorno Desintegrativo Infantil	53
3.d Trastorno o Síndrome de Asperger	54
3.e Trastorno Generalizado No Específico (TGD NE)	56

4.	Etiología	57
4.a	Evidencia Neuroanatomopatológica	57
4.b	Evidencia por Neuroimágenes	59
4.c	Evidencia Neuroquímica	61
4.d	Evidencia Neurofisiológica	61
4.e	Evidencia Genética	62
4.f	Desórdenes asociados con el Autismo	64
5.	Epidemiología	66
6.	Desarrollo y Autismo	67
6.a	Principales preocupaciones de los padres en el desarrollo desviado de los niños con TEA antes de los 24 meses de edad en la comunicación, socialización y conducta	71
6.b	Señales de Alarma o "red flags" en el desarrollo	72
7.	Parámetros prácticos para el diagnóstico y evaluación del Autismo ("The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders")	74
7.a	Nivel I (fase 1-2): Vigilancia periódica del desarrollo	75
7.b	Nivel II (fase 3):Evaluación y diagnóstico del Autismo	79
<b>CAPÍTULO IV</b>		
D.	<b>Procedimiento</b>	85
1.	Fase de Entrevista Inicial	87
2.	Fase de Diagnóstico	89
2.1	Valoración de Desarrollo	90
2.2	Valoración de Procesos Cognoscitivos	91
2.3	Perfil Clínico	92
3.	Fase de Calificación e Interpretación de Resultados	96
4.	Reunión Multidisciplinaria para Entrega de Resultados	97
<b>CAPÍTULO V</b>		
E.	<b>Resultados</b>	100
1.	Valoración de Desarrollo	104
2.	Valoración de Procesos Cognoscitivos	105
3.	Perfil Clínico	116
<b>CAPÍTULO VI</b>		
F.	<b>Conclusiones</b>	200
	<b>Lista de Referencias Bibliográficas</b>	206
	<b>Anexos</b>	212
	<b>Apéndices</b>	231

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
<b>Tabla 1.1</b> Psicodiagnóstico y Actividades	9
<b>Tabla 1.2</b> Terapia Individual y Actividades	9
<b>Tabla 1.3</b> Programas a Casa y Actividades	9-10
<b>Tabla 1.4</b> Programas a Pacientes Foráneos y Actividades	10
<b>Tabla 1.5</b> Terapia Grupal y Actividades	10
<b>Tabla 1.6</b> Taller de Cómputo y Actividades	10
<b>Tabla 1.7</b> Jardinería y Actividades	11
<b>Tabla 1.8</b> Vida Diaria y Actividades	11
<b>Tabla 1.9</b> Investigación	11
<b>Tabla 1.10</b> Organización de Cursos dirigidos a padres, maestros y profesionales de la salud mental	12
<b>Tabla 1.11</b> Formación de Profesionales	12
<b>Tabla 1.12</b> Sesiones Bibliográficas	12
<b>Tabla 1.13</b> Juntas del Equipo Interdisciplinario	12
<b>Tabla 2.1</b> Padecimientos Psiquiátricos y Neuropediátricos de mayor comorbilidad en el HPIDJNN	16-17
<b>Tabla 3.1</b> Similitudes y diferencias entre Kanner y Asperger	41-42
<b>Tabla 3.2</b> Trastornos del Espectro Autista y sus Sinónimos	45-46
<b>Tabla 3.3</b> Trastornos Generalizados del Desarrollo en el DSM-IV-TR y el CIE-10	47
<b>Tabla 3.4</b> Habilidades esperadas en los niños a los 4 meses de edad	67
<b>Tabla 3.5</b> Habilidades esperadas en los niños a los 6 meses de edad	68
<b>Tabla 3.6</b> Habilidades esperadas en los niños a los 9 meses de edad	68
<b>Tabla 3.7</b> Habilidades esperadas en los niños de 12 meses de edad	68
<b>Tabla 3.8</b> Habilidades esperadas en los niños de 15 meses de edad	68-69
<b>Tabla 3.9</b> Habilidades esperadas en los niños de 18 meses de edad	69
<b>Tabla 3.10</b> Habilidades esperadas en los niños de 24 meses de edad	70
<b>Tabla 3.11</b> Habilidades esperadas en los niños de 36 meses de edad	70



## Capítulo I

### A. INTRODUCCIÓN

El Autismo y el Síndrome de Asperger son trastornos que han existido desde siempre pero paradójicamente son recientes en cuanto a su estudio e investigación. Día a día se ha dejado ver más el interés y la necesidad, por parte de los profesionales de la salud mental, en conocer más acerca de dichos trastornos al observar que las cifras de prevalencia van en aumento, al hablar de 1 niño con autismo por cada 150 niños (dato manejado por Autism Speaks en el último Congreso Internacional de Autismo realizado en México, en Julio de 2007). Este punto ha sido un motivo de investigación ya que no se sabe bien si este aumento en la tasa se debe a que cada vez nacen más niños con TEA o bien porque en la actualidad los métodos e instrumentos de diagnóstico, al ser más especializados, permiten una mejor detección y diagnóstico.

Con este reporte laboral que lleva por título ***La valoración psicológica en pacientes con trastorno del espectro autista realizada por el personal de AMETATD, I.A.P. en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"***, se pretende dar a conocer primeramente el arduo trabajo que la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo (AMETATD, I.A.P), desde sus inicios, ha ofrecido al diagnóstico y tratamiento de niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA), ya que en México no se sabía o se conocía poco respecto a estos trastornos. Todo esto favoreció a un diagnóstico más preciso y a una intervención más completa para una mejor adaptación y funcionalidad de cada uno de los pacientes que acuden día con día solicitando el servicio.

Por otro lado, se busca resaltar que son pacientes, a los que en su mayoría, es posible evaluarlos para un diagnóstico más preciso y que a su vez la valoración psicológica llevada a cabo en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia

Ambiental, sea la base para un tratamiento personalizado en función de sus fortalezas y debilidades cognoscitivas, de desarrollo, conductuales y afectivas. Esto, porque en un inicio, los pacientes eran canalizados al servicio de Psicodiagnóstico del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (HPIDJNN) y eran regresados al servicio de Terapia Ambiental con un reporte de "No se pudo valorar". Dicha situación se presentó a lo largo de varios años y no fue hasta aproximadamente el año de 1999, cuando una persona de gran importancia para AMETATD, I.A.P, Mtra en Psicología y quien a su vez trabajó en el servicio de Psicodiagnóstico del HPIDJNN mostró gran interés, así como la necesidad, de realizar una evaluación psicológica a los pacientes con características autistas que llegaban al servicio de Terapia Ambiental. Un estudio lo más completo posible para el complemento del diagnóstico médico y un conocimiento más profundo del trastorno y capacidades cognoscitivas, adaptativas de cada uno de los pacientes, la Mtra. Martha Eugenia Moreno Padilla y quien junto con el Dr. Jorge Escotto Morett y la Psic. Elvira Murga del Valle fueron organizando un servicio cada vez más sistematizado y completo para la atención de esta población, que en la actualidad ocupa el tercer lugar de los trastornos prevalentes dentro del único hospital de especialidades psiquiátricas infantiles de toda la República Mexicana, el HPIDJNN.

Otro punto importante que busca resaltar este trabajo es la necesidad de un trabajo multidisciplinario en estos niños, para así llevar a cabo una intervención completa en cada paciente que acude a Terapia Ambiental, en el HPIDJNN. Esto principalmente entre el Psicólogo y el Paidopsiquiatra, en el que cada uno evalúa desde diferente perspectiva, el primero evolutivo y el segundo médico, el trastorno, pero al mismo tiempo, ambos forman una red de evaluación y manejo complementario.

En el capítulo I, *Contexto Laboral* se habla sobre los orígenes de AMETATD, I.A.P, personal, funciones, espacio físico y el convenio laboral entre dicha institución de asistencia privada y el HPIDJNN como institución que se encuentra dentro de la Secretaría de Salud.

En el capítulo II, *Marco Teórico* se deja ver la historia del trastorno autista, pioneros, clasificación, etiología, prevalencia y el algoritmo de evaluación, que es la base del trabajo de valoración psicológica de la AMETATD, I.A.P en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, para la detección y el diagnóstico de los TEA, así como para posteriormente, ser referidos al tratamiento correspondiente.

En el capítulo III, *Procedimiento* se habla del proceso de valoración mediante la realización de los tres tipos de estudio que la conforman (valoración de procesos cognoscitivos, valoración de desarrollo y perfil clínico) mediante la adaptación del algoritmo explicado en el capítulo anterior, al trabajo realizado en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, en el que se reportan los tests ya estudiados y confiables para la población atendida y así atender al paciente el tiempo necesario en este proceso para posteriormente ingresarlo a tratamiento lo más rápido que se pueda.

En el capítulo IV *Resultados*, se plasman los perfiles obtenidos en cada uno de los tres estudios realizados, resaltando sus fortalezas y debilidades tanto cognoscitivas como adaptativas, sin dejar de mencionar las características clínicas que conforman el trastorno, para su intervención. No se busca eliminarlas porque sería imposible, pero sí hacer de ese trastorno limitante en un inicio, algo funcional que le permita a cada uno de los pacientes adaptarse y funcionar en los diferentes ambientes donde se desenvuelven.

Por último, en el capítulo V *Conclusiones*, se reflexiona sobre las aportaciones que la valoración psicológica realizada en pacientes con TEA en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental tuvo, el papel que como psicóloga realicé en este campo profesional y la base para posteriores investigaciones sobre las características tanto del desarrollo adaptativo, cognoscitivas y clínicas de los pacientes con TEA, al ser todavía en la actualidad un terreno virgen de investigación.



## Capítulo II

### B. CONTEXTO LABORAL

#### 1. Terapia Ambiental y la “Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo”

Los orígenes de la **Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo**, institución de asistencia privada (**A.M.E.T.A.T.D, I.A.P.**) se remontan a los últimos años de la década de los setenta, cuando el área de la salud mental en el Distrito Federal fue testigo del incremento en el porcentaje de niños que presentaban trastornos del aprendizaje y socio-afectivos. Esta situación hizo necesaria la creación de un programa de “Unidad Terapéutica de Día” ( U.T.D.) a cargo de un equipo multidisciplinario que proporcionaba servicios especializados a niños entre 3 y 12 años. Para el año de 1979, estos servicios se transformaron en “Unidad Terapéutica de Niños y Adolescentes” (U.T.N.A.) que funcionó dentro del Centro de Salud “Gustavo A. Rovirosa Pérez” ([AMETATD I.A.P.], 2006).

A partir de 1980 por disposición de la Dirección General de Salud Mental y del Instituto Mexicano de Psiquiatría, la U.T.N.A fue trasladada al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIDJNN) para dar atención a niños preescolares con problemas de conducta y aprendizaje; en ese mismo año se empezaron a recibir pacientes con conductas autistas, surgiendo el área de **Terapia Ambiental** dentro del HPIDJNN, entonces es cuando el padre de un paciente viaja a Inglaterra y conoce la “National Autistic Society” (NAS) y sus publicaciones acerca de niños con este trastorno, el padre de familia comparte esta experiencia con el Dr. Jorge Escotto Morett y la Psic. Elvira Murga del Valle, quienes a su vez inician el contacto con esta asociación y otras relacionadas. En el año de 1983 asisten al Primer Congreso de Autismo en Europa, organizado en París, Francia en compañía de otros médicos y padres de familia. Posteriormente visitan la NAS en Londres y surge en ellos la idea de crear una asociación en la Ciudad de México para la atención de niños con Autismo; es en el año de 1984



cuando se constituye la **Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P.** perteneciente a la Junta de Asistencia Privada e integrada por un equipo multidisciplinario (un paidopsiquiatra, psicólogas, terapeutas y una enfermera). Su objetivo era encontrar un medio por el cual se ofreciera un tratamiento más completo, eficaz y gratuito a todos los niños que presentaran algún trastorno del tipo autístico, así como colaborar con el HPIDJNN; en esa época el Autismo tipo Kanner o Autismo Infantil (según la clasificación del DSM-IV-TR) ya era diagnosticado y tratado, pero el resto del Espectro Autista no se conocía en México, por ello el papel de la **AMETATD, I.A.P** fue de gran importancia ya que esta asociación se encargó de estudiar a profundidad los diferentes tipos de autismo que conforman el Espectro Autista, siendo esto de gran importancia debido a que en la actualidad el autismo ocupa el tercer lugar entre los trastornos prevalentes dentro de esta institución, dato que es representativo de toda la República Mexicana, por ser el único hospital en el que se practican especialidades psiquiátricas infantiles (de ahí la importancia de su estudio y tratamiento).

#### **1.a Objetivos Generales de la AMETATD I.A.P.**

- Proporcionar tratamiento psiquiátrico y psicológico a los niños y adolescentes de escasos recursos con síndrome autístico, psicosis o cualquier otro trastorno del desarrollo que afecte el pensamiento, mediante terapias que estimulen todas las áreas del desarrollo.
- Habilitar a los pacientes en sus áreas más decrementadas tomando en cuenta su potencial para que sean lo más funcional posible dentro del medio familiar y social.
- Brindar apoyo, orientación e información a los padres de los niños afectados por estos trastornos, por medio de juntas y sesiones de intercambio de información.

- Obtener fondos para el sostenimiento de las terapias.
- Conseguir terapeutas y material psicopedagógico para dar la mejor atención a los niños autistas (AMETATD I.A.P, 2006).

### **1.b Objetivos Específicos de la AMETATD I.A.P**

- Establecer comunicación con los maestros de los pacientes mediante cuestionarios, resúmenes, citas y visitas escolares para mejorar las condiciones generales de los niños.
- Asesorar a otros estados de la república en el conocimiento y tratamiento de los síndromes autísticos.
- Impartir cursos sobre el autismo y su tratamiento en los lugares que lo soliciten.
- Contactar con instituciones prestigiadas para apoyar financieramente la investigación de estos trastornos.
- Asistir a congresos a fin de permanecer actualizados en la materia (AMETATD I.A.P, 2006).

### **1.c Ubicación de la AMETATD I.A.P.**

La **AMETATD I.A.P** se encuentra ubicada en el edificio "Hospital de Día" del HPIDJNN con domicilio en Av. San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez, Tlalpan. La asociación y el hospital son organismos independientes

que trabajan enfocados hacia el mismo fin: proporcionar a la población de niños con Autismo, una evaluación psicológica y tratamiento multidisciplinario para lograr su funcionalidad y adaptación a la sociedad en la que viven, evitando así su segregación y rechazo.

La **AMETATD I.A.P** cuenta con un Paidopsiquiatra, quien funge como Presidente del Patronato de dicha asociación y además es el Jefe de Servicio, una Psicóloga que desempeña las funciones de Tesorera del Patronato y Coordinadora del Servicio de Terapia Ambiental, una Secretaria del Patronato, dos Psicólogas y una Enfermera que dan tratamiento a los pacientes que presentan comportamiento autista, así como dos Psicólogas que realizan la valoración específica mediante diferentes pruebas psicométricas y escalas adquiridas por la **AMETATD I.A.P**, para llegar a un diagnóstico más preciso e integral, y valorar el desarrollo infantil; también laboran ahí un Contador, una Secretaria y un Auditor Externo, en total son once personas las que trabajan para la asociación. Es importante resaltar el apoyo de otros servicios que forman parte del HPIDJNN como es el caso de una terapeuta y una enfermera que colaboran en el tratamiento grupal e individual en pacientes con Síndrome de Asperger, para estimular su socialización, Enfermería para Hospitalización Parcial en actividades de autocuidado, control de esfínteres, nuevos alimentos a la dieta,... Terapia de Lenguaje, Rehabilitación Física, Jardinería, Apoyo Psicopedagógico, Educación Especial, Modificación Conductual, Neuropediatras, Paidopsiquiatras, Trabajo Social, Psicomotricidad que prestan su servicio en colaboración con la **AMETATD I.A.P** para el beneficio de los niños, al tratarlos en forma interdisciplinaria.

#### **1.d Misión y visión de la AMETATD I.A.P.**

La misión de la **AMETATD I.A.P** es diagnosticar y tratar a la población de niños con Autismo (que demandan dicho servicio) en el Distrito Federal y el área

metropolitana para mejorar su calidad de vida y su desarrollo dentro de la sociedad (AMETATD I.A.P, 2006).

La **AMETATD, I.A.P** pretende funcionar como órgano rector reconocido en la República Mexicana por la experiencia y eficacia en el tratamiento individualizado que realizan sus especialistas mediante el **Programa de Terapia Ambiental**. Así mismo se trata de replicar este modelo a centros de apoyo en el interior del país para el tratamiento del Autismo y otros trastornos del desarrollo (AMETATD I.A.P, 2006).

#### **1.e Objetivos Sociales de la AMETATD, I.A.P.**

- Mejorar la calidad de vida de los niños autistas y sus familias.
- Lograr que los pacientes sean autosuficientes en la medida de sus capacidades e insertarlos a la sociedad (AMETATD I.A.P, 2006).

#### **1.f Objetivos Institucionales de la AMETATD, I.A.P.**

- Proporcionar capacitación a los padres de familia.
- Tener un lugar adecuado y propio para desarrollar sus objetivos.
- Diagnosticar y dar un servicio especializado a niños con síntomas del Espectro Autístico.
- Contratar más terapeutas especializadas que refuercen el trabajo para valoración y tratamiento (AMETATD I.A.P, 2006).

## 1.g Servicios que proporciona la AMETATD, I.A.P.

**TABLA 1.1. Psicodiagnóstico y actividades**

PSICODIAGNÓSTICO			
Cognoscitivos	• Sesiones semanales con cada paciente hasta concluir su estudio.		
	• Realización de tres tipos de estudio: Valoración de Desarrollo	Valoración	de Procesos
			Perfil Clínico
	• Entrega de resultados y sugerencias en la revisión de caso con el jefe y coordinadora del servicio.		

**TABLA 1.2. Terapia Individual y actividades**

TERAPIA INDIVIDUAL	
• Sesiones semanales de aproximadamente 45 minutos.	
• Recomendaciones para los padres de familia.	
• Sugerencias para el tratamiento en casa.	
• Trabajo en equipo (padres-especialistas-escuela).	
• Consulta y evaluación del avance del niño.	
• Diseño de programas de rehabilitación en casa.	

**TABLA 1.3. Programas a casa y actividades**

PROGRAMAS A CASA	
• Para niños con Síndrome de Asperger, niños con Autismo Infantil (Kanner) y/o Autismo Severo.	
• Programas de evaluación y terapéuticos.	
• Sugerencias para el tratamiento a casa.	
• Consultas bimestrales.	



**TABLA 1.3. (Continuación)**

- 
- 
- Trabajo de adaptación para los padres de familia.
  - Programas personalizados.
- 
- 

**TABLA 1.4. Programas a pacientes foráneos y actividades**

---

---

PROGRAMAS A PACIENTES FORÁNEOS

---

---

- Servicio de consulta y evaluación para el interior de la República Mexicana.
  - Tratamiento de rehabilitación a los diferentes centros de atención, psicólogos, terapeutas y/o escuelas a las que asisten los pacientes fuera del Distrito Federal.
  - Visitas esporádicas del paciente a la AMETATD, I.A.P.
  - No hay periodo definido de consultas.
  - Mayor tiempo para la rehabilitación.
- 
- 

**TABLA 1.5. Terapia grupal y actividades**

---

---

TERAPIA GRUPAL

---

---

- Sesiones de una vez por semana con duración de una hora.
  - Grupos conformados por 5 niños cuando máximo con diagnóstico de Autismo de Alto Rendimiento y Asperger.
  - Se trabaja en ellos aumentar su tolerancia a la frustración, la espera de turnos, socialización y pautas de comunicación.
- 
- 

**TABLA 1.6. Taller de Cómputo y actividades**

---

---

TALLER DE CÓMPUTO

---

---

- Está dirigido a niños con Síndrome de Asperger, ya que sus características les permiten ser más funcionales. Cuentan con un mejor nivel de comprensión, a diferencia de los niños con otro tipo de Autismo, y son capaces de manejar la computadora.
- 
-

**TABLA 1.7. Jardinería y actividades**

JARDINERÍA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se busca el contacto con los elementos tierra y agua, así como conocer el proceso desde la siembra de la semilla hasta el cuidado de una planta. El trabajo se hace en grupo.</li></ul>

**TABLA 1.8. Vida diaria y actividades**

VIDA DIARIA
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se trabajan aspectos de autocuidado como el vestirse, desvestirse, peinarse, lavarse las manos y la cara, colgar y doblar su ropa, barrer y limpiar, así como preparar sus alimentos para favorecer la autonomía de los niños que se atienden en este servicio.</li></ul>

1.h Actividades regulares del equipo de trabajo de la AMETATD, I.A.P.

**TABLA 1.9. Investigación**

INVESTIGACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se realizan investigaciones bibliográficas y estadísticas para explorar las correlaciones existentes entre diferentes instrumentos de evaluación y procesos cognoscitivos, y así conocer más acerca del trastorno con base en los datos existentes en los estudios realizados a los niños en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental.</li></ul>

**TABLA 1.10. Organización de cursos dirigidos a padres, maestros y profesionales en la salud mental**

CURSOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se proporciona información y orientación acerca del tema, así como estrategias específicas para el trato con los hijos y alumnos que tienen el trastorno. Por otra parte, a solicitud del HPIDJNN, esta asociación capacita mediante cursos a su personal del servicio de Psicodiagnóstico en el manejo de instrumentos psicológicos que ayuden a la valoración de niños con “Trastorno del Espectro Autista” (TEA).</li></ul>

**TABLA 1.11. Formación de profesionales**

FORMACIÓN DE PROFESIONALES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se abren las puertas a profesionales de la salud mental para la realización de tesis, servicio social y prácticas profesionales, así como para el conocimiento del servicio de Terapia Ambiental.</li></ul>

**TABLA 1.12. Sesiones bibliográficas**

SESIONES BIBLIOGRÁFICAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Son dirigidas al equipo de trabajo para la actualización y revisión de temas relacionados con las labores o funciones realizadas.</li></ul>

**TABLA 1.13. Juntas del equipo interdisciplinario**

JUNTAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ya sea para la discusión de algún caso o para la mejora y reorganización del servicio.</li></ul>



## **1. i Principales donadores de la AMETATD, I.A.P.**

Como asociación que pertenece a la Junta de Asistencia Privada, la **AMETATD, I.A.P** se mantiene de donativos logrados por la Tesorera del Patronato de la **Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P**; entre los principales donadores se encuentran las corporaciones:

- Congeladora Morelia
- Fundación Cygnus (Institución de Asistencia Privada)
- Fundación GBM
- Teletón
- Nacional Monte de Piedad

## **2. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”**

Este hospital fue fundado el 24 de Octubre de 1966. En su inicio contaba con dos pabellones para pacientes crónicos y uno para pacientes agudos, los espacios se han ido modificando a lo largo del tiempo con base en las demandas hospitalarias de los servicios de salud mental. Hospitalización es un servicio que a la fecha continúa vigente para aquellos niños y adolescentes que sufren de alteraciones psiquiátricas agudas que limitan o impiden su estancia dentro del núcleo familiar por el riesgo de autodañarse o dañar a los que se encuentran a su alrededor.

El Hospital fue diseñado en un principio con un área de Consulta Externa y un área de Hospitalización, la cual era conformada por 4 pabellones:

Pabellón A: Atendía a mujeres con padecimientos psiquiátricos crónicos.

Pabellón B: Atendía a varones con trastornos crónicos.

Pabellón C: Atendía y a la fecha continúa tratando a pacientes varones con trastornos agudos.

Pabellón D: Atendía a mujeres con trastornos agudos.

Es en el año de 1984 cuando el HPIDJNN presenta modificaciones en cuanto a los pabellones arriba mencionados, el Pabellón A fue transformado en Hospital de Día, trasladando a las pacientes mujeres con trastornos crónicos al Pabellón D con aquellas pacientes que presentaban padecimientos agudos. Los pacientes del Pabellón B fueron canalizados en su mayoría a otros hospitales, granjas u orfanatorios (Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro [HPIDJNN], 2004).

En el año de 1999 fueron separadas las adolescentes con trastornos agudos, situándolas en el Pabellón D, lugar que es conocido hoy en día como Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM). Los pacientes con padecimientos crónicos, tanto mujeres como varones, son reunidos en un área que actualmente es conocida como Unidad de Cuidados Prolongados (UCP) (HPIDJNN, 2004).

En relación al Pabellón C, continúa con la atención de varones con trastornos agudos y a partir de la creación del Programa de Atención Integral para Niños y Adolescentes Farmacodependientes (PAIDEIA) constituido con el apoyo económico de la Comunidad Económica Europea, debido a la demanda de atención, aproximadamente en el año de 1990, en varones, se quedan pacientes agudos psicóticos o con otro trastorno en lo que se conoce como Unidad de Adolescentes Varones (UAV). Es en Febrero de 2000, que se inicia un sistema de hospitalización parcial diurno, dentro del programa general de la Unidad de Adolescentes Varones, enfocado a la atención de aquellos pacientes que necesitaban un tratamiento intensivo aunque sin reunir los requisitos para su hospitalización continua; actualmente son atendidos un promedio de 7 pacientes, de manera multidisciplinaria, abarcando aspectos psiquiátricos, psicológicos, conductuales y familiares (HPIDJNN, 2004).

Como bien se sabe, el HPIDJNN, es una institución asistencial única en su género dentro de la Secretaría de Salud, ya que brinda el apoyo a niños y adolescentes de toda la República Mexicana que tienen alta incidencia de

trastornos mentales, problemas de conducta, trastornos del desarrollo (retardo en el desarrollo del lenguaje, trastornos mixtos del desarrollo, ...), problemas de aprendizaje, trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad, así como otros síndromes y síntomas especiales como: tics, tartamudeo, enuresis, encopresis, farmacodependencia, depresión y psicosis, entre otros. Los niños que acuden para ser atendidos en esta institución requieren ser valorados para determinar un diagnóstico que les permita la intervención oportuna mediante tratamientos multidisciplinarios que ayuden a la disminución de las repercusiones familiares, escolares y sociales de los trastornos que presentan, ya que si los niños no son tratados oportunamente están en alto riesgo de desarrollar problemas de farmacodependencia, delincuencia, fracaso escolar, así como dificultades para adaptarse conductual y socialmente.

El HPIDJNN es una institución que cuenta tanto con el servicio de Referencia (consiste en canalizar a otro hospital cuando no se cuenta con el servicio requerido), como el de Contrarreferencia (misma que consiste en atender pacientes canalizados por otro hospital o institución cuando éste no tiene la especialidad que el paciente necesita)

La población que es atendida en este hospital es referida principalmente por la escuela, la cual es un filtro de gran importancia, porque es uno de los primeros ámbitos en los que se detectan los problemas que presentan los menores; también llegan pacientes enviados por otras instituciones en las que no pueden ser atendidos. Cuando acuden por primera vez, los niños deben pasar por las siguientes fases.

## **2.a Fases de atención a los pacientes de primera vez**

**2.a.1) Preconsulta:** Ésta se lleva a cabo en el área de Admisión, en Consulta Externa, en donde el Paidopsiquiatra o Médico Residente hace una entrevista con los padres y valora al menor para determinar si es candidato o no a recibir los servicios que ofrece la institución y dar un diagnóstico presuntivo con base en la presencia de los diferentes padecimientos psiquiátricos de mayor morbilidad en esta institución, dentro de los cuales están:

**TABLA 2.1. Padecimientos Psiquiátricos y Neuropediátricos de mayor comorbilidad en el HPIDJNN**

Padecimientos Psiquiátricos	Padecimientos Neuropediátricos
Trastornos Hipercinéticos	Epilepsia
Episodios Depresivos	Epilepsia Idiopática con Convulsiones
Trastornos Generalizados del	de Presentación Localizada
Desarrollo	Epilepsia Sintomática con Crisis
Trastorno Depresivo Recurrente	Parciales Simples
Otros Trastornos de Ansiedad	Epilepsia Sintomática con Crisis
Retraso Mental Leve	Parciales Complejas
Trastorno del Humor (Afectivo	Epilepsia y Síndromes Epilépticos
Persistente)	Idiopáticos Generalizados Otra Epilepsia
Trastornos de Conducta	y Síndromes Epilépticos Generalizados
Trastornos Mentales y del	Síndromes Epilépticos Especiales
Comportamiento por Múltiples	Crisis de Gran Mal No Especificadas
Drogas	Pequeño Mal
Falta de Desarrollo Fisiológico	Otras Epilepsias
Normal Esperado	Epilepsia Tipo No Especificado
Otros Trastornos Mentales debido a	Estatus Epilépticos
Lesiones y Disfunción Cerebral	Migraña
Problemas relacionados con Hechos	Otras Síndromes de Cefalea
Negativos en la Niñez	Ataques Cerebrales Transitorios de
Reacción al Estrés Grave y	Isquemia
Trastornos de Adaptación	Alteraciones del Sueño
Trastornos Mixtos de la Conducta y	Alteraciones en el Ciclo Sueño-Vigilia
de las Emociones	
Trastorno Mental y del	
Comportamiento por Disolventes	
Volátiles	
Esquizofrenia	
Trastornos Esquizotípicos e Ideas	
Delirantes	
Trastorno Bipolar	

*(Tabla continúa)*



**TABLA 2.1 (Continuación)**

Padecimientos Psiquiátricos	Padecimientos Neuropediátricos
Trastornos Disociativos de Conversión Trastorno de la Conducta Alimentaria Trastornos de los Hábitos de los Impulsos Trastorno de la Identidad de Género Trastornos del Desarrollo psicológico Trastornos Emocionales de Comienzo Específico de la Niñez Trastornos del Comienzo Específico de la Niñez Otros Trastornos Emocionales de Comportamiento de la Niñez y de la Adolescencia	Narcolepsia y Cataplejía Parálisis Cerebral Infantil Secuelas de Hidrocefalia Secuelas de Encefalopatía Tóxica Entre otros...  En Mejora Continua de Calidad (HPIDJNN, 2007)

En caso de que los pacientes presenten alguno de los padecimientos mencionados, el médico hace una nota clínica y dependiendo del padecimiento y edad, canaliza a alguno de los Servicios de Especialidad en Paidopsiquiatría como: Clínica de las Emociones, Clínica de la Conducta, Clínica de la Adolescencia, Alteraciones del Desarrollo, Programa de Atención Institucionalizada a Niños y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS) y **Terapia Ambiental** (servicio donde se trata a pacientes con Autismo) para ser atendidos (véase **Anexo 1** para Organigrama del HPIDJNN).

**2.a.2) Entrega de Documentos:** Se da una segunda cita para que se abra un Expediente solicitando a los padres algunos documentos como: copia fotostática del acta de nacimiento del menor, comprobante de domicilio y copia de la credencial de elector de la persona responsable del menor referido (HPIDJNN, 2004).

**2.a.3) Trabajo Social:** Ya abierto el Expediente, pasan a Trabajo Social en donde se hace una entrevista con el familiar o responsable legal para asignar clave de nivel socioeconómico, ya que en función de ésta será el costo de los estudios y consultas; se sella el carnet con el nivel asignado y se le entrega al familiar o responsable legal, informándole además de actualizar la información proporcionada en la Ficha Socioeconómica Inicial llenada cada 6 meses (HPIDJNN, 2004).

#### **2.a.4) Pago en Caja**

### **2.b Procedimientos para pacientes en fase de internamiento**

Cuando los pacientes presentan sintomatología aguda y ameritan internamiento se cumple con el siguiente procedimiento:

**2.b.1) El paciente asiste a Urgencias:** El médico recibe al paciente y elabora una Nota Inicial del padecimiento añadiendo el lugar donde se le va ingresar, llena una hoja con los derechos y responsabilidades del paciente (HPIDJNN, 2004).

#### **2.b.2) Apertura de Expediente**

**2.b.3) Uniforme:** La enfermera va por el menor y lo lleva a cambiar su ropa de calle por el uniforme de la Unidad en la que va a ser internado, ya sea a la Unidad de Adolescentes Mujeres (UAM) o a la Unidad de Adolescentes Varones (UAV) o PAIDEIA (HPIDJNN, 2004).

**2.b.4) Revisión Médica:** La enfermera revisa que el paciente no muestre signos de maltrato físico ni contenga objetos no autorizados (HPIDJNN, 2004).

**2.b.5) Participación de Trabajo Social:** El trabajador social del área explica al paciente y familiares el reglamento de la Unidad y entrega las pertenencias del menor a su familia, orienta además a los familiares sobre el proceso administrativo y reglamento del Hospital e indica los objetos que debe traer al día siguiente para el paciente, realiza el estudio socioeconómico y planea la intervención integral a nivel familiar o social, cita a la familia para ser entrevistadas por el médico tratante del paciente (HPIDJNN, 2004).

**2.b.6) Entrevista con el médico Jefe de Servicio:** Ésta es dentro de las primeras 24 horas hábiles del internamiento. La entrevista se efectúa con la familia y el paciente; el médico adscrito y residente realizan un diagnóstico y una propuesta terapéutica integral psicofarmacológica y de rehabilitación, asignan el paciente a los diferentes equipos de trabajo, revisan el expediente y con base en las entrevistas previas elaboran una nota que lleva por nombre "Nota de Revisión e Ingreso" que contiene las indicaciones médicas y propuesta terapéutica en las hojas apropiadas que deberán integrarse al expediente clínico.

El equipo interdisciplinario, constituido por Psicología, Trabajo Social y Enfermería está presente durante la entrevista para complementar sus observaciones (HPIDJNN, 2004).

## **2.c Procedimiento para la canalización de pacientes al Servicio de Terapia Ambiental**

En el caso específico de los pacientes con sospecha de Autismo, la canalización al servicio de **Terapia Ambiental** es la siguiente:

**2.c.1) Preconsulta:** En esta fase el paciente ingresa al servicio de Urgencias en donde el médico elabora una entrevista y realiza una valoración general del estado del paciente. Si en esta valoración general se detecta sintomatología autística pasa al siguiente rubro (AMETATD, 2006).

**2.c.2) Paciente referido a Hospital de Día:** Una vez detectada la probable sintomatología autista, el paciente es canalizado al servicio de **Terapia Ambiental** que proporciona la **AMETATD, I.A.P**, en el cual los padres del paciente programan una cita con el Jefe de Servicio de Terapia Ambiental quien a su vez es el especialista en Autismo. En esta sesión el Jefe de Servicio lleva a cabo una valoración inicial del paciente con base en los datos obtenidos, elabora el resumen sintomatológico y ficha de identificación del paciente que contiene: examen mental, impresión diagnóstica presuntiva e indicadores. Si la impresión diagnóstica corresponde al Espectro Autista se refiere al paciente al siguiente paso. En caso contrario, el paciente se canaliza a otra área del Hospital que le corresponda (AMETATD, 2006).

**2.c.3) Canalización al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental:** El personal de esta área perteneciente a la **AMETATD, I.A.P** programa las citas correspondientes para la realización del estudio psicológico que determinará si el paciente presenta o no conducta autista y qué tipo de Autismo es. Posteriormente entregarán los resultados al Jefe de Servicio de Terapia Ambiental (AMETATD, 2006).

**2.c.4) Revisión de Caso con el Médico Especialista y Coordinadora del Servicio:** Ésta se lleva a cabo una vez que las psicólogas concluyen la valoración y el Jefe de Servicio de Terapia Ambiental integra el diagnóstico del paciente. Posteriormente se dan sugerencias para el tratamiento del menor referido a estudio asignando a una terapeuta para su tratamiento (AMETATD, 2006).

**2.c.5) Tratamiento:** En esta fase el terapeuta, a partir de la revisión de los resultados de la valoración, elabora un tratamiento personalizado para el paciente autista en la modalidad que éste requiera, ya sea terapia individual, grupal, programa a casa o foráneo, con la orientación respectiva a padres y maestros para la interacción con el menor; el terapeuta vigila y evalúa el progreso del



paciente mismo; en el caso de que éste necesite de otros servicios que proporciona el HPIDJNN el Jefe de Servicio lo canaliza al área correspondiente (Medica Física, Terapia de lenguaje, Apoyo Psicopedagógico, etc...) (AMETATD, 2006).

#### **2.c.6) Consultas subsecuentes con el Médico Adscrito al Servicio:**

Una vez que se emitió el diagnóstico de Autismo y se canalizó al paciente a tratamiento, él y los padres acuden con el médico adscrito al servicio para el tratamiento farmacológico (en caso de requerirlo) y darle seguimiento al caso del paciente con Autismo (AMETATD, 2006).

(Véase **Anexo 2** para Flujograma de Terapia Ambiental)

### **2.d Equipo humano con el que cuenta cada servicio de especialidad en Paidopsiquiatría**

Es importante mencionar que cada uno de los Servicios de Especialidad en Paidopsiquiatría (Clínica de las Emociones, Clínica de la Conducta, Clínica de la Adolescencia, Alteraciones del Desarrollo y **Terapia Ambiental**) cuenta con el siguiente equipo humano:

- Jefe de Servicio (Médico Paidopsiquiatra)
- Médico Adscrito (Paidopsiquiatra)
- Psicólogas
- Enfermeras
- Trabajador Social

(HPIDJNN, 2004)

### **2.d.1) Personal del servicio de Terapia Ambiental de la AMETATD, I.A.P en conjunción con el personal del HPIDJNN y Funciones**

En el caso del Servicio de **Terapia Ambiental**, que es donde se encuentra la **Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo I.A.P**, éste cuenta con:

- **Jefe de Servicio** (Médico Paidopsiquiatra) y **Presidente del Patronato**, quien es fundador de la **AMETATD I.A.P**, coordina todo el servicio y quien a su vez es Jefe del programa de **Terapia Ambiental**. Pertenecer a la **AMETATD, I.A.P** y al HPIDJNN. Su función es:
  - ✓ Formular y establecer mecanismos de gestión administrativa que permitan elevar la eficacia de los servicios de Salud Mental en el área de Terapia Ambiental.
  - ✓ Coadyuvar a cumplir con las disposiciones generales emanadas del nivel superior de autoridad.
  - ✓ Planear, organizar, dirigir y supervisar las actividades del servicio de Terapia Ambiental de acuerdo con los programas de atención médica en la especialidad de Psiquiatría Infantil y de conformidad con las normas y lineamientos establecidos.
  - ✓ Apoyar, promover y asesorar el desarrollo de investigaciones científicas y de acciones de docencia para la formación de personal profesional, técnico y auxiliar, de acuerdo con los planes y programas establecidos.
  - ✓ Realizar la valoración psiquiátrica de pacientes de primera vez canalizados al servicio.
  - ✓ Solicitar los estudios pertinentes así como las interconsultas necesarias.
  - ✓ Canalizar a los pacientes a las terapias que necesiten.

- ✓ Realizar la evaluación de pacientes de manera conjunta con el personal del servicio.
  - ✓ Elaborar el ingreso y egreso de los pacientes al servicio de Terapia Ambiental.
  - ✓ Autorizar permisos al personal del servicio para su asistencia a cursos y talleres así como autorizar vacaciones.
  - ✓ Organizar y supervisar el análisis del caso clínico para su presentación en sesión clínica general.
  - ✓ Participar en los grupos de orientación a padres y maestros.
  - ✓ Participar como ponente en cursos que se soliciten a la **AMETATD, I.A.P** (AMETATD, 2006).
- **Coordinadora de Terapia y Tesorera del Patronato.** Pertenece a la **AMETATD, I.A.P** y al HPIDJNN; es responsable de:
    - ✓ Coordinar las actividades que se efectúan en el servicio de Terapia Ambiental respecto a las acciones de Psicología.
    - ✓ Instituir, dar seguimiento y vigilar tratamientos en relación con la normatividad vigente y los avances científicos en el ámbito de su competencia.
    - ✓ Cooperar en el mejoramiento del estado de los pacientes del servicio de Terapia Ambiental.
    - ✓ Participar como ponente en los cursos que se le soliciten a la **AMETATD, I.A.P** (AMETATD, 2006).
- **Secretaria del Patronato.** Pertenece a la **AMETATD, I.A.P.** Tiene la función de:
    - ✓ Elaborar y entregar los registros de las actas a la Junta de Asistencia Privada para informar sobre el movimiento de la Asociación (AMETATD, 2006).

- **Médico Adscrito** al HPIDJNN, quien se encarga de:
  - ✓ Recibir a los pacientes que ya fueron valorados por el Jefe de Servicio. Explorar el estado mental de los pacientes y solicitar exámenes de laboratorio (pruebas de sangre, orina,...) y gabinete (electroencefalogramas, mapeos cerebrales, resonancias magnéticas,...). En caso necesario, elaborar la hoja de referencia interna para interconsultas con los servicios de apoyo (Dental, Pediatría, Rehabilitación Física).
  - ✓ Mandar un cuestionario a los maestros del menor referido.
  - ✓ Enviar a los padres a Trabajo Social de Hospital de Día para ingresarlos al grupo informativo en el que se les explican las bases teóricas del trastorno y el tratamiento farmacológico, así como también en qué consisten cada una de las áreas que conforman el servicio de Terapia Ambiental (Terapia y Psicodiagnóstico).
  - ✓ Dar seguimiento a los casos.
  - ✓ Llevar a cabo las consultas subsecuentes para revisar la información proporcionada por los padres y observación del médico en la última cita e interrogar de nuevo sobre la evolución del menor.
  - ✓ Manejar el tratamiento farmacológico.
  - ✓ De acuerdo al diagnóstico, informar al familiar sobre el padecimiento, pronóstico y tratamiento a seguir.
  - ✓ Canalizar al paciente a las terapias que él considere necesarias y que no hayan sido sugeridas y referidas por el Jefe de Servicio de Terapia Ambiental (HPIDJNN, 2004).
  
- **Médico Residente** Es uno o dos médicos que se encuentran en la residencia de la especialidad en Paidopsiquiatría dentro del HPIDJNN. Su función es:

- ✓ Apoyar al Médico Adscrito en las consultas subsecuentes.
  - ✓ Elaboran la Historia Clínica de los pacientes de primera vez (HPIDJNN, 2004).
- **Secretaría** Es personal del HPIDJNN y se encarga de:
    - ✓ Atender llamadas telefónicas.
    - ✓ Agendar citas tanto de primera vez como de revisión de caso para diagnóstico de los pacientes que verá el Jefe de Servicio de Terapia Ambiental y la Coordinadora del mismo.
    - ✓ Elaborar cartas o documentos solicitados a la **AMETATD, I.A.P.**
    - ✓ Pedir y devolver los expedientes clínicos de los pacientes que tendrán cita de primera vez en Terapia Ambiental y de entrega de diagnóstico.
    - ✓ Auxiliar en actividades que lo requieran.
    - ✓ Colaborar en actividades estadísticas.
    - ✓ Solicitar y proporcionar papelería.  
(AMETATD, 2006)
- **2 Psicólogas asignadas al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental**, quienes pertenecen a la **AMETATD, I.A.P** y son responsables de:
    - ✓ Realizar el estudio psicológico conformado por una Valoración de Desarrollo, una Valoración de Procesos Cognoscitivos y un Perfil Clínico, como complemento al diagnóstico solicitado por el Jefe de Servicio de Terapia Ambiental para descartar o corroborar la presencia de comportamiento autista con base en el algoritmo de detección y diagnóstico de los trastornos del espectro autista que lleva por nombre "*The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders*" de Pauline A. Filipek que será explicado en el Capítulo III.
    - ✓ Evaluar el desarrollo del paciente.



- ✓ Determinar las capacidades del paciente.
  - ✓ Elaborar el diagnóstico del paciente.
  - ✓ Participar en congresos, cursos y pláticas sobre el Espectro Autista.
  - ✓ Cooperar en la realización de trabajos de investigación.
  - ✓ Entrevistar a padres de familia de los pacientes.
  - ✓ Participar en la elaboración y presentación del caso clínico de la sesión general (AMETATD, 2006).
- **2 Psicólogas responsables del Tratamiento Psicológico** quienes están contratadas por la **AMETATD, I.A.P.** y desempeñan las siguientes funciones:
    - ✓ Aplicar los diferentes programas de intervención de manera personalizada a cada uno de los pacientes referidos.
    - ✓ Elaborar el programa de tratamiento individual y personalizado de cada paciente, así como su revisión.
    - ✓ Entrevistar a padres de familia.
    - ✓ Llevar a cabo sesiones observacionales con el paciente.
    - ✓ Dar orientación personal a los padres de los pacientes.
    - ✓ Elaborar y controlar los expedientes internos del servicio de cada uno de los pacientes en terapia.
    - ✓ Asesorar a los padres de los pacientes en el seguimiento del tratamiento en casa.
    - ✓ Organizar pláticas dirigidas a padres y escuelas.
    - ✓ Organizar eventos especiales para los pacientes.
    - ✓ Programar citas.
    - ✓ Realizar talleres para los pacientes que sean más funcionales.
    - ✓ Asistir a Congresos.
    - ✓ Difundir las actividades realizadas con los pacientes (AMETATD, 2006).

- **1 Psicóloga** por parte del HPIDJNN que tiene la función de:
  - ✓ Dar Terapia en Fin de Semana (Sábados y Domingos).
  - ✓ Trabajar la inserción social con pacientes que tienen el diagnóstico de Síndrome de Asperger y que además son altamente funcionales.
  
- **2 Terapeutas** por parte del HPIDJNN, una de ellas Técnico en Rehabilitación del Enfermo Mental (Trem) y otra Enfermera. Ambas desempeñan la función de:
  - ✓ Realizar Terapia Grupal con niños que presentan Autismo de Alto Rendimiento y Síndrome de Asperger. Dicha terapia está enfocada a trabajar algunos aspectos de socialización como espera de turnos, reglas en juegos de mesa y comunicación.
  
- **2 Enfermeras y 1 Enfermero** del HPIDJNN, quienes se encargan de:
  - ✓ Trabajar con los pacientes en Hospitalización Parcial.
  - ✓ Aplicar programas para el control de esfínteres, autocuidado y el mejoramiento de la nutrición de los pacientes al agregar nuevos alimentos a su dieta (HPIDJNN, 2004).
  
- **1 Enfermera** contratada por la **AMETATD I.A.P.** Su función es:
  - ✓ Apoyar a las psicólogas y terapeutas.
  - ✓ Trabajar terapia individual y programa para casa con algunos pacientes.
  - ✓ Promover hábitos higiénicos y dietéticos a los pacientes.
  - ✓ Actualizar la base de datos de los pacientes en Terapia Ambiental.
  - ✓ Controlar la estadística de pacientes asistentes.
  - ✓ Participar en la orientación a padres.
  - ✓ Participar en algunos cursos o pláticas solicitadas a la **AMETATD, I.A.P** (AMETATD, 2006).

- **1 Trabajadora Social** por parte del Hospital dentro del edificio de Hospital de Día, donde se ubica **Terapia Ambiental** y quien desempeña las siguientes funciones:
  - ✓ Capacitar a pasantes de la carrera de Trabajo Social para apoyar al servicio y su formación profesional.
  - ✓ Organizar cursos informativos a los padres donde se les explica en qué consiste el servicio de **Terapia Ambiental** e invitar a los médicos y psicólogos a dar pláticas informativas acerca de las áreas por las que pasarán sus hijos.
  - ✓ Formar grupos de dinámica familiar.
  - ✓ Elaborar estudios de primer nivel en los que se pretende tener una visión de la dinámica familiar en casa con el objetivo de detectar las necesidades de apoyo y orientación para un mejor trato hacia el menor. Realizar actualizaciones de datos socioeconómicos de la familia para tener un control de su evolución al respecto.
  - ✓ Brindar orientación individual a los familiares de menores que presenten alteraciones del Desarrollo por lo que no sólo ven a niños con Autismo, sino también a aquellos que pertenecen a la Clínica de Desarrollo, ya que en ambos intervienen en el manejo de límites y normas en casa.
  - ✓ Brindar apoyo al Departamento de Trabajo Social con guardias, en las que se realizan los estudios socioeconómicos de los pacientes que ingresan por primera vez al Hospital, para determinar la clave de pago y obtener una visión general de la dinámica familiar de los menores incorporados a cualquiera de los servicios.
  - ✓ Mantener constante retroalimentación con el equipo de trabajo multidisciplinario, acerca de los pacientes, con la finalidad de brindar apoyo a él y a sus familiares en la búsqueda de



soluciones al conflicto que se esté presentando en ese momento (HPIDJNN, 2004).

- **1 Contador** por parte del Patronato de la **AMETATD, I.A.P** y quien se encarga de:
  - ✓ Llevar mensualmente el ingreso de los donativos.
  - ✓ Calcular y pagar los impuestos a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
  - ✓ Controlar los recibos de honorarios para el pago al personal contratado por la **AMETATD I.A.P.**
  - ✓ Realizar presupuestos mensuales y anuales para informar a la Junta de Asistencia Privada sobre el uso del dinero aportado como donativo.
  
- **1 Auditor Externo**, quien tiene la función de:
  - ✓ Realizar cada año auditorías a la **AMETATD I.A.P** para evaluar su cumplimiento como Institución de Asistencia Privada.

(Véase **Anexo 3** para el Organigrama de la **AMETATD, I.A.P.**)

## **2.e Espacio físico con el que cuenta Terapia Ambiental y la AMETATD**

La **AMETATD I.A.P** cuenta con el siguiente espacio físico:

- 1 Oficina para la Jefatura de Servicio.
- 1 Consultorio para el Médico Adscrito (Paidopsiquiatra responsable de los casos y del seguimiento)
- 2 Consultorios para Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental.
- 3 Consultorios para Terapia individual.
- 1 Consultorio para Terapia grupal.

- 1 Salón de Cómputo para Taller.
- 1 Salón con comedor, cocina, recámara y baño para trabajar Vida Diaria (en Enfermería).
- 1 Baño para Niños, el cual es compartido por todos los niños del edificio de Hospital de Día.
- 1 Baño para el Personal, el cual también es compartido por todo el personal de Hospital de Día.
- 1 Consultorio de Trabajo Social, destinado para los servicios que se encuentran dentro de Hospital de Día.

(AMETATD, 2006)

## Capítulo III

### C. MARCO TEÓRICO

#### 1. Historia del Autismo

Se sabe que a lo largo de la historia el Autismo se ha hecho presente, tal es el caso de antiguas leyendas que giran alrededor de este enigmático trastorno, en las que se hablaba de que los niños eran robados por brujas y en su lugar dejaban a niños muy bellos, extraños, pero a su vez alejados de los seres humanos (Wing L, 1996); así como acontecimientos interesantes que constatan la presencia del Autismo en la historia desde tiempos muy remotos, tal es el caso del Hermano Fray Junípero (seguidor de San Francisco) quien cortó la pata a un cerdo para ofrendarlo a un fraile enfermo en Santa María de los Ángeles, a quien preguntó con mucha compasión: "¿Te puedo prestar algún servicio?" y el enfermo contestó "gran consuelo habría si me trajeras una patita de cerdo" y Fray Junípero dijo "¡déjame hacer y te la traigo enseguida!". Fray Junípero cogió un cuchillo y se dirigió a la selva donde paseaban algunos cerdos. Echándose sobre uno de ellos, le cortó la pata y huyó dejando cojo al animal. Regresó al convento, la lavó y coció para dárselo al enfermo, quien se la comió. El porquero, quien observó lo que Fray Junípero hizo, comentó a su amo, quien se dirigió con gran enojo hacia el convento llamando a los frailes ladrones, hipócritas, malas personas, etc...

San Francisco mandó llamar a Fray Junípero para preguntarle si él había hecho tal cosa, y el fraile contestó con alegría que sí, puesto que había ido a visitar al fraile enfermo y contó todo tal cual ocurrió, por hacer un acto de caridad, y expresó "¿por qué he de turbarme yo sabiendo bien que el puerco a quien le corté la pata es más de Dios que del amo y que he hecho una gran caridad?". Por orden de San Francisco se dirigió al amo a confesar su culpa y prometerle satisfacer de tal manera que no siguiera teniéndoles odio. Explicó con fervor y alegría al amo el por qué había cortado la pata al cerdo y con la seguridad de que él debía de estarle agradecido al haber sido un hecho de caridad. Finalmente, después de abrazarlo, besarlo y explicar con humildad y simplicidad el hecho de

caridad, el amo reconoció los insultos hechos a los frailes, atrapó al cerdo, lo sacrificó y se lo llevó a los frailes a Santa María de los Ángeles, a que se lo comieran (Muelas F, 1970).

Con esta anécdota se deja ver el que Fray Junípero era autista. Su comprensión era literal, con sus acciones demostró el no ser consciente de que las personas tenían sus pensamientos y sentimientos propios, el no entender que otras personas pudieran tener una creencia diferente acerca de cortarle la pata al cerdo de la que él mismo tenía, la falta de conciencia de los pensamientos ajenos sobre las cosas y acontecimientos, su incapacidad para apreciar el afecto que sus acciones podían tener sobre los demás, así como su ingenuidad, la cual llevaba a ridículos y torpezas (Frith U, 2004).

Otra historia es la de Víctor, un niño visto por primera vez en un bosque de Francia en el año de 1797, al que se conoce hoy en día como "el niño salvaje de Aveyron" con 12 años de edad, no hablaba ni respondía a preguntas, estaba desnudo y se alimentaba de frutos secos o tubérculos encontrados en el bosque, así como también de comida dada de manera ocasional por los campesinos del lugar. Su cuerpo estaba lleno de cicatrices, de hecho tenía una en la garganta, lo que hizo pensar en la posibilidad de haberlo intentado matar, pero la evidencia es que fue abandonado en el bosque en la época posterior a la Revolución Francesa. Lo que no es muy claro en este abandono es si fue separado por otras personas de sus padres o si sus padres, al ser pobres y estar desesperados, lo abandonaron debido a su difícil manejo, puesto que no hablaba y presentaba un comportamiento extraño y anormal.

En 1801 Jean-Marc-Gaspard Itard, médico francés se hizo cargo de él y en un principio propuso que aquellas conductas que Víctor presentaba eran debidas a que él se encontraba aislado de la gente desde muy pequeño.

Otro médico muy importante de la época, Philippe Pinel, creía que más bien el comportamiento de Víctor mostraba que desde su nacimiento el menor tenía dificultades significativas en su aprendizaje, lo que para él lo hacía un niño con retraso mental grave.



Un psicólogo especializado en el estudio del habla, la audición y el lenguaje, Harlan Lane, recopiló todos los escritos de Víctor hechos por el médico francés Itard y los publicó en su libro que lleva por nombre "El niño salvaje de Aveyron".

Itard pasó mucho tiempo enseñándole a Víctor cómo jugar con diferentes juguetes, situación que no consiguió debido a que Víctor no mostró interés alguno por los mismos y si se le dejaba con ellos los destruía, además de que tampoco logró hablar a pesar del gran esfuerzo por enseñarle, usaba a las personas como agente al tomarlas del brazo y colocarles las manos en los mangos de la carretilla cuando quería que lo llevaran en ésta, se subía a ella y esperaba a que le llevaran, además de mostrar obsesión por el orden insistiendo en colocar en el mismo lugar algún objeto tomado por él.

La contribución que Itard tuvo fue de gran importancia ya que sus ideas fueron transmitidas a su alumno Edouard Séguin y posteriormente a María Montessori influyendo en los métodos de educación especial en la actualidad (Frith U, 2004; Wing L, 1996).

Otro caso fue el de Hugh Blair de Borgue que se remonta a la primera mitad del siglo XVIII. John Blair, hermano menor de Hugh, fue el fiscal que quería que el tribunal declarara mentalmente incapaz a su hermano mayor para desheredarlo. El abogado defensor del caso fue la madre.

Los testigos coinciden en describir a una persona, diagnosticada hoy en día como autista. Esperaban que Hugh Blair tuviera una vida de caballero pero no era una persona consciente de las convenciones sociales, remendaba su ropa con parches peculiares cuando había un sastre al servicio de la familia, cortaba leña y construía muros de piedra donde no eran necesarios. Prefería comer solo en la cocina, con los gatos, mientras la familia estaba reunida en el comedor. Dormía en un ático frío lleno de sus colecciones de plumas y palos; llevaba prendas raras y se ponía la peluca al revés. Su lenguaje era limitado ya que únicamente decía frases cortas y repetitivas, no tenía buena comprensión, razón por la que la mayoría de la gente que lo rodeaba creía que era sordo. Tenía una excelente

memoria, sabía recitar el catecismo, tanto las preguntas como las respuestas; sabía leer y escribir, la gente se burlaba de él y lo manejaban a su antojo. Carecía de sentido común y era conocido como el "terrateniente idiota". Acudía a todos los funerales y visitaba a sus vecinos a cualquier hora del día o de la noche pero no mantenía conversación alguna con ellos. Ocasionalmente tomaba una prenda de otras personas sin darse cuenta de lo incorrecto que era eso puesto que no intentaba esconderla.

La madre de Hugh Blair abandonó la casa familiar llevándose a Hugh, quien tenía más de treinta años de edad, y comenzó a planear su matrimonio. La iglesia no estuvo de acuerdo. La madre de Hugh perdió el caso. Los jueces determinaron mediante interrogatorios verbales y escritos que Hugh Blair era incapaz de comprender en qué consistía un contrato matrimonial ya que copió las preguntas de modo literal e incluso copió la orden judicial escrita de no copiar la pregunta, sino contestarla. El matrimonio se anuló, y la familia quedó arruinada a causa del juicio. A pesar de todo, su esposa se quedó con él y tuvieron dos hijos, de los que no se supo nada (Houston R y Frith U, 2000).

### **1.a ¿Cómo se reconoció por primera vez el Autismo?**

Hablar de Autismo es hablar de un trastorno que permite que haya un importante progreso evolutivo, pero por el otro lado impide cruelmente la plena integración en la comunidad.

Toda aproximación al tema del autismo infantil debe comenzar por hacer referencia a los pioneros: Leo Kanner y Hans Asperger, quienes independientemente fueron los primeros en publicar una descripción de dicho trastorno y quienes además creían que había una alteración biológica fundamental desde el nacimiento que provocaba problemas muy característicos (Frith U, 2004).

El término "Autismo" fue introducido desde antes por el Psiquiatra Eugen Bleuler a comienzos del siglo XX. En un principio se refería a una alteración muy llamativa de la Esquizofrenia (otro término acuñado por Bleuler). La limitación de

las relaciones con las personas y el mundo externo, una limitación tan extrema que parecía excluir todo lo que no fuera el "yo" de la persona. Dicha limitación descrita como un apartamiento de la vida social para sumergirse en uno mismo. De ahí las palabras "autista" y "autismo", que derivan del término griego "autos" que significa "sí mismo".

A diferencia de la Esquizofrenia de Bleuler, parecía que la alteración se producía desde el principio de la vida. La alteración no estaba acompañada de un deterioro progresivo. Lo que era de esperarse un progreso de la conducta con el desarrollo y el aprendizaje. (Frith U , 2004).

Hans Asperger y Leo Kanner nacieron en Austria y se formaron en Viena sin conocerse uno al otro. Kanner, nació en 1896, emigró a los Estados Unidos en el año de 1924 en donde dirigió la Clínica de Johns Hopkins en Baltimore. Con su libro de Psiquiatría Infantil fundó una nueva disciplina, pero su reconocimiento se debió al descubrimiento del Autismo. En el año de 1943 Kanner publicó su famoso artículo que llevó por nombre "Autistic disturbances of affective contact" ("Los trastornos autistas del contacto afectivo"), publicado en la revista *Nervous Child*, en el que hizo su primera descripción de 11 niños, de los cuales 9 eran niños y 2 eran niñas, con un patrón anormal de comportamiento al que decidió llamarlo "Early Infantile Autism" ("Autismo Infantil Temprano o Precoz"). Dichas descripciones sirvieron de punto de referencia para definir las características más importantes del Autismo Clásico al indicar que estos niños tenían un número de características en común.

Kanner y Eisenberg en 1956 seleccionaron cinco criterios para el diagnóstico esencial de las descripciones de Kanner, los cuales fueron:

## **1. Una carencia profunda de contacto afectivo hacia con otras personas**

Es el trastorno principal, "patognomónico", fundamental ya que deja ver la incapacidad para relacionarse normalmente, desde el comienzo de la vida con las personas y situaciones (Frith U, 2004)

Los niños parecían apartados e indiferentes de otras personas, especialmente de otros niños. Kanner escribió "esto es, desde el comienzo, una extrema **soledad autista** que dondequiera que fuera posible, desatentos, ignorando y excluyendo cualquier cosa que venía de otros niños". Los padres los describieron como auto-suficientes, encerrados en sí mismos, actuando como si la gente no estuviera ahí y felices cuando estaban solos (Frith U, 1991).

Tienen buena relación con los objetos; les interesan y pueden jugar con ellos durante horas, pero la relación con las personas es completamente diferente. Una profunda soledad domina toda su conducta (Frith U, 2004).

## **2. Un deseo ansioso y obsesivo de mantener todo igual y una resistencia inaudita para cambiar la rutina diaria**

Esto es mostrado especialmente en la resistencia a los cambios en la rutina diaria (por ejemplo, absoluta insistencia en un largo ritual a la hora de dormir) o en actividades repetitivas inventadas por los niños o en el arreglo de muebles, adornos, cortinas, otros artículos familiares o los propios juguetes de los niños, es decir, de un **deseo de invariancia** (Frith U, 1991).

Los sonidos y movimientos, todas sus actividades son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales y muestran una limitación marcada de la diversidad de sus actividades espontáneas (Frith U, 2004).



### **3. Una fascinación por los objetos que son manipulados con habilidad y destreza con finos movimientos motores**

Algunos niños llegan a juntar objetos específicos o a hacer colecciones de objetos similares, tal como bolsas de detergente vacías, tapas de frascos, latas, hojas secas, etc...y muestran resistencia a alguna intervención con sus posesiones. Estos objetos son solo usados para actividades repetitivas tal como hacerlos girar con asombrosa habilidad, torciéndolos dentro de formas complejas o arreglándolos en largas y derechas líneas, o son acumulados sin un propósito obvio.

No simular un juego normal, es sobresaliente por su ausencia, o, si está presente, es limitado y repetitivo en forma (Frith U, 1991)

### **4. Mutismo o un tipo de lenguaje que no parece tener la intención de servir para la comunicación interpersonal**

Esto incluye ecolalia inmediata y tardía, inversión pronominal ("quieres pan" en lugar de decir "quiero pan") y el uso idiosincrásico de palabras o frases.

Algunos niños con autismo inventan nuevas palabras o adaptan nombres. Aquellos que tienen algo de comprensión del lenguaje tienden a hacer interpretaciones literales del significado. Otros quienes dan un uso repetitivo al lenguaje y aquellos con vocabulario extenso, formal, rebuscado y pedante en su pronunciación (Frith U, 1991).

### **5. Retención de una fisonomía inteligente, pensativa y un buen potencial cognitivo, manifiesto en quienes pueden hablar a través de la**

**memoria, y en los que no pueden hablar por su habilidad para desempeñarse en pruebas**

Kanner explicó que hay fracaso en las pruebas o subpruebas de inteligencia debida a la poca cooperación de estos niños.

Presentan los llamados **islotes de capacidad**, que se refieren a las habilidades especiales, estas incluyen una asombrosa memoria para la música, la habilidad para tocar un instrumento musical, dibujar con una perspectiva precisa, cálculos basados en calendarios para el pasado y algunas veces para años futuros, una habilidad inusual en aritmética (Frith U, 1991). El sorprendente vocabulario de los niños hablantes, la excelente memoria de episodios sucedidos años atrás, la fenomenal memoria mecánica de poemas, nombres, lugares y rutas, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias complejas indican la existencia de una buena inteligencia (Frith U, 2004).

Es importante mencionar que esas habilidades pudieron estarse manifestando desde edades tempranas. (Frith U, 1991).

Se sigue considerando que la **soledad autista**, el **deseo de invariancia** y los **islotes de capacidad** se mantienen en todos los casos verdaderos de Autismo, a pesar de que los detalles varíen y de que existan otros problemas.

Como síntomas y accesorios al trastorno describió:

- 1) La incapacidad para la comunicación no verbal y respuesta social; carencia de expresión facial; pobre contacto visual; entonación peculiar o monótona; ausencia o uso mínimo de gestos.
- 2) Aunque había agilidad aparente en aspectos específicos, eran torpes e incoordinados.
- 3) Movimientos estereotipados.

- 4) Respuesta rara a los estímulos sensoriales.
- 5) Pobre o ausente habilidad para imitar, pero capacidad sorprendente para reproducir tonos de voz exactos, acentos, movimientos o secuencias desempeñadas por otras personas. Todo ello sin ser necesariamente deliberado.
- 6) Aunque algunos comían de todo, aún objetos no comestibles, la mayoría tenían problemas para la alimentación.
- 7) Berrinches, rabietas, auto agresividad, sin ninguna advertencia aparente de su efecto en otras personas.

(Frith U, 1991).

Asperger y Kanner describieron independiente y exactamente el mismo tipo de trastorno infantil a quien nadie había puesto mucha atención antes y ambos usaron la categoría autística. Ellos fueron los pioneros en reconocer que el Autismo es principalmente un trastorno del desarrollo y no meramente una extraña e interesante aflicción infantil. Desde el principio Asperger tenía la idea de que esos niños podrían ser como adultos.

Hans Asperger, diez años más joven que Leo Kanner, continuó la carrera de medicina general con la consideración de especializarse en Pediatría.

Posteriormente en el año de 1944, Hans Asperger quien también nació en Austria y viajó a Viena publicó su artículo "Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter" ("La psicopatía autista en la niñez") en el que identificó a un grupo de 4 niños con características similares, sus observaciones lo llevaron a destacar las mismas características principales reportadas por Kanner un año antes.

Su trabajo es considerado parte de la literatura clásica de la Psiquiatría Infantil, y un acontecimiento histórico en la evolución o desarrollo del concepto del Autismo, a pesar de que el artículo de Kanner se convirtió en el más citado en toda la literatura sobre el Autismo. Esto debido a que el artículo de Asperger fue un trabajo difícil de acceder por ser una obra escrita en alemán y publicada durante la Segunda Guerra Mundial, siendo extrañamente ignorado. Su fuerza reside en descripciones detalladas y empáticas. Así presenta sus estudios de caso:

"En las páginas siguientes describiré un tipo de niños que son interesantes en varios aspectos: estos niños tienen en común un trastorno fundamental que se manifiesta, de forma muy característica, en todos los fenómenos comportamentales y expresivos. Un trastorno que produce dificultades considerables y muy típicas de integración social. En muchos casos, el fallo de la integración en cualquier grupo social es la característica más llamativa, pero en otros casos ese fallo se compensa con una especial originalidad del pensamiento y la experiencia, que quizá pueda llevar a logros excepcionales en momentos posteriores de la vida" (Frith U, 1991).

Tal es uno de los casos descritos por Asperger: Fritz V a los seis años de edad:

"Su mirada era muy peculiar... Cuando se le hablaba no establecía el contacto ocular que normalmente es fundamental para la conversación. Lanzaba breves miradas "periféricas", y miraba a las personas y los objetos únicamente de manera fugaz. Era como si no estuviera allí" (Frith U, 1991).

"La melodía normal del habla, el flujo natural del discurso se hallaban ausentes... su discurso solía ser como un sonsonete... Los contenidos del discurso eran asimismo totalmente diferentes de lo que cabría esperar en un niño normal" (Frith U, 1991).



“Resultaban muy evidentes... sus movimientos estereotipados: de repente comenzaba a golpearse los muslos rítmicamente, a dar fuertes golpes en la mesa, a golpear la pared...” (Frith U, 1991).

“Desde muy temprana edad demostró mucho interés por los números y el cálculo. Había aprendido a contar hasta más de 100 y calculaba con mucha rapidez dentro de ese espacio numérico, lo cual se produjo sin que nadie le hubiera tratado de enseñar, aparte de responder a las preguntas esporádicas que formulaba” (Frith U, 1991).

“Las emociones del niño eran difíciles de comprender...En tanto que las manifestaciones de cariño y afecto, y los halagos, agradan a los niños normales... sólo conseguían irritar a Fritz” (Frith U, 1991).

Se creía que Asperger describía a un niño muy diferente que el descrito por Kanner, pero poco a poco las similitudes fueron más claras. El diagnóstico “Síndrome de Asperger” ha ido mostrando su utilidad clínica en la identificación de casos considerados demasiado “leves” para recibir el diagnóstico de “Autismo”; es decir, a la identificación del Autismo en casos casi normales (Frith U, 2004).

### **1.b Similitudes entre síndromes (Kanner-Asperger)**

**Tabla 3.1. Similitudes y diferencias entre Kanner y Asperger**

- 
- 
- Ambos enfatizaron un exceso de hombres sobre las mujeres. Asperger originalmente creía que este síndrome nunca ocurriría en niñas pre-púberes.
  - Aislamiento social, egocentrismo, y carencia de interés por los sentimientos o ideas de los demás.
  - Los dos autores refieren problemas en la manera de actuar incluyendo la carencia del lenguaje para comunicarse, inversión pronominal, sobre todo en los primeros años. Asperger incluye lenguaje pedante y la repetición de
- 
- 

**(Tabla continúa)**

**Tabla 3.1. (Continuación)**

---

---

la misma pregunta.

- Incapacidad para la comunicación verbal o no verbal.
  - Ambos autores describen una carencia de flexibilidad y de juego imaginativo.
  - Patrón repetitivo de actividades. Asperger describe niños con juego estereotipado con tendencia a coleccionar objetos.
  - Pobre respuesta a los estímulos.
  - Kanner describe torpeza motora. Asperger subraya torpeza general pero ciertas destrezas generales.
  - Problemas de conducta, negativismo aparente, inquietud general.
  - Habilidades especiales en contraste con los problemas de aprendizaje.
  - Asperger: desarrollo del lenguaje antes de la actividad escolar. Vocabulario amplio y presuntuoso, interés por temas fantásticos. Aislados pero no inadvertidos de la existencia de los demás. Pensamiento original.
  - Asperger a diferencia de Kanner, no compiló su síndrome en una lista para el diagnóstico esencial. Los síntomas mencionados son extraídos de sus descripciones clínicas y discusión de casos.
- 
- 

(Frith U, 1991)

Los expertos se encuentran divididos con respecto a si el Síndrome de Asperger y el Autismo deben considerarse categorías diagnósticas distintas (Klin A., Volkmar F y Sparrow S, 2000).

La postura actual se inclina por la idea de que ambas son variantes del mismo trastorno evolutivo, del que el Autismo es la manifestación más grave y su detección es más temprana. El diagnóstico de Síndrome de Asperger tiende a producirse más tarde que el Autismo, al final de la niñez, en la adolescencia o edad adulta, lo que implica ser un cuadro diagnóstico más leve volviéndose más evidente con la edad y con la posibilidad de pasar inadvertido al inicio del

desarrollo. Las deficiencias de la comunicación social se reflejan sobretodo en la interacción con el grupo de iguales, y aumentan cuando lo hacen las expectativas y exigencias con la edad. Sus preocupaciones e intereses son más evidentes fuera del hogar, hay indiferencia por los demás niños y su relación es mejor con adultos con quienes conversan utilizando un vocabulario poco infantil, por lo que en realidad ni la adquisición del lenguaje ni el desarrollo social han seguido un rumbo neurotípico (Frith U, 2004).

## **2. Definición**

“El Autismo es un trastorno neurobiológico complejo del desarrollo que dura toda la vida. Las personas con Autismo tienen problemas con la interacción social y la comunicación, por lo que pueden tener dificultades para mantener una conversación o tal vez no quieran mirar a las personas directamente a los ojos.

Ocasionalmente tiene comportamientos que necesitan hacer antes de que puedan prestar atención o que repiten constantemente, como poner sus lápices en línea, o repetir la misma frase una y otra vez. Pueden mover sus brazos para demostrar que están contentos o se pueden lastimar para manifestar que no lo están.

Una persona con Autismo puede tener síntomas diferentes o demostrar conductas distintas a otras personas con Autismo. Debido a estas diferencias, los profesionales de la salud ahora consideran al Autismo como un trastorno de “espectro”, es decir, un grupo de trastornos con una gama de características similares. Basándose en sus fortalezas y debilidades específicas, las personas con trastornos del espectro autista pueden tener síntomas leves o síntomas más serios” (NICHD, 2004).

Otra definición del Autismo es la ofrecida por Kanner en 1943, la cual sigue estando vigente en la actualidad:

“Es autista aquella persona a la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles, aquella persona que vive como ausentes-mentalmente ausentes-a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación” (Riviére A, 1997).

Los tres núcleos de trastornos descritos por Kanner: (1) Trastorno cualitativo de la relación, (2) Alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y (3) Falta de flexibilidad mental y comportamental han servido como base para las definiciones diagnósticas más empleadas: la incluida en el DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2005) y en la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).

A lo largo de estos 65 años, la terminología para referirse al Autismo definido por Kanner ha ido modificándose, ya que el mismo trastorno puede manifestarse de múltiples maneras y grados de intensidad. Por esta razón, en la actualidad se emplea el término de “Trastornos del Espectro Autista” desarrollado por Lorna Wing en el año de 1995. Este término tiene su origen en un estudio realizado por Lorna Wing y Judith Gould en el año de 1979, en el barrio de Camberwell de Londres.

El estudio tuvo como objetivo estudiar el número y características de niños menores de 15 años con deficiencias en las capacidades de relación. Como resultados encontraron que todos los niños con deficiencias sociales severas mostraron los síntomas principales del espectro autista: trastornos de la socialización, trastornos de la capacidad de ficción y juego simbólico, de las capacidades comunicativas y lingüísticas, así como trastornos de la flexibilidad conductual (Wing L y Gould J, 1979).

Las personas con cuadros del espectro autista pueden manifestar un continuo, en que los síntomas varían, dependiendo de factores como el nivel intelectual, la edad y la gravedad del cuadro. ((Muñoz Yunta J et al, 2005 (a)).



Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) es una denominación clínica que engloba un continuum de semiología clínica y se consideran un subgrupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).

El diagnóstico de los TEA se basa en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y el CIE-10; sin embargo, en dichas clasificaciones, el término TEA no aparece como entidad específica, sino que está separado en distintas categorías diagnósticas (Muñoz Yunta et al, 2005 (a)).

**Tabla 3.2. Trastornos del Espectro Autista y sus sinónimos (adaptado de Gillberg & Coleman, 2000).**

<b>Síndrome de Kanner</b> (Kanner syndrome)	<b>Síndrome de Asperger</b> (Asperger Syndrome)	<b>Síndrome de Heller</b> (Heller syndrome)	<b>Autismo Atípico</b> (Atypical autism)
Trastorno Autístico (autistic disorder)	Trastorno de Asperger (Asperger's disorder)	Trastorno Desintegrativo (disintegrative disorder)	Otras condiciones similares al autismo (other autistic-like conditions)
Autismo infantil (childhood autism)	Psicopatía autística (autistic psychopathy)		
Autismo Infantil (infantile autism)	Trastorno de la personalidad esquizoide (schizoid personality)	Demencia infantil (dementia infantilis)	TGD-NE (PDD-NOS)

(Tabla continúa)

**Tabla 3.2. (Continuación)**

Autismo infantil precoz (early infantile autism)	disorder *)		
Autismo clásico (classic autism)	Autismo de alto funcionamiento (high-functioning autism **)		

\* coincidencia pero no sinónimos / \*\* algunos autores lo consideran sinónimo, otros como coincidencia con el Síndrome de Asperger.

(Muñoz Yunta et al, 2005 (a))

El enfoque general actual del Autismo consiste en una consideración desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo. Con base en esto el Autismo es hoy conocido como un trastorno que forma parte de los llamados "Trastornos Generalizados del Desarrollo" o "Pervasive Developmental Disorders" (TGD o PDD), los cuales se caracterizan por "una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Estos trastornos suelen manifestarse durante los primeros años de vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental. Hay veces que los TGD o PDD se observan en otras enfermedades médicas como por ejemplo, anormalidades cromosómicas, infecciones congénitas, anormalidades estructurales del sistema nervioso central.

Aunque en algún momento se utilizaron términos como "psicosis" y "esquizofrenia infantil" para hacer referencia a estos trastornos, son numerosos los datos a favor de que los TGD o PDD son distintos de la "esquizofrenia", sin

embargo, un sujeto con un TGD o PDD puede desarrollar ocasionalmente una esquizofrenia posterior” (APA, 2005).

### 3. Criterios de Clasificación y Diagnóstico

Tanto el DSM-IV-TR como el CIE-10 enlistan los siguientes TGD o PDD:

**Tabla 3.3. Trastornos Generalizados del Desarrollo en el DSM-IV-TR y CIE-10**

DSM-IV-TR	CIE-10
Trastorno Autista	Autismo Infantil
Trastorno Generalizado del Desarrollo No Específico (TGD-NE / PDD-NOS)	Autismo Atípico  Otro Trastorno Generalizado del Desarrollo  Trastorno Generalizado del Desarrollo, Inespecífico
Trastorno de Rett	Síndrome de Rett
Trastorno Desintegrativo Infantil	Otro trastorno desintegrativo de la infancia
No corresponde categoría	Trastorno Hiperquinético con Retraso Mental y Movimientos Estereotipados
Trastorno de Asperger	Síndrome de Asperger

(APA. 2005: OMS.1992)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) menciona cinco trastornos que conforman los llamados “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) y los describe.

### **3.a Trastorno Autista**

Este trastorno se caracteriza por alteraciones en las siguientes áreas:

- 1) En la interacción con los demás de manera recíproca.
- 2) En las habilidades lingüísticas y de comunicación.
- 3) En el repertorio de intereses limitado y repetitivo de intereses y actividades.

(Ver **Apéndice A** para los criterios de diagnóstico para el Trastorno Autista de acuerdo al DSM-IV-TR)

Se habla de que las características esenciales de este trastorno son un desarrollo anormal o deficiente de la interacción y comunicación social, así como un repertorio restringido de intereses y actividades. Sus manifestaciones van a variar de acuerdo al nivel de desarrollo y edad cronológica de cada uno de los pacientes.

En el dominio social se incluyen alteraciones en la comunicación no verbal, como por ejemplo en el contacto visual, en la expresión facial, posturas corporales y gestos que influyen en el desarrollo de relaciones sociales con los demás niños, principalmente con sus pares, en la falta de interés por hacer amistades o si las tienen carecen de la comprensión de las convenciones o reglas sociales. Tampoco se interesan por compartir espontáneamente actividades o intereses con las demás personas, ya que no muestran ni llevan o señalan objetos que consideran importantes para ellos. Hay falta de reciprocidad emocional, ya que no participan en juegos de interacción sencillos, aislándose o si llegan a buscar a los demás, es para utilizarlos como agente, es decir, sólo como herramienta o medio para



obtener lo que quieren en ese momento, sin percatarse de las necesidades ni el malestar de los demás. (APA, 2005)

En la comunicación son personas que tienen afectada tanto la comunicación verbal como la no verbal. Su lenguaje articulado llega a presentar un retraso significativo o en muchos de ellos ni siquiera presentarlo.

En aquellos que hay lenguaje hablado se observan dificultades para iniciar y/o mantener una conversación con los demás, un lenguaje repetitivo (ecolalia) inmediato o tardío, que no tiene el objetivo de comunicar. El volumen, la entonación, velocidad, ritmo o acentuación del mismo son anormales, así como también la estructura gramatical, la cual es inmadura. Llegan a presentar un lenguaje idiosincrásico, es decir, un lenguaje que sólo llega a ser comprensible por las personas que están familiarizadas con la forma de comunicación de ellos. La comprensión del lenguaje es limitada al no entender preguntas u órdenes sencillas, así como el significado implícito y contextual del mismo.

Hay falta de juego espontáneo y variado, imitativo y/o simbólico o imaginario de acuerdo a lo esperado por el nivel de desarrollo de cada individuo. (APA, 2005)

Dentro de sus comportamientos, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados llegan a mostrar una adhesión inflexible a rutinas, rituales, rutas, etc... Pueden presentar movimientos estereotipados repetitivos como el aleteo, contorsión dactilar, brinco repetitivo, girar sobre su mismo eje o alrededor de algún objeto o lugar, etc...

Muestran preocupación por partes de un objeto como llantas o el cabello de alguna muñeca, etc...

Tienen intereses restringidos y limitados como por ejemplo: planetas, dinosaurios, estadísticas de fútbol, etc... Alinean juguetes en filas con un orden estricto y se molestan cuando se les cambia. Muestran fascinación por el movimiento de los objetos como el girar las llantas de un coche, abrir y cerrar puertas o ventanas, prender y apagar luces, el movimiento de un ventilador, etc...

Se relacionan mejor con los objetos que con las personas como por ejemplo un trozo de cordón, hilo, etc... (APA, 2005)

Para hablar de un trastorno autista el retraso o funcionamiento anormal debe manifestarse antes de los tres años de edad en las áreas descritas anteriormente.

Dentro de los antecedentes que reportan los padres de niños con autismo están: un desarrollo aparentemente normal durante el año y medio y los dos años de edad (APA, 2005). Sin embargo un porcentaje bajo manifiesta que desde recién nacidos ya observaban comportamientos poco esperados como el no despertarse por ellos mismos para comunicar por medio del llanto el tener hambre, estar sucios, etc... lo que se conoce como "pasividad patológica" o todo lo contrario, llorar la mayor parte del día sin tener un motivo aparente (Riviére, s/año).

Otro antecedente que comentan los padres es la adquisición de algunas palabras sueltas o cápsula entre el año y año y medio de edad y de repente se presenta la suspensión del mismo por cierto periodo de tiempo. En algunos casos se vuelve a presentar el desarrollo del lenguaje pero de forma anormal (ecolalia, inversión pronominal, etc...) y en otros casos sin desarrollarlo nuevamente a lo largo de su vida (APA, 2005).

### **3.b Trastorno de Rett o Síndrome de Rett**

Este síndrome fue descrito por el Dr. Andreas Rett en el año de 1966 como un trastorno neurológico que afectaba únicamente a las mujeres. Dicha descripción fue reconocida mundialmente entre 1980 y 1989, después al trabajo escrito en un artículo por el Dr. Bengt Hagberg y colaboradores en el que describieron el cuadro clínico correspondiente a este trastorno. Por años se supuso la existencia de un sustrato genético como etiología del síndrome. (Campos PC, 2007)

Actualmente, el Síndrome o Trastorno de Rett es definido como “un trastorno discapacitante del desarrollo neurológico”, por lo que es considerado como un “trastorno grave y generalizado del desarrollo” (Hagberg B, 2002).

El consenso de especialistas aprobó la inclusión de este trastorno dentro de la clasificación de “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) debido a sus factores genéticos y fenotípicos, así como para disminuir los diagnósticos erróneos de Autismo en estos pacientes, al mostrar claramente los criterios clínicos del mismo (Volkmar FR y Lord C, 1998).

Se descubrió que es un trastorno que se hereda como rasgo genético dominante ligado al cromosoma X y el gen responsable es el MECP2 (Muñoz Yunta, 2005 (b)).

De acuerdo al DSM-IV-TR, la característica principal de este trastorno es la presencia de déficit después de un periodo de funcionamiento normal durante los primeros meses de vida. Entre los cinco meses y los cuatro años de edad es evidente una desaceleración del perímetro cefálico, la pérdida de habilidades manuales intencionales adquiridas previamente, así como el desarrollo de movimientos estereotipados en manos como el escribir o el lavado de manos. El interés social disminuye en un inicio, aunque la interacción social se desarrolla posteriormente de forma parcial. También se observan problemas en la coordinación al caminar, así como también de los movimientos del tronco. Se detectan alteraciones graves en el desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, así como retrasos psicomotores importantes. (APA, 2005).

A este trastorno se asocia el diagnóstico de “Retardo Mental Profundo” alteraciones en el EEG y trastornos convulsivos (Campos PC, 2007).

El Síndrome o Trastorno de Rett progresa en cuatro estadios, los cuales son:

- **Estadio I o de detención del desarrollo psicomotor:**

Inicia de los 6 a los 18 meses de edad con una duración de varios meses. En esta etapa se da un enlentecimiento del desarrollo psicomotor. Las niñas se observan indiferentes a todo lo que les rodea, al juego, al seguimiento de objetos y personas con la mirada (Hagberg B, 1993).

- **Estadio II o de deterioro rápido:**

Se presenta entre 1 y 4 años de edad, el cual puede durar semanas o meses, posiblemente un año. Se caracteriza por la rápida regresión de habilidades adquiridas previamente. Se marca con la aparición rápida de problemas en el contacto y comunicación adquiridos, así como el uso de las manos y del lenguaje con intencionalidad, presentando comúnmente el grito. Se hace evidente el retraso mental, estereotipias motoras como el lavado de manos, aplauso repetitivo, apretarse las manos o llevárselas a la boca; manifestaciones autísticas (ensimismamiento), pérdida de habilidades motrices finas, apraxia, ataxia, respiración irregular con periodos de hiperventilación y bruxismo (Hagberg B, 1993).

- **Estadio III o fase pseudoestacionaria:**

Transcurre entre los 4 y los 6 años de edad y su duración puede ser de años o décadas. Indudablemente hay retraso mental, sintomatología autística, la habilidad ambulatoria aparentemente está conservada pero se observa disfunción motora gruesa, apraxia de la marcha y ataxia del tronco evidentes. Aparecen crisis convulsivas. Algunas habilidades comunicativas se recuperan. Lentamente se va dando una regresión neuromotora (Hagberg B, 1993).

- **Estadio IV o de deterioro motor tardío:**

Se presenta entre los 5 y 7 años de edad aproximadamente, pero en realidad se presenta cuando dejan de caminar dependiendo totalmente de una silla de ruedas por la invalidez que presentan. Son inexpresivos facialmente, presentan epilepsia,



retraso del crecimiento, atrofia muscular y escoliosis como signos de afectación progresiva (Hagberg B, 1993).

Este trastorno cursa con alteraciones conductuales como: episodios de ansiedad, pánico, gritos, terror y periodos de depresión (Hagberg B, 1993).

(Ver **Apéndice B** para los criterios de diagnóstico para el Trastorno de Rett de acuerdo al DSM-IV-TR)

### **3.c Trastorno Desintegrativo Infantil**

Este trastorno fue descrito por un especialista en educación especial vienés llamado Theodore Heller en el año de 1908. En un inicio se propuso el término "dementia infantiles" por la marcada regresión en diferentes áreas de actividad, siendo ésta la principal característica de este trastorno (Campos PC, 2007).

La regresión en las diferentes áreas de actividad se da después de un periodo de aproximadamente dos años de un desarrollo aparentemente normal, es decir, por una comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiado para la edad del niño. Después de estos dos años y antes de los diez se da una pérdida progresiva de todas las habilidades y capacidades del desarrollo (APA, 2005). Por el año en que fue descrita, es un trastorno del que se dio a conocer antes del Autismo Infantil Temprano o Precoz descrito por Leo Kanner, sin embargo es una patología que tiene poco tiempo de haber sido reconocida y de la que además se conoce poco, por la información tan limitada con la que se cuenta en la actualidad (Volkmar FR y Rutter M, 1995).

De acuerdo al DSM-IV-TR las pérdidas significativas se dan en por lo menos dos de las siguientes áreas del desarrollo: lenguaje expresivo o receptivo,

habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, y juego o habilidades motoras. Se dice que los pacientes con este trastorno muestran el mismo déficit social, comunicativo, y comportamental manifestados en el trastorno autista (APA, 2005).

En la mayoría de los casos este trastorno está asociado al "Retraso mental profundo", además de observarse diferentes síntomas o signos neurológicos no específicos, y eventualmente puede estar asociado a una enfermedad médica o neurológica (leucodistrofia metacromática y la enfermedad de Schindler). Se sabe que se ha diagnosticado más en hombres que en mujeres.

Es un trastorno que es diagnosticado sólo si la aparición del cuadro es precedido por lo menos de dos años de un desarrollo normal. En su mayoría, el cuadro clínico inicia entre los tres y cuatro años de edad, de manera súbita o insidiosa.

Si se presenta de manera insidiosa se observan algunos precursores como: incremento en sus niveles de actividad, irritabilidad, ansiedad y pérdida progresiva del habla y otras habilidades, así como pérdida del interés por el entorno, así como estereotipias motoras.

Cuando el trastorno se asocia a una enfermedad neurológica progresiva, la pérdida de habilidades también es progresiva.

El déficit en las áreas del desarrollo permanece a lo largo de toda la vida (APA, 2005).

(Ver **Apéndice C** para los criterios de diagnóstico para el Trastorno Desintegrativo Infantil de acuerdo al DSM-IV-TR).

### **3.d Trastorno o Síndrome de Asperger**

Lorna Wing fue la primera persona en usar el término "Síndrome de Asperger" en un artículo publicado en el año de 1981. En este artículo describió a una serie de niños con características similares a las descritas por Hans Asperger en su

artículo de 1944 ya mencionado anteriormente ya que tenían problemas significativos en lo relacionado a la conversación y a las habilidades sociales avanzadas. Las principales características clínicas descritas por Lorna Wing fueron:

- Falta de Empatía
- Interacción inapropiada, ingenua o unidireccional
- Poca o ninguna habilidad para establecer amistades
- Conversación pedante o repetitiva
- Pobre comunicación no verbal
- Fascinación por determinados temas
- Movimientos poco coordinados, patosos y posturas extrañas

(Attwood T, 2002)

Hasta la fecha la visión que se tiene de este síndrome es la de una variante del Autismo y un Desorden de Invasión del Desarrollo, ya que afecta al desarrollo de una amplia variedad de habilidades. Es considerado un subgrupo del Espectro Autista con un propio criterio diagnóstico. Se tienen evidencias de que es mucho más frecuente que el Autismo Clásico y de que además puede ser diagnosticado en niños que nunca han sido considerados autistas (Attwood T, 2002).

De acuerdo al DSM-IV-TR la característica principal de este trastorno es la presencia de conducta, intereses y actividades restringidas y estereotipadas. Dicho trastorno puede generar déficit social, laboral y en otras áreas de actividad de los pacientes que lo tienen. No se observa un retraso significativo ni alteraciones en la adquisición del lenguaje, sin embargo en lo relacionado a la comunicación social sí se observan aspectos afectados. Tampoco hay antecedente de haber existido un retraso importante en el desarrollo cognoscitivo durante los tres primeros años de vida.

Existen alteraciones en lo que se refiere a la interacción social recíproca al haber un déficit en el uso de conductas no verbales que regulan la interacción social y la comunicación. Hay dificultad para relacionarse con pares, algunos

parecen no interesarse en establecer amistades ni en entender las reglas del comportamiento social. Son excéntricos, prefieren estar solos y no compartir, también muestran falta de reciprocidad emocional.

Es importante mencionar que al existir un lenguaje temprano y las habilidades cognitivas dentro de límites normales en los primeros tres años de vida, los padres no manifiestan preocupación por el desarrollo de sus hijos. Realmente la preocupación inicia cuando los niños ingresan a Preescolar y/o al ser comparados con los niños de su misma edad.

Respecto a los síntomas y trastornos asociados se reportan: torpeza motora, hiperactividad, inatención y algunos otros trastornos como la depresión.

Es un trastorno de inicio temprano, previo a los tres años de edad, continuo y para toda la vida. Su pronóstico es favorable, de hecho mejor que en el Autismo Infantil o de Kanner, ya que en estudios de seguimiento hay personas adultas que trabajan y llegan a ser autosuficientes (APA, 2005).

(Ver **Apéndice D** para los criterios de diagnóstico para el Trastorno o Síndrome de Asperger de acuerdo al DSM-IV-TR).

### **3.e Trastorno Generalizado No Específico (TGD NE)**

Esta categoría fue considerada para no dejar fuera a un grupo de pacientes que aunque no pertenecen a ninguno de los TGD antes mencionados presentan algunas características de éstos, expresados fenotípicamente de forma menos severa y/o tardía (Campos PC, 2007).

Existen evidencias clínicas que sugieren que tanto este TGD NE son parte de un continuum, ya que una persona diagnosticada anteriormente con un Trastorno Autista o Kanner puede mejorar en sus síntomas y ser rediagnosticada con un TGD NE o la inversa, es decir, un TGD NE ser rediagnosticado como un Trastorno Autista (Rutter M, 2005).



De acuerdo al DSM-IV-TR este trastorno se emplea en aquellos casos donde existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social o en las habilidades de la comunicación tanto verbal como no verbal, o cuando existe la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas y que además, no reúnen criterios para ninguno de los demás TGD, Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico de la Personalidad o Trastorno de la Personalidad por Evitación (APA, 2005).

Este incluye al Autismo Atípico al detectar casos que no cumplen los criterios de Trastorno Autista por una edad de inicio posterior o una sintomatología atípica al presentar dificultades, en cuando menos, dos de los tres grupos de síntomas relacionados con el Autismo o también cuando la sintomatología es secundaria o está asociada a otro trastorno médico o neurológico (APA, 2005).

(Ver Apéndice E para los criterios de diagnóstico para el Trastorno Generalizado No Específico de acuerdo al DSM-IV-TR).

#### **4. Etiología**

La heterogeneidad mostrada en el Trastorno Autista puede ser debida a diferentes etiologías o a una combinación de diferentes factores (etiología, predisposición genética y factores ambientales) y aunque no existe una causa única conocida existen los siguientes hallazgos:

##### **4.a Evidencia Neuroanatomopatológica**

- Alteraciones en el sistema límbico y en el cerebelo (Rapin I, 1994; Ruggieri VL, 2001).
- Reducción de la densidad de las células de Purkinje en el cerebelo (Williams RS et al, 1980).
- Disminución significativa de las células de Purkinje en el vermis y los hemisferios cerebelosos y uno de ellos ausencia de células de Purkinje en el vermis (Bailey A et al, 1996).

- Cambios neuropatológicos en el sistema límbico (hipocampo, amígdala, cuerpo mamilar, giro cingulado anterior y núcleo del septum), así como en los circuitos cerebelosos (Kemper TL y Bauman ML, 1998).
- Disminución en el tamaño de las células del sistema límbico e incremento de la densidad de empaquetamiento celular, bilateralmente en el hipocampo, el subículo, la corteza entorrinal, la amígdala, los cuerpos mamilares, el gyrus cingulado anterior y el núcleo del septum (Bauman ML y Kemper TL, 1997).
- Compromiso del desarrollo del árbol dendrítico del complejo hipocámpico (Bauman ML y Kemper TL, 1997).
- Se sabe que las estructuras mediales del lóbulo temporal, principalmente el hipocampo y la amígdala tienen importancia en la cognición, el aprendizaje, las emociones y la conducta (Mulas DF et al, 2005)
- Pérdida significativa de células de Purkinje, y en menor cantidad, de células granulares en los hemisferios cerebelosos (Bauman ML y Kemper TL, 1994).
- Se habla de la presencia de algunas neuronas hipertróficas que sugieren el origen de la anomalía en el periodo prenatal, antes de las 30 semanas de gestación, previamente a que se generen las conexiones entre la oliva inferior y las células de Purkinje (Mulas DF et al, 2005).
- El cerebelo juega un papel importante de mediador y modulador en algunos aspectos del aprendizaje y la conducta afectiva, por lo que se cree en la importancia de relacionar los efectos de las anomalías prenatales del sistema límbico y cerebelo debido a que a una temprana disfunción de éstos circuitos se daría importancia a la adquisición y procesamiento de la

información de la vida, pero principalmente en el desarrollo del autismo (Mulas DF et al, 2005).

- El peso del cerebro de niños autistas menores a los doce años de edad era mayor que el esperado en niños de la misma edad y sexo (Bailey A et al, 1993).
- El peso del cerebro en adultos autista era levemente inferior en 100 a 200 gramos que los esperados para la edad y sexo (Bailey A et al, 1998).
- Engrosamiento de la corteza frontal, así como alteraciones en su patrón laminar (Bailey A et al, 1998).

#### **4.b Evidencia por Neuroimágenes**

A través de la técnica de Neumoencefalografía se encontró:

- Agrandamiento de los ventrículos laterales.

En Tomografía Computada (TC) se encontró:

- Un 15% de la población autista estudiada presentó dilatación de los ventrículos laterales sin que esta asociación se relacionara con el grado o severidad del cuadro conductual (Rosenbloom y col en Mulas DF et al, 2005).

En estudios de Resonancia Magnética (RM) se han encontrado:

- Hipoplasia en los lóbulos VI y VII del vermis cerebeloso (Courchesne E et al, 1988).
- Reducción del volumen de los lóbulos parietales (Courchesne E et al, 1993).

- Hipoplasia de los hemisferios cerebelosos y, a veces, de la región del vermis (Courchesne E et al, 1994; Saitoh O et al, 1995).
- Reducción en el tamaño del cuerpo calloso en las regiones posteriores (Egaas B et al, 1995).
- Incremento en el volumen de los lóbulos temporales, parietales y occipitales (Piven J et al, 1997).
- Correlación entre el aumento de volumen del lóbulo frontal y el grado de alteración cerebelosa (Carper RA y Courchesne E, 2000).
- Incremento bilateral del tamaño de la amígdala y del hipocampo (Sparks BF et al, 2002).

Resonancia Magnética Funcional (RMf) se encontró:

- Al realizar inferencias mentales acerca de los ojos (teoría de la mente), se produce una activación de las regiones fronto-temporales, pero no de la amígdala (Baron-Cohen y col.,2000).

Resonancia Magnética con Espectroscopia (RMe) se encontró:

- Disminución significativa de la concentración de N-acetil-aspartico (NAA) en el cerebelo (por hipofunción o inmadurez neuronal) (Otsuka H et al, 1999)
- Mínima o nula variación en las cantidades de metabolitos como la creatina y la colina (Chugani DC et al, 1999).
- Disminución del N-acetil-aspartico (NAA) talámico en niños mayores a 7 años y no antes, lo que sugiere interrupción y regresión en el desarrollo madurativo neuronal (Perich A et al, 2002).

Tomografía por Emisión de Fotones (SPECT) se encontró:

- Disminución en el flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo de la insula en forma bilateral, en el giro temporal superior y en la corteza prefrontal izquierda. Alteraciones en la perfusión en la zona medial de la corteza prefrontal y el giro cingulado se asociaron a trastornos en la comunicación e



interacción social relacionados con la teoría de la mente, mientras que las conductas obsesivas y la tendencia a la monotonía con alteraciones en el área medial del lóbulo temporal derecho (Ohnishi T et al, 2000).

Tomografía por Emisión de Positrones (PET) se encontró:

- Ligeros aumentos en la utilización global basal de la glucosa cerebral, principalmente en áreas como los núcleos de la base y los lóbulos frontal, temporal y parietal (Muller RA et al, 1999).

#### **4.c Evidencia Neuroquímica**

Lo más evidente ha sido: la elevación de los niveles de serotonina en las plaquetas.

También se ha encontrado:

- Elevación de los niveles plasmáticos de Norepinefrina.
- Titulación de anticuerpos contra la proteína básica de la mielina.
- Activación parcial o incompleta de las células T.

(Mulas DF et al. 2005)

#### **4.d Evidencia Neurofisiológica**

Se sabe que ninguna de las siguientes descripciones es específica del autismo.

Electroencefalografía (EEG) se encontró:

- Existe una gran relación entre autismo y epilepsia con una frecuencia de esta última en autismo que varía entre el 5% y el 38.3%. También se comenta que cualquier tipo de crisis epiléptica puede estar asociada al

autismo. Con respecto a esto último diversos estudios sugieren que las descargas epileptiformes en el electroencefalograma, en ausencia de crisis clínicas, pueden causar alteración cognitiva y conductual, así como disfunción en el desarrollo del lenguaje (Muñoz-Yunta, 2000).

Magnetoencefalografía (MEG) se reportó:

- Una actividad epileptiforme durante el sueño de onda-lenta mediante MEG, en el 82% de los niños autistas estudiados, a diferencia del EEG simultáneo que detectó solamente en el 68% de los casos actividad patológica, la cual podía estar presente en ausencia de crisis clínicas y se localizaba principalmente en la zona perisilviana (Lewine et al, 1999).
- Actividad epileptiforme mediante el trazado MEG en el 92% de los pacientes estudiados con TEA. De este 92%, el 20% presentaba crisis clínicas y el resto (72%) manifestaron episodios de crisis palpebral, gritos repentinos y taparse los oídos. Dicha actividad epileptiforme se localizó básicamente en la región parietotemporal, ínsula y zona perisilviana (Muñoz-Yunta et al, 2003).

#### **4.e Evidencia Genética**

La presencia de disfunción neurobiológica, anomalías estructurales físicas y del Sistema Nervioso Central (SNC), así como alteraciones bioquímicas sugiere la existencia de una base biológica, probablemente genética, en los Trastornos del Espectro Autista (TEA)

- La primera persona que habló sobre el probable origen biológico del Autismo fue Leo Kanner en su artículo ““Autistic disturbances of affective contact”, publicado en el año de 1943 a través de su detallada descripción del trastorno, en la que se remarca que éste ocurría de manera innata.

- En el año de 1977, Folstein y Rutter llevaron a cabo el primer estudio con gemelos con el objetivo de resaltar la importancia de la genética en el Autismo. En su estudio encontraron que en los gemelos monocigóticos existía una concordancia del Autismo en un 36% y en los dicigóticos ninguna (Palau BM et al, 2005).
- Más adelante, en estudios posteriores fueron corroborados los resultados reportados por Folstein y Rutter, en los que se resaltaba que la concordancia de Autismo en los gemelos monocigóticos era alta (del 60% al 95%) y que en gemelos dicigóticos esta concordancia disminuía o ni siquiera estaba presente (del 0% al 23%) (Riviere A, 2001).
- También se ha mencionado que los estudios de familias realizados arrojan un riesgo de desarrollar autismo para hermanos del aproximadamente 5%, es decir, es un riesgo de 50 a 100 veces mayor que la población general (Szatmari P et al, 1998).
- Se han realizado estudios mediante la forma mendeliana para estudiar si se da y cómo es la transmisión en el Autismo. Los resultados encontrados es que al carecer de una evidencia por medio de este tipo de transmisión, así como de la relación existente entre los gemelos monocigóticos y dicigóticos es altamente probable que el Autismo sea el resultado de una interacción de muchos genes, los cuales no se conocen aún en su totalidad (Pickles A et al, 1995).
- Los factores epigenéticos y la exposición a los cambios ambientales pueden de alguna manera contribuir a la variable manera de manifestarse las características autísticas (Mulder EJ et al, 2004).
- Los estudios citogenéticos, así como los análisis familiares de ligamentos y la evaluación de genes candidatos son las formas utilizadas para la

identificación de las regiones cromosómicas que contienen aquellos genes que se encuentran implicados en el Autismo. Los cromosomas identificados con regiones de alta susceptibilidad son: 2, 6, 7, 15 y X (Jamain S, 2003).

#### **4.f Desórdenes asociados con el Autismo:**

Se habla de síndromes que pueden presentar características o conductas autísticas asociadas como:

##### Autismo relacionado a causas prenatales metabólicas:

- Fenilcetonuria
- Desórdenes Metabólicos de la Purina y Pirimidinas
- Histidinemia
- Adrenoleucodistrofia
- Lipofuscinosis Ceroidea
- Hiperlactemia

(Muñoz-Yunta, et al, 2005 (b))

##### Autismo asociado a causas prenatales genéticas:

- Síndrome de Rett
- Síndrome de Angelman
- Síndrome X Frágil
- Síndrome de Smith- Magenis
- Síndrome de Prader-Willi
- Síndrome de Joubert
- Síndrome de Sotos
- Síndrome de Williams
- Síndrome de Cornelia de Lange
- Síndrome de Goldenhar
- Síndrome de Morsier o Displasia Septo-óptica
- Síndrome de Down



- Síndrome de Pallister Killian
- Síndrome de Digeorge o CATCH 22
- Síndrome FG o Síndrome de Opitz Kaveggia
- Síndrome de Smith-Lemli-Opitz
- Síndrome de Aarskog
- Hipomelanosis de Ito
- Esclerosis Tuberosa
- Neurofibromatosis Tipo I
- Síndrome de Moebius

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a causas prenatales malformativas:

- Microcefalia
- Malformación de Dando Walter
- Síndrome de Marshall o PFAPA

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a causas prenatales infecciosas:

- Rubéola Congénita
- Toxoplasmosis Congénita
- Citomegalovirus Congénito

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a causas prenatales tóxicas:

- Síndrome de Alcoholismo Fetal
- Síndrome del Valproato Fetal
- Síndrome de la Talidomida

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a factores perinatales:

- Hipoxias

- Infecciosos
- Traumáticos

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a factores postnatales infecciosos:

- Posterior a Encefalitis Herpética
- Posterior a Proceso Meningítico

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

Autismo asociado a factores postnatales tóxicos:

- Posterior a Intoxicación por Plomo.

(Muñoz-Yunta, 2005 (b))

## **5. Epidemiología**

Se sabe que los “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) no son tan poco comunes como se pensaba anteriormente.

El primer estudio epidemiológico de autismo fue realizado por Víctor Lotter en el año de 1966 en Middlesex del Reino Unido, en el que la prevalencia era de 4-5 por 10 000 habitantes (Lotter V, 1966).

En encuestas anteriores a los años 90's, en E.U.A se estimó 20 casos por 10 000 (Fombonne E, 1999).

En el año de 1997 se habló de 40 a 50 casos por 10 000 (Bryson SE, Smith IM, 1998). También se estima en este mismo país datos que arrojan una muestra de 1 caso en 333 niños que pueden llegar a ser portadores de algún “Trastorno del Espectro Autista” (TEA) (Filipek et al, 1999).

En una comunidad de Nueva Jersey su frecuencia ha alcanzado 1 caso en 150 (London E, 2000), dato reportado también en el último Congreso Internacional de Autismo en México en Junio de 2007 por Autism Speaks.

De acuerdo a las estadísticas de prevalencia de los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (2001) y de los Institutos Nacionales de Salud (2004) de E.U.A se reportan 1 en 166 individuos aproximadamente y con una prevalencia de varones de 4:1 con respecto a las mujeres (Campos, 2007).

En México se carece de datos de prevalencia basados en investigación epidemiológica por lo que no es posible dar cifras, lo que nos lleva a crear una conciencia de la importancia de tener un dato aproximado de la población afectada con algún TGD o TEA en nuestro país.

## **6. DESARROLLO Y AUTISMO**

Para detectar los problemas en el desarrollo de los niños, es importante conocer los hitos que se deben conseguir en función de la edad cronológica. Siegel en el año de 1991 (Salvadó SB et al, 2005) elaboró unas tablas en las que se reportan las diferentes habilidades adquiridas en el área comunicativa y social de un niño sin desviaciones en su desarrollo e insiste que entre los 15 y 24 meses de edad es el intervalo de edad en que se hacen evidentes los déficits en el desarrollo de los niños con TEA.

**Tabla 3.4. Habilidades esperadas en los niños a los 4 meses de edad**

- 
- 
- Sigue y reacciona a los colores brillantes, movimientos y objetos.
  - Voltean hacia los sonidos.
  - Se interesan por mirar a la cara de las personas.
  - Devuelven la sonrisa después de haberles sonreído.
- 
-

**Tabla 3.5. Habilidades esperadas en los niños a los 6 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Muestra placer en las interacciones.
  - Sonríe frecuentemente cuando juega con el adulto.
  - Gorgojea o balbucea cuando está contento.
  - Lloro cuando está disgustado.
- 
- 

**Tabla 3.6. Habilidades esperadas en los niños a los 9 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Sonríe y ríe cuando mira a las personas.
  - Intercambia sonrisas, expresiones amables u otras.
  - Intercambia sonidos.
  - Intercambia gestos como dar, tomar y alcanzar.
- 
- 

**Tabla 3.7. Habilidades esperadas en los niños de 12 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Usa algunos gestos para satisfacer sus necesidades (para dar, mostrar, alcanzar, señalar o decir adiós).
  - Juega al "aquí estoy" u otros juegos sociales.
  - Emite monosílabos como "ma", "ba", "na", "da", "ga", etc...
  - Voltea hacia la persona que le llama por su nombre.
- 
- 

**Tabla 3.8. Habilidades esperadas en los niños de 15 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Muestra intercambios constantes de sonrisas, sonidos y gestos.
  - Establece contacto visual cuando se le habla.
- 
- 

(Tabla continúa)



**Tabla 3.8. (Continuación)**

---

---

- Anticipa que lo van a cargar en brazos.
  - Muestra atención conjunta (comparte el interés en una actividad o juguete; puede señalar o mostrar gestos dirigidos a atraer la atención hacia algo de interés).
  - Muestra imitación social (sonrisa recíproca).
  - Dice adiós con la mano.
  - Responde a su nombre consistentemente.
  - Sigue instrucciones verbales sencillas.
  - Usa y comprende como mínimo tres palabras como “mamá”, “papá”, “agua” con sentido comunicativo.
- 
- 

**Tabla 3.9. Habilidades esperadas en los niños de 18 meses de edad**

---

---

- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Usa muchos gestos que combina con palabras para satisfacer sus necesidades, tal como señalar o llevar al adulto de la mano, para posteriormente decir lo que quiere de forma verbal.
  - Usa como mínimo cuatro sílabas diferentes cuando balbucea o habla como la n, p, b, t y la d.
  - Señala partes de su cuerpo.
  - Dice algunas palabras (mínimo 10).
  - Conoce el nombre de los familiares.
  - Presenta juego simbólico (como el juego con un muñeco o con un teléfono).
  - Señala los objetos.
  - Responde cuando el adulto le señala un objeto.
- 
-

**Tabla 3.10. Habilidades esperadas en los niños de 24 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Construye frases de dos palabras con significado comunicativo.
  - Usa y comprende alrededor de 50 palabras.
  - Imita actividades domésticas.
  - Realiza un juego simbólico con más de una actividad (dar de comer a una muñeca y dormirla después).
  - Muestra agrado por otros niños de su edad e interés por jugar con ellos.
  - Se orienta hacia los objetos familiares, que no están a la vista, cuando se le pregunta.
- 
- 

**Tabla 3.11. Habilidades esperadas en los niños de 36 meses de edad**

- 
- 
- Todas las mencionadas anteriormente.
  - Disfruta el juego simbólico simulando personajes con el adulto o con los muñecos (a la maestra, al doctor, etc...).
  - Disfruta jugando con niños de su misma edad.
  - Muestra pensamientos y acciones mientras habla o juega, mostrando significado (por ejemplo "niño hambre, dale mamila").
  - Responde con facilidad al "qué", "dónde" y "quién".
  - Habla de sus intereses y sentimientos, acerca del pasado y del futuro.
- 
- 

De acuerdo a Filipek PA en el año 2000, las principales preocupaciones de los padres respecto al desarrollo de los niños con TEA, detectadas antes de los 24 meses de edad en Comunicación, Socialización y Conducta son:

## **6.a Principales preocupaciones de los padres en el desarrollo desviado de los niños con TEA antes de los 24 meses de edad en la comunicación, socialización y conducta**

### **Comunicación:**

- No responden a su nombre
- No pueden expresar lo que desean
- Se presentan retrasos en el lenguaje
- Dejan de usar palabras que decían (se suspende el lenguaje)
- No se dirigen hacia donde se les señala
- No siguen instrucciones verbales sencillas
- Se comportan como si fueran sordos
- Sordera paradójica (a veces parecen oír y otras no)
- No señalan con el dedo
- No mueven su mano para decir adiós con ella

### **Socialización:**

- No presentan sonrisa social
- Evitan el contacto visual
- Prefieren estar solos (se aíslan)
- Son muy independientes
- Toman las cosas por sí mismos
- Se ensimisman
- No comparten sus intereses con los demás
- No muestran interés por los demás niños

### **Conducta:**

- Son enojones

- Hiperactivos
- No cooperativos
- Oposicionistas
- No les dan el uso adecuado a los juguetes
- Apego inusual a ciertos objetos o juguetes
- Tienden a alinear los objetos
- Repiten las cosas una y otra vez
- Intolerancia a ciertos sonidos y/o texturas
- Presentan movimientos repetitivos (estereotipados) como aleteo, caminata de puntas, girar sobre su mismo eje, etc...

## **6.b Señales de Alarma o “RED FLAGS” en el Desarrollo**

Wetherby y Woods en el año 2000 identificaron algunas señales de alarma a lo largo del segundo año de vida y fueron recogidas en el “Systematic Observation of Red Flags for Autism Spectrum Disorders in Young Children” (SORF) (Observación Sistemática de las Señales de Alarma en el Trastorno del Espectro Autista en Niños pequeños) en 29 ítems y agrupados en 5 áreas (Interacción social recíproca, gestos no convencionales, sonidos y palabras no convencionales, conductas repetitivas e intereses restrictivos y regulación emocional) (En Wetherby A.M et al, 2004).

### **Interacción Social Recíproca:**

- Rechazo al acercamiento o contacto social
- Ausencia de un contacto visual adecuado
- Ausencia de expresiones amistosas y placenteras junto con una mirada directa
- Ausencia de interés o placer compartido
- Ausencia de posturas o movimientos anticipatorios en respuesta a una interacción



- Ausencia de respuesta a las señales contextuales
- Ausencia de respuesta al nombre cuando se le habla
- Ausencia de la coordinación de la mirada con la expresión facial, los gestos y los sonidos

#### **Gestos No Convencionales:**

- Uso de la mano de las personas como herramienta o agente sin mirada directa o contacto visual
- Ausencia del gesto indicativo de señalar
- Ausencia de acciones de mostrar

#### **Sonidos y Palabras No Convencionales:**

- Vocalizaciones atípicas
- Encadenamientos silábicos inusuales
- Prosodia inusual
- Ecolalia inmediata
- Uso repetitivo o idiosincrásico de palabras o frases
- Ausencia de vocalizaciones comunicativas

#### **Conductas Repetitivas e Intereses Restrictivos:**

- Movimientos repetitivos o posturas del cuerpo con brazos, manos y/o dedos
- Movimientos repetitivos con objetos
- Intereses sensoriales inusuales o exploración inusual de objetos
- Interés excesivo hacia determinados objetos
- Ausencia de juego con una variedad de juguetes y objetos
- Regulación Emocional
- Miedo o angustia a determinados objetos
- Angustia al retirar determinados objetos
- Dificultad para tranquilizarse cuando están angustiados

- Cambios bruscos del estado emocional o conductual
- Nivel elevado de alerta o respuesta ante estímulos o situaciones
- Afecto plano o no reactivo a la interacción
- Conductas desafiantes

(Wetherby A.M et al, 2004)

Existen sospechas familiares o indicadores clínicos que al presentarse son indicadores de la necesidad de evaluación amplia y específica inmediata (Wetherby A.M et al, 1998) los cuales son:

- No se observa sonrisa u otra expresión social y placentera a los 6 meses o después.
- No responder a sonidos compartidos, a sonrisas u otras expresiones faciales a los 9 meses o después.
- No balbucear a los 12 meses.
- No hacer o responder a gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, etc...) a los 12 meses.
- No decir palabras sencillas a los 16 meses.
- No construir frases espontáneas y no ecológicas, de dos palabras, con significado a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

### **7. Parámetros Prácticos para el Diagnóstico y Evaluación del Autismo (“The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders”)**

Estos parámetros fueron propuestos por la Sociedad de Neurología Infantil y la Academia Americana de Neurología con representación de nueve Organizaciones Profesionales y cuatro Organizaciones de Padres relacionados a Institutos Nacionales de Salud con el objetivo de determinar los niveles e

instrumentos específicos para detectar y valorar a los pacientes en riesgo de presentar sintomatología correspondiente a los TEA. Dichos parámetros fueron publicados en el año de 1999 por un Panel de Consenso integrado por Pauline A. Filipek y 17 autores más con revisión de 2500 artículos científicos (Filipek P et al, 1999).

La detección de los TEA se organiza en **dos niveles** que requieren de una asistencia multidisciplinaria:

### **7.a Nivel I (fase 1-2): Vigilancia periódica del desarrollo.**

**Objetivo:** Detectar a los niños en riesgo de cualquier tipo de trastorno evolutivo, principalmente aquellos en riesgo de Autismo.

**Justificación:** Referencia rápida del niño a evaluación diagnóstica completa y tratamiento.

#### **Fase 1: Valoración del Desarrollo Psicomotor**

En esta fase se busca identificar los signos de alerta mediante una valoración continua del desarrollo del niño, desde el nacimiento. En este tipo de valoración se recaban las preocupaciones de los padres, además de realizar una historia del desarrollo del niño, una observación exhaustiva del niño, así como las opiniones y preocupaciones de los profesionales que cuidan o conviven con el niño evaluado.

Al realizar los controles periódicos de salud de cada uno de los niños se lleva a cabo la vigilancia del desarrollo de los mismos, ya que los padres aprovechan para informar respecto a las conductas que sus hijos están presentando para que así el profesional que se encuentra realizando dicho control periódico realice una observación directa y así sea más preciso el identificar las posibles desviaciones del desarrollo que presentan los menores, principalmente entre los 15, 18 y 24 meses de edad al ser edades importantes en que se dejan ver los trastornos del desarrollo en los niños con TEA como se describieron en el rubro de Desarrollo y Autismo. Va a ser importante evaluar el desarrollo social, del

lenguaje y motriz. Para esto se deberá recurrir a las tablas de los hitos o habilidades esperadas de acuerdo a la edad cronológica y posteriormente a las señales de alarma o "red flags" o signos clínicos específicos de los TEA.

En esta fase es importante cuantificar ese desarrollo y desviación del mismo, por lo que es indispensable el uso de instrumentos confiables que aporten dicha información de manera objetiva y confiable.

Dentro de los instrumentos que se reportan en el texto se encuentran:

- ***The Vineland Social Maturity Scale (Vineland Adaptive Behavior Scales)*** (Sparrow, 1984)

(Escala Vineland de Maduración Social. Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland)

Su edad de aplicación es de 1 a 18 años.

(en Filipek P et al, 1999)

- ***The Ages and Stages Questionnaire (2da. Ed) (ASQ)*** (Bricker, 1994)

(Cuestionario de Edades y Etapas)

Su edad de aplicación de 0 a 3 años.

(en Filipek P et al, 1999)

- ***The Brigance Screens*** (Brigance, 1986)

(Tamizajes Brigance)

Su edad de aplicación es de 21 a 90 meses.

(en Filipek P et al, 1999)

- ***The Child Development Inventories (CDIs)*** (Ireton, 1992)

(Inventarios de Desarrollo Infantil)

Su edad de aplicación es de 0 a 72 meses.

(en Filipek P et al, 1999)



- ***The Parents' Evaluation of Developmental Status (PEDS)*** (Glascoe, 1998)

(Evaluación para Padres del Estado del Desarrollo)

(en Filipek P et al, 1999)

- ***Battelle Developmental Inventory (BDI)*** (Newborg et al, 1989)

(Inventario de Desarrollo Battelle)

(en Salvadó SB et al, 2005)

- ***Bayley Scales of Infant Development*** (Bayley, 1992)

(Escala de Desarrollo Bayley II)

Su edad de aplicación es de 1 a 42 meses

(en Salvadó SB et al, 2005)

En caso de detectar señales de alarma o "red flags", las cuales ya fueron mencionadas anteriormente, es necesario enviar al paciente a una **Investigación de Laboratorio** en la que se realicen:

- Evaluación auditiva formal
- Estudios de Plomo en el caso de haber pica

Después de esto es necesario continuar con la **Fase 2 del Nivel I**.

## **Fase 2: Valoración de riesgo de Autismo**

En esta etapa de la evaluación se aplican cuestionarios específicos para detectar los TEA. Dentro de los instrumentos reportados en el texto de Filipek P et al, 1999 se encuentran:

- ***Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*** (Baron Cohen, 1992)

(Escala de Autismo para Lactantes)

Su edad de aplicación es a partir de los 18 meses

(en Filipek P et al, 1999)

- ***The Modified Checklist for Autism in Toddlers (CHAT-M)*** (D.L.Robins, 2001)

(Escala de Autismo para Lactantes Modificada)

Su edad de aplicación es a partir de los 2 años.

(en Salvadó SB et al, 2005)

- ***Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST)*** (Siegel, 1998)

(Test de Tamizaje de Desórdenes Generalizados del Desarrollo)

Su edad de aplicación es de los 0 a los 36 meses)

(en Filipek P et al, 1999)

- ***Pervasive Developmental Disorders Screening Test II- Stage I (PDDST-II Stage 1)*** (Siegel, 1998, 2001)

(Test de Tamizaje de Desórdenes Generalizados del Desarrollo Test II- Etapa 1)

Su edad de aplicación es de 12 a los 18 meses y de los 18 a los 24 meses)

(en Salvadó SB, 2005)

- ***Australian Scale for Asperger's Síndrome (ASAS)*** (Garnett y Atwood, 1998)

(Escala Australiana del Síndrome de Asperger)

Su edad de aplicación está contemplada dentro de la edad escolar (6 o 7 a 12 años aproximadamente)

(en Filipek P et al, 1999)

- ***Autism Screening Questionnaire (ASQ) o Social Communication Questionnaire (SCQ)*** (Berument, 1999)

(Cuestionario de Tamizaje para el Autismo o Cuestionario de Comunicación Social)

Se puede aplicar a cualquier edad.

(en Salvadó SB et al, 2005)

- **Childhood Asperger Syndrome Test (CAST)** (Scott, Baron Cohen, Bolton, Brayne, 2002)

(Test Infantil del Síndrome de Asperger)

Su edad de aplicación es de los 4 a los 11 años

(en Salvadó SB et al, 2005)

En el caso de que los menores arrojen sintomatología positiva respecto a los TEA mediante los cuestionarios de detección específica y son confirmados los signos de alarma o "red flags" de la fase 1, así como también se observan problemas en el área de lenguaje, socialización y conducta entonces será necesario canalizar a los menores evaluados con un equipo especializado con el objetivo de evaluar de forma más específica y exhaustiva al menor para así confirmar o descartar la sospecha de un TEA. La canalización al equipo especializado corresponde al **Nivel II** para un diagnóstico apropiado del Autismo explicado al inicio de estos parámetros prácticos propuestos por Filipek P et al, 1999.

En caso de no detectarse riesgo de un TEA mediante los instrumentos de detección mencionados anteriormente se continuará con el control periódico del desarrollo (**Nivel I fase 1**) al presentar problemas en el mismo y que puede evolucionar a otro tipo de trastornos o entidades diagnósticas como: Trastornos específicos del lenguaje, trastorno pragmático, trastornos socio-emocionales, etc...) (Filipek P et al, 1999).

### **7.b Nivel II (fase 3): Evaluación y diagnóstico del Autismo**

Objetivo: Investigar de manera más profunda a los niños identificados anteriormente en riesgo en los instrumentos de detección específica de los TEA correspondientes al Nivel I (fase 2). Dicha investigación se hará mediante la



valoración diagnóstica del equipo especializado en los TEA para establecer el diagnóstico y, si es posible, identificar el subgrupo.

Justificación: Diagnosticar, planificar el tratamiento y orientar educativamente.

En este nivel se requiere de la aplicación de pruebas específicas en las que se necesita de experiencia clínica y entrenamiento previo. Dentro de los instrumentos sugeridos en la literatura se encuentran:

#### **A. Procedimientos Formales de Diagnóstico**

- ***Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)*** (Lord C et al, 1994)  
(Entrevista Diagnóstica del Autismo Revisada)

Su edad de aplicación es desde los 2 años hasta la edad adulta.

(ENTREVISTA)

(en Filipek P et al, 1999)

- ***The Parent Interview for Autism (PIA)*** (Stone y Hogan, 1993)  
(Entrevista de Autismo para Padres)

Su aplicación es a partir de la edad preescolar.

(ENTREVISTA)

(en Filipek P et al, 1999)

- ***Diagnostic Interview of Social and Communication Disorders (DISCO)***  
(Wing L et al, 2000)

(Entrevista Diagnóstica para Trastornos de la Comunicación y la Socialización)

(ENTREVISTA)

(en Salvadó SB et al, 2005)

- ***The Gilliam Autism Rating Scale (GARS)*** (Gilliam y Janes, 1995)

(Escala de Valoración del Autismo de Gilliam)



Su edad de aplicación es desde los 3 hasta los 20 años

(ENTREVISTA)

(en Filipek P et al, 1999)

- **Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-G)** (Lord C et al, 1999)

(Cédula de Observación Diagnóstica del Autismo)

Su aplicación es desde niños menores de 6 años hasta adultos

(OBSERVACIÓN)

(en Filipek P et al, 1999; en Salvadó SB et al, 2005)

- **The Real Life Rating Scale (RLRS)** (Freeman, Ritvo et al, 1986)

(Escala de Valoración en la Vida Real)

(OBSERVACIÓN)

(en Salvadó SB et al, 2005)

- **ACACIA** (Tamarit, 1990)

(OBSERVACIÓN)

(en Salvadó SB et al, 2005)

- **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)** (Schopler et al, 1980)

(Escala para la Valoración de Niños con Autismo)

Su edad de aplicación es desde los 2 o 3 años de edad

(OBSERVACIÓN-ENTREVISTA)

(en Filipek P et al, 1999)

- **IDEA** (Riviére, 1998)

(Inventario del Espectro Autista)

Su edad de aplicación es a partir de los 2 años

(OBSERVACIÓN)

(en Salvadó SB et al, 2005)

- También se hace **Diagnóstico Clínico**: DSM-IV-TR o CIE-10.

## **B. Evaluación Médica y Neurológica**

## **C. Evaluaciones específicas para determinar PERFILES:**

- a) Valoración Diagnóstica Específica (Clínica)

Mediante los instrumentos ya mencionados anteriormente en el **Nivel II A.**

- b) Valoración de Comunicación
- c) Valoración del Perfil de Desarrollo mediante la Conducta Adaptativa
- d) Valoración Cognoscitiva o Cognitiva
- e) Valoración Neuropsicológica
- f) Valoración Conductual
- g) Valoración Sensoriomotora y Terapia Ocupacional
- h) Valoración del Contexto Familiar

## **D. Evaluación de Laboratorio** (en caso de ser necesario)

- a) Estudios Metabólicos
- b) Estudios Genéticos
- c) Estudios de Electrofisiología
- d) Estudios de Neuroimagen

## **E. Revaloración en un año o año y medio.**

(Filipek P et al. 1999)

**ALGORITMO DE FILIPEK TRADUCIDO DEL ARTÍCULO ORIGINAL AL ESPAÑOL**

**NIVEL UNO: Identificación del desarrollo atípico**  
Para proveedores de vigilancia rutinaria de desarrollo infantil  
ejem., PEDS, ASQ, CDIs, Brigance y Sondeo Específico del Desarrollo

Indicaciones absolutas para Evaluación inmediata:

No balbucea a los 12 meses

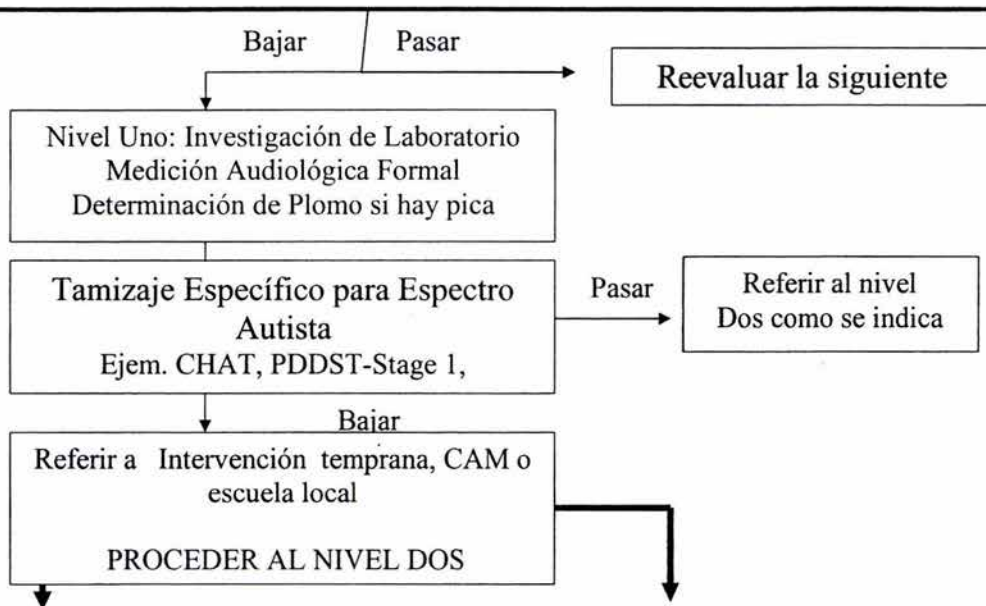
No señala o hace otro gesto a los 12 meses

No expresa palabras con significado a los 16 meses

No expresa espontáneamente 2 palabras (no ecolalia) Frases a los 2 años de vida

Cualquier pérdida de Lenguaje o Habilidad Social en cualquier edad

**NO SONRIE O VOCALIZA EN RESPUESTA A LA MADRE**



## NIVEL DOS; Diferenciación del espectro autista de otras desviaciones del desarrollo

Procedimiento Formal de Diagnóstico:

Instrumentos de Intervención: GARS, PIA, PDDST-Stage 3, ADI-R

Instrumentos de Observación: CARS, STAT, ADOS-G

Diagnóstico Clínico: ICD10 (Invest), DSM-IV

EVALUACIÓN MÉDICA Y NEUROLOGICA AMPLIADA,  
PERFILES CONDUCTUALES ESPECIFICOS:

Lenguaje-Hablado-Comunicación, Conocimiento y Conducta Adaptativa,  
Terapia Ocupacional, Evaluación de los Recursos Familiares,  
Neuropsicológicos, Conductuales y Evaluación Académica

Indicación de laboratorio Solo Si se Indica (ver texto):

Metabolismo y Test Genético, Electrofisiológico, Neuroimagen

Fuente: Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". División de Investigación (2008). Traducido del artículo original de: Fillipek PA, et al. The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29 (6), 1999.



## Capítulo IV

### D. PROCEDIMIENTO

Con el propósito de detectar si los menores referidos al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental dentro del edificio de Hospital de Día del HPIDJNN presentaban sintomatología del Espectro Autista, fue necesario que las psicólogas que trabajaban para la **AMETATD, I.A.P** realizaran un estudio basado en el algoritmo *"The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders"* ("Detección y diagnóstico de los trastornos del espectro autista") (Filipek, et.al. 1999) descrito en el capítulo anterior, con el objetivo de evaluar los conocimientos y habilidades de cada uno de los niños y adolescentes, así como su desarrollo, cognición y perfil clínico, tanto por medios cuantitativos (pruebas y escalas) como cualitativos (observaciones) para así entender el estilo cognitivo y nivel de adaptación social de cada uno de los pacientes.

Es importante resaltar que la evaluación realizada debía basarse en una perspectiva evolutiva y médica, de tal manera que el estudio realizado por las psicólogas de **AMETATD, I.A.P** fuera complementario al diagnóstico médico del jefe de servicio. El diagnóstico se basaba en los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales bajo el rubro de *"Trastornos Generalizados del Desarrollo"*, a saber:

- El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado (DSM IV-TR) APA, 2000.
- La Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) OMS, 1992.

El proceso para obtener la información de cada uno de los pacientes referidos transcurrió por las siguientes etapas:

- **Entrevista:** Dirigida a los padres de familia para que proporcionaran datos personales, motivo de consulta y algunos antecedentes del desarrollo del

paciente desde recién nacido hasta los cinco primeros años de vida que estuvieran relacionados con el trastorno del espectro autista, así como el comportamiento actual del menor.

- **Observación en consultorio:** Esta era realizada por las psicólogas, quienes a lo largo de todas las sesiones tomaron nota del comportamiento de cada uno de los pacientes así como de su relación con ellas.
- **Observación en espacio abierto:** Se llevaba a cabo en las áreas verdes del HPIDJNN (en aquellos pacientes cuya valoración de procesos cognoscitivos no era posible realizar), abarcando diversos aspectos de la conducta de los niños y adolescentes, tales como su relación con el entorno físico y con otras personas, su capacidad de imitación, respuesta emocional, uso de su cuerpo, resistencias al cambio, respuesta visual y auditiva, uso de los sentidos (olfato, tacto, gusto), miedos, comunicación verbal y no verbal, nivel de actividad y habilidades motoras.
- **Informe de los Profesores:** Los maestros de la escuela del paciente enviaban un reporte escrito a las psicólogas encargadas de la evaluación del menor, en el cual describían su comportamiento y rendimiento académico.

Esta información fue de gran importancia para las psicólogas tomando en cuenta que el paciente permanecía alrededor de seis horas en un ambiente diferente al de casa y consultorio. La escuela se convirtió en una fuente importante de información y posteriormente en una parte indispensable dentro de la red de apoyo necesaria para el tratamiento.

En lo que se refiere a la evaluación del paciente, ésta constaba de cuatro fases:

## 1. FASE DE ENTREVISTA INICIAL

El paciente se presentaba a la primera sesión en compañía de sus padres después de haberse concertado una cita para realizar su estudio. En esta primera cita se elaboraba el expediente interno en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, y con el fin de su identificación visual, se engrapaba una foto actual del paciente en la hoja de solicitud. Posteriormente se procedía a realizar una entrevista general donde se obtenía la siguiente información:

- 1) Datos de Identificación del niño (a) (Nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, escolaridad, escuela, domicilio, teléfono, nombre de los padres, fecha de entrevista y nombre del médico por quien fue referido al servicio de Terapia Ambiental)
- 2) Motivo de Consulta.
- 3) Tratamiento Farmacológico Actual.
- 4) Antecedentes personales del desarrollo del menor.
- 5) Edad de inicio del comportamiento anormal y su descripción, así como los antecedentes de búsqueda de ayuda profesional y lugares.
- 6) Reporte de estudios previos tanto psicológicos como de gabinete (EEG, Resonancia Magnética, Tomografía y demás). En el caso de haberse realizado algún estudio, se anexaba copia de los resultados correspondientes.
- 7) Reporte de asistencia a terapias diversas, especificando cuáles, horario, lugar y objetivo de cada una.

- 8) Observaciones y comentarios hechos por los maestros hacia los padres del menor sobre el comportamiento de éste dentro del salón de clases, en actividades libres y de recreo.
  
- 9) Observaciones y comentarios de los propios padres acerca de su hijo (a).

(Véase **Anexo 4** para Protocolo de Entrevista Inicial)

Esta entrevista era conducida por las psicólogas, contratadas por **AMETATD, I.A.P** en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, en sus consultorios ubicados en el edificio de Hospital de Día, dentro del HPIDJNN. La entrevista se llevaba a cabo en una sesión, la cual tenía una duración de 45 a 60 minutos.

El consultorio donde se realizaba la entrevista inicial y posteriormente la evaluación del menor, era un lugar amplio con un escritorio, una mesa para niños pequeños y material diverso (rompecabezas, juguetes, crayolas y demás) al que los niños tenían acceso para su manipulación.

En esta fase, mientras se realizaba la entrevista con los padres, al paciente se le permitía deambular libremente dentro del consultorio. Aún cuando en esta primera cita no se pretendía trabajar con el menor, fue de gran importancia su asistencia, debido a que el paciente debía irse familiarizando con el lugar y con la psicóloga, quien lo evaluaría. Se tomaba nota de todo lo que el paciente hacía desde su ingreso al consultorio hasta su retiro y de su descripción física. Se registraban actitudes y conductas específicas como por ejemplo si había presentado resistencia para entrar al consultorio por ser un lugar nuevo, si había saludado a la psicóloga, si evitaba o entablaba contacto visual y cómo lo hacía (por tiempo adecuado o esporádico), si presentaba lenguaje verbal y cómo era éste (palabra cápsula o frases, si era espontáneo o sólo respondía cuando se le preguntaba, si era ecolálico, con inversión pronominal, empleando palabras sofisticadas, usando entonación peculiar y si a su vez éste tenía significado o no), si había o no interés por juguetes y cómo era su juego (si lo había), si mostraba



apego con alguno de los familiares, si mostró indiferencia a su alrededor, así como la presencia o ausencia de conductas perturbadoras (autoagresión, agresión dirigida, hiperactividad y berrinches) y las reacciones por parte de los miembros de la familia. En caso de que estas conductas perturbadoras no fueran controladas por algún miembro de la familia, la sesión debía de ser suspendida, y si en sesiones posteriores continuaba poniéndose en riesgo la seguridad, tanto del menor como de la psicóloga, el estudio se suspendía hasta que el médico tratante de Hospital de Día, con quien tenían sus citas médicas subsecuentes, permitía su reingreso a valoración al estar controladas dichas conductas.

## 2. FASE DE DIAGNÓSTICO

Esta fase comenzó después de la entrevista inicial con base en los niveles de aproximación propuestos por Filipek y cols (1999) en el algoritmo "*The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders*" ("Detección y diagnóstico de los trastornos del espectro autista") (Filipek, et al. 1999) requeridos para el diagnóstico apropiado del Autismo, mismos que fueron explicados en el capítulo anterior:

**Nivel I: Vigilancia periódica del desarrollo**

**Nivel II: Evaluación y diagnóstico del autismo**

El diagnóstico específico de los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) forma parte del segundo nivel del proceso de screening y diagnóstico del autismo (**Evaluación y diagnóstico del autismo**), de acuerdo a los parámetros prácticos para el diagnóstico y evaluación del autismo (Filipek, et al.1999). En un principio, viene precedido de un primer nivel (**Vigilancia periódica del desarrollo**) que contiene la identificación de los posibles casos con la detección de signos de alerta mediante una historia relevante del desarrollo de cada niño, junto con las preocupaciones de los padres, una observación exhaustiva del menor y opiniones de otros profesionales que están en contacto y cuidado del mismo. Desafortunadamente este primer nivel no se realiza en México debido a que no se

hace el sondeo específico del desarrollo en comunicación, socialización y conductual en un primer nivel de intervención como se especifica en Fillipek et al. 1999, es decir, por el médico pediatra o médico familiar, por lo que no se realizan tamizajes de desarrollo ni específico para el Espectro Autista. Los pacientes que ingresan a dicha evaluación reportan como antecedentes problemas de lenguaje, siendo el principal motivo de consulta por el que llegan al HPIDJNN. Cuentan con estudios audiológicos formales (audiometría y/o potenciales evocados) y sin estudios de niveles de plomo por si presentan pica.

Para este segundo nivel de intervención, que consiste en la **evaluación y diagnóstico del Autismo**, se resaltan los tres tipos de estudio que lo conformaron:

## **2.1 Valoración de Desarrollo**

Este tipo de estudio fue de gran importancia porque ayudó a la identificación de posibles problemas del desarrollo reflejados en la conducta adaptativa de los niños evaluados; además proporcionó pistas para posibles hipótesis diagnósticas con base en el perfil de desarrollo obtenido.

Permitía detectar de manera objetiva tanto las habilidades estables como las incipientes con las que contaba cada niño y si éstas correspondían a las esperadas en niños de su misma edad; también se exploraba si había déficits en el área de comunicación, habilidades de vida diaria, socialización y motricidad para establecer qué tan limitada era su capacidad de adaptación y funcionalidad. Asimismo se identificaba la presencia e intensidad de conductas perturbadoras que de alguna u otra manera influían en la adaptación social de los niños.

Finalmente, dicho estudio, determinó los servicios que eran necesarios para su estimulación y ayudó a la realización de un programa personalizado para la intervención terapéutica.

La valoración del desarrollo se realizaba una vez terminada la valoración de procesos cognoscitivos, de tal manera que las psicólogas ya habían tenido oportunidad de observar al paciente durante 5 sesiones (una entrevista inicial y aproximadamente cuatro en la valoración de procesos cognoscitivos).

Los datos de este estudio se complementaban con información proporcionada por los familiares de cada uno de los pacientes que más convivencia tenía con ellos y así conocer lo que cada uno de los menores podía o no hacer en cada una de las áreas evaluadas y su frecuencia.

El estudio abarcaba dos sesiones de 60 minutos cada una.

El instrumento empleado para este tipo de estudio fue:

- ***The Vineland Adaptive Behavior Scales***. Interview Edition. Survey Form. Edición en Español, 1984 y cuyos autores son Sara S. Sparrow, David A. Balla y Domenic V. Cicchetti. Esta escala es una revisión de "*Vineland Social Maturity Scale*" de Edgar A. Doll.

## **2.2 Valoración de Procesos Cognoscitivos**

La evaluación del perfil cognoscitivo en niños y adolescentes con TEA era difícil por las dificultades que presentaban en la interacción social y comunicativa, sus problemas de conducta que interferían en el momento de la aplicación. Se seleccionaban las pruebas tomando en cuenta la dificultad para la comprensión de consignas de las diferentes tareas a realizar. Por este motivo, el tiempo de aplicación de las pruebas se alargó. Su participación era limitada por su problema para interactuar con otros y por la ansiedad que presentaban ante persona, material y contexto nuevo.

Este tipo de estudio se llevaba a cabo mediante la aplicación de tests estandarizados que permitieron medir objetivamente la capacidad intelectual de los niños y adolescentes evaluados, conocer sus fortalezas y debilidades para la intervención individualizada, obtener su perfil cognoscitivo y conocer su capacidad para generalizar y procesar la información en diferentes contextos.

Este tipo de estudio se realizaba en cuatro sesiones de 60 minutos cada una.



Es importante recordar que este tipo de estudio no se podía llevar a cabo con todos los pacientes, por las características que presentaron, tales como indiferencia, falta de lenguaje o inquietud excesiva, por lo que en estos casos era necesario el recurrir a los cuatro procedimientos utilizados para la obtención de información (entrevista, observación en consultorio, observación en espacio abierto e informe de los profesores) descritos al inicio de este capítulo.

Los instrumentos empleados para este tipo de estudio eran:

- **Test Gestáltico Visomotor de Bender** (Koppitz)
- **Escala de Inteligencia de Stanford-Binet** (Escala L-M)
- **Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar** (WISC-R Español)
- **Test de Matrices Progresivas de Raven** (Escala Especial y General)
- **Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody** (TVIP) edición en español, 1986. Esta prueba es una adaptación del "Peabody Picture Vocabulary Test-Revised" de 1981 cuyos autores son Lloyd M. Dunn, y Leota M. Dunn.

### 2.3 Perfil Clínico

Este tipo de estudio se realizaba mediante tests, listados y cuestionarios de conducta para la obtención de información sobre la sintomatología presentada en los menores evaluados (de tipo autístico). Todos éstos basados en los criterios diagnósticos internacionales (CIE-10 y DSM-IV-TR) y con una metodología parecida: recogida de datos detallada mediante una entrevista estructurada o cuestionario conductual (antecedentes e historia del desarrollo de la conducta del niño-información proveniente de los padres), observación estructurada (llevada a cabo por un clínico) o la combinación de ambos métodos. Lo importante de resaltar es que no eran autoadministrables, por lo que se trabajaban en entrevista con las psicólogas de **AMETATD, I.A.P.**, ya que en muchos casos los padres o familiares de los niños tenían algún trastorno parecido al de sus hijos u otro tipo de limitaciones intelectuales que hacían difícil el hecho de que los respondieran. En



otros casos había familiares que sobreestimaban o subestimaban a los menores evaluados, por lo que su información tampoco resultó confiable.

Para conformar el perfil clínico se dispuso de dos sesiones con una duración de 60 minutos cada una.

Los instrumentos usados eran:

- ***The Childhood Autism Rating Scale*** (C.A.R.S) de Eric Schopler, Robert J. Reichler y Barbara Rothen Renner, 1980.
- ***The High-Functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire*** (ASSQ) de Stephan Ehlers, Christopher Gillberg y Lorna Wing, 1999.
- ***The Asperger Syndrome Diagnostic Scale*** (ASDS) de Brenda Smith Myles, Stacey Jones Bock y Richard L. Simpson, 2001
- ***Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic*** (ADOS-G) de Catherine Lord, Michael Rutter, Pamela C. DiLavore y Susan Risi. Versión en Español, la cual lleva por nombre "Programa de Observación y Diagnóstico de Autismo- Genérico" (PODA-G), traducida por Valeria Nanclares, 1999.
- ***The Flinders Observation Schedule of Pre-Verbal Autistic Characteristics-Revised***. Versión en Español (FOSPAC-R (Sp)) de Robyn Young, Neil Brewer y Paul Williamson, 2003

Esta batería de pruebas era la que se utilizaba con mayor frecuencia por el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental al sugerirse en el algoritmo *"The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders"* (Detección y diagnóstico de los trastornos del espectro autista") (Filipek, et al. 1999) con la cual se optimizaba el tiempo disponible para descartar o confirmar el diagnóstico y se agilizaba el ingreso de los pacientes a un tratamiento individualizado.

Para la realización de los diferentes tipos de estudio se cuidaba que el menor se encontrara en buenas condiciones de salud, ya que de otro modo se corría el riesgo de que su desempeño se viera disminuido y que además asociara

equivocadamente su malestar al lugar y persona que lo entrevistaba, siendo posteriormente más difícil su evaluación. También se trataba de asegurar que los padres administraran el medicamento al menor, en caso de que éste hubiera sido medicado en Hospital de Día. Esto se hacía porque en la mayoría de los casos, los padres no eran consistentes con el uso del medicamento, por lo que otro papel a desempeñar del psicólogo fue conscientizarlos de la importancia del tratamiento farmacológico para evitar la presencia de conductas perturbadoras (inquietud de difícil control, impulsividad, agresión dirigida, autoagresión y berrinches intensos) que a su vez hicieran difícil la evaluación de los menores. En caso de presentarse dichas conductas la valoración era suspendida hasta que el médico indicara que ya era posible trabajar nuevamente con el paciente una vez controlado, ya fuera mediante un tratamiento farmacológico y/o bajo técnicas de modificación conductual en el servicio correspondiente, ya que se ponía en riesgo tanto la seguridad del paciente como de las psicólogas responsables de la valoración de los pacientes referidos por el médico especialista.

Una vez concluida esta fase se programaba la cita para la entrega de resultados y diagnóstico para cada niño en la Reunión multidisciplinaria para entrega de resultados, explicada más adelante.

Además de estos tres tipos de estudio se incluía, de acuerdo a los parámetros prácticos para el diagnóstico y evaluación del autismo (Filipek, et al. 1999), la **Evaluación Médica y Neurológica**, para lo cual el trabajo interdisciplinario era de gran importancia ya que ayudaba al diagnóstico de otros trastornos en comorbilidad o bien diferenciales con sintomatología parecida a los TEA que se encontraban dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) como el Síndrome X Frágil, entre otros.

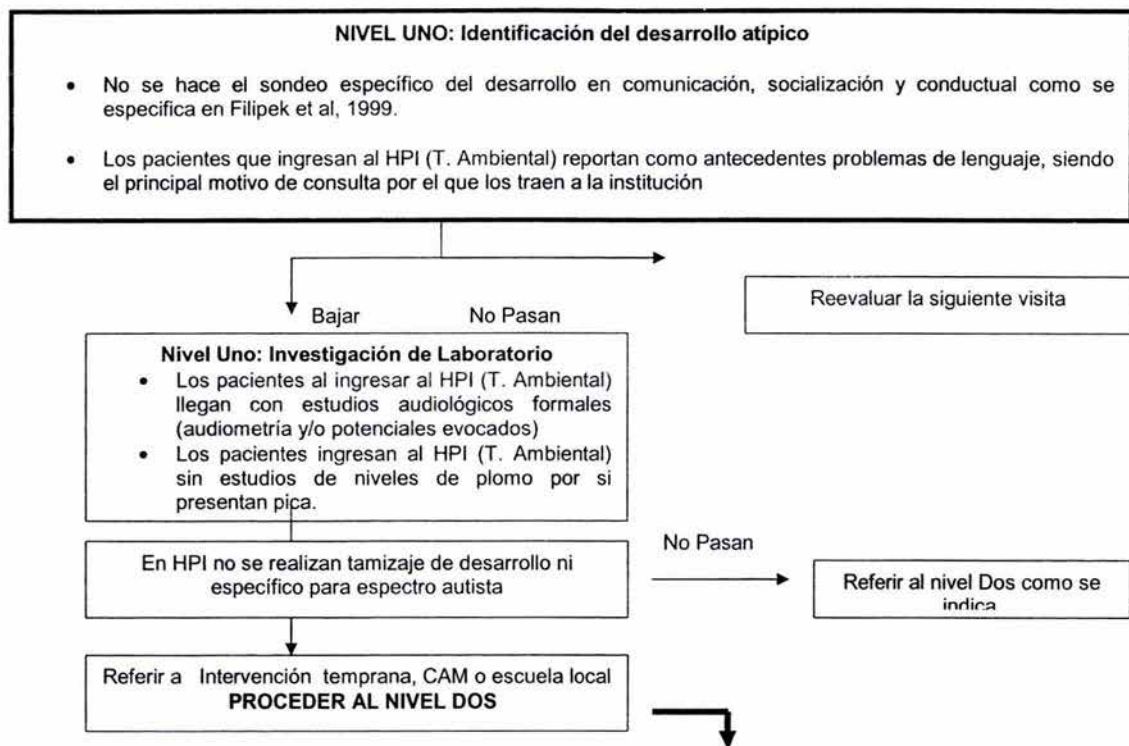
En caso de haber sido necesaria la **Evaluación de Laboratorio** se incluyeron:

- **Estudios Metabólicos**
- **Estudios Genéticos**

- **Estudios de Electrofisiología**
- **Estudios de Neuroimagen**

(Filipek, et al. 1999)

### ALGORITMO DE FILLIPEK ADAPTADO AL TRABAJO REALIZADO EN AMETATD, I.A.P



## NIVEL DOS; Diferenciación del espectro autista de otras desviaciones del desarrollo

En HPI (T. Ambiental) se realiza:

### DIAGNÓSTICO FORMAL:

*Clínico:* CIE-10

*Instrumentos de Diagnóstico:*

De entrevista: ADI-R

De Observación para Autismo: FOSPAC-R y ADOS-G

\*De entrevista y observacionales para Autismo: CARS

\*De entrevista y observacionales para Asperger: ASDS

### EVALUACIÓN MÉDICA Y NEUROLOGICA AMPLIADA

#### PERFILES CONDUCTUALES ESPECIFICOS

*Lenguaje:* PPVT-R; *Cognoscitiva:* Bender + Stanford- Binet + WISC-R + Raven (especial y general); *Perfil de Desarrollo Adaptativo:* Escala Vineland; *Evaluación Académica* (es proporcionada por la escuela en pacientes escolarizados)

#### INDICACIÓN DE LABORATORIO (Solo en casos necesarios)

Metabólicos, Genéticos, Electrofisiológicos y de Neuroimagen

Fuente: AMETATD, I.A.P. (2008) y Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Adaptado del artículo original traducido por la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (2008); Fillipek PA, et.al. The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (6), 1999.

### 3. FASE DE CALIFICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Esta fase era llevada a cabo por las psicólogas contratadas por **AMETATD, I.A.P** quienes realizaban el estudio de cada uno de los pacientes referidos al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental.

La calificación de cada una de las pruebas y escalas aplicadas se hacía con base en los datos normativos de cada una de éstas organizando y analizando dichos resultados tanto cuantitativos como cualitativos mediante un enfoque evolutivo, psicológico y médico de lo estudiado por los investigadores que han enfocado sus investigaciones al desarrollo, procesos cognoscitivos y conductuales de las personas con Trastornos del Espectro Autista. Todo esto con el objetivo de



determinar si el paciente referido en sospecha tenía o no sintomatología correspondiente a este tipo de Trastorno. En caso de haber sido descartado se definía cual era el probable diagnóstico del paciente, para que así el médico especialista o tratante de Hospital de Día lo canalizaran al servicio correspondiente. En caso de ser corroborado el trastorno, en función de las fortalezas y debilidades encontradas en cada niño evaluado se determinaban las posibles intervenciones terapéuticas que ayudarían a mejorar aquellos procesos y habilidades en cada uno de ellos.

Tanto los resultados cuantitativos como cualitativos de cada tipo de estudio, así como las sugerencias terapéuticas fueron expuestas verbalmente al médico especialista en la siguiente fase (Reunión multidisciplinaria para entrega de resultados).

#### **4. REUNIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA ENTREGA DE RESULTADOS**

En esta etapa es importante mencionar que se contaba con la intervención de un equipo multidisciplinario que evaluaba al menor desde diferentes disciplinas, ya que además de ser enviado por el médico especialista al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, también era referido al médico tratante de Hospital de Día y otros servicios dependiendo de lo que el paciente necesitaba para un estudio integral como por ejemplo, Neuropediatría, Rehabilitación Física, entre otros. No siempre se contó con la presencia de otros servicios a estas reuniones por tiempo y pacientes en cada servicio, pero la nota en el expediente clínico del HPIDJNN en la que describían sus impresiones diagnósticas era de gran importancia para que el médico especialista terminara de integrar el estudio y así concluir en un diagnóstico médico preciso.

El equipo multidisciplinario básico estaba conformado por el médico especialista, la coordinadora de Terapia Ambiental y la Psicóloga que valoró al paciente. A esta reunión se presentaban también los padres del niño valorado, el

niño y cuando era posible los maestros del mismo. La Psicóloga comentaba los resultados de cada uno de los tipos de estudio al médico especialista y coordinadora del área para ser elaborada de manera sencilla y resumida los resultados de la evaluación y posteriormente ser anexados al expediente clínico del Hospital por la secretaria de Terapia Ambiental.

Una vez dado el diagnóstico del paciente por el médico especialista, éste explicaba a los padres y maestros del niño evaluado en qué consistía el trastorno. Como resultado de las valoraciones se tomaron decisiones críticas, esto se contempló dentro de la misma reunión donde se canalizaba al niño a los diferentes servicios para su tratamiento y la formación de redes de apoyo (casa-terapeuta-escuela), éstos podían ser: Terapia dentro del servicio de Terapia Ambiental y/o Programas a Casa, Terapia de Lenguaje, Terapia de Socialización, Rehabilitación Física, Psicomotricidad, Apoyo Psicopedagógico, entre otros. El médico especialista o coordinadora elaboraban las hojas de referencia interna a los diferentes servicios dentro del HPIDJNN a los que se canalizaba al menor y presentaba a la Psicóloga que sería su terapeuta dentro del servicio de Terapia Ambiental, para entonces comenzar con la intervención terapéutica del menor.

Una vez que los resultados de la Valoración Psicológica eran comentados en esta reunión multidisciplinaria era conveniente dejar transcurrir aproximadamente un año o año y medio para comparar y observar objetivamente los avances de los pacientes de forma más significativa al volver a realizar las mismas pruebas en el paciente, en una revaloración, esperando que después de este tiempo transcurrido, en el que el menor había estado en estimulación, se observaran mejoras en las áreas que presentaban déficit. Era importante tener en cuenta que el tiempo que se debía dejar era el mencionado, ya que en este tipo de pacientes los avances eran más lentos y los cambios en su desarrollo y procesos cognitivos no se observaban hasta después de los nueve meses o más.

Aparte de una valoración inicial, como se mencionó en el párrafo anterior, se trabajaban las revaloraciones, pero en ese momento, en el servicio, el proceso de revaloración no se pudo realizar, debido a que en éste existía una gran demanda y cada día llegaban pacientes más pequeños y de nuevo ingreso a quienes se les dio la prioridad por no contar con un diagnóstico y así ser canalizados a tratamiento o a otro servicio, en aquellos casos donde el Autismo fue descartado.

## Capítulo V

### E. RESULTADOS

Con base en los estudios realizados que conforman la valoración psicológica de los pacientes referidos al servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental se encontró lo siguiente:

Dentro de los **antecedentes** que reportaron los padres se encontró que aquellos niños en donde se corroboró el diagnóstico de Autismo, presentaron en algunos de los casos, un comportamiento desviado del esperado para su edad cronológica desde recién nacidos, ya que eran niños sumamente pasivos, a lo que Rivière, (sin año), denominó "pasividad patológica". Esto debido a que eran niños que permanecían dormidos o quietos, sin hacer ruido alguno ni tampoco comunicar por medio del llanto, la necesidad de comer o de cambiarlos por estar sucios. De hecho los padres refirieron que "parecía no haber niño en casa".

Por el otro lado comentaron casos de niños que eran demasiado irritables al presentar llanto a lo largo de todo el día sin un motivo aparente.

Entre los 4 y 8 meses de edad no alzaban sus brazos ni tampoco se preparaban para ser cargados por sus padres, es decir, no mostraron conducta anticipatoria.

Entre los 12 y 18 meses, algunos mostraban interés por algunos objetos poco comunes para los niños de su edad como, mascadas, palitos, hilos, etc... Así mismo el nulo interés por los juguetes, y si los tomaban, eran para ordenarlos en filas largas o manipular alguna parte de ellos como las llantas de los coches para girarlas, los botones para apretarlos, etc... Algunos de ellos evitaban el contacto físico hasta con sus padres.



En la mayoría de los casos los padres comentaron que sus hijos, desde el nacimiento hasta aproximadamente los 18 o 24 meses de edad (1 año 6 meses y los 2 años de edad), mostraron un desarrollo neuromotor dentro de lo esperado para la edad, pero alrededor de estas edades comenzaron a sospechar de que algo sucedía porque evadían el contacto visual, no respondían por su nombre al hablarles (llegando a sospechar de sordera), también antecedentes de haber dejado de hablar después de que ya habían iniciado con el lenguaje articulado por medio de palabras sueltas ó cápsula. La forma de comunicación que empleaban cuando querían algo era tomar de la mano a las personas y situarlas frente a lo querían, sin embargo los padres comentaron que había que adivinarles debido a que no eran claros al momento de señalar u observar lo que querían, lo cual se corrobora con lo explicado por Filipek PA (2000), respecto a las principales preocupaciones de los padres en relación al desarrollo de los niños con TEA, detectadas antes de los 24 meses de edad en Comunicación, Socialización y Conducta mencionadas en el Capítulo III (Marco Teórico).

Otros padres reportaron que ellos no observaron nada extraño hasta los 3 años de edad debido a que sus hijos no mostraban interés por acercarse a los demás niños para jugar, se aislaban. En lenguaje no observaban nada, hasta más adelante, al emplear palabras o expresiones demasiado formales o sofisticadas para la edad cronológica, así como esta fascinación por hablar de un tema en especial (dinosaurios, ciencia, cuerpo humano, transportes, etc...).

Otro grupo de padres comentó que desde recién nacidos presentaron antecedentes neurológicos por hipoxias, lesiones en el sistema nervioso de los menores, etc...reflejada en un desarrollo neuromotor con retrasos significativos desde el sostén cefálico y el resto de este desarrollo.

Conforme iban avanzando en edad comenzaron a observar el poco o nulo interés por interactuar con niños, prefiriendo aislarse y comportarse indiferentes cuando las personas les hablaban o se acercaban, mostrándose más contentos

estando consigo mismos. Presentaban algunos movimientos repetitivos en su cuerpo como el brinco, la contorsión de dedos, el aleteo acompañado de gesticulaciones, etc...

También reportaron como síntomas asociados, intolerancia a sonidos como: la licuadora, el taladro, motos, cornetas, llanto de otros niños, etc...es decir, a aquellos sonidos fuertes. Su respuesta era taparse los oídos al escucharlos o alejarse del lugar. También observaron la selectividad en cuanto a estos mismos, al responder a algún ruido de interés (bolsa de papas, galletas, etc...) e ignorar o demorarse en su respuesta ante aquellos estímulos de poco o nulo interés, como la voz de las personas u otros.

La selectividad con el alimento en cuanto a la textura o al color e inclusive hasta en la presentación fue evidente.

La respuesta al dolor no se presentaba en algunos casos, ignorándolo por completo y en otros respondiendo mediante una respuesta poco esperada por el umbral tan elevado al dolor que tenían, como por ejemplo sobarse u observar el lugar del golpe, cuando lo que se esperaba era el llanto.

Mostraron buena memoria para rutas, lugares, rutinas de actividades, etc...

Alrededor de los tres años de edad reportaron hiperactividad, movimientos estereotipados, indiferencia a su alrededor, ensimismamiento y mirada al vacío.

Con respecto a la motricidad, los padres comentaron la presencia de posturas peculiares al caminar, correr, sentarse, etc...Algunos, si no es que en su mayoría, adecuada coordinación motora gruesa al correr, trepar, caminar y mantener el equilibrio. En otros se presentaban antecedentes de motricidad fina adecuada y en otros torpe.

Entre los cuatro y cinco años los padres de los pacientes comentaron que era difícil captar la atención de sus hijos al mostrarles objetos lejanos. Juzgando por la habilidad de los niños para seguir instrucciones, los menores no comprendían el lenguaje, por lo que no las seguían. En caso de presentarse de nuevo el lenguaje articulado, éste era anormal al mostrarse con ecolalia (repetición exacta de lo escuchado tanto inmediata como tardía, con y sin aparente entendimiento). Lo mismo de inversiones pronominales, es decir, emplear el “tú” en vez del “yo”, esto también al solicitar algo que ellos querían como si fuera otra persona la que lo quisiera, como por ejemplo “¿quieres leche?” cuando eran ellos quienes la querían.

En los rituales, algunos de ellos se percataban de los cambios en el orden de los objetos, rutas, rutinas, etc... y trataban de corregirlos, otros no, debido a la indiferencia que presentaban. Tendían al orden, mostraron resistencia a los cambios y muchos de ellos no aceptaban lo nuevo.

Algunos manifestaron interés por girar objetos como monedas, tapas, etc...

Socialmente tendían a ignorar a las personas, en otros momentos mostrar interés. Evitaban el contacto visual y en aquellos que lo lograban entablar era por poco tiempo o de forma selectiva, ya que cuando ellos querían decir algo o con determinadas personas, lo buscaban. El contacto físico lo evitaban o era selectivo, es decir, solo de determinadas personas y por tiempos cortos. Se apegaban con más frecuencia a los adultos o niños mucho más grandes que ellos.

Dentro de los antecedentes familiares de los pacientes algunos mencionaron familiares tanto por línea materna como paterna con conductas muy parecidas a las de los menores evaluados, otros con un diagnóstico de Autismo o Síndrome de Asperger, otros con Depresión y otros en donde se había vivido ya el suicidio, esquizofrenia, problemas de lenguaje. En otros casos no se reportaron

antecedentes y sin embargo la sintomatología en los pacientes con TEA se presentaba.

Todos los casos evaluados llegaron con **estudios auditivos** por la sospecha de sordera o de algún problema de baja audición. Los resultados de los mismos eran audición dentro de lo "normal". Algunos llegaron también con **electroencefalogramas (EEG)** realizados por fuera de la institución y otros practicados dentro del HPIDJNN en el servicio de Neuropediatria, elementos necesarios en el equipo de profesionales para la intervención multidisciplinaria en los pacientes con TEA. Algunos EEG arrojaron datos de normalidad y otros de inmadurez, así como también focos epilépticos detectados, ya que como se sabe el Autismo presenta comorbilidad con la Epilepsia que varía de un 8% a un 42% (Canitano R et al, 2005).

## 1. Valoración de Desarrollo

Como ya se mencionó en el Capítulo anterior, Procedimiento, este estudio se realizó mediante la Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. Los resultados en los casos evaluados fue un desfase en todo el desarrollo, sin embargo es importante mencionar que lo esperado era un perfil de desarrollo homogéneo, es decir, que todas las áreas, aún cuando estuvieran por debajo, se comportaran de manera similar.

Aunque este tipo de estudio no da propiamente un diagnóstico, si dejó ver un perfil con un funcionamiento bastante heterogéneo, es decir, difuso, en el que aún cuando todas las áreas se encontraron funcionando por debajo de la edad esperada, presentaron buenas aptitudes para determinadas áreas como la Motricidad, y grandes dificultades para otras como, Comunicación y Socialización, al ser los déficits característicos de los TEA (como se mencionó en el Capítulo III



(Marco Teórico) con los pioneros de estos trastornos, Leo Kanner y Hans Asperger).

Por lo regular, Habilidades de Vida Diaria fue un dominio con un desarrollo consolidado bajo y déficit elevado, porque la mayoría de los padres desconocían el grado de exigencia que podían ejercer sobre sus hijos por las dificultades y aparentes limitaciones que presentaban para su independencia.

Es importante mencionar que cada caso fue diferente, ya que había que tomar en cuenta el potencial innato así como la estimulación que el medio proporcionaba para la consolidación de las habilidades que se encontraban por debajo de lo esperado para el grupo de su edad.

Lo que se observó a lo largo de las diferentes aplicaciones de The Vineland Adaptive Behavior Scales (Escala Adaptativa Vineland) es que entre más severa era la sintomatología autista, mayor era el déficit de desarrollo adaptativo, por las limitaciones ante las que se encontraban estos pacientes y entre más leve era la sintomatología de TEA, los índices del desarrollo, aunque estaban por debajo de lo esperado para el grupo de su edad, se encontraban con mayor porcentaje de desarrollo adaptativo y los déficit eran menores.

Hubo otros casos con Autismo Atípico donde el desfase del desarrollo era claro pero el perfil no estaba tan heterogéneo, realmente se encontraba un perfil funcionando de manera más apegado a la homogeneidad, pero retrasado.

## **2. Valoración de Procesos Cognoscitivos**

Como se mencionó en el Capítulo de Procedimiento, no fue posible en todos los casos evaluados, llevar a cabo este tipo de estudio por las características mismas del trastorno, y que de hecho Kanner menciona en la quinta característica esencial del diagnóstico (retención de una fisonomía inteligente, pensativa y un buen potencial cognitivo, manifiesto en quienes pueden hablar a través de la

memoria, y en los que no pueden hablar por su habilidad para desempeñarse en pruebas) (Frith U, 2004). A pesar de esto, fueron pacientes en el que se dejó ver la potencialidad de cada uno de los niños por la excelente memoria que tenían para diferentes cosas como rutas, lugares, etc...En estos casos fue importante recurrir a observaciones dentro del consultorio con material de ellos y de interés para los niños, y así observar las capacidades con las que contaban. También se realizaron observaciones en espacio abierto para registrar el comportamiento de cada uno de ellos en un ambiente al que se encontraron expuestos con todos los estímulos y variables no controladas (ruidos, niños, lugares, etc...).

En aquellos niños a quienes se les pudo aplicar la batería cognoscitiva, mencionada en el Capítulo IV (Procedimiento), los resultados fueron los siguientes:

En el **Test Gestáltico Visomotor de Bender** se observó que en la mayoría de los niños, independientemente de la dominancia manual, había dificultades desde la toma del lápiz, al hacerlo con inadecuada pinza fina porque lo tomaban con tres dedos (pulgar-índice-medio) o con todos o mediante prensión palmar, y a una distancia demasiado cercana a la punta del mismo, ejerciendo mucha presión para controlar el trazo con el lápiz, lo que llevó a pensar en algún grado de hipotonía en mano.

En muchos de ellos también fue clara la inversión en trazos tanto verticales como horizontales. Inadecuado manejo del espacio en todos ellos porque tendían a la colisión de las figuras o bien a sobreponer o expandirse.

En muchos de ellos también había trazos simplificados cuando se esperaba que para la edad hubiera figuras más complejas, pero por la inmadurez en los procesos perceptomotores no eran posibles tales trazos.

Se observaron dificultades en la percepción de las figuras debido a que muchos de ellos las distorsionaban, así como problemas en la integración de las mismas, esto también debido a que su tipo de percepción es más analítica que sintética.

Los resultados obtenidos en la mayoría de los niños evaluados arrojaron elementos para hablar de inmadurez perceptomotora al obtener edades en este proceso inferiores a las esperadas para el grupo de su edad.

En la **Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet**, algunos mostraron un comportamiento ante este tipo de pruebas, como de niños con Retraso Mental, sin embargo se debe tener en cuenta que en ellos fue característico la selectividad de actividades y materiales, es decir, que en aquellos de interés para ellos cooperaron y respondieron sin problema alguno; en los que no mostraron interés alguno, se dispersaron y negaron a cooperar.

Se debe tener en cuenta que también el grado de comprensión y atención influyeron en sus respuestas, así como también las conductas perturbadoras que presentaron en ese momento (hiperactividad, poca tolerancia a la frustración, comportamiento negativista, etc...) Sin embargo, aunque no respondieron adecuadamente o más bajo de lo esperado, se observó tal y como lo dijo Kanner (Frith U, 2004) "reflejan su potencialidad en otras actividades como en la excelente memoria visual, de rutas, de hechos vividos con anterioridad, lugares, rutinas, etc..." otros en la suma habilidad para tararear y/o cantar en el tono exacto determinadas canciones o armar rompecabezas, repetir los diálogos tanto de las películas como de los comerciales o de la misma gente escuchadas anteriormente.

En otros casos se obtuvo un C.I dentro de límites normales, otros con retraso mental y otros por encima del promedio, pero su funcionamiento se vio disminuido por el retraso en el desarrollo que tenían en todas las áreas.

En la **Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar (WISC-R)**, esta escala fue aplicada principalmente a los niños con Trastorno o Síndrome de Asperger, por contar con mayor nivel de Comunicación y Comprensión, en comparación con los demás grados de Autismo.

Con respecto al perfil cognoscitivo no se habla de un solo perfil, si no de muchos, tal y como se observa a continuación, en 5 de los 200 casos evaluados

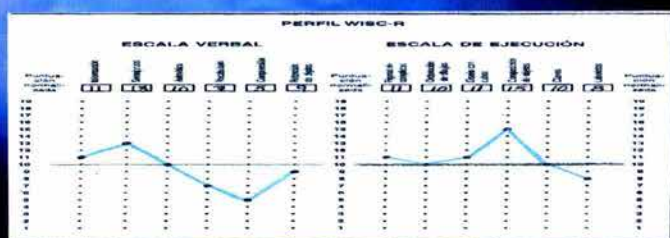
por mí, a lo largo de cinco, de los nueve años de trabajo que tuve para AMETATD, I.A.P en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, por sospecha de TEA.

**Tablas y Gráficas de los puntajes obtenidos mediante la Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar (WISC-R Español) de cinco de doscientos casos evaluados en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental con diagnóstico de Síndrome de Asperger.**





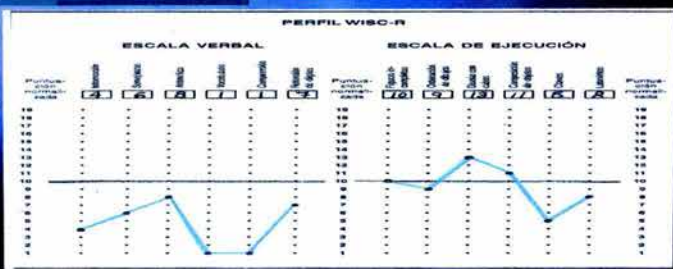
### ESCALA DE INTELIGENCIA REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR (3)



### ESCALA DE INTELIGENCIA REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR (4)



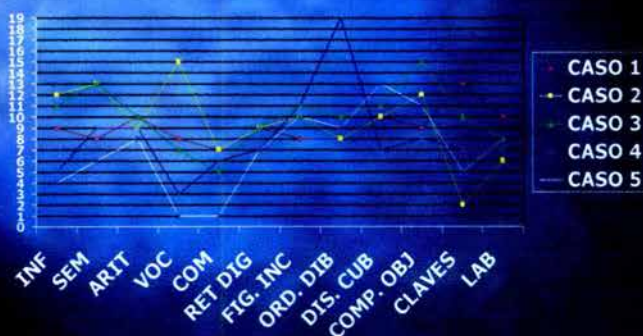
### ESCALA DE INTELIGENCIA REVISADA PARA EL NIVEL ESCOLAR (5)



## TABLA COMPARATIVA DE COCIENTES INTELECTUALES Y FACTORES

	<i>E.C</i>	<i>G.IV</i>	<i>G.IE</i>	<i>G.IT</i>	<i>F.A</i>	<i>F.OP</i>	<i>F.CV</i>
<i>CASO 1</i>	6.9	90 <i>T.M</i>	96 <i>T.M</i>	92 <i>T.M</i>	104	88	113
<i>CASO 2</i>	15	107 <i>T.M</i>	88 <i>T.M</i>	98 <i>T.M</i>	78	110	100
<i>CASO 3</i>	11.9	95 <i>T.M</i>	109 <i>T.M</i>	101 <i>T.M</i>	98	111	100
<i>CASO 4</i>	11.8	78 <i>LIM</i>	102 <i>T.M</i>	88 <i>T.M</i>	85	108	75
<i>CASO 5</i>	10.2	64 <i>RML</i>	96 <i>T.M</i>	78 <i>LIM</i>	78	105	59

## GRÁFICA COMPARATIVA DE PERFILES COGNITIVOS



Es importante comentar que estos cinco casos, aunque tenían el mismo diagnóstico (Trastorno o Síndrome de Asperger), tuvieron perfiles distintos. De hecho, en algunos de ellos, su perfil cognoscitivo fue heterogéneo, por lo que el C.I. Total no pudo ser tomado en su totalidad al no ser representativo de la capacidad intelectual real de esos pacientes. Entonces cada C.I. (Verbal y de Ejecución) tuvo que ser analizado por separado. En algunos de ellos funcionaron mejor en tareas verbales más que ejecutivas; en otros, su funcionamiento fue mejor en actividades o tareas ejecutivas donde el lenguaje hablado no se comprometía.

El desempeño por subtest fue variable, sin embargo se dejó ver que en algunos como Semejanzas, sus puntajes fueron elevados, al mostrar como fortaleza este pensamiento asociativo por medio del cual ellos aprenden, ya que su aprendizaje es por medio de asociaciones. Vocabulario fue otro subtest elevado en algunos niños por el lenguaje tan sofisticado que llegan a manejar. La dificultad encontrada en este subtest, radicó en la jerarquización de la información, ya que en muchos de ellos para dar el significado de alguna palabra iniciaron con elementos de la misma no tan significativos como, alguna descripción sin importancia, y al final, la respuesta esencial.

La mayoría de ellos también obtuvieron elevado el subtest de Figuras Incompletas, ya que la percepción al detalle por la excelente memoria visual que tienen, les permitió dar respuestas correctas. Otro subtest alto en puntaje y desempeño fue Diseño con Cubos, en el que se dejó ver el proceso de análisis y síntesis visual, partiendo de algo estructurado, como una fortaleza en todos los casos de TEA, subtest correlacionado con el **Test de Matrices Progresivas de Raven**, en el cual se da el mismo proceso que en Cubos y que sus puntajes obtenidos fueron de Término Medio hacia Superior, en la mayoría de los pacientes con TEA y por eso, en actividades como el archivar, clasificar e inclusive el manejo de la computadora, fueron sobresalientes en comparación con el resto de los niños.

Puntajes obtenidos en el Test de Matrices Progresivas de Raven en los cinco de los doscientos pacientes evaluados anteriormente con la Escala de Inteligencia WISC-R y que a su vez tenían el diagnóstico de Síndrome de Asperger

**TABLA COMPARATIVA DE  
RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TEST DE  
MATRICES PROGRESIVAS DE RAVEN**

	<i>EDAD CRONOLÓ- GICA</i>	<i>PERCEN- TIL</i>	<i>RANGO</i>	<i>NIVEL</i>
<i>CASO 1</i>	<i>6 AÑOS 9 MESES</i>	<i>95</i>	<i>I</i>	<i>SUPERIOR</i>
<i>CASO 2</i>	<i>15 AÑOS</i>	<i>50</i>	<i>III</i>	<i>TÉRMINO MEDIO</i>
<i>CASO 3</i>	<i>11 AÑOS 8 MESES</i>	<i>75</i>	<i>II</i>	<i>SUP. AL TÉRMINO MEDIO</i>
<i>CASO 4</i>	<i>11 AÑOS 8 MESES</i>	<i>50</i>	<i>III-</i>	<i>TÉRMINO MEDIO</i>
<i>CASO 5</i>	<i>10 AÑOS 1 MES</i>	<i>95</i>	<i>I</i>	<i>SUPERIOR</i>



Dentro de los subtest en WISC-R más deficientes y además observados en la mayoría de los niños con TEA fueron: Aritmética por la dificultad para la abstracción, al tener un pensamiento rígido, concreto y algunos funcional pero abstracto no. Lograron resolver operaciones aritméticas como sumas, restas, multiplicaciones y divisiones pero el problema no radicó tanto en la resolución de dichas operaciones aritméticas, sino más bien, en la solución de los problemas empleando las operaciones que mecánicamente realizan, en contextualizar la situación y entonces resolverlo de acuerdo a una toma de decisión, en las que ellos fallan. Todo esto debido a la literalidad y rigidez con que entienden el lenguaje, lo que refleja un problema en pensamiento que lo que los lleva a soluciones incorrectas. Es importante relacionar esto con el subtest de Comprensión, en el que además deja ver el juicio social y el sentido común disminuido por la misma literalidad del pensamiento y comprensión del lenguaje, el cual les fue difícil contextualizar. Retención de Dígitos, fue otro subtest bajo en puntaje, fallaron en las secuencias auditivas al dispersarse con facilidad. Aquí es importante resaltar que los niños con TEA tienen aprendizajes significativos mediante los apoyos visuales (dibujos, esquemas, instrucciones escritas, etc...), más que auditivos, lo cual se refleja en la información proporcionada por los padres al dar las instrucciones de más de dos consecutivas o al intentar explicarles algún concepto u operación matemática.

Otro subtest que funcionó mal, en la mayoría de los niños con TEA, fue Ordenación de Dibujos, en el que dejaron ver su dificultad para organizar visualmente (secuenciar) y temporalmente, es decir, lo que pasó primero, después y al final. Esto en muchos de los pacientes con TEA se debe al problema en la temporalidad que no les permite la anticipación de los acontecimientos y sus posibles consecuencias, así como al fracaso en el uso de señales, que en ellos, al no ser explícitas, no entienden.

Ensamble de Objetos fue otro subtest deficiente en muchos de ellos al dejar ver las dificultades visomotoras que presentaban, así como a una deficiente capacidad de planeación, reflejada a su vez en el subtest de Laberintos, al dar puntajes bajos y que a su vez habla de la dificultad para aplazar la acción. Otro

subtest que en muchos casos también se desempeñaron mal fue Claves, en el que a parte de las dificultades en su coordinación visomotora, tuvieron un barrido ocular lento y un control deficiente del lápiz, en otros, hubo excesiva preocupación por los detalles al reproducir los símbolos con exactitud, y en otros se debió a su lento desempeño.

Con respecto a los factores de Kaufman, en muchos de ellos el factor de atención y comprensión verbal fueron los más afectados. Quedó claro que el problema de los niños con TEA no tuvo que ver propiamente con un Déficit de Atención como tal, ya que eran niños con una atención más de tipo selectiva y sin esfuerzo por mantenerla en aquellas cosas o actividades de interés para ellos, pero que al tener intereses restringidos (característica diagnóstica), se dispersaron con la mayoría de las cosas que salían de su interés.

Tampoco se habla de un problema en la adquisición de la información, ya que muestran potencialidad, pero lo que es importante resaltar, es el que ellos, aprenden a un ritmo más lento que el resto de sus compañeros por las características mismas del trastorno, en donde las explicaciones deben ser dadas con mayor claridad y sencillez.

El eje principal del problema, y el cual es el eje del diagnóstico, es un procesamiento más lento de la información al tener periodos de respuesta más lentos a diferencia de las demás personas.

Hablar de TEA, es hablar de un problema en la comunicación, y esto se deja ver claramente en el **Test de Imágenes Visuales de Peabody**, el cual evaluó la edad de vocabulario receptivo que tenían. Fue evidente y sorprendente el descubrir que estos niños llegaron a entender conceptos manejados por niños más grandes o adolescentes, pero que en su lenguaje articulado cotidiano no los usan. También la dificultad que presentan para generalizar el concepto aprendido y un campo visual estrecho se mostró en su ejecución.

**Puntajes obtenidos en el Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody en los cinco de doscientos pacientes evaluados, mencionados anteriormente con diagnóstico de Síndrome de Asperger**

**TABLA COMPARATIVA DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL TEST DE VOCABULARIO EN IMÁGENES DE PEABODY**

	<i>EDAD CRONOLÓGICA</i>	<i>EDAD DE VOCABULARIO RECEPTIVO</i>	<i>PERCENTIL</i>
<i>CASO 1</i>	<i>6 AÑOS 9 MESES</i>	<i>13 AÑOS 2 MESES</i>	<i>99</i>
<i>CASO 2</i>	<i>15 AÑOS</i>	<i>17 AÑOS 11 MESES</i>	<i>94</i>
<i>CASO 3</i>	<i>11 AÑOS 8 MESES</i>	<i>18 AÑOS</i>	<i>90</i>
<i>CASO 4</i>	<i>12 AÑOS</i>	<i>13 AÑOS 10 MESES</i>	<i>74</i>
<i>CASO 5</i>	<i>10 AÑOS</i>	<i>4 AÑOS 7 MESES</i>	<i>1</i>

### **3. Perfil Clínico**

Mediante los instrumentos utilizados, dependiendo de las características de cada uno de los pacientes fue posible determinar o descartar la sintomatología correspondiente al trastorno y la intensidad en su sintomatología.

**Cinco casos de valoración psicológica completa, representativos de los doscientos pacientes evaluados en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental por sospecha de algún TEA**

**CASO 1: G.T.C. (Dx. Trastorno Autista o Autismo Infantil o Autismo tipo Kanner o Autismo Moderado).**

#### **✚ FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**Nombre:** G.T.C.

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 4 años 6 meses

**Escolaridad:** Kinder I

**Escuela:** Guardería DIF

**Fecha de Nacimiento:** 31 de Marzo de 2004

**Nombre de la Madre:** Sra. T.M.M.T.

**Nombre del Padre:** Sr. G.L.J.

**Fecha de Aplicación:** Julio-Octubre de 2008

#### **✚ MOTIVO DEL ESTUDIO:**

Se refiere paciente para valoración de desarrollo, valoración de procesos cognoscitivos y perfil clínico como complemento diagnóstico para corroborar o descartar sintomatología correspondiente a un "Trastorno del Espectro Autista" (TEA).



G.T.C. es un niño que no comunica lo que quiere o siente, hasta con sus padres. Cuando él quiere algo, toma a sus padres de la mano y los lleva hacia donde se encuentra lo que quiere, pocas veces señala y/o dice el nombre de lo que quiere. Todo lo que escucha repite de forma inmediata. Juega solo. Se relaciona mejor con niños más grandes, pero de su edad o más pequeños no, los agrede arañándolos de la cara cuando se le acercan. En general es un niño que no le interesa acercarse a interactuar con los niños.

Con respecto al alimento es un niño selectivo. Su sueño presenta problemas porque se le interrumpe frecuentemente. Todas las tardes, G.T.C presenta carrera repetitiva de su recámara a la sala. No mide peligros.

El juego de G.T.C no es imaginario o simbólico, más bien lo que hace es sacar los juguetes y tirarlos. Si éstos llegan a tener sonido lo que hace es apretar una y otra vez los botones. También gira lo que traiga en su mano, al grado de que si no le ponen un límite, es una actividad que podría estar haciendo a lo largo de todo el día. Es un niño que no muestra interés por los muñecos.

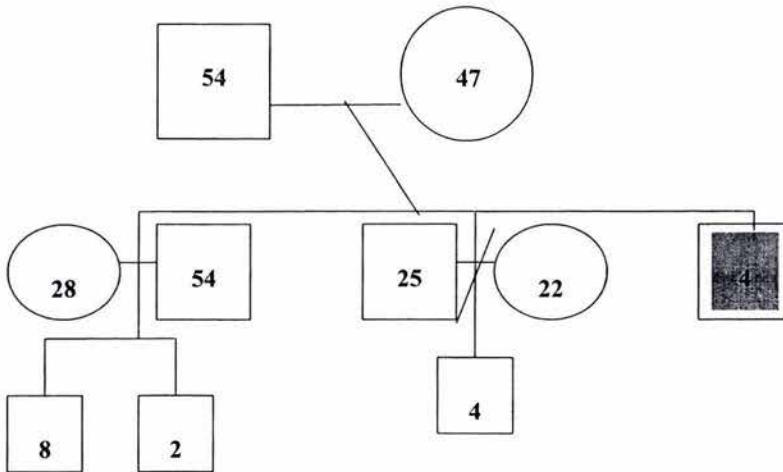
El lenguaje que emplea es mediante algunas palabras sueltas con significado como "adiós" (al querer ir), "que rico" (cuando tiene hambre). Llega a decir otras cosas pero no se le entiende por decirlas rápido (jerga). Se aprende de memoria los diálogos de las películas.

No presenta intolerancia a los sonidos. Tampoco hay conciencia de que él es G.T.C.

#### ✚ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Ninguno

↓ **FAMILIOGRAMA:**



**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

Nombre	Edad	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
T.M.M.T.	47	5to. Primaria	Comercio y Hogar	Madre
G.L.J.	54	Bachillerato Inconcluso	Empleado	Padre
G.T.C.	4	Kinder I	Estudiante	Hijo

- Dentro de la familia no se reporta algún antecedente de retraso mental ni enfermedad mental tanto por línea materna como paterna.

#### ↓ **ANTECEDENTES PERSONALES:**

El embarazo de G.T.C presentó complicaciones ya que hubo amenaza de aborto desde las nueve semanas de gestación, siendo de alto riesgo y con reposo absoluto. A los seis meses de gestación la madre estuvo bajo el tratamiento de cortisona con el objetivo de que los pulmones del menor maduraran por si el parto se adelantaba.

El embarazo tuvo una duración de ocho meses y el parto fue por medio de cesárea a consecuencia de la edad de la madre (43 años). Tres semanas antes del nacimiento de G.T.C, el médico no observó crecimiento del menor debido a que pasaba poco líquido por el cordón umbilical.

El peso de G.T.C fue de 2,200 kg, su talla fue de 45 cms y su APGAR fue de 9/9. Estuvo en incubadora con oxígeno no directo, aproximadamente tres horas, por no respirar bien y presentó ictericia.

Desde su nacimiento, los padres sospecharon que algo sucedía con G.T.C debido a que era un bebé que dormía por períodos de tiempo cortos, y por el otro lado era un niño muy tranquilo ("parecía que no había bebé en casa" (sic. Los padres).

Con respecto a su desarrollo neuromotor, G.T.C fue un niño que se sentó entre los 8 y 9 meses de edad, no gateó y caminó solo alrededor de 1 año 4 meses, antes lo hacía sosteniéndose. El control de esfínteres lo consolidó a los 4 años aproximadamente, tanto diurno como nocturno.

Con relación a su lenguaje fue un niño que balbuceó y dijo monosílabos. Alrededor de los 2 años dejó de hablar, dispersándose más y sin seguir instrucciones. Entre los 3 y 3 años 6 meses de edad volvió a instalarse el lenguaje

pero de manera ecológica, ya que repetía lo que escuchaba en la televisión, principalmente de la película de "Dora la exploradora".

A los 18 meses (1 año 6 meses) hubo sospecha de sordera por parte de la guardería al no responder cuando le hablaban. Mostró interés por cantar las canciones de la institución y mostró selectividad en el alimento ya que no quería la comida en trozos y no sabía masticar.

A los 2 años de edad G.T.C mostró intolerancia a los sonidos fuertes como la licuadora, el motor de los camiones y el taladro. La selectividad con el alimento se intensificó ya que G.T.C buscaba que tanto la presentación como la textura de los mismos fueran iguales (en forma de papilla). Mostró gran interés por los números, las figuras geométricas y los colores.

A los 3 años G.T.C mostró atracción por los juguetes redondos para girarlos por tiempos prolongados. Se enojaba si alguien le quitaba algo. Era un niño distante, indiferente y más contento consigo mismo. Evitaba el que la gente se le acercara, principalmente niños, a quienes rasguñaba. Su interés comenzó hacia niños más grandes y adultos con quienes a la fecha muestra más apego.

Actualmente (4 años 6 meses) es un niño rutinario y con resistencia a los cambios, no acepta lo nuevo y si le interrumpen lo que está haciendo se enoja mucho. Socialmente es un niño aislado y quien además evita el contacto visual. Su lenguaje es ecológico pero inicia con palabras y algunas frases sencillas que llevan una intención comunicativa ("quiero agua"), aunque todavía ocasionalmente llega a invertir los pronombres, es decir, el "tú" en vez del "yo".



#### ↓ **ACTITUD OBSERVADA DURANTE LAS SESIONES:**

G.T.C se presentó a todas las sesiones en compañía de ambos padres en buenas condiciones de higiene y aliño personal. Se observó un niño indiferente al adulto por momentos, además de manejarse en función de él y no de la demanda de las personas. Con respecto a su lenguaje, éste era mediante palabras sueltas, las cuales llegaban a tener sentido comunicativo, pero la mayoría del lenguaje presentado por el menor era ecológico inmediato (al repetir lo que la Psicóloga decía) y tardío (al repetir eran los diálogos de los programas de televisión o películas de interés para él, como por ejemplo “Dora la exploradora”).

En algunas de las pruebas aplicadas fue difícil que cooperara, ya que al no mostrar interés por determinado material se dispersaba y se enganchaba en repetir una y otra vez los diálogos de sus programas favoritos. En aquellas tareas de interés cooperó sin insistirle mucho, principalmente en aquellas que contenían números y figuras geométricas.

G.T.C no presentó sonrisa social con la Psicóloga. Se observó mirada al vacío en algunas ocasiones y ecopraxia.

Su comprensión ante instrucciones sencillas no tuvo dificultad, pero ante aquellas que fueron consecutivas, de dos instrucciones en adelante, sí, observándose que en G.T.C deben de ser específicas y una por una.

#### ↓ **BATERÍA PSICOLÓGICA:**

- **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. (Sparrow).

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

Test Gestáltico Visomotor de Bender

Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet

Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TIVP)

- **PERFIL CLÍNICO:**

Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) Versión en Español (PODA-G) (MÓDULO I).

Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.)

- **RESULTADOS:**

- **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland (Sparrow)

Edad Cronológica: **4 años 6 meses**

**NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR**

ÁREAS	DESARROLLO			DÉFICIT
	Estable	Incipiente	De Área	
<b>COMUNICACIÓN</b>	33%	14%	47%	53%
<b>HAB. VIDA DIARIA</b>	35%	20%	55%	45%
<b>SOCIALIZACIÓN</b>	23%	27%	50%	50%
<b>MOTRICIDAD</b>	47%	11%	58%	42%

**CONDUCTAS PERTURBADORAS FRECUENTES:**

Es un niño demasiado dependiente para su edad respecto a las habilidades de autocuidado que él ya tendría que tener instaladas para su edad. Presenta problemas en sueño, ya que se le interrumpe y también duerme en la cama con sus padres. No hace un buen contacto visual, presenta bruxismo nocturno (rechina los dientes en la noche), tiene poca atención y concentración debido a su selectividad e intereses restringidos, muestra falta de consideración porque ni siquiera toma en cuenta a la otra persona. Muestra preocupación excesiva por girar objetos como una estrella y repetir una y otra vez algunas escenas de la película de "Dora la exploradora" y "Elmo es". Presenta lenguaje ecolálico tanto

inmediato como tardío y sin aparente entendimiento. No está consciente de todo lo que sucede a su alrededor.

### **CONDUCTAS PERTURBADORAS OCASIONALES:**

Evita ir a la escuela, es ansioso, impulsivo, activo y presenta estereotipias motoras como el mover la cabeza de lado a lado.

(Se anexa Gráfica)

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

### **Test Gestáltico Visomotor de Bender**

Edad Cronológica: **4 años 5 meses**

Este test se intentó aplicar en dos sesiones. En la primera, no fue posible debido a que dibujaba lo que él quería y no apegándose al modelo mostrado en cada una de las tarjetas. Sus dibujos eran círculos a los que les dibujaba ojos, nariz y boca, y con los que perseveraba al grado de ignorar lo que la Psicóloga le pedía.

En el segundo intento, G.T.C hizo lo mismo que en la primera, pero después de mucha insistencia comenzó a copiar los modelos presentados en las tarjetas de forma desorganizada y sobreponiendo unas figuras con otras. En realidad su ejecución no pudo ser calificada por la falta de claridad en la misma. La madre de G.T.C tuvo que entrar para ayudar a que realizara la tarea, al ser ella quien se lo pidiera. La Sra. T.M.M.T lo tuvo que guiar para que el menor hiciera los trazos y continuara haciéndolos.

G.T.C es un niño diestro y quien además tomó el lápiz de manera incorrecta al hacerlo con todos los dedos y en otros momentos de forma palmar. Con su mano izquierda detuvo la hoja. Se observaron trazos invertidos en línea vertical al

hacerlos de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo, mostró la necesidad de contar los círculos o puntos al intentar copiarlos, así como dificultad para la integración de las figuras, lo que nos habla de inmadurez en los procesos perceptomotores del menor.

### **Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet**

Edad Cronológica: **4 años 5 meses (53 meses)**

**Edad Mental:** 3 años 5 meses (41 meses)

**C.I.:** 77 (Límitrofe)

### **Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)**

Edad Cronológica: **4 años 5 meses**

Este test se aplicó en dos sesiones. En la primera fue difícil su aplicación ya que G.T.C señalaba y nombraba la imagen que él quería ignorando lo que la Psicóloga y madre le pedían. Se dispersaba, resbalaba por la silla y se recostaba en las piernas de su madre negándose a cooperar.

En la segunda aplicación se logró su cooperación, sin embargo se observó que G.T.C no realizaba adecuadamente el barrido ocular, lo que hizo difícil la identificación visual de lo que la Psicóloga le decía, pero cuando ella lo ayudaba con su dedo a hacer dicho barrido, G.T.C daba respuestas correctas. Presentó ecolalia inmediata y tardía.

Los resultados fueron los siguientes:

**Edad de Vocabulario Receptivo:** 3 años 7 meses

**Percentil:** 13

**Categoría Descriptiva:** Puntuación Moderadamente Baja



• **PERFIL CLÍNICO:**

**Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) Versión en Español (PODA-G) (MÓDULO I):**

**Comunicación**

- Frecuencia de vocalizaciones dirigidas a otros 2
- Uso estereotipado/idiosincrásico de palabras o frases 2
- Uso del cuerpo de otros para comunicarse 1
- Señalar 1
- Gestos 1

Total= 7 (Significativo para Autismo)

**Impedimentos Cualitativos de Interacción Social Recíproca**

- Contacto visual inusual 2
- Expresiones faciales dirigidas a otros 1
- Placer compartido en la interacción 2
- Mostrar 2
- Iniciación espontánea de atención conjunta 1
- Respuesta a la atención conjunta 2
- Calidad de aperturas sociales 2

Total= 12 (Significativo para Autismo)

**Comunicación + Social**

Total= 19 (Significativo para Autismo)

**Juego**

- Juego funcional con objetos 2
- Imaginación/Creatividad 2

Total= 4

### Comportamientos e Intereses Estereotipados y Restringidos

- Interés sensorial inusual en los materiales de juego o las personas 0
- Manierismos de manos o dedos u otros manierismos complejos 1
- Intereses inusualmente repetitivos o comportamientos estereotipados 2

Total= 3

### Diagnóstico

**Clasificación del PODA-G:** AUTISMO (al tener las cuatro áreas evaluadas puntos de corte significativos para Autismo).

### Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S)

Edad Cronológica: 4 años 6 meses

CATEGORÍAS	PUNTAJES
I. RELACIÓN CON PERSONAS	3
II. ACTIVIDADES DE IMITACIÓN	3
III. RESPUESTA EMOCIONAL	2
IV. USO DEL CUERPO	2
V. USO DE OBJETOS	3
VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO	3
VII. RESPUESTA VISUAL	3
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	2
IX. RESPUESTA Y USO TACTO GUSTO Y OLFATO	2
X. MIEDO Y NERVIOSISMO	3
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	3
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	2.5
XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD	3

<b>XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELECTUAL</b>	2
<b>XV. IMPRESIÓN GENERAL</b>	3
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	39.5=39

(Se anexa Perfil)

#### ↓ CONCLUSIONES:

Con base en los resultados obtenidos en el estudio de desarrollo de G.T.C se concluye que hay un desfase en todo su desarrollo, los resultados fueron los siguientes, en Comunicación obtuvo un 33% de habilidades consolidadas, un 14% en proceso y un 53% de déficit; en Habilidades de Vida Diaria Carlos arrojó un 35% de desarrollo estable, un 20% en movimiento y un 45% de déficit; en Socialización tuvo un 23% de desarrollo consolidado, un 27% incipiente y un 50% de déficit y por último Motricidad en la que obtuvo un 47% adquirido, 11% en movimiento y un 42% de déficit.

De todos los dominios evaluados en G.T.C, Comunicación fue el área más baja, sin embargo es de importancia resaltar que su lenguaje ha ido mejorando en cuanto a que comienza a emplear algunas palabras y frases sencillas espontáneas y con intención comunicativa. Sin embargo aún predomina la ecolalia tanto inmediata como tardía sin aparente entendimiento. Lo que se espera es que al mejorar Comunicación mejorará su Socialización.

Observando el perfil de desarrollo obtenido en G.T.C, éste se encuentra por debajo de lo esperado en los niños de su edad, de forma heterogénea y difusa característica de los niños con algún Trastorno del Espectro Autista.

Cognitivamente G.T.C es un niño con un C.I. de 77 correspondiente a Límitrofe y una edad mental de un niño de 3 años 5 meses, es un niño en el que evidentemente hay potencialidad, sin embargo la selectividad mostrada en sus

intereses restringidos, el inadecuado barrido ocular, así como el moverse y comportarse en función de él y no de la demanda de las demás personas, hizo que su desempeño en este tipo de pruebas estuviera disminuido, tal fue el caso del Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody, en la cual salió con una puntuación moderadamente baja. Dicho resultado fue producto de un barrido ocular deficiente, señalar aquellas imágenes de su interés ignorando las solicitadas por la Psicóloga, además de la no generalización de conceptos característica en niños con características como las de G.T.C.

Clínicamente, de acuerdo a la prueba ADOS-G o PODA-G G.T.C obtuvo puntos de corte en las diferentes áreas evaluadas significativas para Autismo corroborado con el puntaje obtenido en la Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S), el cual fue de 39. De acuerdo a la escala dicho puntaje se sitúa dentro de la sintomatología correspondiente a un Autismo Severo. Clínicamente la sintomatología corresponde a una intensidad moderada y sitúa al menor, hasta este momento, en un **Autismo Infantil o de tipo Kanner** con la posibilidad de transitar a una sintomatología leve por haber transición en las áreas y existir dicha intensidad en algunas de ellas, como la Respuesta Emocional, el Uso del Cuerpo, la Respuesta Auditiva y el Uso de los Sentidos (olfato, tacto y gusto). Sin embargo todavía la comunicación no es la ideal para su funcionalidad y adaptación, pero hay movimiento y cada vez más se deja escuchar un lenguaje, aunque sea de palabra suelta o frase sencilla, con intención comunicativa, por lo que es importante continuar con su estimulación.

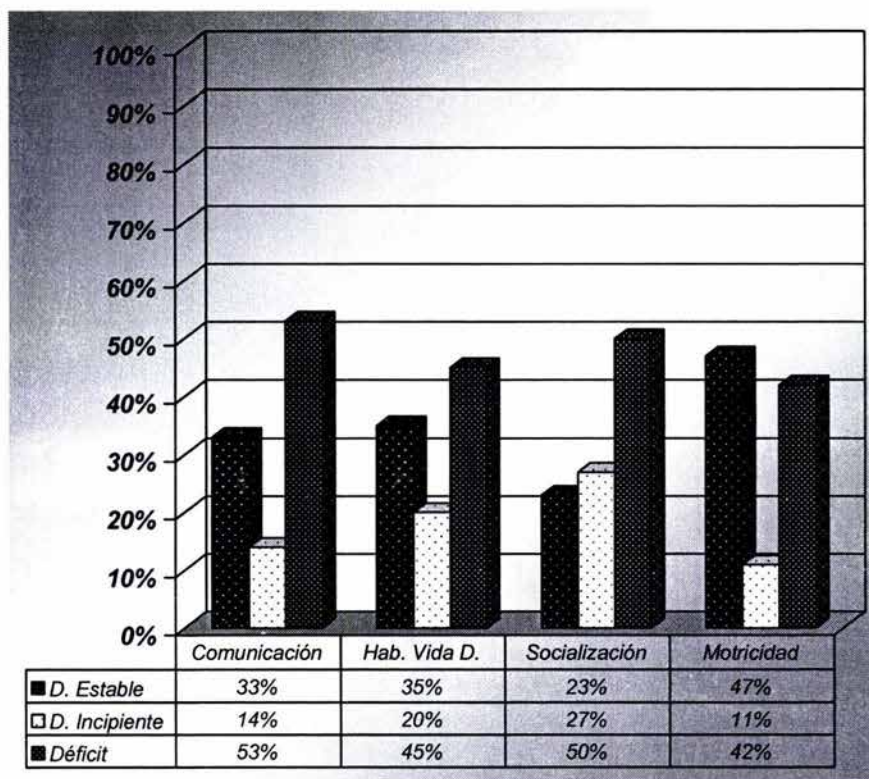
#### ✚ **SUGERENCIAS:**

- A consideración del médico el iniciar algún tratamiento farmacológico que le permita organizar su pensamiento y ayudar al sueño, debido a que éste se le interrumpe.
- Asistir a Terapia Ambiental (Terapia Individual) para estimular su desarrollo.

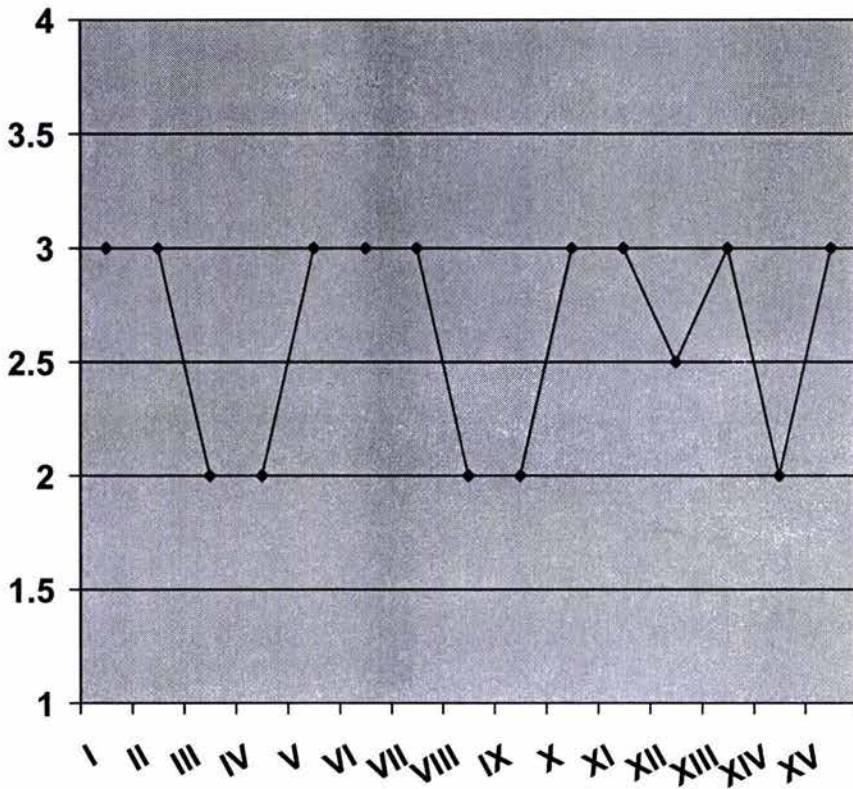


- Más adelante asistir a Terapia de Lenguaje donde se trabaje la comunicación tanto verbal (estructuración, pronunciación, etc...) como en los aspectos no verbales.
- Estimular habilidades de vida diaria.
- Asistir a alguna actividad física como la natación para mejorar su coordinación motora.
- Seguimiento médico constante.
- Orientación a los familiares y escuela sobre el manejo de G.T.C.
- Revaloración en un año o año y medio para su seguimiento.

### GRÁFICA DE DESARROLLO



**PERFIL DEL C.A.R.S.**



**CASO 2: H.V.L.D (Dx. Trastorno Autista o Autismo Moderado o Autismo Kanner en transición a un Autismo Leve (Alto Rendimiento).**

✚ **FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**Nombre:** H.V.L.D

**Sexo :** Femenino

**Edad :** 8 años 11 meses

**Escolaridad :** 1ero. Primaria

**Escuela:** Centro de Atención Múltiple No.1 (Pachuca, Hidalgo)

**Fecha de Nacimiento:** 28 de Agosto de 1999

**Nombre de la Madre:** Sra. V.S.M.L.

**Nombre del Padre:** Sr. H.G.A.

✚ **MOTIVO DEL ESTUDIO:**

Se refiere paciente para Valoración de Desarrollo, Valoración de Procesos Cognoscitivos y Perfil Clínico como complemento diagnóstico.

H.V.L.D es una niña hiperactiva, berrinchuda y con autoagresión al llamarle la atención y/o frustrarse al no conseguir lo que quiere, debido a que es poco tolerante a la frustración. Presenta un lenguaje ecolálico con necesidad de repetirle dos o tres ocasiones una instrucción para que la logre ejecutar, sin embargo, actualmente, llega a mostrar un lenguaje espontáneo y significativo ocasionalmente, lo que significa que la menor va mejorando en cuanto a su comunicación y a emplear un lenguaje con la función real del mismo, comunicar. Sus periodos de atención son cortos (de 10 a 15 min aproximadamente). Requiere del apoyo visual y señalizaciones para que su aprendizaje sea benéfico.

Ante los cambios muestra resistencia, tal es el caso de las rutas ante las cuales se regresa al camino de siempre, se jala y tira al piso. Persiste en realizar las mismas actividades, las cuales son de gran interés para ella, como por ejemplo recortar, pintar, ver televisión y películas.

Con respecto al aspecto social, es una niña que se acerca a los niños pero si le llegan a quitar algo los arremete físicamente, por lo que termina jugando sola.

Su alimentación refleja selectividad y todo alimento lo huele. Come manzana y pera, no come verduras, las selecciona. Es difícil que acepte probar alimentos nuevos, pero si éstos le son agradables, los incorpora a su dieta.

Actualmente es una niña que expresa intolerancia por los sonidos agudos, ya le afecta la crítica de las personas, antes no, era indiferente. No le gusta ir a lugares con mucha gente. Ocasionalmente llega a ensimismarse y mirar al vacío.

Con respecto a su sueño, éste dura toda la noche cuando se toma el medicamento. Llega a orinarse en la cama cuando no va al baño antes de acostarse.

Un Médico Neuropediatra del "Hospital 20 de Noviembre" de la Cd. De México, al que asiste H.V.L.D les comentó que, la menor presenta un diagnóstico de "Autismo Primario".

#### ↓ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En el mes de Abril del presente año, el Neuropediatra del Hospital 20 de Noviembre de la Cd. De México recetó:

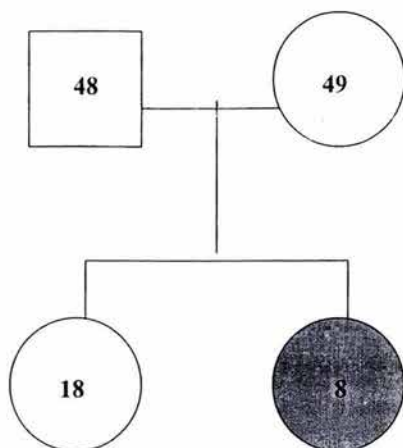
- **Zyprexa (Olanzapina) (tab 10 mg):** 0 – 0 – ½
- **Tegretol (Carbamazepina) (susp):** 5 ml – 5 ml – 7.5 ml

El día 19 de Junio de 2008 el mismo médico aumentó dosis de Carbamazepina (Tegretol), actualmente tomando las siguientes dosis:

- **Zyprexa (Olanzapina) (tab 10 mg):** ¼ - 0 - ¼
- **Tegretol (Carbamazepina) (susp):** 6ml – 6ml – 6ml



↓ **FAMILIOGRAMA:**



**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

<b>Nombre</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Parentesco</b>
H.G.A	Normal Básica para Maestros	Profesor y Administrativo en una Escuela Primaria.	Padre
V.S.M.L	Secundaria	Hogar	Madre
H.V.N.Y	Bachillerato	Estudiante	Hija
H.V.L.D	1ero. Primaria	Estudiante (CAM)	Hija

- Dentro de la familia se reportan los siguientes antecedentes:

Abuelo Paterno de H.V.L.D-----**Pb. Esquizofrenia**, ya que ve a su esposa ya fallecida, le platica y lo espanta.

**Ansiedad**

Tía Paterna de H.V.L.D -----**Depresión**

Tío Paterno de H.V.L.D----- **Prob. Lenguaje** (hay veces que cuando habla no se le entiende)

## **HISTORIA PERSONAL**

### **Embarazo y Parto**

Fue un embarazo no planeado, pero sí deseado, porque los padres de H.V.L.D creían que ya no iban a poder tener más familia a parte de H.V.N.Y. Fue un embarazo de alto riesgo debido a que la madre de la menor presentó preclamsia, várices muy desarrolladas, además de haber tenido un aborto previo. Al quinto mes de gestación, el médico quiso realizarle la amniocentésis debido a que el triple marcador salió anormal.

H.V.L.D nació por cesárea. Su peso fue de 3, 300 kg; talla de 50 cms y APGAR de 8/9. Al momento de nacer, la madre de H.V.L.D se percató de que la menor no había presentado llanto inmediatamente, sino transcurrieron unos minutos y entonces lloró. No requirió de incubadora ni oxígeno. Aparentemente no presentó complicación alguna.

### **Año 1**

De recién nacida, H.V.L.D fue una niña muy tranquila, había ocasiones que se despertaba para pedir alimento pero en otras no, esto último más marcado

alrededor de la primera semana de vida. A los quince días le practicaron el estudio de Tamíz Metabólico, el cual fue negativo.

El aspecto físico de H.V.L.D durante las primeras semanas de vida fue de una niña sana. Durante sus tres primeros meses de vida, H.V.L.D contó con buena salud, pero a los ocho meses se enfermó fuertemente de vías respiratorias y en lugar de subirle la temperatura se le bajó. Actualmente es una niña a quien de forma ocasional se le llega a bajar la temperatura corporal sin motivo aparente.

Entre los cuatro y los ocho meses de edad H.V.L.D no levantaba sus brazos para pedir ser levantada en brazos por sus padres. Alrededor del año de edad fue una niña que reaccionó adecuadamente a las luces brillantes, colores fuertes y sonidos poco usuales. Todo objeto tomado por la menor era observado por ella y aventado fuera de su corral. Era una niña que no mostró resistencia alguna a ser tomada en brazos. Parecía una niña inteligente.

Con respecto a su marcha H.V.L.D empezó a caminar a los 18 meses de edad (1 año 6 meses). Fue una niña que no gateó y quien además empezó a caminar gradualmente.

## **Año 2**

A esta edad, H.V.L.D era una niña muy inquieta y fue la edad en la que sospecharon de sordera en la menor, por no obedecer a lo que su madre le pedía. También observaron que cuando llegaba gente desconocida a casa, H.V.L.D se escondía. Por todo lo mencionado anteriormente, H.V.L.D es llevada al Instituto Nacional de Comunicación Humana (INCH).

Se comportaba como si fuera sorda, ya que ante algunos sonidos respondía adecuadamente y ante otros no, los ignoraba. Mostró intolerancia a ciertos sonidos como el tono de voz fuerte y sonidos agudos. Con respecto al dolor parecía no sentirlo. Actualmente es una niña con un umbral al dolor elevado, porque si bien no lo ignora, su repuesta al mismo tampoco es la esperada.

Era una niña que sentía antojo por chupar y comerse el yeso en las paredes donde estaba despostillada, así como chupar y mascar la ropa. Con respecto al alimento H.V.L.D mostró selectividad, ya que no permitía que los alimentos

estuvieran combinados, las verduras las comía si éstas estaban cocidas y la fruta si estaba rayada, le desagradaba la textura gelatinosa. Manifestó un deseo anormal por comer yogurt y beber jugo de naranja, uva y guayaba.

Tenía buena memoria para los lugares y rutas. Después de los seis años de edad mostró dejó ver su excelente memoria para la melodía de las canciones y comerciales.

### **Año 3**

Alrededor de los 3 años 6 meses y 4 años de edad H.V.L.D olía el alimento y mordía su ropa. Se metía en un cuarto oscuro o se salía hacia la obscuridad. A esta edad H.V.L.D era una niña atractiva para la gente, hiperactiva, aunque por periodos cortos de tiempo miraba al vacío. Había ocasiones que parecía estar ensimismada. Frecuentemente era una niña distante, indiferente y más contenta consigo misma.

Su coordinación al correr, caminar, trepar, mantener el equilibrio, etc... era dentro de la esperada para su edad, de hecho era una niña muy segura al hacerlo, lo mismo en lo relacionado a su motricidad fina.

### **De 3 a 5 años**

Algo que llamó la atención en H.V.L.D fue su desinterés por muñecas y su fascinación por todos aquellos juguetes con luces, sonidos y movimientos no bruscos.

Era una niña a quien rara vez logran captar su atención al mostrarle algo lejano, ocasionalmente examinaba la superficie de los objetos con sus manos, insistía en llevar siempre con ella un objeto (un burro y/o un pollo de peluche). Mostró gran interés por el movimiento y sonido de la lavadora, a la cual le aventaba juguetes e introducía sus manos para sentir el movimiento.

A los 4 años de edad le realizaron el estudio de Potenciales Auditivos Evocados, el cual salió Normal.

Antes de cumplir los 5 años de edad H.V.L.D mostraba gusto por la música, aunque de manera selectiva, ya que buscaba los discos que ella quería y repetía



aquellas canciones que le gustaban. En la actualidad este gusto e interés por la música ha aumentado repitiendo una y otra vez las canciones que a ella le gustan mucho.

Entre los 3 y los 5 años de edad mostró el manejo que ella tenía de los aparatos eléctricos, además de una suma habilidad para armar rompecabezas u otro tipo de construcciones, tararear la melodía de las canciones en su tono exacto y de los 4 a 5 años manejar el DVD para ver sus películas y escuchar música, el conocer las funciones de cada uno de los botones del control remoto y el manejo del teléfono inalámbrico.

Con respecto a su lenguaje era una niña que juzgando por su habilidad para seguir instrucciones comprendía muy poco, a menos que se le repitiera varias veces acompañado de señalizaciones para que lo entendiera. Decía algunas palabras sueltas, pero en realidad todo lo que ella quería lo señalaba.

A los 4 años de edad comenzaron a forzarla a hablar porque ella quería obtener todo por sí misma. Su lenguaje no era espontáneo ni con intención comunicativa, más bien era ecológico y sin aparente entendimiento. Fue hasta la edad de 5 años que H.V.L.D comenzó a decir palabras sin ser ecológicas, algunas aplicadas y otras no, esto gracias al programa de televisión de Dora la Exploradora y Barney. Sus primeras frases fueron alrededor de los 7 años de edad. Repetía frases escuchadas anteriormente después de tiempo sin que éstas tuvieran relación con la situación presentada en el momento.

Cuando H.V.L.D empezó a hablar de ella misma lo hizo en segunda persona. Alrededor de los 6 años de edad, cuando quería algo decía "quieres salchicha". Antes de esta edad llegaba a decir algunas palabras sueltas para pedirlo. Podía señalar muchos objetos pero no comunicaba.

Actualmente es una niña que estructura inadecuadamente el lenguaje "leche caliente" o "carne caliente". Todavía invierte pronombres ("D está aquí" o "tu papá" o "tu mamá"), pero cada vez más emplea un lenguaje con más sentido y cada vez menos ecológico.

Actualmente H.V.L.D continúa molestándose cuando se presentan cambios en su rutina y de ruta, provocándole gran enojo y necesidad de corregir hacia lo que ella estaba familiarizada (“pa allá”) mientras se revuelca en el piso.

A la fecha continúa molestándose cuando las cosas no están como deben de estar, por ejemplo el pintar o rayar en hojas de reuso queriendo que éstas estén blancas totalmente y lisas, sin arrugas. De más pequeña se molestaba mucho cuando era cambiado el orden de sus juguetes al acomodarlos en fila. Era una niña que tendía al desorden. Coleccionaba folletos del banco y propagandas, así como fichas de color, las cuales clasificaba por colores. Ante la ropa nueva parecía no importarle, lo que sí es que desde pequeña se quita los zapatos en casa.

En la actualidad guarda sus cosas en una vitrina y si alguien saca sus cosas, se enoja. Clasifica números de plástico del 1 al 5 por número y color.

Con respecto a su emotividad H.V.L.D se molestaba mucho cuando le interrumpían algo que estaba haciendo, a la fecha es igual. Cuando estaba contenta saltaba de arriba para abajo, se autoagredía (golpeándose con su mano la cabeza o contra alguna parte del cuerpo de otras personas, se pellizcaba e intentaba morder). Era miedosa a ciertos objetos, principalmente a muñecos con mucho movimiento y sonido agudo, también miedo a la gente vestida de blanco por la asociación que hizo cuando la inyectaron. En general era una niña libre de temores, parecía siempre ansiosa. Ante acontecimientos poco comunes le desagradaba, tirándose al suelo para hacer berrinche. Había ocasiones que era difícil consolarla cuando lloraba. Era resistente al contacto físico permitiéndolo solamente cuando ella quería y con quien ella quería debido a que era selectiva con las personas. Usaba a la gente como agente, principalmente a su hermana H.V.N.Y (ocasionalmente). No era sensible a la crítica ni tampoco cariñosa. Cuando los niños le quietaban algo agredía (empujaba y pegaba).

Socialmente H.V.L.D se escondía debajo de la mesa o retiraba cuando llegaba gente a su casa. Miraba a través de las personas como si éstas no

existieran, se aislaba, evitaba el contacto visual y a las personas. Le desagradaba que la tocaran y cuando era de aquellas personas que permitía, dicho contacto era por poco tiempo.

Antes de cumplir 3 años de edad imitó el movimiento al barrer de la película "El Barrendero" de Cantinflas, pero en sí de la gente no imitaba nada.

#### ↓ **ESTUDIOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD:**

A la edad de 3 años 2 meses de edad cronológica valoraron a H.V.L.D en el Centro de Rehabilitación Integral en el servicio de Comunicación Humana (CRIH) de Pachuca, Hidalgo por presentar problemas en lenguaje al mostrar uso de palabras sueltas.

En el estudio psicológico detectaron que la menor presentaba un desarrollo psicomotor y de lenguaje con retraso. Su Motricidad Gruesa con una edad de 23 meses (1 año 11 meses), Lenguaje con una edad de 18 meses ( 1 año 6 meses) y Personal Social de 24 meses (2 años). Canalizan al Centro de Salud Mental para descartar un Pb. Trastrono Generalizado del Desarrollo (TGD) de tipo Autista.

A los 3 años 11 meses de edad H.V.L.D, mediante una valoración psicológica en el CRIH de Pachuca, Hidalgo manejan la siguiente impresión diagnóstica:

- a) Retraso psicomotor con rasgos autistas.
- b) Trastornos específicos de lenguaje emisión-recepción.
- c) DOC (EEG anormal).

En 2004, cuando la menor tenía 4 años de edad asisten a la Clínica Mexicana de Autismo, A.C. (CLIMA) en la Cd. De México, donde después de una valoración se concluyó que la menor tenía dificultades para comunicar y emplear gestos o señas como alternativa, así como también para socializar, principalmente con niños de su misma edad. Sus habilidades de simbolización en el juego eran



limitadas y pobres. Tenía a su vez problemas de conducta y alteraciones sensoriales. La impresión diagnóstica, después del estudio fue de Trastorno Generalizado del Desarrollo de tipo autista.

A los 5 años 4 meses de edad H.V.L.D fue enviada al servicio de Psicología del Hospital del Niño en Pachuca, Hidalgo donde le realizaron una valoración porque la menor no hablaba bien, solo decía algunas palabras aisladas, no fijaba su atención, pasaba de una actividad a otra y no seguía instrucciones. El resultado de dicho estudio fue que H.V.L.D presentaba Retraso Psicomotor Ligeramente con un cociente de desarrollo del 64% en la Escala de Gesell y una edad de desarrollo de 3 años 3 meses. En Motricidad Fina obtuvo una edad de 42 meses (3 años 6 meses), Motricidad Gruesa una edad de 54 meses (4 años 6 meses), Adaptativa de 46 meses (3 años 10 meses), Lenguaje de 18 meses (1 año 6 meses) y Personal Social de 42 meses (3 años 6 meses).

En el mes de Agosto y Septiembre de 2007, con una edad de 8 años, H.V.L.D es llevada con una Psicóloga privada para que le realice un estudio psicológico con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo de tipo Autista con el objetivo de tener una base que sirva para una intervención terapéutica adecuada. En dicho estudio se corroboró el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo (Autismo) y dan a los padres sugerencias de intervención.

En Octubre de 2007, a la edad de 8 años 1 mes, realizaron a H.V.L.D un EEG en el que concluyeron "EEG anormal con actividad de ondas lentas temporal derecho con tendencia a la generalización y ondas agudas occipitales izquierdas".

En Febrero de 2008, a la edad de 8 años 6 meses, realizaron a H.V.L.D otro EEG en el que se demostró lo siguiente "foco de puntas en parietal izquierda en el sueño y frecuentes ondas vertex extremas, en sueño, la vigilia con onda lenta de mediana amplitud".



#### ↓ **INFORME ESCOLAR:**

Los informes que a continuación se mencionarán fueron elaborados por el Centro de Atención Múltiple No. 1 "Dolores Freixa Battle" de Pachuca, Hidalgo donde asiste la menor a estudiar.

En Julio de 2007 la Profa. M.L.C.E mandó el siguiente reporte:

Al inicio del ciclo escolar H.V.L.D mostró dificultad para permanecer dentro del salón de clases, para respetar reglas dentro y fuera del salón de clases. Los hábitos de alimentación mostrados en ese momento por H.V.L.D no eran aceptados puesto que comía de pié. Le gustaba estar la mayor parte del tiempo tirada en el piso por tiempo prolongado. Presentaba berrinches constantes. No compartía sus juguetes, tampoco se integraba al trabajo en equipo.

Académicamente H.V.L.D identificaba colores, formas geométricas, su nombre e iniciaba la escritura del mismo; repetía una y otra vez comerciales de la televisión. Sus periodos de atención en actividades escolares eran cortos. Sus berrinches aumentaron en intensidad y cada vez más ha tolerado más tiempo dentro de la escuela, permaneciendo dentro del salón de clases una jornada de 4 horas con un receso de 30 minutos.

En el mes de Mayo de 2008 H.V.L.D mostró un desempeño variado durante el ciclo escolar atribuyéndoselo a cambios en el medicamento de control neurológico. Al inicio observaron irritabilidad en la menor, situación que ha ido disminuyendo, así como somnolencia. Dentro de los avances de H.V.L.D se menciona responder a su nombre, seguir instrucciones dadas por la maestra para la realización de alguna actividad, llega en ocasiones a responder el saludo. Mostró agrado al trabajar en la computadora llegando a identificar algunas de sus funciones como encendido y apagado, utilizar el programa Paint, Word Art y acceder a Excel siendo difícil el cambiar a diferentes juegos didácticos.

Su lenguaje se ha hecho más comprensible, aunque todavía tiende a repetir las consignas dadas, frases escuchadas en la radio o televisión y canciones en su tono exacto.

Utiliza la tercera persona para referirse a ella. Ha aumentado el número de palabras que da como respuesta en una interacción. Evita el contacto visual con la

maestra y compañeros. Manifiesta desagrado por la voz del programa en computadora de "Pipo", con el que baja todo el volumen de la computadora o apaga las bocinas. Le agrada ser abrazada, que se le hable con cariño y muestra afecto selectivamente.

✚ **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

• **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. (Sparrow).

• **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

Test Guestáltico Visomotor de Bender

Escala de Inteligencia Stanford-Binet

Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial ó Coloreada)

Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)

• **PERFIL CLÍNICO:**

Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.).

✚ **RESULTADOS:**

• **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland (Sparrow)

Edad Cronológica: **8 años 11 meses**

## NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

ÁREAS	DESARROLLO			DÉFICIT
	Estable	Incipiente	De Área	
COMUNICACIÓN	21%	17%	38%	62%
HAB. VIDA DIARIA	32%	19%	51%	49%
SOCIALIZACIÓN	52%	29%	81%	19%
MOTRICIDAD	64%	22%	86%	14%

### CONDUCTAS PERTURBADORAS FRECUENTES:

Es un niña demasiado dependiente para su edad, evita ir a la escuela, impulsiva, activa, berrinchuda, con comportamiento negativista, muestra falta de consideración, agresiva físicamente (heteroagresión) con motivo. Muestra preocupación excesiva por la computadora, música, películas, televisión y por ir a la tienda Aurrerá a la casita de juegos, a compararle papas y gatorade.

### CONDUCTAS PERTURBADORAS OCASIONALES:

Selectividad en el alimento así como comer compulsivamente. Sueño inquieto, no hace buen contacto visual. Presenta atención y concentración selectiva y se autoagrede cuando se enoja golpeando su cabeza. No está consciente de todo lo que sucede a su alrededor.

(Se anexa Perfil)

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

#### **Test Guestáltico Visomotor de Bender**

Edad Cronológica:       **8 años 10 meses**

**Edad Perceptomotora:** 5 años 09 meses

**Percentil:** -5 (Inmadurez Perceptomotora)

**Observaciones:**

Niña diestra, tomó inadecuadamente el lápiz al hacerlo con tres dedos (pulgar, índice y medio). Ejercía mucha presión al realizar sus trazos y mostró inadecuada postura para trabajar ya que se acercaba demasiado a la hoja y se recostaba sobre su brazo mientras copiaba los modelos mostrados en las tarjetas. Se observó inquieta corporalmente al mostrar mucho movimiento, dispersarse fácilmente y mirar al vacío mientras realizaba la actividad.

A lo largo del test se observó que H.V.L.D era una niña que trataba de copiar los modelos lo más apegado al modelo de la tarjeta, por lo que si el trazo le quedaba mal, lo borraba y volvía a hacer. Lo que llamó la atención es que en aquellas figuras compuestas por puntos, una vez terminados de dibujar los unía con una línea como en aquellas actividades de preescolar donde se debe trazar una línea sobre los puntos dibujados para que la figura quede trazada. Esto se observó en la figura 2.

Dentro de las dificultades mostradas en H.V.L.D, la menor empleó medios por los cuales ayudarse para su ejecución, tal es el caso de la figura 5 en la que la trazó primero con líneas y encima de las mismas dibujó los puntos. Fragmentó la curva de la figura 4, invirtió el orden de trazo de los pentágonos de la figura 7, y en la figura 8 comenzó por la figura central y después por el armazón.

No se observaron trazos invertidos pero sí dificultad en el manejo del espacio ya que presentó sobreposición en algunas de las figuras como la figura 8 con la figura 4 y 5; tendencia a la colisión en la figura 5 con la figura 1 y la figura 3 con la figura 4.

Con respecto a los resultados obtenidos en H.V.L.D se habla de una menor que se encuentra 3 años 1 mes aproximadamente por debajo del grupo de su



edad, ya que la puntuación de 9 errores que tuvo la sitúan ligeramente por debajo de la segunda desviación estándar del grupo de su edad, la cual se traduce a inmadurez en los procesos perceptomotores.

Dentro de los errores que H.V.L.D tuvo y que para su edad ya no se esperarían, se encontró:

- Ángulos extras en la figura A-----Significativa al  $* < .01$ .
- Ángulos extras y omitidos en la figura 7-----Común en niños de su edad significativa en un  $* < .001$ .
- Ángulos extras y omitidos en la figura 8-----Significativa al  $* < .001$ .
- Curvas sustituidas por ángulos-----Significativa al  $* < .001$ .
- Rotación en la figura 3-----Altamente significativa al  $* < .01$
- Rotación de la curva en la figura 4-----Altamente significativa al  $* < .001$
- Rotación en la figura 7-----Altamente significativa al  $< .001$
- Fracaso en la integración de la figura 7-----Significativa al  $* < .001$
- Perseveración en la figura 6-----Altamente significativa al  $* < .01$

### **Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet**

Edad Cronológica: **8 años 08 meses (104 meses)**

**Edad Mental:** 4 años 01 mes (49 meses)

**C.I.:** 47 (Retraso Mental Moderado)

**Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial ó Coloreada):**

**Edad Cronológica:** 8 años 8 meses

**Puntaje Total:** 15

**Discrepancias:** +2 -2

**Percentil:** 10

**Rango:** IV (Inferior al Término Medio en procesos de Análisis y Síntesis Visual)

**Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)**

**Edad Cronológica:** 8 años 8 meses

**Edad de Vocabulario Receptivo:** 3 años 2 meses

**Percentil:** <1

**Categoría Descriptiva:** Puntuación Extremadamente Baja

• **PERFIL CLÍNICO:**

**Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S)**

**Edad Cronológica:** 8 años 10 meses

CATEGORÍAS	PUNTAJES
I. RELACIÓN CON PERSONAS	2.5
II. ACTIVIDADES DE IMITACIÓN	3
III. RESPUESTA EMOCIONAL	2.5
IV. USO DEL CUERPO	2

V. USO DE OBJETOS	2
VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO	3
VII. RESPUESTA VISUAL	2.5
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	2
IX. RESPUESTA Y USO TACTO GUSTO Y OLFATO	3
X. MIEDO Y NERVIOSISMO	2
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	2.5
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	2.5
XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD	3
XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELECTUAL	3
XV. IMPRESIÓN GENERAL	2.5
PUNTAJE TOTAL	38

(Se anexa Perfil)

↓ **CONCLUSIONES:**

Con base en los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.) H.V.L.D obtuvo un puntaje de 38, que de acuerdo a la escala corresponde a la sintomatología dentro del Trastorno del Espectro Autista de intensidad severa. Clínicamente es una niña con sintomatología moderada en transición a lo leve y otra instalada ya en este grado. Corroborándose el diagnóstico de **Autismo Moderado en transición a un Autismo Leve (Alto Rendimiento)**.

Con respecto a la valoración de desarrollo se observó un desfase en todas las áreas del mismo evaluadas por la Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland pero con un perfil difuso, ya que aunque todas están por debajo de lo esperado para su edad no dejan de existir unas áreas más fuertes que otras o con más movimiento en el desarrollo para consolidarlo.

El área más fuerte en H.V.L.D fue Motricidad con un desarrollo consolidado del 64%, incipiente del 22% y un déficit del 14%, seguido por Socialización con un 52% de habilidades consolidadas, un 29% en movimiento y un déficit del 19%, de ahí sigue Habilidades de Vida Diaria con un 32% de habilidades desarrolladas, un 19% en proceso de consolidarse y un 49% de déficit y por último Comunicación la cual fue el área más afectada de todas con un 21% de desarrollo estable, un 17% en movimiento y un déficit del 62%..

Cognitivamente H.V.L.D obtuvo un C.I. de 47 que corresponde a una categoría de Retraso Mental Moderado, sin embargo es importante mencionar que la menor cuenta con mayor potencialidad de la que muestra en este momento ya que la dificultad para comprender el lenguaje por la literalidad que está dejando ver la limita demasiado, la inquietud que por momentos muestra, la inmadurez en los procesos de análisis y síntesis visual y en la limitación para generalizar conceptos. Por otro lado con una adecuada estimulación y orientando al manejo de la menor tanto en la escuela como en casa, H.V.L.D avanzará más en su maduración, aprendizaje y funcionalidad.

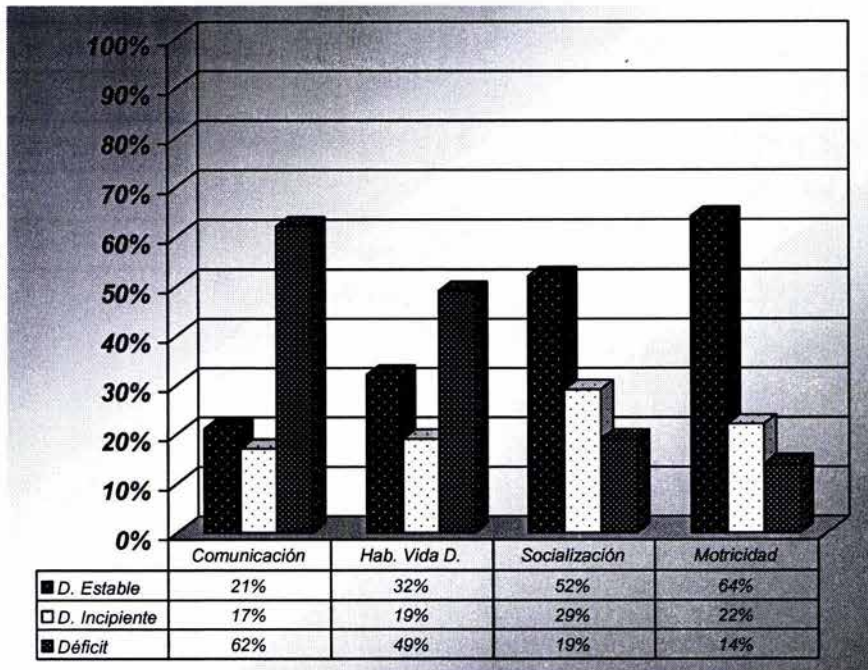
↓ **SUGERENCIAS:**

- Revisar esquema farmacológico a consideración del médico para ajuste de dosis o cambio del mismo.
- Asistir a Terapia Ambiental con un programa por ser paciente foráneo y citas a revisión del mismo cada mes para avances y ajustes del mismo.

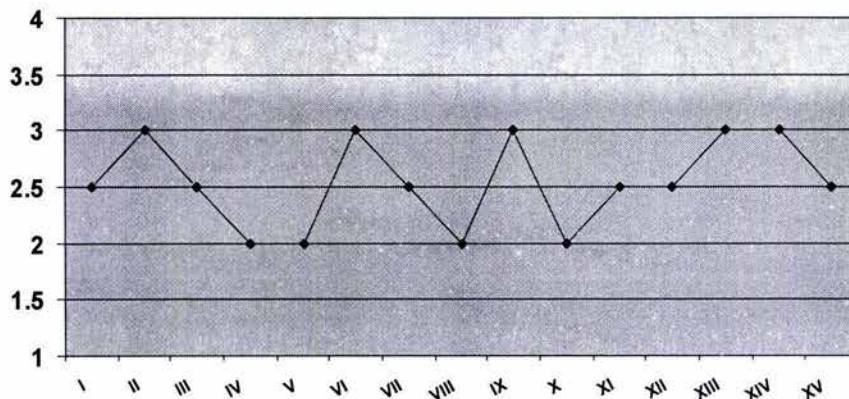


- Fomentar habilidades de vida diaria para su independencia y adaptación.
- Asistir a apoyo psicopedagógico.
- Asistir a terapia de lenguaje para trabajar con la estructuración del lenguaje pero a su vez con la comunicación tanto verbal como no verbal.
- Asistir a una actividad física en la que comparta e interactúe con sus compañeros para favorecer las pautas sociales y que a su vez se estimule su motricidad.
- Seguimiento médico constante.
- Orientación a los padres y escuela sobre el manejo de H.V.L.D.
- Revaloración en un año y medio para su seguimiento.

## GRÁFICA DE DESARROLLO



## PERFIL DEL C.A.R.S.



### **CASO 3: L.C.I.A (Dx. Trastorno o Síndrome de Asperger)**

#### **↓ FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**Nombre:** L.C.I.A

**Sexo:** Masculino

**Edad:** 6 años 3 meses

**Escolaridad:** 1ero. Primaria

**Escuela:** Colegio Fuentes Brotantes

**Fecha de Nacimiento:** 05 de Septiembre de 2002

**Nombre de la Madre:** Sra. C.G.D.T.

**Nombre del Padre:** Sr. L.I.C.E.

#### **↓ MOTIVO DEL ESTUDIO:**

Se refiere paciente a Valoración de Desarrollo, Valoración de Procesos Cognoscitivos y Perfil Clínico como complemento diagnóstico ante la sospecha de sintomatología correspondiente a un Trastorno del Espectro Autístico (TEA).

L.C.I.A, de recién nacido, era un niño que dormía poco. Antes de cumplir el año de edad, el menor no mostraba mucho interés por lo que las demás personas hacían o le pedían, prefería apartarse y buscar algún objeto o actividad de su interés.

Cuando L.C.I.A cumplió un año de edad, les llamó la atención a sus padres el que era un niño indiferente, no seguía instrucciones, ya que al pedirle que hiciera algo los ignoraba. Mostraba aversión al contacto físico tan estrecho como el abrazo y el apapacho. Con respecto a su lenguaje, L.C.I.A decía algunas palabras como "uva" y "aua" (agua) cuando observaba dichos objetos, aunque también sin sentido aparente. Alrededor de los 18 meses (1 año 6 meses) hubo suspensión del lenguaje volviéndose a arrancar alrededor de los 36 meses (3 años), edad en la que estaba tomando medicamento y estaba en terapia en lenguaje en Neurocom.

A los 2 años 6 meses le detectaron baja audición con una pérdida del 40% en ambos oídos. Lo operaron de las adenoides y las anginas, y como tenía mucho moco en los oídos, le colocaron los tubos auditivos. Observaron que su audición mejoró, sin embargo continuó sin lenguaje articulado hasta que asistió a Neurocom a los 2 años 11 meses aproximadamente, por recomendación de la tía materna del menor, quien es Psicóloga.

Alrededor de los 4 años de edad, los padres de L.C.I.A le hicieron el comentario al menor de no pisar una coladera. A partir de esto, L.C.I.A no permitía que los demás lo hicieran entendiendo la indicación literal. Pensamiento que a decir de los padres está presente en el menor actualmente.

L.C.I.A, por lo que sus padres comentaron, era un niño que no le gustaba el ser besado, prefería jugar solo y no comprendía las reglas de los juegos, por lo que una Psiquiatra y quien además trabajó en Neurocom diagnosticó Pb. Síndrome de Asperger.

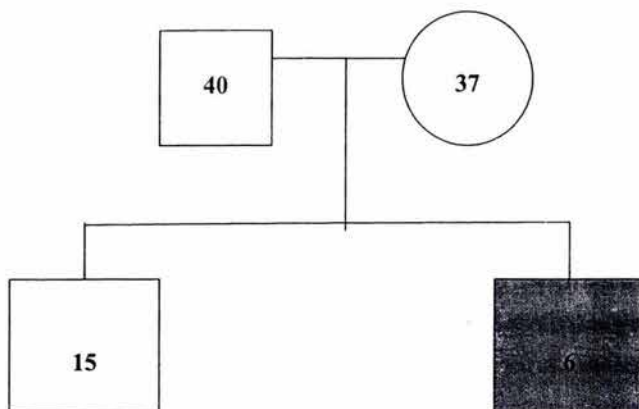
#### ↓ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Entre los 3 y 4 años de edad tomó **Notropil (susp)**: 0.5ml – 0 – 0.5 ml debido a que L.C.I.A no hablaba, no comprendía ni tampoco seguía instrucciones.

Actualmente se encuentra sin tratamiento farmacológico.



✚ **FAMILIOGRAMA:**



**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

Nombre	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
L.I.C.E.	Lic. Contaduría Pública (Carrera Trunca)	Gerente Bancario	Padre
C.G.D.T.	Preparatoria	Hogar	Madre
L.C.C.I.	1ero. Preparatoria	Estudiante y Cerillo en Wal-Mart en fin de semana	Hijo

- Dentro de la familia no se reportan antecedentes de enfermedad mental como tal, pero sí de comportamientos raros, que podrían formar parte de alguno de ellos como:

Tío Materno de L.C.I.A.-----**Sin Dx. Es una persona aislada, tartamudeaba. Tiene pocos amigos y su comportamiento es el de una persona de menor edad.**

### **HISTORIA PERSONAL**

#### **ANTECEDENTES**

L.C.I.A es el hijo menor de dos embarazos. El embarazo de él fue de nueve meses y nació por medio de cesárea porque su parto anterior fue igual. Hubo llanto inmediatamente después de nacer. Su peso fue de 3,550 kg, su talla de 50 cms y un APGAR de 8 o 9 (dato no exacto porque la madre no lo recuerda). No requirió de incubadora. Entre la primera y la segunda semana L.C.I.A presentó ictericia, para la cual le mandaron baños de sol.

Su desarrollo neuromotor fue el siguiente: sostuvo su cabeza alrededor de los 4 meses, se sentó sin apoyo a los 6 meses aproximadamente, gateó desde los 9 hasta los 15 meses de edad. La transición del gateo a la deambulaci3n fue de manera gradual. Se paró sin apoyo a los 12 meses y caminó solo a los 15 meses.

Con respecto a la caminata L.C.I.A no presentó problema alguno, pero para correr y brincar sí, ya que a los 2 años de edad no sabía hacerlo, era torpe en sus movimientos, lográndolo hasta aproximadamente los 3 años de edad.

Actualmente su coordinaci3n gruesa tanto para correr como para brincar y trepar es torpe. Cuando baila no tiene coordinaci3n en brazos y piernas, corre

arrastrando los pies y no ejerce el movimiento de los brazos. Su coordinación motora fina es torpe también.

No ha recibido algún tratamiento ortopédico.

Con respecto a su lenguaje, L.C.I.A inició el uso de palabras sueltas o cápsula alrededor del año de edad ("uva", "aua"(agua), a veces "pan" o "Van" (lván)) ocasionalmente con intención comunicativa, aunque la mayoría de las veces era sin sentido aparente. En L.C.I.A se reportó el antecedente de haber dejado de hablar alrededor de los 18 meses, volviéndose a reestablecer el lenguaje articulado a los 3 años de edad aproximadamente.

Juzgando por la habilidad de L.C.I.A para seguir instrucciones o contestar era un niño que no comprendía el lenguaje. Actualmente hay ocasiones que se le dificulta entenderlo todavía, pero su comprensión del mismo ha mejorado. Frecuentemente repite frases que ha escuchado anteriormente con y sin aparente entendimiento. Cuando él empezó a hablar de sí mismo lo hizo empleando la tercera persona, mostrando a su vez dificultad en diferenciar entre el "tú" y el "yo" (lográndolo hasta los 4 o 5 años de edad).

En comparación con el número de cosas que podía señalar o nombrar, lo que L.C.I.A comunicaba no era proporcional, de hecho no comunicaba.

Comenzó a formar frases a los 4 años 6 meses aproximadamente, pero cuando quería algo no lo pedía por medio de frase, sino de palabra suelta.

Con respecto a su conversación, L.C.I.A es un niño que no conversa, rara vez inicia una plática y se le dificulta mantenerla. Cuando va a hacer una pregunta y lo interrumpen se enoja.

Socialmente, L.C.I.A entre los 4 y los 8 meses de edad no pedía ser levantado alzando sus brazos, rara vez lo hacía. Alrededor del año de edad mostraba resistencia a ser tomado en brazos, siendo difícil a veces hasta por mamá y papá, doblaba su espalda y echaba su cabeza para atrás cuando lo hacían. Mostraba indiferencia selectiva hacia las personas.

A la fecha evita el contacto visual, hasta con sus padres. De hecho cuando lo observan, L.C.I.A comenta que no le gusta que lo vean. Muestra interés selectivo para acercarse y jugar con niños de su edad. Los padres comentan que L.C.I.A no busca, lo tienen que buscar. Convive únicamente con dos amigas en la escuela y con su primo. Muestra interés por ver a los bebés y a niños más pequeños que él. Prefiere más la compañía del adulto, intenta imponer sus intereses, condiciones, etc...llega a participar en juegos muy sencillos de interacción como las atrapadas, pero en general es un niño que presenta dificultad para entender las reglas de los juegos.

Muestra interés por algunos juguetes como la pelota, coches (los cuales colecciona y busca traer consigo) y animales de peluche. Cuando juega solo lo hace con el Wii o con la pelota. Llega a jugar con los muñecos, los mueve o cambia de lugar pero es de llamar la atención la carencia de juego imaginario ya esperado para la edad.

Con respecto a la respuesta de los estímulos, L.C.I.A es un niño que tiende a examinar los objetos, es intolerante a ciertos sonidos como cuetes, tonos de voz elevados, la licuadora, el extractor, etc...

Es selectivo con los alimentos, ha mejorado, ya que hace aproximadamente cinco meses era aún más.

Su respuesta al dolor es variable ya que hay veces que siente el dolor y es exagerado, pero en otras parece no sentirlo, lo mismo sucede con el calor y el frío.

Con relación a los cambios de actividad, de rutina o rutas se altera demasiado y se resiste, pero finalmente acepta. De pequeño tendía al orden (4 años) ya que los coches los acomodaba en fila y si el orden era roto o cambiado se enojaba. Actualmente no es tan marcado.

Los padres de L.C.I.A describen al menor como un niño rebelde, retador, defensor de aquellos a quienes le hacen daño, sonriente, de comprensión literal, no comprende los diferentes significados del lenguaje, falla en la aplicación de palabras o frases y es un niño feliz.



En la escuela L.C.I.A es inquieto, agresivo cuando lo tocan. Muestra interés por el inglés y lo entiende bien, mucho mejor que el español. Sabe resolver operaciones aritméticas pero aplicarlas a la resolución de un problema no. La maestra debe ser explícita y clara con él para que el menor la entienda. Le falla comprender los contextos sociales.

#### ✚ **ESTUDIOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD:**

A los 2 años 6 meses le realizaron el estudio de **Potenciales Auditivos** en los que detectaron en L.C.I.A baja audición con una pérdida del 40% en ambos oídos. Lo operaron, tenía mucho moco y le colocaron tubos auditivos. Mejoró su audición.

A los 3 años de edad le realizaron una **valoración** en Neurocom porque no hablaba y no seguía instrucciones.

A esta edad también le practicaron también un **EEG** en el que concluyeron: "datos de inmadurez con un retraso de aproximadamente 1 año 8 meses".

A los 4 años 6 meses le realizaron otro **EEG** en el que hubo mejoría pero todavía se reportaba inmadurez.

#### ✚ **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

- **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. (Sparrow).

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

Test Gestáltico Visomotor de Bender.

Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar (WISC-R)

Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial o Coloreada)

Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)

- **PERFIL CLÍNICO**

Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS)

↓ **RESULTADOS:**

- **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland (Sparrow)

Edad Cronológica: **6 años 3 meses**

NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

ÁREAS	DESARROLLO			DÉFICIT
	Estable	Incipiente	De Área	
COMUNICACIÓN	63%	28%	91%	09%
HAB. VIDA DIARIA	45%	11%	56%	44%
SOCIALIZACIÓN	45%	21%	66%	34%
MOTRICIDAD	75%	14%	89%	11%

**CONDUCTAS PERTURBADORAS FRECUENTES:**

Es un niño demasiado dependiente para la edad en cuanto a habilidades de vida diaria, muestra ansiedad extrema, tics nerviosos como el parpadeo, ríe demasiado fácil, no hace buen contacto visual, es demasiado impulsivo, enojón y

con comportamiento negativista. Muestra falta de consideración, es demasiado agresivo físicamente porque cuando lo tocan o le hacen algo agrede. Tiene preocupación excesiva por jugar con los videojuegos (Wii) y por los coches. Presenta onicofagia (morderse las uñas) y estereotipias motoras como el movimiento dactilar. Usa una forma de hablar rara ya que emplea una entonación peculiar.

### **CONDUCTAS PERTURBADORAS OCASIONALES:**

Es introvertido. Si toma agua después de las cinco de la tarde llega a orinarse en la cama. Presenta atención y concentración selectiva, es activo, miente, habla de manera incoherente y no está consciente de todo lo que sucede a su alrededor. Presenta aleteo y caminata repetitiva como estereotipias motoras.

(Se anexa Perfil)

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

#### **Test Gestáltico Visomotor de Bender**

Edad Cronológica:       **6 años 2 meses (74 meses)**

**Edad Perceptomotora:** 6 años 6 meses (78 meses)

**Percentil:**               60

#### **Observaciones:**

Niño diestro. Tomó el lápiz adecuadamente. Con su mano izquierda detenía la hoja mientras realizaba sus trazos.

Con respecto a sus trazos no presentó trazo invertido en círculo pero sí en línea vertical al hacerla de abajo hacia arriba y no de arriba hacia abajo. Fue claro

el esfuerzo que hizo L.C.I.A al copiar los modelos mostrados en las tarjetas, ya que intentaba reproducirlos lo más parecidos al mismo, y cuando no eran así, los borraba y volvía a trazar. Mostró la necesidad de contar los puntos y columnas de las figuras para que estuvieran exactos los modelos copiados.

Con los resultados obtenidos en L.C.I.A se habla de un niño que se encuentra 4 meses por arriba del grupo de su edad en procesos perceptomotres, es decir , se encuentra dentro de la primera desviación estándar por encima de la media del grupo de edad. Se observó expansividad en su ejecución al trazar figura por hoja. También se encontraron errores comunes y esperados para niños de la edad de L.C.I.A, como por ejemplo:

- Ángulos extras u omitidos en las figuras 7 y 8
- Curvas sustituidas por ángulos en la figura 6
- Fracaso para integrar las partes en la figura 7
- Perseveración en la figura 6

Los únicos errores que L.C.I.A presentó como significativos en cuanto a ser elementos importantes de datos clínicos y que se tendrían que seguir observando fueron:

- Fracaso en la integración de la figura 4
- Rotación en la curva de la figura 4 (altamente significativa)

### **Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar (WISC-R)**

Edad Cronológica: **6 años 2 meses**



ESCALA DE INTELIGENCIA VERBAL	
Información	13
Semejanzas	10
Aritmética	10
Vocabulario	16
Comprensión	9
Retención de Dígitos	(10)
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>

ESCALA DE INTELIGENCIA DE EJECUCIÓN	
Figuras Incompletas	13
Ordenación de Dibujos	7
Diseño con Cubos	9
Composición de Objetos	9
Claves	10
Laberintos	(11)
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>

**C.I.Verbal:** 109 (Término Medio)

**C.I. Ejecución:** 96 (Término Medio)

(Se anexa Perfil)

**C. I. Total :** 103 (Término Medio)

Existe una diferencia de 13 puntos entre el C.I. Verbal y el C.I. de Ejecución la cual es significativa de acuerdo a Kaufman, por lo que el C.I. Total no puede ser tomado en su totalidad debido a que no es totalmente representativo de la capacidad intelectual de L.C.I.A por la ligera heterogeneidad en que están funcionando los procesos mentales de ambas escalas.

**Factor de Atención:** 100

**Factor de Comprensión Verbal:** 112

**Factor de Organización Perceptual:** 97

### **Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial o Coloreada):**

Edad Cronológica: 6 años 1 mes  
Puntaje Total: 27  
Discrepancias: +2 -2  
Percentil: 95  
Rango: I (Superior en Procesos de Análisis y Síntesis Visual)

### **Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP):**

Edad Cronológica: 6 años 1 meses  
Edad de Vocabulario Receptivo: 5 años 11 meses  
Percentil: 45  
Categoría Descriptiva: Puntuación Promedio

- **PERFIL CLÍNICO:**

### **Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS):**

Edad Cronológica: 6 años 3 meses  
Puntuación General Total: 39  
Coeficiente de Sx. de Asperger: 111  
Probabilidad de Sx. de Asperger: 77% (Muy Alta)

SUBESCALAS	PUNTUACIÓN ESTÁNDAR	PROBABILIDAD
LENGUAJE	11	63%
SOCIAL	11	63%
ADAPTATIVA	13	84%

<b>COGNITIVA</b>	11	63%
<b>SENSOMOTORA</b>	13	84%

(Se anexa Perfil)

#### ↓ **CONCLUSIONES:**

Con base en los resultados obtenidos en la Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland es claro que las habilidades de L.C.I.A se encuentran desfasadas de lo esperado para su edad, al obtener un perfil de desarrollo difuso y funcionar de manera heterogénea. Dentro de los dominios evaluados, Habilidades de Vida Diaria fue el área con mayor déficit al obtener un desarrollo consolidado del 45%, un 11% en proceso y un déficit del 44%, área que deja ver la dependencia que todavía llega a tener L.C.I.A en cuanto a su autocuidado y que es necesario orientar a los padres sobre la necesidad de fomentar la funcionalidad e independencia del menor en estas habilidades. Le sigue el área de Socialización en la que arrojó un 45% de desarrollo estable, un 21% incipiente y un déficit del 34%, Motricidad al obtener un 75% de habilidades consolidadas, un 14% en proceso y un 11% de déficit. El dominio con mayor funcionalidad fue Comunicación al obtener un 63% de habilidades instaladas, un 28% en movimiento y un déficit del 9%. Llama la atención que Comunicación haya sido el área más funcional en L.C.I.A, lo que habla de que el menor Comunica más de lo que Socializa, es decir cuenta con los dispositivos para mejorar su Socialización pero la realidad, y que además es corroborado por los padres del menor, L.C.I.A no muestra gran interés por relacionarse con las personas, principalmente con los niños. Sin embargo es importante estimular esta área para mejorar su funcionalidad y adaptación.

Cognoscitivamente, L.C.I.A es un niño que cuenta con un C.I Verbal de 109 (Término Medio), un C.I de Ejecución de 96 (Término Medio) y un C.I Total de 103

(Término Medio) existiendo una diferencia significativa de 13 puntos entre el C.I Verbal y de Ejecución, por lo que de acuerdo a Kaufman, la diferencia obtenida entre los dos C.I's es significativa, lo cual se traduce en que el C.I Total no debe ser tomado como un dato representativo de la capacidad intelectual real de L.C.I.A, ya que el perfil se encuentra funcionando ligeramente desfasado por ser una diferencia pequeña (de un punto) y no tan homogénea como se esperaría.

Todo esto habla de que L.C.I.A es un niño que cuenta con gran potencialidad cognitiva y ante tareas de tipo verbal funciona mejor a diferencia de aquellas tareas ejecutivas. Es un perfil que muestra grandes fortalezas como comprensión verbal por encima del promedio con un buen desarrollo del lenguaje, un ambiente familiar y social que estimula y propicia las habilidades verbales, escolaridad adecuada a la edad, habilidad para formar conceptos así como esfuerzo intelectual. También buena memoria, atención e interés en el medio, ambición y curiosidad intelectual. Buena percepción y concentración en cuanto a la atención hacia los detalles, así como habilidad para establecer con mayor facilidad que el promedio una serie de aprendizajes y diferenciar entre los detalles esenciales de los que no lo son. Gran habilidad para los procesos de análisis y síntesis visual partiendo de algo estructurado como en el Test de Matrices Progresivas de Raven, en el que obtuvo un percentil de 95 correspondiente a un rango Superior al promedio en estos procesos.

Al hacer referencia a un perfil cognitivo heterogéneo, a parte de resaltar las fortalezas, también es importante mencionar las debilidades cognitivas de acuerdo a su capacidad, dentro de las cuales se encuentra, dificultad en la organización visual respecto a la secuenciación y por lo tanto a la anticipación de los acontecimientos y sus posibles consecuencias por la falla en la temporalidad, ansiedad y fracaso en el uso de señales, impulsividad, un procesamiento de información más lento, fallas en la generalización de los conceptos, dificultad en la comprensión de algunas preguntas, principalmente en aquellas donde tiene que hacer uso de su juicio social, característicos en los niños con algún TEA. También se observó demasiado ansioso ante situaciones de mucha demanda y poco



tolerante a la espera, situaciones que a su vez influyeron en su desempeño y funcionalidad.

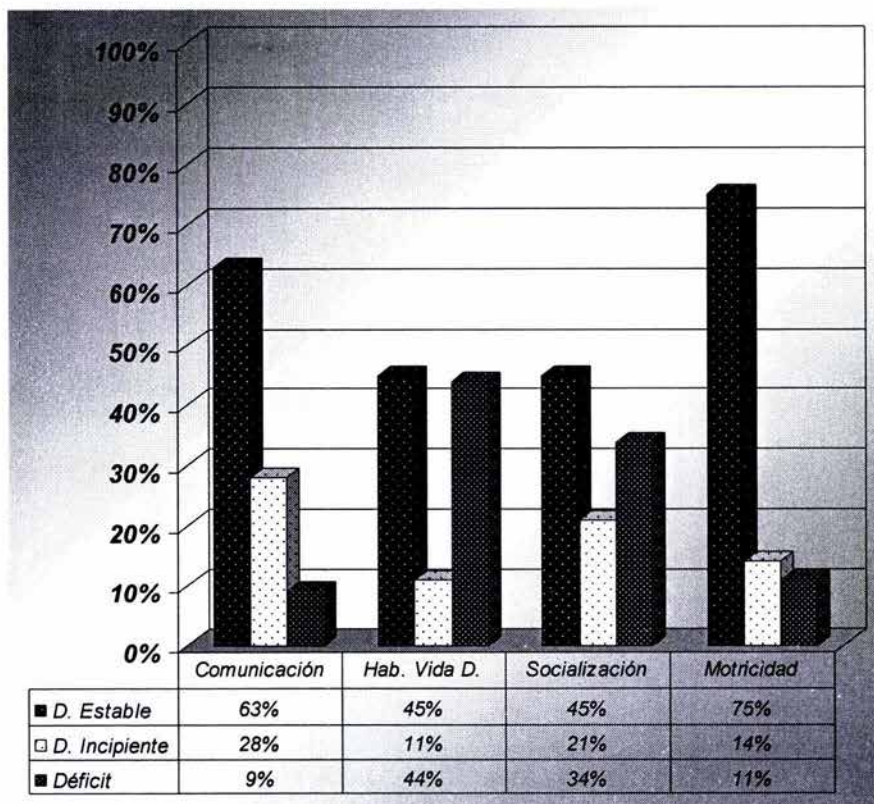
Clínicamente, mediante las observaciones clínicas, datos obtenidos de las entrevistas con los padres y el coeficiente de 111 en la Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS), el cual corresponde a un 77% de probabilidad, se concluye que L.C.I.A de 6 años 3 meses de edad cronológica tiene **Síndrome de Asperger**, el cual forma parte de los Trastornos del Espectro Autístico en su forma más leve y que tiene que ver más con una forma de pensar literal y rígida, y no tanto con un déficit en la atención, el cual se puede confundir por la selectividad en cuanto a sus intereses. Tampoco a un déficit en la adquisición de la información, ya que no se debe a una limitación intelectual como tal, sino más bien a un procesamiento de información más lento que el resto de los niños de su edad, en donde la comprensión literal del lenguaje, hace que algunos contextos y problemas no los entienda y por lo tanto falle en su manejo y resolución.

#### ✚ SUGERENCIAS:

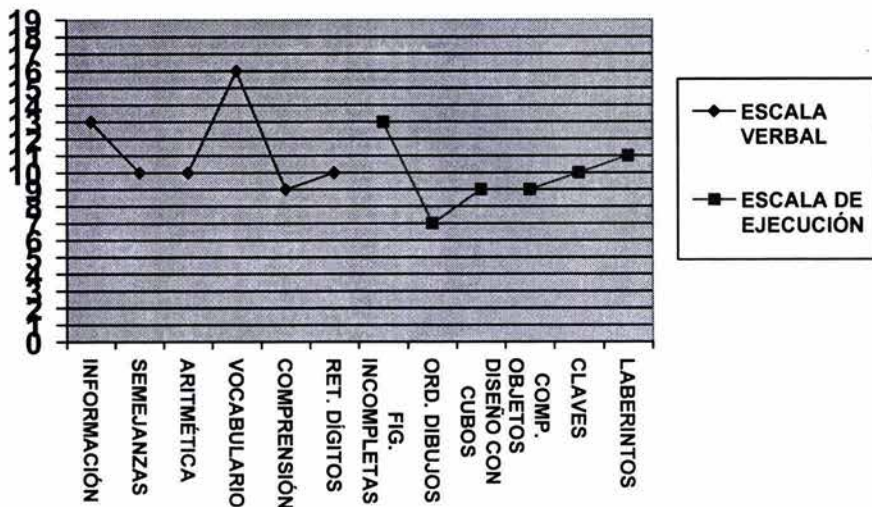
- A consideración del médico el inicio de algún tratamiento farmacológico que ayude a disminuir el nivel de ansiedad e impulsividad elevado que maneja L.C.I.A, y que al mismo tiempo le ayude a estructurar de mejor forma su pensamiento.
- Fomentar habilidades de vida diaria para su independencia y adaptación.
- Asistir a Terapia Grupal con el objetivo de fomentar las habilidades sociales con niños de su edad.
- Programa a los padres donde se les den estrategias de apoyo en casa y escuela para manejar esta área.

- Orientación a los padres y escuela sobre el manejo de L.C.I.A en cuanto a límites y disciplina.
- Revaloración en un año o año y medio para su seguimiento.

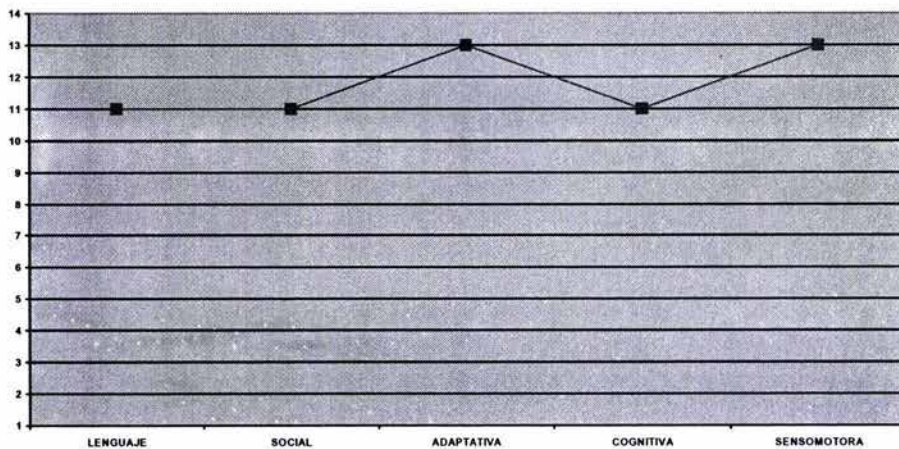
### PERFIL DE DESARROLLO



**PERFIL COGNITIVO  
(WISC-R)**



**PERFIL DE LAS SUBESCALAS DEL ASDS**



#### **Caso 4: S.C.A.R. (Dx. Autismo de Alto Rendimiento)**

##### **↓ FICHA DE IDENTIFICACIÓN:**

**Nombre:** S.C.A.R.

**Sexo :** Masculino

**Edad :** 6 años 4 meses

**Escolaridad :** Preescolar

**Escuela:** Kinder "Ángel del Campo" con apoyo de CAPEP

**Fecha de Nacimiento:** 04 de Diciembre de 2001

**Nombre de la Madre:** Sra. C.A.A.L.

**Nombre del Padre:** Sr. S.C.R.

##### **↓ MOTIVO DEL ESTUDIO:**

Se refiere paciente para Valoración de Desarrollo, Valoración de Procesos Cognoscitivos y Perfil Clínico como complemento diagnóstico por sospecha de TEA.

A los dos años de edad los padres de S.C.A.R comentaron que ellos sospecharon de un problema auditivo ya que al hablarle los ignoraba, sospecha que no fue válida debido que su padre se dio cuenta del interés por la música.

Entre los dos y los tres años de edad se observó la intolerancia a sonidos agudos respondiendo con llanto. Actualmente se tapa sus oídos ante algún sonido y muestra gusto por la música. A los tres años de edad S.C.A.R sorprendió a sus padres al escribir en la computadora "mamá te quiero". A los cuatro años de edad fue llevado por sus padres al Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" porque S.C.A.R repetía todo lo que le decían sin entendimiento aparente. Era un niño que no comunicaba, tampoco socializaba y se aislaba. Fue un menor que



empezó a leer solo. Entró a la escuela y no seguía instrucciones, era indiferente, no jugaba con niños y señalaba lo que quería.

Actualmente es un niño que ha mejorado mucho en su lenguaje, permanece aunque sea por corto tiempo con sus compañeros. Hace aquellas tareas que le interesan en ese momento, las que no, no las concluye. Presenta ecolalia tardía frecuente, aunque ha ido disminuyendo. En la escuela ya saluda, preocupa su comunicación porque no conversa, lee pero no comprende. Pide cosas mecánicamente "papá me puedes dar...", todavía presenta inversión pronominal de forma ocasional. Evitaba el contacto visual, hasta de sus padres, ahora su mirada es huidiza. Es un niño ingenuo, no entiende lo que es una broma. Prefiere más la compañía del adulto que la de los niños. No muestra interés por juguetes, su interés gira alrededor de libros de animales, revistas, las páginas web de Discovery Kids y Papalote, un pizarrón para escribir y plastilina.

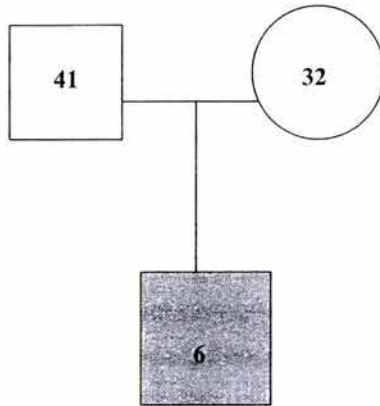
S.C.A.R es un menor que come de todo, no concluye con sus trabajos a menos que le interese. Con respecto a las estereotipias motoras eran frecuentes, dentro de las cuales se presentaban el girar sobre su mismo eje y contorsionar sus dedos. Hay fascinación por el metro, de hecho desde los tres años de edad Alex identificaba las estaciones del metro sin saber leer. No tiene amigos y cuando se llega a dar un acercamiento es principalmente con una niña (A.K.), quien es del mismo salón de él.

A la edad de 3 años le dieron el diagnóstico de "Daño Severo Neurológico Primitivo" en el Hospital Juárez. Posteriormente la Psicóloga del CREPSI les da el diagnóstico de probable "Síndrome de Asperger", diagnóstico con el que ingresa a valoración.

#### ↓ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Ninguno

↓ **FAMILIOGRAMA:**



**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

<b>Nombre</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Parentesco</b>
S.C.R.	Lic. en Música	Músico	Padre
C.A.A.L.	Secundaria	Mesera	Madre
S.C.A.R.	Preescolar	Estudiante	Hijo

- Dentro de la familia no se reportan antecedentes de enfermedad mental o retraso mental ni por línea materna ni paterna.

## **HISTORIA PERSONAL**

### **Embarazo y Parto**

Fue un embarazo no planeado pero sí deseado. A los 7 meses de gestación la madre de S.C.A.R presentó un problema de anemia ligera por tener náusea y vómito constante. También a consecuencia de un acontecimiento familiar por parte de la madre del menor, ella tuvo depresión aproximadamente 2 semanas. El parto fue a término y por vía natural. Pesó 2, 400 kg; midió 49 cms y obtuvo un APGAR de 8/9.

Nació con circular de cordón umbilical y presentó llanto espontáneo. Lo único que S.C.A.R manifestó de recién nacido fue el tener agua en los testículos y aparentemente al mes de nacido sus testículos estaban sin problema alguno.

### **Año 1**

El aspecto físico de S.C.A.R durante las primeras semanas de vida fue de un niño sano. Durante sus tres primeros meses de vida S.C.A.R contó con buena salud.

A los 3 meses de nacido se chupaba el dedo pulgar; a la fecha continúa. Entre los 4 y 8 meses de edad alzaba sus brazos y se preparaba para ser tomado en ellos. Su reacción ante sonidos fuertes, colores y luces brillantes fue la esperada para la edad. Parecía un niño inteligente dentro de lo esperado para su edad. Lo que llamó la atención de los padres fue el interés que manifestó S.C.A.R por la música, el cual era selectivo, ya que principalmente mostró gusto por las baladas. Así mismo dejó ver su atracción por la televisión y la computadora. Era un niño que contaba con un lenguaje de monosílabos sin sentido. Tarareaba la melodía de las canciones en su tono exacto. Lo que también observaron sus padres fue que el menor evadía el contacto visual hasta con ellos.

Con respecto a su marcha, S.C.A.R empezó a caminar a los 11 meses de edad. Fue un niño que gateó y su transición a la deambulación fue normal.

Sus primeras palabras las empezó a decir antes del año de edad, las cuales fueron "má" y "pá". En S.C.A.R se presentó el antecedente de haber dejado de hablar a los 12 meses aproximadamente, manteniéndose callado aproximadamente 2 años y cuando lo empezó a hacer de nuevo lo hizo susurrando bajito. La pronunciación de sus primeras palabras fue un poco menos de lo normal y poco a poco mejoró.

## **Año 2**

A esta edad S.C.A.R se tapaba sus oídos al escuchar muchos sonidos como por ejemplo la licuadora y sonidos agudos. Parecía escuchar unos sonidos y ser sordo a otros; había ciertos ruidos, como los mencionados anteriormente, que le provocaban molestia llevándolo al llanto. La respuesta al dolor se presentaba pero no de la forma esperada. Mordía y mascaba objetos no alimenticios, como por ejemplo su cuna. Mostró buena memoria para la melodía de las canciones, lugares y rutas.

Esta fue la edad en la que empezaron a sospechar que algo sucedía en S.C.A.R, ya que no se acercaba a los niños, señalaba lo que quería, no hablaba bien y tampoco decía adiós como el resto de los niños de su misma edad.

## **Año 3**

A esta edad, S.C.A.R era un niño atractivo para la gente. Presentó estereotipias motoras como girar sobre su mismo eje y caminar de puntas ocasionalmente. Era un niño que ordenaba en fila sus coches y otros objetos. A esta edad mostró tener buena memoria para los logos. Sus padres lo describían como un niño hiperactivo, berrinchudo, con atención dispersa y con interés a mirar



la televisión. Parecía estar encerrado en sí mismo, distante, indiferente y más contento consigo mismo.

Su coordinación al correr, caminar, trepar o mantener el equilibrio era pobre, cayéndose y lastimándose con frecuencia. Su habilidad para hacer un trabajo fino con sus dedos o jugar con objetos muy pequeños era torpe.

A esta edad aseguraron que algo le sucedía a S.C.A.R porque en la escuela sospecharon de sordera al no obtener respuesta alguna de su parte, era hiperactivo y no seguía instrucciones.

### **De 3 a 5 años**

En S.C.A.R era muy difícil atraer su atención hacia un objeto lejano, a menos que fuera algo de gran interés para él. Examinaba las superficies de los objetos con sus dedos. A los 3 años de edad mostraba preferencia por lo inanimado, a partir de los 5 años su interés se extendió a lo animado también. Insistía en traer siempre consigo un objeto determinado como por ejemplo plastilina, tarjetas telefónicas o algún CD.

Frecuentemente le gustaba girar sobre su mismo eje. Antes de cumplir los 5 años de edad insistía en escuchar música, señalaba y/o decía palabras relacionadas a la canción que quería. Fue un niño que ocultó conocimientos y destrezas que los padres desconocían como por ejemplo, a la edad de 4 años S.C.A.R escribió en la computadora "mamá", "papá" y "te quiero mucho". Alrededor de los 5 años de edad la escritura la inició en un pizarrón que tenía en casa. Demostró tener suma habilidad para armar figuras con imanes y para tararear una melodía en su tono exacto.

Juzgando por la habilidad de S.C.A.R para seguir instrucciones era un niño que a los 3 años no comprendía nada; entre los 4 y 5 años de edad lograba entender un poco siempre y cuando se le repitiera varias veces la instrucción. De lo que hablaba no comprendía lo que decía, únicamente repetía lo que escuchaba. Aprendió ciertas palabras que luego dejó de usar. Su lenguaje era a través de

palabras sueltas y fue hasta los 4 años de edad que inició con un lenguaje de frases.

Era un niño que no comunicaba, ya que si quería algo se desconocía. Su lenguaje era ecolálico, tanto de forma inmediata como tardía. No podía responder a preguntas sencillas. Cuando empezó a hablar de sí mismo se refirió en segunda persona. Su forma de rehusarse o negarse a algo era gruñendo, moviendo los brazos y siendo indiferente. Podía señalar muchos objetos pero no hablaba ni comunicaba. Presentó inversión pronominal (tú en vez de yo). Después de tiempo repetía oraciones completas que había escuchado. Repetía una y otra vez preguntas o conversaciones que había oído. Se enganchaba y persistía en hablar de los programas de televisión. No usó la palabra "yo" a pesar de que ya existía un lenguaje de frases.

S.C.A.R era un niño que advertía cambios entre los 3 y 5 años de edad y los trataba de corregir. Era un niño con tendencia al orden, y si por algún momento le desacomodaban sus cosas, S.C.A.R volvía a buscar el orden acomodándolas igual pero sin enojo. Ocasionalmente formaba filas precisas y espaciadas de plumones, masa, fichas de dominó, etc. Al principio se resistía a ponerse ropa nueva, pero después se adaptaba.

Con respecto a su emotividad S.C.A.R había veces que se enojaba y rara vez se molestaba mucho cuando le interrumpían lo que él estaba haciendo. Era y sigue siendo un niño con miedo a las moscas y a la obscuridad. Parecía siempre un niño asustado o ansioso. No era un niño sensible a la crítica ni tampoco cariñoso, situación que ha cambiado, ya que S.C.A.R en la actualidad, es un niño cariñoso, principalmente hacia mamá y papá.

En lo social era un niño que miraba a través de las personas como si no estuvieran ahí, evitaba el contacto visual hasta con sus padres. En la actualidad es un niño cariñoso, principalmente hacia los adultos.

## ↓ **ESTUDIOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD:**

### **Electroencefalograma:**

A la edad de 3 años le realizaron a S.C.A.R este estudio en el Chopo, obteniendo como resultado "estudio electroencefalográfico digital normal".

### **Valoraciones Psicopedagógicas:**

Este estudio se lo realizaron a S.C.A.R cuando tenía 4 años 3 meses de edad en el Centro de Rehabilitación Psicopedagógico Integral (CREPSI) en el que obtuvo la impresión diagnóstica de "Retraso Global en el Desarrollo y Cuadro Compatible con Síndrome de Asperger".

## ↓ **INFORME ESCOLAR:**

Desde el inicio del ciclo escolar 2007-2008 hasta la fecha, S.C.A.R presenta las siguientes características:

Muestra interés en reconocer a sus nuevos compañeros de grupo y educadoras. En un inicio se observó ansioso manifestándolo con carrera repetitiva a lo largo del salón. Busca el observar fijamente a cada uno de sus compañeros o salirse de aula.

Utiliza un lenguaje ecológico.

Responde a preguntas solo de forma mecánica y como imitación a lo que el adulto le pide como por ejemplo "da las gracias" o "pide esto por favor".

Participa en juegos que precisan de ser perseguido, en los cuales acepta ser él quien tenga que ser el atrapado.

Hay mayor empleo del lenguaje verbal como forma de comunicación.

La mayor parte del tiempo pasa tarareando una melodía.

Se acerca al piano pero no muestra interés por tocarlo.

Los ruidos fuertes lo alteran, provocando taparse los oídos o chuparse su dedo o bien huir de la situación.

Generalmente muestra capacidad para entender situaciones que exigen límite como por ejemplo "esto no", aunque en otros momentos predomina el interés por obtener lo que él quiere.

Hay preferencia por realizar actividades solo y no en grupo.

Identifica que a mediodía cambiará de salón y maestra dirigiéndose al mismo y sentándose siempre en el mismo lugar.

Contesta al escuchar su nombre.

No muestra iniciativa para quitarse el suéter aún cuando hace mucho calor.  
Mantiene orden e higiene.

Reconoce sus pertenencias.

En el recreo permanece en el columpio. En contadas ocasiones se sube a la resbaladilla o corre en el patio solo.



Se integra más fácil al trabajo en equipos pequeños, especialmente en aquellos que implican movimiento.

Hace aproximadamente un mes que S.C.A.R presenta mucha ansiedad, nuevamente se sale del salón, corre en actividades al aire libre, muestra poco interés en las actividades que ya concluía, se resiste a entablar contacto con aquellas personas que anteriormente se relacionaba y sus estados de ánimo son variables.

#### ↓ **INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:**

- **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. (Sparrow).

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

Test Guestáltico Visomotor de Bender

Escala de Inteligencia Stanford-Binet

Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial ó Coloreada)

Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)

- **PERFIL CLÍNICO:**

Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.).

↓ **RESULTADOS:**

• **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

**Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland (Sparrow)**

Edad Cronológica: **6 años 4 meses**

**NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR**

AREAS	DESARROLLO			DÉFICIT
	Estable	Incipiente	De Area	
<b>COMUNICACIÓN</b>	35%	29%	64%	36%
<b>HAB. VIDA DIARIA</b>	50%	06%	56%	44%
<b>SOCIALIZACIÓN</b>	24%	34%	58%	42%
<b>MOTRICIDAD</b>	55%	22%	77%	23%

**CONDUCTAS PERTURBADORAS FRECUENTES:**

Es un niño que se chupa el dedo pulgar de la mano izquierda, demasiado dependiente para su edad, inquieto a la hora de comer ya que no se mantiene sentado, muestra ansiedad extrema. Ríe fácilmente, en ocasiones con motivo pero otras sin el mismo, no hace buen contacto visual, es demasiado impulsivo y activo, muestra falta de consideración, habla de manera incoherente, su lenguaje es ecolálico y con entonación peculiar al hablar. Dentro de los manierismos tiene el movimiento del dedo índice en el aire.

**CONDUCTAS PERTURBADORAS OCASIONALES:**

Presenta atención y concentración selectiva. Enojo y berrinche, así como el no estar consciente de todo lo que pasa a su alrededor.

(Se anexa Perfil)

• **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

**Test Gestáltico Visomotor de Bender**

Edad Cronológica: **6 años 2 meses**

Edad Perceptomotora: 5 años 0 meses

Percentil: -20 (Inmadurez Perceptomotora)

**Observaciones:**

Niño zurdo, con su mano izquierda no detuvo las hojas mientras realizaba su ejecución. Tomó inadecuadamente el lápiz en distancia pero en pinza no. Dibujaba observando el modelo de la tarjeta. Inadecuada postura al trabajar ya que lo hizo acercándose mucho la hoja al copiar las figuras. Hizo trazos invertidos en círculo, además de observarse el inadecuado manejo del espacio al sobreponer algunos modelos sobre otros, como por ejemplo, la fig.6 y 4 con la 1, la fig.8 con la 2, la fig.6 con la 3, la fig.7 con 5, además de colisionar la fig.6 con la A.

En el caso de S.C.A.R se habla de inmadurez perceptomotora. Se obtuvieron algunos errores significativos que para la edad del menor ya no se esperaban encontrar como:

- Adición de ángulos en la figura A (\*<.001)
- Omisión y adición de ángulos en la figura 7 (\*<.01)
- Rotación en la figura 4 (\*<.05)
- Omisión de hileras de círculos en la figura 2 (\*<.01)
- Pérdida de la forma del diseño en la figura 3 (\*<.01)

Con base en los errores obtenidos, la dificultad radica en lo relacionado a la distorsión e integración de formas, es decir, de cómo lo percibe e integra para su ejecución.

### **Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet**

Edad Cronológica: **6 años 2 meses (74 meses)**

**Edad Mental:** 3 años 10 meses (46 meses)

**C.I.:** 62 (Retraso Mental Leve)

### **Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala Especial ó Coloreada):**

Edad Cronológica: **6 años 2 meses**

**Puntaje Total:** 12

**Discrepancias:** +1 -1

**Percentil:** 5

**Rango:** V (Deficiente en procesos de Análisis y Síntesis Visual)

### **Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)**

Edad Cronológica: **6 años 2 meses**

**Edad de Vocabulario Receptivo:** 4 años 5 meses

**Percentil:** 5

**Categoría Descriptiva:** Puntuación Moderadamente Baja



- **PERFIL CLÍNICO:**

**Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S)**

Edad Cronológica: **6 años 4 meses**

<b>CATEGORÍAS</b>	<b>PUNTAJES</b>
<b>I. RELACIÓN CON PERSONAS</b>	2.5
<b>II. ACTIVIDADES DE IMITACIÓN</b>	2
<b>III. RESPUESTA EMOCIONAL</b>	3
<b>IV. USO DEL CUERPO</b>	2
<b>V. USO DE OBJETOS</b>	2.5
<b>VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO</b>	2.5
<b>VII. RESPUESTA VISUAL</b>	3
<b>VIII. RESPUESTA AUDITIVA</b>	2
<b>IX. RESPUESTA Y USO TACTO GUSTO Y OLFATO</b>	2
<b>X. MIEDO Y NERVIOSISMO</b>	2
<b>XI. COMUNICACIÓN VERBAL</b>	2.5
<b>XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL</b>	2.5
<b>XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD</b>	3
<b>XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELECTUAL</b>	2
<b>XV. IMPRESIÓN GENERAL</b>	2
<b>PUNTAJE TOTAL</b>	35.5 = 35

(Se anexa Perfil)

## ↓ CONCLUSIONES:

Con base en los resultados obtenidos en la Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.) S.C.A.R obtuvo un puntaje de 35, que de acuerdo a la escala corresponde a la sintomatología dentro del Trastorno del Espectro Autista de intensidad moderada. Clínicamente es un niño con sintomatología en transición a lo leve y otra instalada ya en este grado, sin embargo su comunicación aún es baja y funcionalidad también, por lo que hablar de un Síndrome de Asperger en este momento queda descartado corroborándose el diagnóstico de **Autismo de Alto Rendimiento**.

Con respecto a la valoración de desarrollo se observó un desfase en todas las áreas del mismo evaluadas por la Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland pero con un perfil difuso, ya que aunque todas están por debajo de lo esperado para su edad no dejan de existir unas áreas más fuertes que otras o con más movimiento en el desarrollo para consolidarlo como por ejemplo Socialización con un desarrollo de habilidades estable del 24%, en proceso de un 34% y un déficit del 42%. El área más fuerte en S.C.A.R fue Motricidad con un desarrollo consolidado del 55%, incipiente del 22% y un déficit del 23%, seguido por Habilidades de la Vida Diaria con un 50% de habilidades consolidadas, un 06% en movimiento y un déficit del 44%, de ahí sigue Comunicación con un 35% de habilidades desarrolladas, un 29% en proceso de consolidarse y un 36% de déficit y por último Socialización la cual fue el área más afectada de todas.

Cognitivamente S.C.A.R obtuvo un C.I. de 62 que corresponde a una categoría de Retraso Mental Leve, sin embargo es importante mencionar que el menor cuenta con gran potencialidad, por lo que este cociente intelectual debe ser tomado con reservas debido a que hubo algunos factores que influyeron en su desempeño y que lo hicieron comportarse como un niño que cognitivamente tuviera un retraso mental.

Dentro de esos factores, y el más importante fue EL nivel tan elevado de ansiedad e inquietud que manejó el menor y que no le permitieron concentrarse y analizar las posibles soluciones, aún cuando tenía la capacidad de hacerlo, por lo que si se llevara a cabo la intervención adecuada se le ayudaría al menor a dejar ver el potencial cognitivo con el que cuenta. Además de lo mencionado anteriormente, es importante comentar que otro de los factores que intervino en su desempeño fue el problema de comprensión, la ecolalia tardía que presentó y la perseveración en aquello de interés para él.

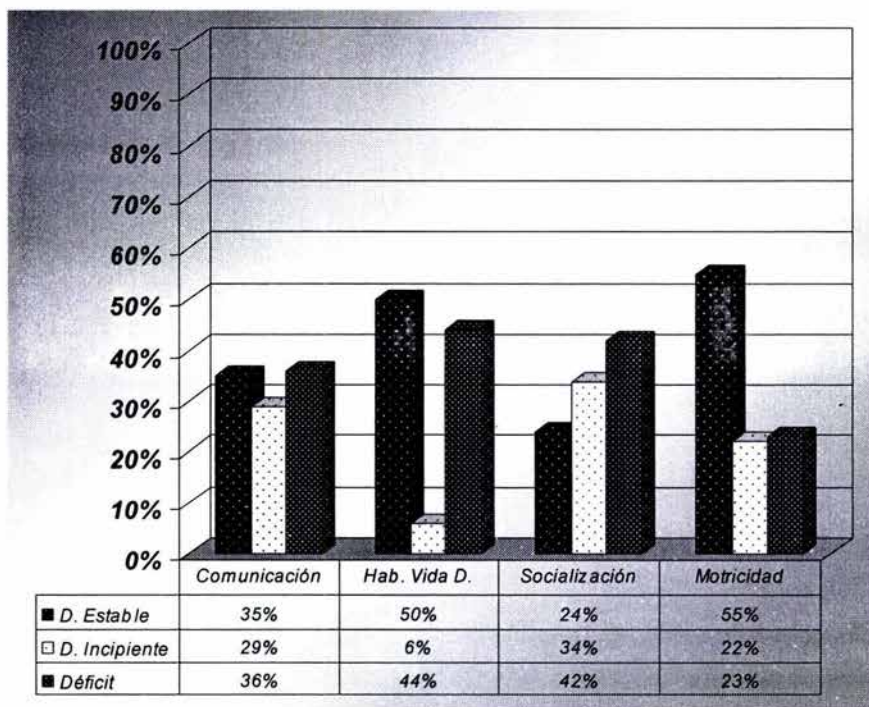
En conclusión se habla de un niño con **Autismo de Alto Rendimiento** con buen potencial y posibilidad de adaptarse y funcionar mejor de lo que lo está haciendo, siempre y cuando se le ayude con el tratamiento e intervención adecuada.

↓ SUGERENCIAS:

- A consideración del médico iniciar con algún tratamiento farmacológico que le ayude a disminuir los niveles de inquietud y ansiedad que afectan en el aprovechamiento y funcionamiento diario de S.C.A.R.
- Asistir a Terapia Ambiental (Individual) para posteriormente ingresar a terapia grupal dentro de Terapia Ambiental.
- Fomentar habilidades de vida diaria para su independencia y adaptación.
- Asistir a apoyo psicopedagógico.
- Asistir a terapia de lenguaje para trabajar con la estructuración del lenguaje pero a su vez con la comunicación tanto verbal como no verbal.

- Asistir a una actividad física en la que comparta e interactúe con sus compañeros para favorecer las pautas sociales y que a su vez se estimule su motricidad.
- Seguimiento médico constante.
- Orientación a los padres sobre el manejo del menor.
- Revaloración en un año y medio para su seguimiento.

### GRÁFICA DE DESARROLLO





FALTA

PAGINA

185

## Caso 5: Z.M.D.S (Dx. Autismo Atípico)

### ↓ FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

**Nombre:** Z.M.D.S.

**Sexo :** Femenino

**Edad :** 4 años 11 meses

**Escolaridad :** Kinder II

**Escuela:** Jardín de Niños "Beatriz Ordoñez"

**Fecha de Nacimiento:** 23 de Febrero de 2004

**Nombre de la Madre:** Sra. M.N.R.

### ↓ MOTIVO DEL ESTUDIO:

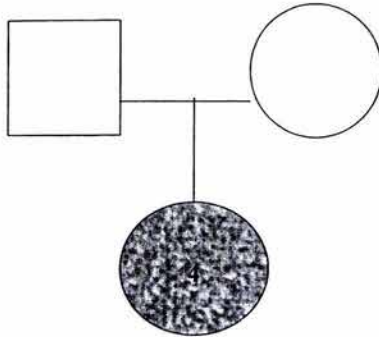
Se refiere paciente para valoración de desarrollo, valoración de procesos cognoscitivos y perfil clínico como complemento diagnóstico para corroborar o descartar sintomatología correspondiente a un "Trastorno del Espectro Autista" (TEA).

### ↓ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

La Neuropediatra recetó: **Atemperador S**, la cual toma 5ml- 5ml- 5ml desde el 24 de Octubre de 2008. Anteriormente tomaba 6ml cada 12 horas. Dicho medicamento es recetado a consecuencia de un EEG que reportó mucha actividad eléctrica.

El Dr. Escotto (Médico Paidopsiquiatra) recetó: **Risperdal (tab 1mg)**, del cual toma ¼ tab – 0 – 0 desde el 29 de Octubre de 2008 para ayudarle a su lenguaje y conducta.

↓ **FAMILIOGRAMA:**



**ESTRUCTURA FAMILIAR:**

<b>Nombre</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Ocupación</b>	<b>Parentesco</b>
M.N.R.	Lic. en Derecho Con especialidad	Abogada	Madre
Sr. Z.	Doctorado en Derecho (en proceso)	Abogado	Padre
Z.M.D.S.	Kinder II	Estudiante	Hija

- Dentro de la familia se reportan los siguientes antecedentes de enfermedad:

Bisabuelo Materno de Z.M.D.S.-----Falleció con el diagnóstico de

**Alzheimer.**

Tío Abuelo Materno de Z.M.D.S.-----Le diagnosticaron **Alzheimer**

**Prematuro**, tiene 43 años de edad.

#### ✚ ANTECEDENTES PERSONALES:

El embarazo de Z.M.D.S presentó complicaciones ya que hubo amenaza de aborto al mes y medio de gestación a consecuencia del vómito presentado que movió la placenta. A la madre de la menor se le administraron diez ampollas de Cuerpo Amarillo y cinco de Tribedoce. Estuvo en reposo absoluto dos semanas sin hospitalización. El resto del embarazo cursó con normalidad, tomando a lo largo de éste Metamucil por las noches para el estreñimiento.

El nacimiento de Z.M.D.S fue de 38 semanas por medio de cesárea debido a que la menor tenía el cordón umbilical enredado en una de las muñecas de su mano. El peso de Z.M.D.S fue de 3,750 kg, obtuvo un APGAR de 8/9, no requirió de incubadora y presentó ictericia, la cual mejoró con baños de sol. Su desarrollo neuromotor fue normal.

Los padres de Z.M.D.S se dieron cuenta que algo sucedía con la menor cuando ella tenía entre los 2 y 2 años 6 meses de edad al observar que su comportamiento era diferente al mostrado por los niños de su misma edad, pero sobretodo porque era una niña que no hablaba. Fue alrededor de los 3 años de edad en que la familia coincide con el hecho de que algo le sucedía a la menor.

El Médico Pediatra, a la edad de 2 años, sospechó de sordera. Los padres de la menor no, ya que al cambiarle en la televisión a sus caricaturas, Z.M.D.S



volteaba. El Médico Pediatra canaliza a la menor al "Instituto Nacional de Comunicación Humana" (INCH) en donde le realizan diferentes estudios y en el que los resultados obtenidos serán descritos más adelante.

Con respecto a su lenguaje, Z.M.D.S fue una niña que empezó a decir sus primeras palabras alrededor de los 18 meses de edad (1 año 6 meses), las cuales fueron "mamamá", "papapá", a veces sin significado. Aproximadamente entre 1 año 9 meses y 1 año 10 meses deja de decirlas emitiendo gritos. Si quería algo, era una niña que tomaba a las personas de la mano para llevarlas hacia lo que ella quería colocándoles la mano sobre lo que quería. Fue hasta los 3 años 6 meses que comenzó a decir algunas palabras sueltas con sentido comunicativo y cuatro meses aproximadamente de juntar dos palabras, al saludar y despedirse es frecuente que las use. Cuando quiere algo dice "dame leche" y lo hace empleando la primera persona. Definitivamente, Z.M.D.S es una niña que busca comunicarse y si su madre no la entiende, dice otra palabra para asociarla y entonces le entiendan. Presenta dificultades en la pronunciación.

A la edad de 2 años, Z.M.D.S era una niña rutinaria, ya que al bañarla tenía que ser con los mismos juguetes y al terminar, los juguetes debían regresarse al mismo lugar de donde los sacó. Ordenaba los coches de juguete en fila y siempre eran en el mismo orden y con las llantas hacia arriba. Era una niña que si le cambiaban el orden de sus cosas se enojaba mucho. A la edad de 4 años 8 meses era una niña que antes de bañarse debía de beberse un Sofúl, si la bañaban debía de meter al baño alrededor de diez muñecas, y siempre eran las mismas ya que tenía otras muñecas que no metía. Al terminar debían de ser guardadas en el mismo orden.

Socialmente, Z.M.D.S a la edad de 2 años 6 meses jugaba con un primo de 8 años de edad. En general, era una niña que no interactuaba con otros niños. Tiene algunos meses en los que ya permite el contacto, por ejemplo hacerle cosquillas o jugar con las manos.

Entre los 2 y 3 años de edad Z.M.D.S era una niña que se entretenía por tiempo prolongado en actividades de interés para ella como por ejemplo, con los celulares y el game boy. Han disminuido los berrinches, sin embargo es una niña que entre los 2 años 6 meses y los 3 años 6 meses presentaba berrinches intensos sin motivo aparente. Se observó intolerancia a ciertos sonidos como la aspiradora, los aplausos y sonarse la nariz. Ahora si llega a escuchar la licuadora se asoma, la observa y se va; lo único que no permite es que su mamá se suene la nariz.

Actualmente es una niña selectiva con el alimento. Anteriormente comía únicamente sopa de pasta y tacos dorados o pechuga empanizada, ahora ya come más alimentos pero continúa con la selectividad en cuanto a la presentación del mismo, ya que por ejemplo, llega a comer fruta pero solo en jugos, la verdura se la come si está escondida entre la sopa.

Z.M.D.S es una niña que se sabe los números telefónicos de su interés, sabe contar hasta el número 20 y visualmente identifica los números hasta el 99. Sigue instrucciones, es inquieta, cuando algo le molesta grita y si mamá la hizo enojar la pellizca. Es retadora, opositora (al decirle que no haga algo lo hace) y está en espera de que la vean para hacerlo ya que si no, no lo hace. Es una niña más a lo independiente.

Con respecto a su diagnóstico, Z.M.D.S ha sido diagnosticada como una niña con "Autismo" por un Neuropediatra del Hospital Español y como una niña con "Rasgos Autistas" por una Terapeuta de CAPEP.

#### ↓ **ESTUDIOS REALIZADOS CON ANTERIORIDAD:**

A la edad de 3 años 1 mes valoraron a Z.M.D.S en el "Instituto Nacional de Comunicación Humana" (INCH) por presentar retrasos en la adquisición del lenguaje, el cual se encontraba a un nivel de monosílabos indistintos y comunicándose por medio de señalamientos y en ocasiones actitud gestual. No

prestaba atención al material que se le presentaba ni tampoco realizaba las actividades solicitadas. Le realizaron los siguientes estudios:

**Otoscopia:** "Membranas timpánicas integras normales, nariz normal. Cavidad oral con adecuado selle labial, dentición primaria, paladar y úvula normal, orofaringe normal".

**Valoración Psicológica:** "No se pudo aplicar la Prueba Hiskey Nebraska, por lo que le administraron el PAR. En esta prueba obtuvo una edad de madurez equivalente a 2 años y un cociente de madurez de 66".

**Área Física:** "Ambulación a nivel de 3 años, manipulación a nivel de 2 años".

**Área Social:** "Raport a nivel de 2 años 6 meses, comunicación a nivel de 1 año, responsabilidad a nivel de 2 años".

**Área Intelectual:** "Información a nivel de 2 años, ideación de 1 año 6 meses, creatividad a nivel de 2 años".

**Potenciales Evocados Auditivos:** "Umbral auditivo en oído derecho 40dB y en oído izquierdo a 30dB. Ambos con latencia de onda V alargada. Curvas con morfología y replicabilidad inestable con abundante artefacto de tipo técnico. Datos compatibles con hipoacusia superficial derecha y audición normal izquierda, ambos para tonos altos.

**Electroencefalograma:** "Estudio en sueño fisiológico que muestra inmadurez por falta de organización hacia la electrogénesis normal del paciente respecto a su edad".

**Diagnóstico:** "Trastorno Generalizado del Desarrollo" (TGD).

A los 3 años 5 meses le realizaron a Z.M.D.S una **Resonancia Magnética de Cráneo con Contraste** en el "Centro de Apoyo al Diagnóstico Médico Chopo"

en la cual se concluyó que en el presente estudio no se encontró evidencia de lesión.

A la edad de 4 años 5 meses le aplicaron a la menor la Guía Diagnóstica para Personas Autistas de Rosa M. Corzo y Eduardo Díaz Tenopala, en la cual se marcaron algunas conductas que Z.M.D.S presentó alguna vez y continuaba presentando, sin embargo no se anexa un dato cuantitativo y/o cualitativo que deje ver el resultado y diagnóstico final de la menor con dicho instrumento.

A los 4 años 5 meses también se le aplicó la Guía Portage, con la cual se dejó ver por área evaluada (Lenguaje, Cognición, Desarrollo Motor, Socialización y Autoayuda) las habilidades ya consolidadas y aquellas que estaban en proceso en el mismo protocolo de aplicación.

✦ **BATERÍA PSICOLÓGICA:**

• **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland. (Sparrow).

• **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet

Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TIVP)

• **PERFIL CLÍNICO:**

Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) Versión en Español (PODA-G) (MÓDULO I).

Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S.)



## ↓ **RESULTADOS:**

### • **VALORACIÓN DE DESARROLLO:**

#### **Escala de Comportamiento Adaptativo Vineland (Sparrow)**

Edad Cronológica: **4 años 11 meses**

#### **NIVEL DE DESARROLLO PSICOMOTOR**

<b>COMUNICACIÓN</b>	47%	17%	64%	36%
<b>HAB. VIDA DIARIA</b>	67%	20%	87%	13%
<b>SOCIALIZACIÓN</b>	47%	37%	84%	16%
<b>MOTRICIDAD</b>	58%	22%	80%	20%

#### **CONDUCTAS PERTURBADORAS FRECUENTES:**

Es una niña demasiado inquieta.

#### **CONDUCTAS PERTURBADORAS OCASIONALES:**

Es dependiente, selectiva con el alimento aunque ya empieza a permitir más opciones. Presenta sueño interrumpido sin demorarse para volverlo a conciliar. Evita el contacto visual (ha mejorado), atención y concentración selectiva, enojona y berrinchuda, muestra falta de consideración y presenta estereotipias motoras como el brinco repetitivo cuando está contenta.

(Se anexa Gráfica)

- **VALORACIÓN DE PROCESOS COGNOSCITIVOS:**

### **Escala de Inteligencia Infantil Stanford-Binet**

Edad Cronológica: **4 años 09 meses (57 meses)**

**Edad Mental:** 2 años 10 meses (34 meses)

**C.I.:** 60 (Retraso Mental Leve)

### **Test de Vocabulario en Imágenes de Peabody (TVIP)**

Se intentó aplicar dicho test, lo cual no fue posible debido a que Z.M.D.S no comprendió en qué consistía la actividad y por lo tanto señalaba con su dedo cada una de las imágenes presentadas en el cuadernillo de láminas. Además de que el material no era muy atractivo para la menor debido a que era en blanco y negro. Comenzó a señalar algunas de las imágenes y conforme iba avanzando, la menor perdía el interés dispersándose y tornándose más inquieta.

- **PERFIL CLÍNICO:**

### **Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) Versión en Español (PODA-G) ( MÓDULO I):**

#### **Comunicación**

- Frecuencia de vocalizaciones dirigidas a otros 1
- Uso estereotipado/idiosincrásico de palabras o frases 1
- Uso del cuerpo de otros para comunicarse 1
- Señalar 1
- Gestos 1

Total= 5 (Significativo para Autismo)

### **Impedimentos Cualitativos de Interacción Social Recíproca**

- Contacto visual inusual 2
- Expresiones faciales dirigidas a otros 1
- Placer compartido en la interacción 0
- Mostrar 1
- Iniciación espontánea de atención conjunta 0
- Respuesta a la atención conjunta 1
- Cualidad de aperturas sociales 1

Total= 6 (Significativo para Espectro Autista)

### **Comunicación + Social**

Total= 11 (Significativo para Espectro Autista)

### **Juego**

- Juego funcional con objetos 1
- Imaginación/Creatividad 2

Total= 3

### **Comportamientos e Intereses Estereotipados y Restringidos**

- Interés sensorial inusual en los materiales de juego o las personas 1
- Manierismos de manos o dedos u otros manierismos complejos 0
- Intereses inusualmente repetitivos o comportamientos estereotipados 1

Total= 2

### **Diagnóstico**

**Clasificación del PODA-G: TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.**

## Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S)

Edad Cronológica: 4 años 11 meses

CATEGORÍAS	PUNTAJES
I. RELACIÓN CON PERSONAS	1.5
II. ACTIVIDADES DE IMITACIÓN	2.5
III. RESPUESTA EMOCIONAL	2.5
IV. USO DEL CUERPO	2
V. USO DE OBJETOS	1.5
VI. ADAPTACIÓN AL CAMBIO	2
VII. RESPUESTA VISUAL	2
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	2
IX. RESPUESTA Y USO TACTO, GUSTO Y OLFATO	2
X. MIEDO Y NERVIOSISMO	2
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	2
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	1.5
XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD	2.5
XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE RESPUESTA INTELECTUAL	2.5
XV. IMPRESIÓN GENERAL	2
XVI. PUNTAJE TOTAL	30.5=30

### CONCLUSIONES:

(Se anexa Perfil)



Con base en los resultados obtenidos en el estudio de desarrollo de Z.M.D.S se concluye que hay un ligero desfase en todo su desarrollo excepto en el área de Comunicación, la cual fue significativa al obtener un 47% de habilidades consolidadas, un 17% en proceso y un déficit del 36%. El resto de las áreas evaluadas se encontraron funcionando de forma más homogénea, dejando ver que el principal problema de Z.M.D.S es la Comunicación.

Cognitivamente Z.M.D.S es una niña con un C.I de 61 correspondiente a "Retraso Mental Leve" y una edad mental de 2 años 11 meses. Z.M.D.S es una niña en la que evidentemente hay potencialidad, sin embargo la inquietud que llega a presentar la menor, así como la dificultad que por momentos tiene para mantener su atención a la actividad, aunada de que sea o no de su interés, hizo que su desempeño en este tipo de pruebas se viera disminuido.

Clínicamente, de acuerdo a la prueba ADOS-G o PODA-G Z.M.D.S obtuvo en Comunicación un punto de corte de 5, significativo para Autismo; sin embargo, en los Impedimentos Cualitativos de Interacción Social Recíproca obtuvo un punto de corte de 7, significativo para sintomatología que forma parte de los Trastornos del Espectro Autista. Lo que lleva a concluir que en esta prueba, tanto en lo social como en la comunicación, por el punto de corte obtenido de 11 se diagnostica la sintomatología de Z.M.D.S dentro del Espectro Autista. Esto es corroborado por el puntaje obtenido en la Escala de Evaluación para el Autismo Infantil (C.A.R.S), el cual fue de 30.

De acuerdo a la escala dicho puntaje se sitúa dentro de la sintomatología correspondiente a un Autismo Moderado. Clínicamente la sintomatología corresponde a una intensidad leve pero que a su vez hay algunas conductas que no forman parte del Autismo y se encuentran ligeramente por debajo de lo esperado y más cercano a lo normal.

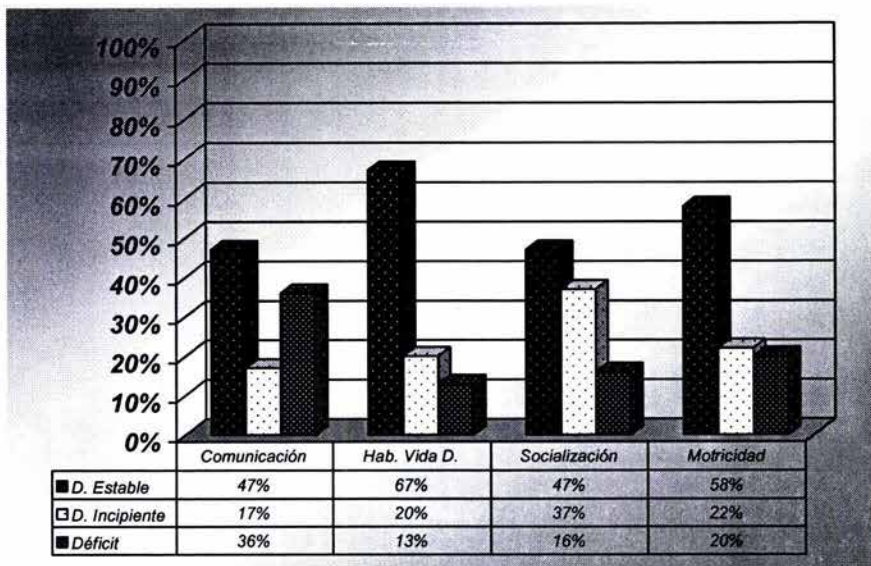
Con todo esto se concluye que Z.M.D.S de 4 años 11 meses de edad cronológica comparte alguna sintomatología correspondiente a Autismo, como la

Comunicación, pero no en su totalidad, por lo que el diagnóstico de la menor estaría enfocado más a un **Autismo Atípico o a un Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado**, sin olvidar antecedentes de hipoacusia superficial derecha en el estudio de Potenciales Evocados Auditivos. Algo importante de mencionar y que se debe de considerar para el manejo médico es la exaltación emocional e inquietud que presenta la menor, que a su vez le impiden un adecuado funcionamiento de ella.

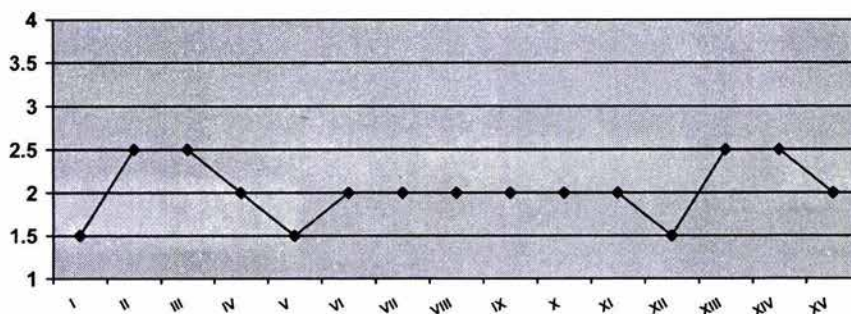
↓ **SUGERENCIAS:**

- Continuar con la supervisión del médico para el tratamiento farmacológico que ayude a disminuir los niveles de inquietud y exaltación emocional que presenta Z.M.D.S.
- Asistir a Terapia de Lenguaje donde se trabaje la comunicación tanto verbal (estructuración, pronunciación, etc...) como en los aspectos no verbales.
- Estimular habilidades de vida diaria que falten de consolidarse.
- Asistir a alguna actividad física como la natación para mejorar su coordinación motora.
- Seguimiento médico constante.
- Orientación a los familiares y escuela sobre el manejo de Z.M.D.S.
- Revaloración en un año para su seguimiento.

**GRÁFICA DE DESARROLLO**



### PERFIL DEL C.A.R.S.



## Capítulo VI

## F. CONCLUSIONES

Con base en la experiencia reportada se considera importante resaltar que, dada la complejidad del trastorno, la valoración psicológica realizada a los pacientes con TEA necesita ser lo más completa posible, ya que un solo tipo de estudio no proporciona una visión específica del paciente con TEA.

Por otro lado es importante el conocimiento sobre el trastorno. Como Psicólogos se sabe sobre la aplicación de diferentes instrumentos clínicos, de desarrollo y cognoscitivos, pero no es suficiente para el estudio de este tipo de pacientes. Por esta razón, es importante resaltar la necesidad de entender en qué consiste el trastorno y la única manera, además de leer, es observar y tratar terapéuticamente a muchos niños con TEA. Sólo así se podrán tener más elementos sobre el manejo de las diferentes conductas que presentan los pacientes y entonces será más fácil el acercamiento a su valoración.

Es importante entender que los TEA tienen que ver más con un déficit en el procesamiento de la información por lo concreto de su pensamiento y literalidad del mismo, y no tanto por un problema de atención ni de aprendizaje como tal.

Con respecto al desarrollo adaptativo de dichos pacientes, se concluye que estos niños cuentan con un perfil difuso, al existir áreas del mismo funcionando heterogéneamente y permear con la normalidad en algunas de ellas.

Este tipo de estudio fue de suma importancia porque ayudó a la identificación de los probables problemas del desarrollo y a dar pistas para posibles hipótesis diagnósticas, que llevaron a una valoración más específica. Proporcionó una descripción objetiva de las habilidades y dificultades de los niños evaluados en el servicio de Psicodiagnóstico de Terapia Ambiental, así como a ser la base para la intervención terapéutica personalizada e individualizada de los pacientes que correspondían al servicio de Terapia Ambiental, en función de sus fortalezas y debilidades.



Con respecto a la aplicación del instrumento utilizado, es importante estar familiarizado con el mismo, tener un conocimiento lo más completo que se pueda sobre el desarrollo neurotípico en las diferentes edades.

Es importante dejarlo al final de la valoración, y una vez concluido el estudio de procesos cognoscitivos, para así, haber tenido varias sesiones de observación con el paciente y tener el conocimiento sobre algunas habilidades del mismo, y posteriormente completarla con la información proporcionada por los padres, sin tomar como real todo lo que ellos digan.

Es necesario que este tipo de estudio se lleve a cabo en más de una sesión, con el objetivo de hacer una entrevista detallada y exhaustiva de las habilidades que se estén investigando en ese momento, y solicitar al mismo tiempo, el relato de diferentes experiencias que servirán de ejemplos a los psicólogos que lleven a cabo la entrevista, para así tener la seguridad de que están comprendiendo lo preguntado.

Cognoscitivamente existe una variedad de perfiles cognitivos. No se habla de uno solamente, sino de varios, sin embargo, es importante resaltar que en los pacientes con TEA existen fortalezas y debilidades, así como un perfil funcionando heterogéneamente en algunos de ellos. Este tipo de estudio, aunque fue difícil por las características mismas del trastorno como, los problemas en la interacción social y comunicativa, las conductas perturbadoras o difíciles que interfirieron en su desempeño, se logró su evaluación y así conocer su estilo cognitivo, cómo piensan, cómo procesan la información, destacar sus habilidades y tener en cuenta sus debilidades cognitivas y entonces programar de manera individualizada la intervención en casa y escuela.

Clínicamente, se logró mediante los instrumentos aplicados, corroborar en algunos casos y descartar en otros, la sintomatología correspondiente a los TEA, pero además identificar la intensidad de la misma y así categorizar de una manera precisa el tipo de Autismo o de TEA identificado.

Es importante resaltar que el uso de instrumentos clínicos debe ser empleado por gente especializada en el trastorno y que además esté familiarizada con ellos.

Este trabajo cumplió con sus objetivos, los cuales fueron: dar a conocer el trabajo hecho en **AMETATD, I.A.P** respecto a la valoración psicológica de los pacientes con TEA; el mostrar que este tipo de pacientes pueden ser valorados siempre y cuando se integre un equipo multidisciplinario para su estudio y seguimiento, y que la propuesta de valoración explicada en el capítulo de Procedimiento es confiable y sería para la evaluación de los pacientes en sospecha de TEA al tratarse de un estudio lo más completo posible que permite llegar a diagnósticos confiables como complemento diagnósticos para el médico psiquiatra.

Otra aportación, es que el tener un conocimiento amplio y detallado de estos pacientes, como personas o individuos, se les puede ayudar mucho a su adaptación y funcionalidad, entendiendo en qué consiste el trastorno, sus fortalezas y debilidades que les ayudarán a su adaptación y funcionalidad.

Además de que esta propuesta de valoración permite, al final, obtener un estudio que sirve de base para un tratamiento personalizado y que después de un año o año y medio permite su revaloración y así, la comparación de resultados obtenidos en el primer y segundo estudio, para así estudiar su proceso de maduración en los diferentes niveles.

El diagnóstico del Autismo se basa en los criterios clínicos diagnósticos internacionales y, actualmente, contamos con la ayuda de pruebas estandarizadas que permiten una valoración sistemática y estructurada de los niños.

Por otro lado busca conscientizar a los diferentes profesionales de la salud, en este caso a los psicólogos a implementar la detección temprana de los indicadores en riesgo de Autismo, tratando de llegar a los profesionales correspondientes de

un primer nivel de intervención (Pediatras, Médicos Generales) para una canalización oportuna que permita mejorar la severidad y el pronóstico del niño con TEA y así tener un mejor pronóstico que lleve a una mayor calidad en su adaptación, al mejorar su funcionalidad dentro de la sociedad en la que se vive. También es importante contar con un equipo multidisciplinario que valore al paciente desde su profesión y favorezca la obtención de diagnósticos específicos y confiables tras el estudio y seguimiento de cada uno de los pacientes. Esto en función de las necesidades asistenciales del niño, así como de sus fortalezas y debilidades.

Este proceso tan completo sólo es posible, siempre y cuando exista una adecuada coordinación, comunicación, respeto y cooperación entre los profesionales que están evaluando al menor, a su familia y entorno.

Es importante que como profesionales de la salud, se luche por cambiar el enfoque de considerar al paciente como un ser aislado, sin tomar en cuenta a la familia y a la sociedad. En el caso de los niños, la familia representa ese soporte principal para su vida y su desarrollo, por lo que es clara la necesidad de intervenir en este ambiente, ya que como consecuencia de dicho trastorno, los familiares se sienten aislados de su medio social, debido a que en nuestra sociedad existe mucho desconocimiento a cerca del Autismo, sus mitos que en la actualidad prevalecen , y que desafortunadamente entre los mismos profesionales como médicos, psicólogos y maestros se manejan todavía, como: el pensar que están locos, que no vale la pena trabajar con ellos porque no avanzan, culpar a las madres por el problema con el que nació su hijo, entre otras. Dificultad para diagnosticarlos o el someter a los niños con Autismo a tratamientos injustificados (farmacológicos y terapéuticos), así como a terapias alternativas que prometen una cura sin tener un sustento científico que las avalen.

Como bien se sabe, el Autismo lleva a un pronóstico incierto, en el que intervienen una detección temprana, el nivel de lenguaje y comunicación, los mecanismos de autorreferencia, la autoconciencia y la capacidad intelectual para



una mejor adaptación y funcionalidad. La familia presenta costos económicos elevados que repercuten, ya que se intensifica la pobreza doméstica, la inestabilidad en el matrimonio, el decremento en las oportunidades de empleo por la discapacidad, así como de las oportunidades para educar a sus hijos, dificultades para afrontar el problema de sus hijos, problemas con los hermanos de los niños con Autismo al sentirse desplazados, al resentir la carga del hermano al momento en que los padres faltan o al adjudicarse el papel de protectores al defender al hermano del resto de los compañeros. También experimentan ese sentimiento de vacío, es por eso que se debe abrir el servicio de atención a la familia, a la pareja, para ayudarlos a desarrollar diferentes formas de afrontamiento y manejo del niño con Autismo y su entorno.

Comunitariamente también hay que ser conscientes, que este trastorno complica el futuro de los niños con TEA debido a que tristemente se observa la carencia de centros adecuados para su tratamiento, debido a que son pocos los que al no cobrar, abren la posibilidad de que la gente de cualquier estrato socioeconómico, principalmente la de bajos recursos económicos tenga un trato digno y profesional. Dentro de éstos, cabe resaltar el papel que ha tenido **AMETATD, I.A.P** y ahora también la Clínica de Autismo del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) en la valoración, tratamiento, orientación y trato hacia los niños con Autismo, sus familias y maestros. Estos últimos cada vez más interesados por capacitarse sobre la detección y el manejo del niños con TEA dentro del salón de clases, y que es un logro importante, debido a que son todavía muchas las escuelas que carecen del personal necesario y capacitado, que no identifican el problema del menor y continúan estigmatizando dicho trastorno, llevando a que los mismos padres, oculten el diagnóstico, para evitar el rechazo de sus hijos y el peregrinar por diferentes centros de educación.

También se pretende dar a conocer lo mucho que falta por descubrir y entender de este enigmático trastorno, por lo que es importante hacer conciencia sobre la necesidad de investigación en México, al ser un campo del que falta



mucho conocimiento, para entender y ayudar de mejor manera a los niños, a sus familias y profesores que se acerquen a pedir de nuestra orientación.

En nuestra cultura, no existe una educación, ni las condiciones mínimas para aceptar a los seres humanos como tales, tampoco exploramos las emociones y los sentimientos o las habilidades preceptuales que se tienen dentro de una familia de un hijo, y de las escuelas al tener alumnos con TEA. Por lo anterior, es importante considerar, como profesionales de la salud que “necesitamos llegar a comprender que no hay enfermedades, ni enfermos, sólo existen seres humanos” (Sacks O, 1998); es decir, que antes que un diagnóstico, son personas y que por ese hecho, son merecedoras a que nosotros como profesionales les brindemos un trato digno lleno de respeto, de sensibilidad, de profesionalismo, pero principalmente de humanidad.

### **Lista de Referencias Bibliográficas**

1. American Psychiatric Association (2005) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. DSM-IV TR. Barcelona: Masson

2. AMETATD, I.A.P.(2006, junio). Manual de Contenido Múltiple, México: D.F.: Autor.
3. Attwood, T. (2002) El Síndrome de Asperger. Una guía para la familia. Barcelona: Paidós
4. Autism Speaks (2008) <http://www.autismspeaks.org>
5. Bailey, A., Luthert, P., Bolton, P., Le Couter, A., Rutter, M. & Harding, B. (1993) Autism and megalencephaly. *Lancet* 341, 1225-1226
6. Bailey, A., Phillips, W. & Rutter, M. (1996) Towards and integration of clinical, genetic, neuropsychological, and neurobiological perspectives. *J Child Psychology and Psychiatry* 37(1), 89-126
7. Bailey, A., Luthert, P., Dean, A., Harding, B., Janota, I., Montgomery, M. & Rutter, M. & Lantos, P. (1998) A clinicopathological study of Autism. *Brain* 121(5), 889 – 905
8. Baron-Cohen, S., Ring H.A., Bullmore E.T., Wheelwright, S., Ashwin, C. & Williams, S.C.R. (2000) The amygdala theory of autism. *Neurosci Biobehav Rev* 24, 355 – 364
9. Bauman, ML & Kemper, TL. (1994) Neuroanatomic Observations of the Brain in Autism. En Bauman, ML & Kemper, TL eds. *The Neurobiology of Autism*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 119-145.
10. Bauman, M.L. & Kemper, T.L.(1997) Is autism a progressive process? *Neuro*, 48(Suppl 1), 285
11. Bryson SE & Smith IM. (1998) Epidemiology of Autism: Prevalence, Associated Characteristics, and Implications for Reserch and Service Delivery. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*, 4: 97-103.
12. Campos, P.C.(2007) Trastornos del Espectro Autista. México: Manual Moderno
13. Canitano R, Luchetti A & Zappella M. (2005) Epilepsy, Electroencephalographic Abnormalities, and Regression in Children with Autism. *J Child Neurol*; 20(1): 27-31.
14. Carper, R.A.& Courchesne, E. (2000) Inverse correlation between frontal lobe and cerebellum sizes in children with autism. *Brain*. 123(Pt4) 836-844
15. Chugani, D.C., Sundram, B.S., Behen, M., Lee, M.L. & Moore, G.J. (1999) Evidence of altered energy metabolism in autistic children. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 23(4), 635-641

16. Courchesne, E., Yeung-Courchesne, R., Press G.A., Hesselink, J.R. & Jernigan, T.L. (1988) Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism. *New England Journal of Medicine*, 318, 1349-1354
17. Courchesne, E., Yeung-Courchesne, R. & Press G.A. (1993) Parietal lobe abnormalities detected with MR in patients with infantile autism. *AJR Am J Roentgenol* 160 (2), 387-393
18. Courchesne, E., Saitoh, O., Yeung-Courchesne, R., Press G.A., Lincoln, A.J., Haas, R.H. & Schreibman, L. (1994) Abnormality of cerebellar vermian lobules VI and VII in patients with infantile autism: identification of hypoplastic and hyperplastic subgroups with MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 162(1) 123-130
19. Datos de Pacientes atendidos de 1984 a 2008 por la Asoc. Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo, I.A.P.: Base de Datos de AMETATD, I.A.P.
20. Egaas B., Courchesne, E. & Saitoh, O. (1995) Reduced size of corpus callosum in autism. *Arch Neurol* 52(8), 794-801
21. Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.t., Cook, E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Jonson, Ch.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Prizant, B.M., Rapin, I. Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S. Tuchman, R.F. & Volkmar, F.R. (1999) The Screening and Diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (6), 439-484.
22. Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S, Baranek GT, Cook Jr. EH, Dawson G, Gordon B, Gravel JS, Johnson CP, Kallen RJ, Levy SE, Minshew NJ, Ozonoff S, Prizant BM, Rapin I, Rogers SJ, Stone WL, Teplin SW, Tuchman RF & Volkmar FR. (2000) Practice Parameter: Screening and Diagnosis of Autism. *Neurology*. 55: 468-479.
23. Fombonne E. (1999) The Epidemiology of Autism: A Review. *Psychol Med*, 29: 769-786.
24. Frith, U. (1991) Autism and Asperger Syndrome. Great Britain: Cambridge University Press.
25. Frith, U. (2004) Autismo. Hacia una explicación del enigma. 2da. Edición. Traducción de Celina González Serrano. Título original: Autism Explaining the Enigma. Madrid: Alianza
26. Hagberg, B. (1993) Rett Syndrome. Clinical & Biological Aspects. In *Clinics in Developmental Medicine* No. 127. London: Cambridge University Press.

27. Hagberg, B. (2002) Clinical manifestations and stages of Rett Syndrome. *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.*, 8(2), 61-65
28. Houston, R. & Frith, U. (2000) Autism in History. The case of Hugh Blair of Borgue. Oxford: Blackwell Publishers
29. HPIDJNN. (2004) Procedimientos de Hospitalización del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México. D.F.: Autor.
30. Jamain S, Betancur C, Giros B, Leboyer M & Bourgeron T. (2003) Genetics of Autism: From genome scans to candidate genes. *Med Sci (Paris)*. 19(11): 1081-1090.
31. Kemper, T.L. & Bauman, M.L. (1998) Neuropathology of infantile autism. *J Neuropathol Exper Neurol* 57, 645-652
32. Klin, A., Volkmar, F. & Sparrow, S. (2000) Asperger Syndrome. Nueva York: Guilford Press
33. Lewine, J.D., Andrews, R., Chez, M., Patil, A.A., Devinsky, O., Smith, M., Kanner, A., Davis, J.T., Funke, M., Jones, G., Chong, B., Provencal, S., Weisend, M., Lee, R.R. & Orrison, W.W. Jr (1999) Magnetoencephalographic patterns of epileptiform activity in children with regressive autism spectrum disorders. *Pediatrics*. 104 (3 Pt 1) 405-418
34. London E. (2000) CDC findings in Brick township: Autism Spectrum Disorders 1 per 150 children. *Naritive*: 16-17.
35. Lotter V. (1966) Epidemiology of Autistic Condition in Young Children. *I. Prevalence. Social Psychiatry*. 1: 124-137.
36. Mejora Continua de Calidad. (2007). Hoja de Padecimientos Clínicos en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". México, D.F.: Autor.
37. Muelas, F. (1970) Las Florecillas de San Francisco. Edición Española. Madrid: Salvat
38. Mulas, D.F., Etchepareborda, M. & Abad, L. (2005) Neurobiología del Autismo en Guía Médica y neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autismo Mas Casadevall, F.P.
39. Mulder EJ, Anderson GM, Kema IP, de Bildt A, van Lang ND, den Boer JA & Minderaa RB. (2004) Platelet Serotonin Levels in Pervasive Developmental Disorders and Mental Retardation: Diagnostic Group Differences, within-group distribution, and behavioral correlatos. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 43(4): 491-499.



40. Müller, R.A., Behen, M.E., Rothenmel, R.D., Chugani, D.C., Muzik, O., Mangner, T.J. & Chugani, H.T. (1999) Brain mapping of language and auditory perception in high-functioning autistic adults: a PET study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 19-31
41. Muñoz-Yunta, J.A., Freixas, A., Valls, A. y Maldonado, A. (2000) Epilepsia del desarrollo y estudios mediante tomografía por emisión de positrones cerebral. *Rev Neurol Clin* 1, 45-54
42. Muñoz-Yunta, J.A., Salvadó, B., Ortiz, T., Amo, C., Fernández, A., Maestú, F. y Palau, B.M. (2003) Clínica de la Epilepsia en los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 36(Supl 1)561-567
43. Muñoz-Yunta, J.A., Valdizán, J.R., Valls, S.A., Salvadó, B. y Palau, B.M. (2005) (a) Definición y Clasificación de los TGD en Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autismo mas Casadevall, F.P.
44. Muñoz-Yunta, J.A., Valdizán, J.R., Valls, A., Salvadó, B., Palau, B.M., Idiazábal, A. y Mulas, F. (2005) (b) Autismo asociado a... en Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autismo mas Casadevall, F.P.
45. Nichd. (2004) <http://www.nichd.nih.gov>
46. Ohnishi, T., Matsuda, H., Hashimoto, T., Kunihiro, T., Nishikawa, M., Uema, T. & Sasaki, M.(2000) Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism. *Brain* 2000, 123 (Pt9): 1838-1844
47. Organización Mundial de la Salud (1992) Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ma. Ed. Barcelona: Meditor
48. Otsuka, H., Harada M., Mori, K., Hisaoka, S. & Nishitani, H. (1999) Brain metabolites in the hippocampus-amygdalaregion and cerebellum in autism: An 1H-MR spectroscopy study. *Neuroradiology* 41(7)517-519
49. Palau, B.M., Pélach, F., Valls, A., Muñoz-Yunta, J.A., y Salvadó, B., (2005) Introducción e historia del Autismo en Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autismo Mas Casadevall, F.P.
50. Perich, A.J., Aduna de Paz, M., Valls, A., Muñoz-Yunta, J.A. (2002) Espectroscopia talámica por resonancia magnética en el Autismo. *Rev Neurol* 34 Num s 1 pag. 68
51. Pickles A, Bolton P, Macdonald H, Bailey A, Le Couteur A, Sim CH & Rutter M. (1995) Latent-class analysis of recurrence risks for complex phenotypes with

- selection and measurement error: a twin and family history study of autism. *Am J Hum Genet.* 57 (3): 717-726.
52. Piven, J., Bailey, J., Ranson, B.J. & Arndt, S.(1997) An MRI study of the corpus callosum in autism. *Am J Psychiatry* 154(8)1051-1056
53. Rapin, I. (1994) Autismo: Un síndrome de disfunción neurológica. En Fejerman N. y otros. Autismo Infantil y otros trastornos del desarrollo. Buenos Aires: Paidós. 34-36
54. Ruggieri, V.L.(2001) Neurobiología y Autismo. En Riviere, A. Autismo: Enfoques Actuales para padres y profesionales de la salud y la educación. Buenos Aires: FUNDEC. p 169-178
55. Riviére A y Martos J. (sin año) El Niño Pequeño con Autismo. Madrid: Asociación de Padres de Niños Autistas (APNA).
56. Riviére, A. (1997) Desarrollo Normal y Autismo <http://www.aut.tsai.es>
57. Riviére, A. (2001) Aspectos evolutivos de las personas con autismo. En Riviére, A. Autismo. Orientaciones para intervención educativa. Madrid: Editorial Trotta, pag. 44-45
58. Rosenbloom y col. (2005) Neurobiología del Autismo en Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autisme Mas Casadevall, F.P.
59. Rutter, M. (2005) Autism Research: Lessons from the Past and Prospects for the future. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(2), 241-257
60. Sacks, O (1998) El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. México: Editorial Océano.
61. Saitoh, O., Courchesne, E., Egaas, B., Lincoln, A.J. & Schreibman, L. (1995) Cross-sectional area of the posterior hippocampus in autistic patients with cerebellar and corpus callosum abnormalities. *Neurology* 45(2), 317-324
62. Salvadó SB, Palau BM, Rosendo MN, Orpí PC, Valls SA y Muñoz-Yunta JA. (2005) Detección Precoz de TEA en Guía Médica y Neuropsicológica del Autismo. Barcelona: Fundació Autismo mas Casadevall, F.P.
63. Sparks, B.F., Friedman, S.D., Shaw, D.W., Aylward, E.H., Echelard, D., Artru, A.A., Maravilla, K.R., Giedd, J.N., Munson J., Dawson, G. & Dager, S.R. (2002) Brain structural abnormalities in young children with autism spectrum disorder. *Neurology* 23; 59(2) 184-192

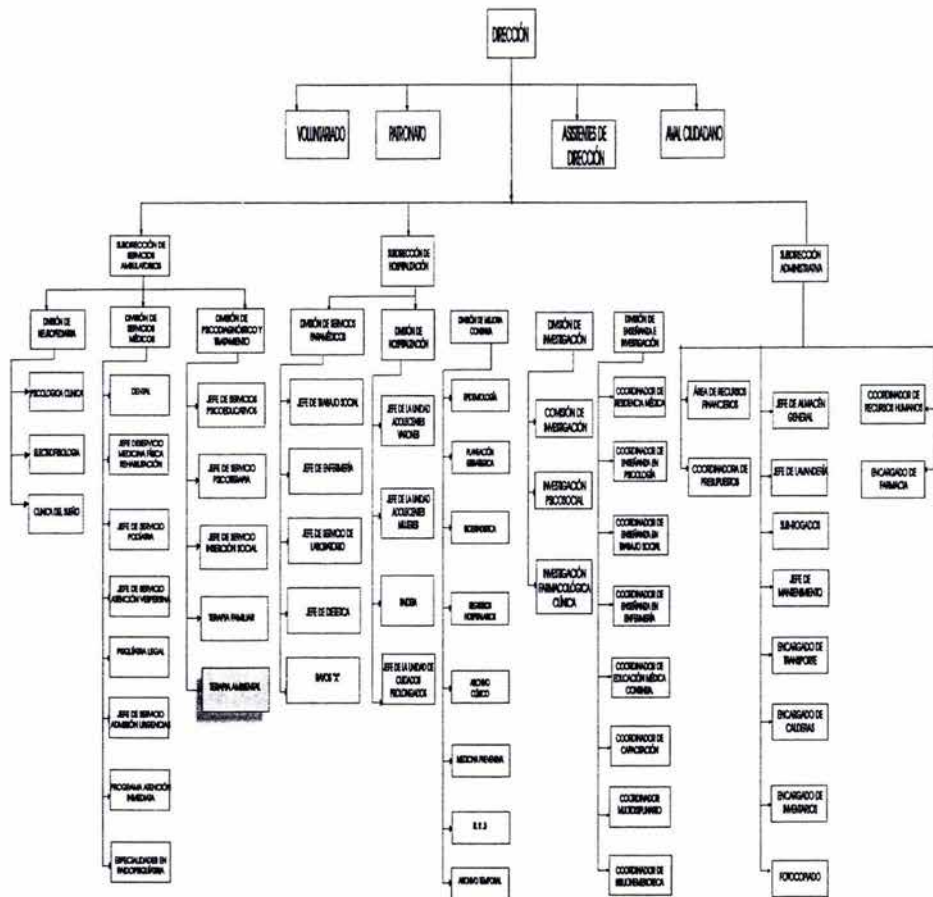
64. Szatmari P, Jones MB, Zwaigenbaum L & MacLean JE. (1998) Genetics of Autism : Overview and New Directions. *J Autism Dev Disord.* 28 (5): 351-368.
65. Volkmar, F.R. & Rutter, M. (1995) Childhood disintegrative disorder: result of the DSM-IV autism field trial. *J Acad Child Adolesc Psych* 34 (8), 1092-1095.
66. Volkmar, F.R. & Lord, C.( 1998) Diagnosis and definitio of autism and other pervasive develomental disorders. En: Volkmar, F.R. (1998) Autism and Pervasive Developmental Disorders. United Kingdom: Cambridge University Press
67. Wetherby AM, Prizant B & Hutchinson T. (1998) Communicative, Social-Affective and Symbolic Profiles of Young Children with Autism and Pervasive Developmental Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology.* 7: 79-91.
68. Wetherby AM, Woods J et al. (2004) Early Indicators of Autism Spectrum Disorders in the Second Year of Life: *Journal of Autism and Developmental Disorders.* Vol.34, No.5, pp.473-493.
69. Williams, R.S., Hauser, S.L., Purpura, D.P., DeLong G.R., Swisher C.N. (1980) Autism and mental retardation: neuropathologic studies performed in four retarded persons with autistic behaviour. *Arch Neurol* 37(12),749-753
70. Wing, L. & Gould, J. (1979) Severe impairmentes of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders.* 9, 11-29
71. Wing, L. (1996) El Autismo en Niños y Adultos. Una guía para la familia. Argentina: Paidós

## **A N E X O 1**

### **ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO” 2006 A LA FECHA (2009)**



ORGANIGRAMA ACTUAL  
 AGOSTO 2006  
 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL  
 DR. JUAN N. NAVARRO

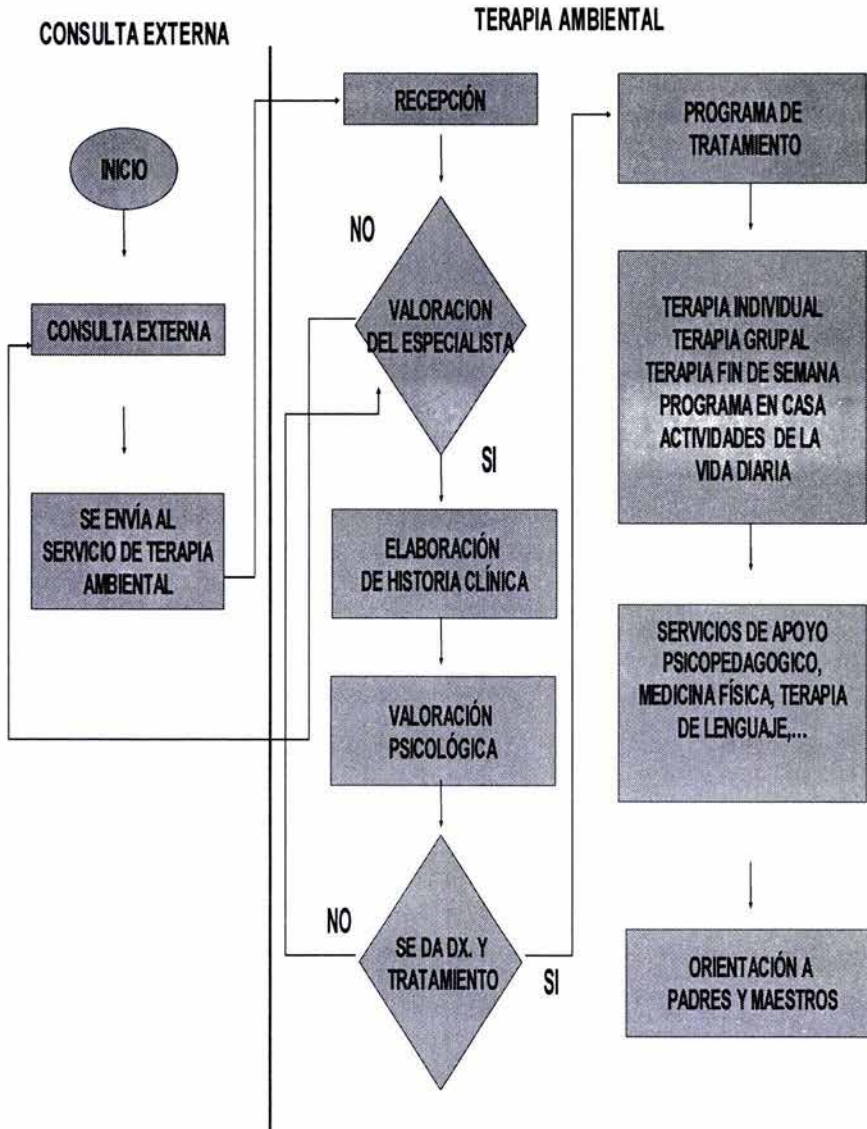


DHGO/mnt

Fuente División de Mejora Continua

## **A N E X O 2**

# FLUJOGRAMA DE TERAPIA AMBIENTAL

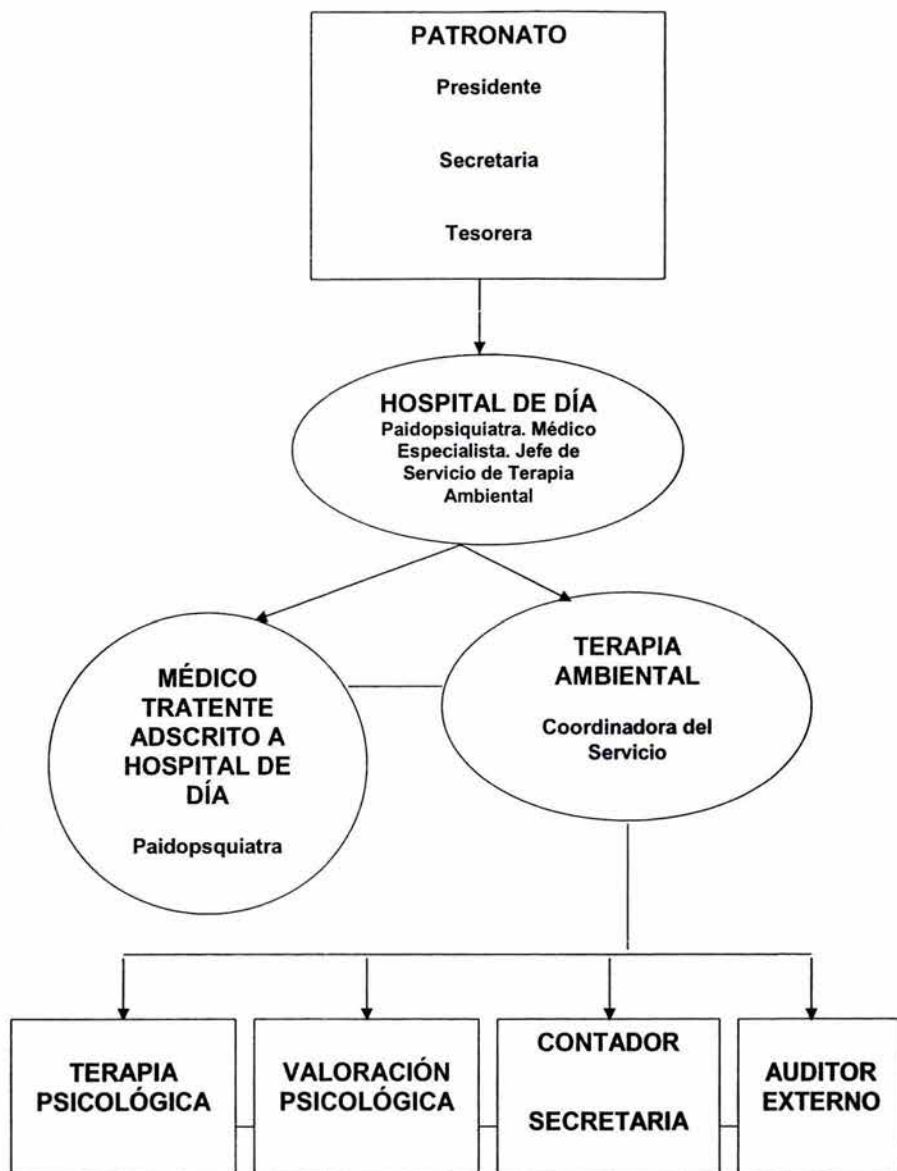


Terapia Ambiental

## **A N E X O 3**



# ORGANIGRAMA DE AMETATD I.A.P.



## **A N E X O 4**

**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”**

**TERAPIA AMBIENTAL**

**A M E T A T D, I. A. P.**

**“PROTOCOLO DE ENTREVISTA INICIAL”**

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

No. Expediente: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

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

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---





- En caso afirmativo escribir enfermedad y parentesco familiar:

a)

b)

c)

d)

- ¿Le han realizado algún estudio anteriormente?

Sí

No

- En caso afirmativo, ¿cuáles?, ¿a qué edad?, ¿cuál fue el motivo? y ¿en dónde?

a)

b)

c)

d)

e)

- ¿A qué edad se dieron cuenta que algo diferente a lo esperado en su hijo (a), tanto en desarrollo como en comportamiento, estaba sucediendo en \_\_\_\_\_?

- ¿Qué fue lo que observaron?

- ¿Presentó alguna complicación en su embarazo?. En caso afirmativo descríbala:

• Duración del embarazo: \_\_\_\_\_

• El parto fue:

Vía normal ( )      Inducido con suero ( )      Cesárea ( )

Uso de fórceps ( )      Parto psicoprofiláctico ( )

• Durante el parto se presentó:

Llanto inmediato	Sí	No
------------------	----	----

Sufrimiento fetal	Sí	No
-------------------	----	----

Falta de oxígeno al nacer	Sí	No
---------------------------	----	----

Desproporción entre la cabeza del bebé y la pelvis de la madre	Sí	No
---	----	----

El color de la piel del bebé era azulada o morada	Sí	No
--	----	----

Presentación anormal (sentado, Atravesado, etc...)	Sí	No
---	----	----

Cordón umbilical enredado	Sí	No
---------------------------	----	----

Requirió cambio de sangre	Sí	No
---------------------------	----	----

¿Cuánto pesó \_\_\_\_\_ al nacer?: \_\_\_\_\_

¿Cuánto midió \_\_\_\_\_ al nacer?: \_\_\_\_\_

¿Qué calificación obtuvo de APGAR?: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue su perímetro cefálico?: \_\_\_\_\_

¿Requirió de incubadora?                      Sí                      No

¿Cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_

¿Por qué?:

¿Después de nacer presentó ictericia?                      Sí                      No

#### DESARROLLO NEUROMOTOR

¿A qué edad sostuvo la cabeza?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad se sentó sin apoyo?: \_\_\_\_\_

¿Gateó?:                      Sí                      No

¿A qué edad gateó? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo gateó?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se dio la transición de gatear a caminar?:      Rápida                      Gradual

¿A qué edad se paró sin apoyo?: \_\_\_\_\_

¿A qué edad caminó solo?: \_\_\_\_\_

¿Presentó algún problema para caminar y/o correr?                      Sí                      No

Especifique cuál y a qué edad:

¿Ha recibido tratamientos ortopédicos?                      Sí                      No

¿Cómo es su coordinación gruesa actualmente (para correr, brincar, trepar, etc...)?:

¿Cómo es su coordinación fina actualmente (para iluminar, recortar, escribir, etc...)?:

## LENGUAJE

¿Qué edad tenía \_\_\_\_\_ cuando dijo sus primeras palabras?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron sus primeras palabras?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estas palabras tenían significado contextual o no?      Sí                      No

¿En \_\_\_\_\_ se presentó el antecedente de haber dejado de hablar y después de un tiempo volverse a iniciar el lenguaje articulado?

                                 Sí                      No

¿A que edad se suspendió el lenguaje?: \_\_\_\_\_

¿A que edad \_\_\_\_\_ volvió a presentarlo?: \_\_\_\_\_

Juzgando por la habilidad \_\_\_\_\_ para seguir instrucciones o contestarle, cree usted que \_\_\_\_\_ comprende?

¿Después de tiempo repite frases que ha escuchado anteriormente?

Sí

No

¿Repite inmediatamente o después frases que ha escuchado?

Sí

No

¿Cuando empezó a hablar de sí mismo, se refirió a él en primera persona?

Sí

No

En caso negativo, ¿Cómo se refirió a él mismo?: \_\_\_\_\_

¿En comparación con su habilidad para comunicar, el número de cosas que puede señalar o nombrar corresponde a lo que \_\_\_\_\_ comunica?

Sí

No

¿Ha solicitado algo usando la misma frase que usted usaría al ofrecérselo, como por ejemplo "quieres leche" o "tú quieres leche" de los 3 años de edad en adelante?

Sí

No

¿Se engancha o persiste en hablar de un tema en particular, por ejemplo autos, mapas, dinosaurios, etc...?

Sí

No

¿Cuáles son sus temas de interés?

¿Qué pasa cuando una persona cambia de tema de conversación con \_\_\_\_\_?



## RELACIÓN SOCIAL

¿Entre los cuatro y ocho meses de edad \_\_\_\_\_ pedía ser levantado alzando sus brazos a quienes se acercaban?

Sí No

¿Alrededor del año de edad \_\_\_\_\_ mostró resistencia a ser tomado en brazos?:

Sí No

¿Doblaba su espalda y echaba la cabeza hacia atrás cuando se le tomaba en brazos?

Sí No

¿Es indiferente a las personas? Sí No

¿Cuándo presenta un acercamiento espontáneo hay selectividad en la gente?

Sí No

¿Entabla contacto visual con las personas o lo evita?

¿Muestra interés por acercarse y jugar con niños de su edad?

Sí No

¿Se relaciona mejor con niños más grandes y/o pequeños que él?

Sí No

¿Prefiere más la compañía de un adulto que la de un niño?

Sí

No

¿Se enoja si no hacen lo que él quiere? Dar ejemplos

¿A qué juega con los niños cuando lo llega a hacer?

¿Entiende las reglas de los juegos? En caso negativo explicar por qué

Si juega solo, ¿a qué juega?

¿Muestra interés por los juguetes? En caso afirmativo especificar cuáles

Describa cómo es su juego con los juguetes mencionados anteriormente:

#### RESPUESTA A LOS ESTÍMULOS Y RELACIÓN CON LOS OBJETOS

¿Colecciona objetos especiales como piedras, envolturas, etc...?

Sí                      No

¿Busca traer consigo un objeto con él para todos lados a los que va demostrando dolor y desesperación si se le pierde?

Sí                      No

¿Tiende a examinar objetos de forma peculiar: girar los objetos, morderlos, arañarlos, golpetearlos, colocarlos primero cerca y luego lejos de sus ojos u oídos?

Sí                      No

¿Hay sonidos que le molestan?                      Sí                      No

Especificar a qué sonidos es intolerante:

¿Hubo sospecha de sordera?                      Sí                      No

¿A qué edad y por qué?

¿Hay sonidos a los que \_\_\_\_\_ responde inmediatamente y otros a los que parece no escuchar?                      Sí                      No

¿Es selectivo con el alimento, así como en su presentación?                      Sí                      No

En caso afirmativo, explicar cómo \_\_\_\_\_ presenta esa selectividad:

¿Parecía que \_\_\_\_\_ no sentía el dolor o su respuesta al mismo no estaba dentro de lo esperado para la situación, es decir, resistía mucho el dolor?

   Sí    No

En caso afirmativo, dar ejemplos:

## RITUALES

¿Acepta cambios de actividad, de rutina, rutas, etc., o se resiste?

¿Cómo es su respuesta a los cambios cuando éstos se presentan?

¿Tiende al orden?                      Sí                      No

En caso afirmativo, dar ejemplos donde lo han observado

Explicar ¿cómo describen ustedes a su hijo(a)?

Explicar ¿cómo describe la Mtra (o) a \_\_\_\_\_ dentro del salón de clases, en recreo, actividades libres y en equipo?



## A P É N D I C E S

## Apéndice A

### Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno Autista (299.00) de acuerdo al DSM-IV-TR

A. Un total de 6 (o más) ítems de 1), 2) y 3), con por lo menos dos de 1), y uno de 2) y de 3):

**1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**

- a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas con compañeros al nivel de desarrollo.
- c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

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

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

(continúa)

propio del nivel de desarrollo.

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

- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- d. Preocupación persistente por partes de objetos.

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

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

(APA, 2005)

## Apéndice B

### Criterios para el diagnóstico de F84.2 Trastorno de Rett (299.80) de acuerdo al DSM-IV-TR

A. Todas las características siguientes:

- 1) Desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- 2) Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
- 3) Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- 1) Desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
- 2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
- 3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
- 4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
- 5) Desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

(APA, 2005)

## Apéndice C

### Criterios para el diagnóstico de F84.3 Trastorno Desintegrativo Infantil (299.10) de acuerdo al DSM-IV-TR

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- 1) **Lenguaje expresivo o receptivo**
- 2) **Habilidades sociales o comportamiento adaptativo**
- 3) **Control intestinal o vesical**
- 4) **Juego**
- 5) **Habilidades motoras**

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- 1) **Alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).**
- 2) **Alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado).**
- 3) **Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.**

(continúa)



D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

**(APA, 2005)**

## Apéndice D

### Criterios para el diagnóstico de F84.5 Trastorno de Asperger (299.80) de acuerdo al DSM-IV-TR

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- 1) **Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.**
- 2) **Incapacidad para desarrollar relaciones apropiadas con compañeros al nivel del desarrollo del sujeto.**
- 3) **Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).**
- 4) **Ausencia de reciprocidad social o emocional.**

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- 1) **Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.**
- 2) **Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.**
- 3) **Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).**
- 4) **Preocupación persistente por partes de objetos.**

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del

individuo.

- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

(APA, 2005)

## Apéndice E

### **Criterios para el diagnóstico de F84.9 Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (incluyendo Autismo Atípico) (299.80) de acuerdo al DSM-IV-TR**

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación verbal o no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el "autismo atípico": casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez.

**(APA, 2005)**