

Fabiola Font Hervás

**CASO PRÁCTICO: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL
TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA EN UN NIÑO DE 4 AÑOS**

TRABAJO FINAL DE GRADO

dirigido por la Dra. Núria Vázquez Orellana

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

“Todo depende del modo de mirar las cosas... Una vez entiendes como piensan y ven el mundo, aquello que un día te parece una discapacidad otro día puede ser un talento o un don”

Szatmari, 2006

AGRADECIMIENTO

A mi tutora del trabajo Nuria Vázquez Orellana por no haberme cortado las alas a la hora de elegir este campo de estudio y darme esperanzas cuando todo se veía perdido. Y por supuesto, a mi tutora del centro de prácticas Silvia Acosta García por enseñarme que el TEA no estaba solamente en los libros, sino en el día a día de muchas familias.

ÍNDICE

1.	Introducción teórica	5
	Aproximación conceptual	5
	Historia del Trastorno del Espectro Autista	6
	Modelos y teorías psicológicas	8
	Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista	10
	Patrones de conducta en niños con TEA	12
	Problemas de relación social	12
	Problemas de comunicación y lenguaje	14
	Problemas de imaginación (simbolización) y conductas estereotipadas	16
	Más problemas identificados en las personas con TEA	18
	Clasificación del TEA en los manuales diagnósticos	20
	Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)	21
	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)	22
	Signos de alarma temprana y detección precoz	23
	Proceso diagnóstico y evaluación en niños con TEA	27
	Historia clínica del sujeto	29
	Exploración física, desarrollo y psicopatológica del niño	31
	Instrumentos de evaluación del autismo	34
	Instrumentos de detección	34
	Instrumentos de diagnóstico	36
	Informar el diagnóstico de TEA	37
2.	Objetivos	38
	Objetivos del caso práctico	38
3.	Metodología	39
	Datos biográficos del sujeto	39
	Procedimiento del caso práctico	39
4.	Resultados	41
	Primera sesión	41
	Segunda sesión	43
	Tercera sesión	44
5.	Conclusiones	47
	Conclusiones del caso práctico	47

Conclusiones del trabajo.....	50
6. Bibliografía.....	51
Anexo.....	55

1. Introducción teórica

Aproximación conceptual

Viloca (2012) psicoanalista y psiquiatra, define el autismo como un trastorno psicobiológico, de la intercomunicación y de la interrelación, que se organiza en los primeros treinta meses de vida y que da lugar a una detención y/o deterioro del desarrollo emocional y cognitivo. Afecta a todas las áreas de vida de una persona y es considerada una de las patologías más graves del desarrollo, la conducta y la comunicación (Acosta, Ibáñez, Ferret, 2019)

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un trastorno de origen biológico que afecta al neurodesarrollo del sujeto, y que va a producir variaciones en la construcción de los procesos psicológicos superiores. Esto implica que determinadas alteraciones en momentos muy tempranos producen cambios en "cascada", es decir, tienen efectos de "bola de nieve" en el desarrollo temprano del sujeto (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

Hablamos de *espectro*, porque hay muchos niveles distintos de afectación dentro del mismo diagnóstico de TEA. Podemos encontrar sujetos con lenguaje o sin él; sujetos con capacidad para desarrollar actividades funcionales de manera autónoma, o con necesidad de apoyos significativos en las actividades diarias; niños con competencias curriculares totalmente normalizadas (incluso superiores) o niños que difícilmente adquirirán el aprendizaje de lecto-escritura. Todo ello, crea un abanico de posibilidades y manifestaciones a veces difíciles de entender, tanto por los familiares, como por los propios profesionales (Morral y cols. 2012)

En la presente "Introducción teórica", intentaremos entender, cuáles son las manifestaciones clínicas del TEA, la clasificación del autismo en los manuales diagnósticos, porque es importante una detección temprana en los primeros meses de vida, y cuáles son los procedimientos y herramientas necesarios para una evaluación y diagnóstico de TEA, en niños preescolares y escolares. Pero antes, se presentará la historia y prevalencia, para poner el autismo en perspectiva.

Historia del Trastorno del Espectro Autista

Para realizar una concepción histórica del TEA es imposible no referirnos a Leo Kanner y Hans Asperger, ya que prácticamente, al mismo tiempo, ambos proporcionaron agudas descripciones sobre lo que se ha fundamentado y se ha ido construyendo el conocimiento actual del autismo (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

Pero antes de referirse a los dos autores de los años 40, las definiciones del autismo, o las descripciones de algún trastorno o patrón conductual equiparable son muy limitadas. La única descripción recogida (Wolff, 2004) de un patrón de autismo es el Hugh Blair de 1747. Donde este mismo, hijo de un terrateniente escocés, apareció en un tribunal de Edimburgo para que esté dictaminara sobre su capacidad mental para casarse. Su hermano pequeño había pedido la anulación del matrimonio para otorgarse con la herencia que iba a quedarse por derecho Hugh Blair. Así mismo este sujeto, parecía mostrar una falta de diplomacia y sentido común, así como un uso anormal de la mirada. Presentaba también, anomalías en el lenguaje, como repetición de frases o ecolalias. Tenía conductas obsesivas y repetitivas, así como manierismos motores. Insistía que los objetos domésticos permanecieran siempre en el mismo lugar, coleccionaba plumas y palos y se sentaba siempre en el mismo sitio en la iglesia.

Bleuler fue quien en 1911 introdujo el término "Autismo" (del griego "propio", "sí mismo") para designar uno de los rasos de la esquizofrenia en adultos; la pérdida de contacto con la realidad y, como consecuencia, una gran dificultad para comunicarse con los otros, evasión de la realidad y retracción en el mundo interior (Ajuriaguerra, 1993)

No es hasta los años 40 que el autismo es descrito y considerado como trastorno cualitativamente distinto a los demás y con entidad propia. En 1943 Leo Kanner publicó su artículo "Autistic disturbances off affective contact", donde describía a 11 niños vistos en su clínica que mostraban una grave dificultad para relacionarse con los demás. Acuñó el término "Autismo Infantil Precoz", como síntoma de la esquizofrenia, para referirse a un trastorno cuya característica principal era la incapacidad de implicarse en interacciones sociales con otros. Como veremos más adelante, la definición del autismo ha

ido evolucionando en numerosas revisiones, aunque las características descritas por Kanner siguen estando vigentes. Por este motivo, ha sido el punto de partida para una descripción cada vez más precisa (Alcantud, 2013).

Kanner identificó en su artículo de 1943 cuatro características que definirían el trastorno. (Alcantud, 2013)

- La incapacidad del niño para relacionarse adecuadamente con las otras personas, lo que el autor denomina "una extrema soledad autista".
- Dificultades en el desarrollo comunicativo y del lenguaje, tanto en la expresión como en la comprensión del mismo
- Presencia de una persistente insistencia en la invariancia, es decir una importante necesidad de que las cosas permanezcan igual
- Aparición temprana del trastorno, que se hace evidente en los tres primeros años de vida.

Solamente un año después, Hans Asperger (1944) describía la "psicopatía autística", como una condición presente únicamente en varones, en base a cuatro casos. Los sujetos mostraban torpeza social, sus relaciones sociales eran pobres y no parecían mostrar sentimientos hacia los demás. Presentaban conductas estereotipadas, motrizmente torpes, pero no con retraso en la adquisición del lenguaje. Por lo contrario, tenían buenas habilidades lingüísticas, así como buenas capacidades cognitivas. Presentaban intereses específicos y algunos mostraban habilidades especiales o sorprendentes vinculadas a sus ámbitos de interés.

Aunque el artículo de Asperger fuera publicado un año después del de Kanner, existen ciertas dudas sobre quien acuñó el término "autismo". Aun así, los dos realizaron una descripción de un trastorno que, aunque cuenta con algunas diferencias, muestra un núcleo común: dificultades en las relaciones sociales, en la comunicación, en el patrón de inflexibilidad mental y la aparición temprana del trastorno (Alcantud, 2013).

Desde Estados Unidos y Alemania, con una predominancia de la vertiente psicoanalítica, se consideró el autismo como un trastorno psicogénico, originado en la relación patológica de padres con sus hijos. Desde esta vertiente, se generó la imagen de los padres con niños con autismo como fríos, aislados intelectuales y obsesivos. Como también, se acuñó el término

de "madres nevera", como incapaces de mostrar afecto y que rechazaban de forma inconsciente a sus hijos en momentos tempranos (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

En 1967 se publicó el libro de Bruno Bettelheim "La fortaleza vacía" con una visión del autismo como un trastorno originado por una relación patológica de los padres con sus hijos. Situaba el autismo como un mecanismo de defensa de los niños frente a ese entorno hostil, que imposibilitaría la formación de un yo diferenciado. El hecho de posicionar a los padres como causantes del trastorno generaba en ellos dolor y sentimiento de culpa, pero también una falsa sensación de que, si ellos cambiaban su forma de interactuar con el niño, el trastorno podría ser reversible. De este modo, se generaron multitud de terapias y tratamientos a los que las familias se sometían con escasos resultados (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

Durante los años 50-60, el autismo era considerado como una forma de esquizofrenia, utilizando etiquetas confusas como "autismo infantil", "psicosis infantil" o "esquizofrenia infantil". Sin embargo, no es hasta finales de los 60 y principios de los 70 donde se cuestiona esta visión del autismo y se empezó a mostrar que el autismo y la esquizofrenia se diferencian tanto en sus características clínicas como en su evaluación (Kolvin, 1971).

Las autoras Lorna Wing y Judith Gould en 1979 dieron un cambio importante en la concepción del autismo y en las líneas de investigación, ya que encontraron que los déficits aparecían siempre en el caso de personas con autismo, pero también en sujetos con otros trastornos del desarrollo. Esto implicó la noción del trastorno como una serie de síntomas necesarios y suficientes para la noción de un "continuo" o "espectro" de dimensiones alteradas en mayor o menor medida. Dentro de cada una de estas dimensiones puede establecerse a su vez un continuo de afectación. A partir de esta visión, surge la denominación de Trastornos del Espectro del Autismo (TEA)

Modelos y teorías psicológicas

A finales de los años 80 y principios de los 90 se empieza a indagar sobre la naturaleza del autismo, desde un punto de vista cognitivo y neuropsicológico. Estas teorías fueron aportando evidencias que han ayudado a entender las

causas de muchos comportamientos característicos de las personas con TEA y han guiado su intervención (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

La "Teoría de la mente", planteada por Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985), esta teoría plantea que los niños con autismo presentan déficits en la capacidad para representarse los estados mentales de los demás y elaborar hipótesis sobre sus pensamientos, creencias, intenciones y deseos ("Ponerse en el lugar del otro"), dificultando la predicción y comprensión de la conducta que ejercen los demás. La teoría ha permitido comprender muchas de las limitaciones sociales de estas personas, así como las dificultades pragmáticas en el uso del lenguaje.

Otra aproximación, se basa en que estos sujetos presentan un estilo de procesamiento distinto al de las personas con desarrollo típico. Desde la hipótesis del "Déficit en la Coherencia Central" originada por Frith y Happé en 1994, los sujetos neurotípicos, tienden a procesar la información del contexto de forma global, es decir, el procesamiento global predomina sobre los detalles. En cambio, las personas con TEA el procesamiento se centra en los detalles, es decir, se procesan los detalles a expensas del procesamiento global.

La tercera línea de investigación, refiere el autismo como un "Déficit en la función ejecutiva" por Damasio y Mourer en 1987 y Ozonoff, Pennington y Rogers en 1991. Donde se postulan déficits de las funciones ejecutivas mediadas por los lóbulos frontales que incluyen la planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, inhibición o interrupción de respuestas automáticas y monitorización del procesamiento. Por este motivo, los sujetos con autismo presentan conductas estereotipadas, rutinas e intereses restringidos, afectividad pobre, falta de originalidad y creatividad, dificultades para focalizar la atención y poca habilidad para organizar acciones futuras.

Un punto de vista totalmente diferente, es la hipótesis del "Déficit en la intersubjetividad secundaria", sostenida por Hobson (1993) donde pone énfasis en los aspectos emocionales y efectivos del desarrollo temprano. Existe un mecanismo psicológico primario, regulado biológicamente, que predispone a los bebés a implicarse en las interacciones afectivas con el adulto (atención conjunta, imitación...). Según el autor, estos mecanismos

son la base de la construcción del pensamiento y en la conexión con los demás, y por este motivo, los sujetos con autismo serían disfuncionales.

Con el descubrimiento de las neuronas espejo en los macacos, se abrió una nueva puerta de investigación en humanos. Se postuló que el sistema de las neuronas espejo, junto a la actividad en el sistema límbico, podría mediar nuestra comprensión de los estados emocionales de los demás. En los casos de sujetos con TEA se encontró evidencias de un "Funcionamiento anormal de las neuronas espejo", por Dapretto, Davies, Pfeifer y cols (2006), y se explicaría las dificultades de imitación, empatía e identidad.

Por último, Simon Baron-Cohen en 2002 postuló la Hipótesis de la "Masculinización" o "Sistematización del cerebro". Para este autor, las características definitorias de los sujetos con TEA serían la expresión de una forma extrema del pensamiento masculino. El pensamiento o cerebro masculino se caracteriza por ser mejor en sistematización, es decir, en comprender cómo funcionan los sistemas físicos, en cambio, el cerebro femenino sería mejor en la empatización, es decir, en comprender cómo funcionan los sistemas sociales. Esta teoría se relacionaría con la poca capacidad para comprender el mundo social, ponerse en el lugar de los demás y entender las expresiones emocionales, que presentan los sujetos con TEA.

Además de las investigaciones en el ámbito psicológico, actualmente existen prometedoras líneas de investigación centradas en aspectos tales como la etiología, tanto genética como ambiental de los TEA. Estas investigaciones favorecidas por el desarrollo tecnológico, están dejando ver la gran complejidad genética vinculada al autismo y la enorme heterogeneidad que se encuentra no solo en los genes implicados, sino en los posibles modos de transmisión.

Prevalencia del Trastorno del Espectro Autista

La incidencia del autismo en la población depende de cómo se defina y diagnostique, pero en cualquier caso podemos hablar de un aumento muy significativo en los últimos años. El informe disponible de la red Confederación Autismo España (2012), sitúa la incidencia en 1 de cada 150 personas y

Autism Speaks (2012) habla de 1 de cada 88 en Estados Unidos (Sevilla, F y cols. 2013). Según, la Autism Society of America (2006) ha habido un incremento del 172% en el diagnóstico desde 1990.

Alcantud, F y cols (2017) han trabajado para intentar dar una explicación a este fenómeno y han identificado 4 factores:

- El autismo es cada vez una patología más conocida y que se puede diagnosticar mejor gracias a la existencia de más y nuevos instrumentos validados.
- El hecho de que se pueda afinar más en el diagnóstico, también ha permitido identificar los grados más leves de TEA y avanzar en el diagnóstico diferencial con algunos trastornos con los que, a veces, se había confundido.
- Parejas de mayor edad que deciden tener hijos; existen más posibilidades de que los padres de mayor edad transmitan cualquier trastorno genético a los hijos.
- Mayor conciencia y conocimiento de los sujetos con TEA, tanto en profesionales como en la sociedad en general

Incluso tomando la estimación más conservadora, se acepta en la actualidad que la prevalencia es de al menos 1%. Para poner esta cifra en perspectiva, esto significa que cuatro millones y medio de personas en la Unión Europea tiene Autismo. Y por cada una de estas personas, al menos tres en su hogar (padres y un hermano) verán sus vidas directamente afectadas. Esto significa que hay que considerar a 18 millones de personas solo en la Unión Europea; una proporción significativa de nuestra población (Fuentes y cols. 2020).

Se ha observado, que mientras ha aumentado el diagnóstico de autismo, ha ido disminuyendo el retraso mental. Una de las causas es que la intervención precoz con niños con TEA evita que estos lleguen a la deficiencia mental.

Sin embargo, muchos profesionales de la salud (Morral y cols. 2012) creen que, a veces se sobrediagnostica, por ejemplo, cuando se diagnostica como autistas a niños que solo presentan rasgos o defensas de tipo autista.

La incidencia del autismo es mayor en chicos que en chicas (en una proporción del 4:1). Las niñas afectadas acostumbran a ser graves (Happé,

1994) y las más leves, pasan desapercibidas por tener más empatía e intereses por estar en el grupo social.

Patrones de conducta en niños con TEA

Sabemos que el Trastorno del Espectro autista se diagnostica por la conducta y, por lo tanto, por una serie de manifestaciones clínicas observadas a través de esta. En este apartado, intentaremos entender cuáles son estos síntomas que nos van a ayudar en el diagnóstico y la detección precoz. Aunque el listado sea extenso, todas las manifestaciones no corresponden para cada uno de los sujetos, ya que todas las personas con TEA son únicas, muy diferentes y con manifestaciones de distinta gravedad, lo que hace que su diagnóstico no siempre sea fácil.

Se coge de referencia para exponer el apartado, el libro de Morral, À y cols (2012), "Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA"

Problemas de relación social

La dificultad en el establecimiento de relaciones sociales adecuadas es una de las características definitorias de los TEA, y probablemente, la que más difiere de las dificultades encontradas en otros trastornos del desarrollo.

Alteración de comportamientos no verbales que regulan la interacción.

Contacto visual inusual

- Falta de contacto ocular
- Mirada extraña, no moduladora o fija
- Mirada a partes de la cara (boca, oreja, cuello...) o fijada en ciertos objetos que lleva el interlocutor (pendientes, collar...)
- Mirada aprendida, pero no integrada y que puede parecer robótica.
- Coordinación óculo-manual alterada: recortar sin mirar el papel, dificultades para agarrar una pelota que se les pasa.

Expresiones faciales limitadas.

- Expresividad rígida y poco variada.
- Falta de sonrisa como intercambio social.
- Variedad de expresiones, pero extrañas y no comunicativas.

- Sonrisa constante y falsa apariencia de felicidad.

Disminución de gestos comunicativos

- Disminución de gestos convencionales, por ejemplo, decir adiós con la mano, sí con la cabeza...
- Disminución de gestos de énfasis.
- Disminución de gestos descriptivos
- No señalan con el dedo índice

Problemas en las relaciones con los iguales

Siempre se observan más problemas de relación con los niños de su misma edad que con los adultos, ya que los niños se muestran menos previsibles y adaptables en la relación. Se establecen tres tipos de relación:

Aislado: Se encuentran en un rincón, encerrados en su propia auto sensorialidad, en sus intereses y pensamientos. No interactuar con los demás. Se ha hecho popular el mito de que todos los chicos con autismo se aíslan y que no tienen relaciones con los demás. Pero no es así, hay diferentes niveles de autismo al igual que diferentes temperamentos.

Pasivo social: Interés por los otros, pero solamente los observa sin interactuar.

Activo inadecuado: Quiere relacionarse, pero no sabe cómo. Puede intentar establecer relaciones con otros a través de conductas agresivas, extravagantes o con preguntas inapropiadas. En este caso, a menudo sorprende a maestros y conocidos cuando son diagnosticados de TEA.

Falla en la reciprocidad

- El sujeto no se da cuenta de la existencia del otro, aunque este pase por su lado o haga mucho ruido (se ha denominado alucinación negativa).
- Sus acercamientos se restringen a demandas personales. Pueden ser claramente inapropiados o responder bien al entorno, pero nunca empiezan la interacción.
- Presentan conciencia del otro, pero no entienden que este tenga una mente y diferentes emociones u opiniones.

- Muestran poco interés por el otro: hablan sin mirar si el otro escucha, escuchan sin hacer comentarios de interés, nunca preguntan al otro su opinión o establecen monólogos sin turnos.

Dificultades en la atención conjunta.

Por un lado, los sujetos con autismo, presentan dificultades en mirar donde otro está mirando, es decir, tienen problemas para seguir la línea de mirada del otro. Por otro lado, no utilizan la mirada alterna entre el adulto y el objeto para compartir la experiencia sobre algo atrayente del entorno. Esto significa que les cuesta iniciar conductas de atención conjunta, para dirigir la atención del adulto hacia algo interesante y compartir placeres, intereses u objetivos (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

Dificultad para pedir al otro de forma explícita o expresar el deseo

- Pueden presentar problemas para pedir objetos que no estén a la vista, por su falla en la permanencia del objeto y, por lo tanto, para expresar deseos y necesidades.
- Alargar el brazo en busca de ayuda, pero sin mirar ni hacer ningún comentario.
- Pueden no pedir "más" aunque les haya encantado un juego.
- Dificultades para dar o mostrar
- Dificultades para escoger

Dificultades para comprender el mundo social

A los sujetos les cuesta entender las sutilezas en la mirada de otro, mostrar empatía, saber que es un amigo... Además, de expresar y entender las propias emociones

Problemas de comunicación y lenguaje

Todas las personas con TEA muestran alteraciones en la comunicación y el lenguaje. A pesar de la gran heterogeneidad que muestran los sujetos con autismo en sus formas de comunicación y sus competencias lingüísticas, todas ellas comparten en mayor o menor medida, una serie de características que forman parte del núcleo definitorio de los TEA (Alcantud, 2013)

Dificultades en la comprensión

La sensación de las familias y la población cercana es que es buena, pero sabemos que es literal, que no entienden las metáforas. Por sus dificultades de ponerse el sitio de los demás presentan mucha ingenuidad, además de una falta de picardía.

Dificultades de comunicación debidas a la incapacidad de ver al otro como alguien diferente y separado de ellos mismos.

- Instrumentalización: Uso del cuerpo del otro para comunicarse
- Necesidad de un "yo auxiliar": Necesidad de que el otro regule las propias acciones, "ahora ponte la chaqueta, ahora la bufanda..."
- No contextualizan el discurso: Piensan que el otro ya conoce lo que tiene en la cabeza
- Dificultad para conversar: Presentan dificultades para establecer turnos con el interlocutor. A veces, solo se comunican para responder, hacer demandas o expresar intereses propios.

Dificultades en el desarrollo del habla

- Mutismo: No se adquiere el lenguaje.
- Mutismo selectivo: Dejan de hablar solo en algunos contextos.
- Retraso en el desarrollo, que no vienen acompañados con intentos para compensarlos, mediante modelos alternativos de comunicación, por ejemplo, gestos o mímica... Aproximadamente un tercio de los niños con TEA han experimentado una regresión en el desarrollo comunicativo, es decir, han perdido en momentos tempranos capacidades comunicativas y/o lingüísticas que ya habían adquirido.

Anormalidades en el habla propias del autismo

Calidad inusual de prosodia: entonación, tono, volumen, ritmo y velocidad (pueden realizar muchas pausas para pensar). Por ello, podemos percibir su habla como robótica y con falta de emoción, debido a una ineficaz manejo de los patrones entonativos.

Uso estereotipado o repetitivo del lenguaje o lenguaje idiosincrático

Aunque este lenguaje parezca a veces interferido, es preferible a la ausencia de lenguaje

- Estereotipia verbal: Difiere del balbuceo, con el único propósito de autoestimularse.
- Ecolalia inmediata: Repetición de lo que acaba de oír.
- Ecolalia diferida: Repetición literal en otro momento o contexto. Pueden ser adecuadas a las circunstancias o no ("Luke yo soy tu padre").
- Inversión pronominal: Hablar de uno mismo en segunda o tercera persona ("Marta quiere agua"), en vez de ("Quiero agua")
- Neologismo y lenguaje idiosincrásico: Invención de palabras o atribución de nuevos significados a palabras ya existentes.
- Uso de palabras o frases excesivamente formales: Incorporar en su lenguaje habitual, palabras complejas que, por algún motivo, han llamado su atención.

Problemas de imaginación (simbolización) y conductas estereotipadas

Una tercera área que caracteriza a los TEA tiene que ver con el componente repetitivo o la adhesión a patrones repetitivos de conducta que se observa a distintos niveles. Estas tienen en común la repetición, la rigidez y la escasa funcionalidad y adaptabilidad (Alcantud, 2013).

Problemas en el juego

Dificultades para el uso funcional de los objetos: Los sujetos con TEA no usan los objetos con la función para la que han sido creados: dan vueltas a las ruedas del coche, alinean objetos

Ausencia de juego simbólico propio del nivel de desarrollo

- Dificultad para hacer "Hago ver que soy un..." sin dejar de ser uno mismo, en el juego simbólico: "Hago ver que soy un león" en este juego, sin dejar de lado que soy Pablo
- Dificultad para el juego imitativo social.
- Juego no espontáneo: necesitan ser inducidos por el otro para jugar.
- Reproducen literalmente con objetos o juguetes situaciones que han visto, pero no pueden crear historias nuevas. Pueden hacer con "piezas de construcción" grandes edificaciones, que después no utilizan para jugar.

- Juegan de manera repetitiva, sin aceptar las propuestas del otro.
- Crean historias sin una secuencia clara.

Confusión fantasía-realidad

- Pueden perder el contacto con la realidad, como el niño que empieza haciendo comida con la plastilina y acaba por comérsela de verdad (ecuación simbólica)
- Imitan el juego del otro de forma exacta, pero sin entenderlo (identificación adhesiva). Pueden correr como hacen los demás en el pilla-pilla, pero sin entender en qué dirección, ni qué rol se espera de ellos.

Dificultades de representación gráfica: El dibujo no representa el objeto o tiene que quedar exactamente como es en realidad.

Conductas estereotipadas y repetitivas que les permiten vivir en un mundo invariable y evitar el sufrimiento

Autosensorialidad: Interés sensorial inusual en materiales de juego o personas: oler, tocar...

Estereotipias (vocales y motoras) y manierismos: Movimientos extraños de las manos, aleteos, balanceo, saltos... que realizan buscando una determinada sensación o como expresión de una emoción no contenida.

Vínculo excesivo, extraño e inusual con algunos objetos: Acostumbran a ser objetos duros y extraños, por ejemplo, llevar siempre consigo una jeringuilla a todas partes. Habitualmente, les cuesta separarse de ellos por la sensación que les producen.

Preocupación por partes de los objetos: Pueden mirar fijamente como giran las ruedas de los coches o reseguir con el dedo o la mirada todas las líneas de las baldosas de una habitación.

Conductas compulsivas y rituales: Conductas repetitivas o acciones mentales que se sienten impulsados a realizar de forma rígida y ritualizada. Por ejemplo, los niños que necesitan colocar todos los objetos de una forma

determinada o hacer cada día el mismo recorrido para llegar a la escuela. También pueden presentar rituales verbales.

Preocupación inusual: Interés extraño en su cualidad y por su intensidad, sin características sociales, repetitivos y estereotipado: señales de tráfico, luces, ventiladores...

Intereses restringidos o circunscritos: Actividad diferente a cualquier afición por su intensidad. Puede involucrar un alto nivel de conocimiento y persiste a lo largo del tiempo. Por ejemplo, un niño con interés por las historias marinas como "Titanic" o una niña interesada en conocer todos los presidentes de los Estados Unidos.

Control del otro: Necesidad de controlar el mundo que los rodea, intentando que el otro, niño o adulto, funcione como ellos esperan y tienen en la cabeza. Esta conducta puede ser vivida como una provocación.

Resistencia a los cambios: Dificultad para comprender, anticipar y aceptar los cambios, por ejemplo, en las rutinas diarias.

Dificultades en planificación de actividades

Los sujetos con TEA se mueven sin un propósito concreto y no pueden pensar ni organizar una actividad antes de hacerla.

Más problemas identificados en las personas con TEA

Existen otros síntomas o comportamientos anormales que podemos observar en las personas con autismo (Morral y cols, 2012):

Problemas motrices y de integración del esquema corporal

Pueden presentar formas raras de caminar, por ejemplo, con los pies en puntillas o dando saltos. Pueden adoptar posturas extrañas como utilizar solamente una mano o mantenerse siempre muy erguidos. Su expresividad motriz es peculiar, hay algo en su cuerpo que nos habla ya de sus dificultades. Son frecuentes las alteraciones en el tono muscular (sobre todo hipotonía), dificultades en la manipulación y el dominio de los objetos. Sus cuerpos parecen articulados, sin una conciencia de poseer unos límites corporales definidos y con movimientos poco concretos.

Aparición de episodios de pánico

Manifiestan su ansiedad y malestar a través de rabietas difíciles de contener por su intensidad y duración, también mediante nerviosismo inconsolable o agitación motriz.

Conductas auto o heteroagresivas:

Se trata de una manifestación del malestar interno ante los cambios. Una misma conducta podrá tener diferentes causas o más de una a la vez.

En la autoagresión el niño se pega a él mismo porque no hay diferencia entre el malestar interno y el externo, concretando así el malestar que viene de fuera, pero que él no puede entender, en un punto físico y concreto de su cuerpo. También como una forma de búsqueda de sensaciones repetitivas o de descarga.

En la heteroagresión podemos encontrarnos desde el niño que descarga de forma indiferenciada su angustia en la primera persona que pasa por su lado, hasta el niño más diferenciado, que puede pegar a la persona que le ha producido el malestar, como único recurso para expresarlo. Los niños que rompen sus juguetes, materiales... se observa como una canalización de la rabia, hacia un objeto, y no hacia una persona.

Algunos niños pegan al otro porque no entienden las relaciones, no saben cómo acercarse y buscan una previsibilidad, un entorno controlable.

Baja tolerancia a la frustración

Dificultad para aceptar el "no", la espera, los límites... Para el niño con TEA, las cosas tienen que producirse inmediatamente, el tiempo es un concepto muy abstracto y de difícil comprensión para ellos.

Hiper o hiporreactividad

Las personas con TEA tienen algún tipo de peculiaridad en la percepción sensorial a lo largo del ciclo vital. Estas peculiaridades sensoriales incluyen tanto una hiperreactividad a estímulos del exterior, como por ejemplo a determinados sonidos o estímulos táctiles, que pueden provocar episodios de angustia delante de estos estímulos, que para nosotros son imperceptibles. Como también una hiporreactividad, que se traduce, por ejemplo, en un umbral del dolor alterado (Martínez, Cuesta y cols. 2013).

Trastorno de la alimentación

Los niños con autismo generalmente tienen dificultades para morder y presentan hábitos alimentarios muy peculiares. Realizan una serie de maniobras de autosensorialidad, lo que produce una sensación de extrañeza. Algunos comen con mucha voracidad como si la comida tapara un vacío, otras veces casi ni comen, pero lo que más los diferencia de los otros niños es la falta de ilusión, de placer y significado en el acto de comer.

Trastorno del sueño

Los niños con autismo tienen a menudo problemas para dormir. Nos encontramos dos extremos: desde el niño que nunca duerme, irritable y rígido, hasta niños que duermen todo el día, como una forma de desconexión, aislamiento, de quedarse encerrados en sí mismos y en sus propias emociones. Son los bebés que los padres describen como "extremadamente tranquilos".

Trastorno en el control de esfínteres

Muchos niños con autismo, presentan alteraciones más o menos graves en el control de esfínteres, algunos lo consiguen de forma muy precoz y autónoma, sin progresión, mientras otros pueden pasar años sin adquirirlo.

Clasificación del TEA en los manuales diagnósticos

Actualmente, la clasificación diagnóstica de referencia en los Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles en Cataluña es la Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10), por la OMS (2007), aunque en la comunicación con otros profesionales también se utiliza el diagnóstico que pertenece al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), por la APA (2013). Por este motivo, en el presente trabajo se expondrán los criterios diagnósticos de los dos manuales comentados anteriormente y las diferencias que presentan. Los criterios diagnósticos de los dos manuales, se encontrarán en el apartado "Anexo" al final del trabajo.

Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes (CIE-10)

El CIE-10, incluye el autismo dentro del terreno de los "Trastornos generalizados del desarrollo". Estos son un grupo de afecciones caracterizado por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y actividades estereotipadas y repetitivas. Estas anomalías cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de las personas en todas las situaciones.

La clasificación CIE-10, incluye las siguientes categorías diagnósticas (Véase con más exactitud en los "criterios diagnósticos (CIE-10)" del anexo):

- Autismo en la niñez: que incluye las manifestaciones prototípicas de la categoría, relativas a las dificultades en comunicación, relaciones sociales e intereses restringidos, así como la aparición temprana del trastorno antes de los tres años
- Autismo atípico: difiere del autismo de la niñez, en cuanto a la edad en que se inician o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo.
- Trastorno de Rett: Afecta únicamente a niñas e implica una regresión en la motricidad y una progresiva pérdida del uso funcional de las manos, con estereotipias características de "lavado de mano". Se ha encontrado un marcador genético para este trastorno.
- Síndrome de Asperger: incluye personas con un buen desarrollo cognitivo y un desarrollo lingüístico aparentemente normal, pero una serie de limitaciones en la interacción social, en el repertorio de intereses y actividades estereotipadas y repetitivas.
- Otro trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD): Coloquialmente, se denomina "el cajón de sastre", ya que los síntomas no encajan en ninguna de las categorías anteriores o bien se presentan de forma incompleta.

La Organización mundial de la Salud (OMS) publicó en junio de 2018 la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), pero no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2022. Existen paralelismos cercanos entre las clasificaciones del autismo en el DSM-5 y CIE-11, lo que no llevará a complicaciones clínicas, como ha ido surgiendo hasta el momento (Fuentes y cols. 2020)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)

En primer lugar, el DSM-5, incluye el autismo dentro del terreno de los "Trastornos del neurodesarrollo". Estos son un grupo de afecciones, generalmente evidentes en los primeros años de vida, que se caracterizan por carencias específicas del desarrollo del funcionamiento cognitivo, psicológico, comunicativo, social, adaptativo y/o motriz.

En segundo lugar, el DSM-5 ya no divide el autismo en trastornos separados, es decir, Trastorno de autismo, Trastorno de Asperger, Trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno generalizado no especificado del desarrollo, como era anteriormente en el caso del DSM-IV-TR y en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Esto refleja, el consenso científico actual de que estos trastornos, pueden considerarse dentro de una sola afección dimensional "Trastorno del Espectro Autista (TEA)", con variables niveles de gravedad de los síntomas, agrupados en dos áreas:

- Déficits en la comunicación social y en la interacción social
- Restricción de conductas e intereses y presencia de actividades repetitivas.

Han sugerido preocupaciones, alertando que algunas personas, que previamente han sido diagnosticadas como trastorno de Asperger, perderían su diagnóstico de autismo bajo los criterios del DSM-5, aunque este afirma explícitamente que "las personas con un diagnóstico bien establecido de Trastorno autista, Trastorno de asperger o Trastorno generalizado no-especificado del desarrollo, deben recibir ahora el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista" (Fuentes y cols. 2020).

En tercer lugar, el DSM-5 establece distinciones según sus características y el nivel de gravedad. De esta manera, se alienta a los profesionales a que utilicen los “especificadores” para identificar características individuales como: con o sin discapacidad intelectual; con o sin problemas del lenguaje; asociado con una condición médica o genética conocida o con un factor ambiental; o con otro trastorno del desarrollo neurológico mental o del comportamiento (Fuentes y cols. 2020). La gravedad se clasifica según la cantidad de apoyo necesario. Esta va desde el Nivel 1 (Necesita ayuda), Nivel 2 (Necesita ayuda notable) y Nivel 3 (Necesita ayuda muy notable). (Véase en la Tabla 1, en anexo)

En el manual, también señala que los síntomas deben de estar presentes en la primera infancia, pero que pueden no manifestarse claramente hasta que las demandas sociales excedan las capacidades. Los síntomas deben causar un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

Signos de alarma temprana y detección precoz

Los síntomas del TEA generalmente se presentan sobre los 18-24 meses de edad y estos se mantienen estables durante toda la etapa preescolar y escolar, aunque se pueden observar antes de los 12 meses si el retraso del desarrollo es grave. Con los datos tan alarmantes no debería de ser habitual que ocurra un retraso en el diagnóstico, pero por lo general, desde que los padres comienzan a preocuparse hasta que solicitan ayuda puede llegar a sobrepasar un año (Hérvás y cols, 2012).

Un tercio de los casos diagnosticados se van desarrollando “normal” hasta los 12-24 meses, pero, posteriormente experimentan una regresión; esta puede ser gradual o brusca u ocurrir en el contexto de un retraso del desarrollo previo. Es estos casos, se busca el origen de la regresión en un factor estresante para el sujeto, como podría ser, el cambio del domicilio familiar, nacimiento de un hermano, muerte por un familiar cercano... lo que llevará a un retraso del diagnóstico (Hérvás y cols, 2012)

Cada vez tenemos más estudios que permiten la posibilidad de detectar, ya desde los primeros meses de vida (a partir de los 4-6 meses) una fase

“prodrómica de autismo” (Acquarone, 2007) a lo que también se le ha denominado “pre-autismo” (Acquarone, 2011). Sin embargo, muchos profesionales siguen reacios a hacer un diagnóstico tan precoz. (Morral y cols, 2012)

Una intervención temprana está en la base de un buen pronóstico en la evolución de estos niños. Por este motivo, es tan importante que médicos, pediatras, educadores, cualquier profesional que esté en contacto con él bebe, conozcan los signos de alarma para su detección precoz, ya que, si bien la presencia de algunos signos no sea suficiente para llegar a hacer un diagnóstico, transmitir la preocupación a los padres y derivar a equipos especializados puede ser de gran utilidad. (Gálvan, 2017).

Muchos de estos signos de alarma podrían llegar a ser reversibles con una intervención temprana, ya que esta, puede hacer mejorar algunos aspectos de los déficits que presentan los sujetos con TEA (una elevación del CI; mejora de las conductas sociales; mejora de afrontamiento de las dificultades...), facilitando así una posible integración al mundo social. Como también existe un acuerdo en que todas estas mejoras no suponen una curación en ningún caso, pero sí, la disminución de la carga familiar, social y el bienestar de los propios enfermos. (Alcantud, 2013).

No solamente hay que atender a los bebés con signos de alarma, sino que también hay que escuchar las demandas de los padres, porque estos, son progenitores con ansiedad, que no van a poder desarrollar su función con tranquilidad, ni desarrollarse con naturalidad con el bebé. En el estudio de Danon-Boileau y Acquarone de 2007 se utilizaban vídeos domésticos de gemelos, uno de los cuales más adelante desarrollaría autismo, los padres empiezan a tener diferentes reacciones con cada uno de sus hijos. Se observa cómo estimulan e imitan menos al niño con autismo. A veces, para no inquietarlos, cambian su tono de voz, alteran los gestos o la sintaxis del lenguaje. Entran así en un círculo vicioso, con maneras peculiares de tratarlos, que es importante evitar (Morral, 2012).

Por todo ello, será importante la intervención precoz, en lo que se deberá ayudar a los progenitores a establecer relaciones con el niño, mediante un trabajo de estimulación del desarrollo, del vínculo y de la comprensión del

funcionamiento mental. Según Larbán (2011), el tratamiento de los niños con TEA debe empezar preferentemente antes de los 3 años. A partir de esta edad, el funcionamiento autista pasaría a formar parte de la personalidad del niño (Gálvan, 2017).

A continuación, presentaremos signos de alarma que se pueden detectar entre los 0 y los dos años. Aunque pueden no ser únicamente específicos de TEA, sobre todo en los primeros meses, nos pueden ayudar en la detección de otros problemas de desarrollo. Hay que tener en cuenta que ni un signo de alarma aislado ni unos pocos y temporales nos tienen que alertar.

Hasta los 3 meses.

Algunos de los signos de alarma en este período son (Villard, 1986):

- Ausencia de sonrisa social
- Incapacidad para imitar
- Dificultad para regularse. La relación no les contiene ni organiza. Podemos encontrar niños muy irritables, que no pueden ser contenidos fácilmente o calmados en los brazos de la madre, mientras que otros estarían en el extremo contrario: niños muy pasivos, muy buenos, que pueden dormir todo el día.
- Alteraciones graves en los hábitos básicos de cuidado: sueño (cambio vigilia-noche, insomnio, calma silenciosa) y alimentación (defectos de succión, vómitos)
- Alteraciones en el tono muscular, pueden mostrar rigidez o resistencia al contacto físico y dificultades de ajuste en los brazos de sus padres.
- Presencia de movimientos rítmicos en la cuna o movimientos extraños de la lengua dentro de la boca.

Entre los 3 y los 6 meses

Algunos de los signos de alarma en este período son (Gálvan, 2017)

- Falta de interés por las personas e indiferencia al rostro de la madre
- Ausencia de contacto ocular o desviación de la mirada
- Falta de balbuceo
- Limitado repertorio de movimientos y exploración restringida del propio cuerpo

- Indiferencia del mundo sonoro o bien hipersensibilidad sonora
- Presencia de movimientos repetitivos con las manos ante los ojos (manierismos)
- Estrabismo (movimientos extraños con los ojos) o movimientos repetidos de arrugar la cara o hacer muecas.
- Dificultades para explorar el propio cuerpo y el entorno con las manos y los pies
- Continuación de los problemas de sueño y alimentación: dependencia excesiva del biberón o del pecho para calmarse, rechazo del paso del biberón a la cuchara o a la alimentación variada.
- Ausencia de llamada, pasan muchas horas en su cuna y no reclaman cuando se despiertan (no levantan los brazos para ser cogidos). Tampoco lloran cuando van sucios o cuando tienen hambre.
- Alteración del tono muscular (hipo o hipertonía, espasmos musculares...)

De los 6 a los 12 meses

En estas edades ya empiezan a verse los signos más característicos del autismo (Gálvan, 2017)

- Ausencia del gesto indicativo para señalar, pedir y compartir la atención con el otro sobre un objeto.
- Interés compulsivo por objetos insólitos, generalmente duros por la sensación que produce. Búsqueda de sensaciones duras con su propio cuerpo o mediante objetos,
- Continúan los problemas de alimentación
- Insensibilidad al dolor, pero hipersensibilidad a determinadas sensaciones.
- Regresión en casos de cambio; de casa, de habitación, entrada en la guardería...
- Dificultad para diferenciar lo que le gusta de lo que no
- Fijación particular por un objeto, espacio o juego
- Excitación constante
- Autoestimulación sensorial

- Ausencia de juego social imitativo como el "5 lobitos" y de juego de aparecer/desaparecer como el "cu-cut".
- Manipulación pobre y no funcional de los objetos.
- Fijación por la música y los sonidos, que pueden buscar de forma repetitiva.
- Fijación por partes del cuerpo del otro como los ojos y la boca, o también por objetos luminosos como las gafas y los pendientes.
- Gateo extraño y no coordinado.
- Obsesión por alinear objetos, por hacer clasificaciones, por las repeticiones, las secuencias...

Entre los 12 y los 24 meses.

Algunos de los signos de alarma en este período son (Gálvan, 2017)

- Estereotipias
- Dificultad para mostrar y hacer demandas.
- Conductas de evitación ante situaciones ruidosas o con mucha gente.
- Rituales.
- Ausencia de balbuceo y no aparecen las primeras palabras a los 18 meses. A veces, se produce una parada en el desarrollo o incluso una regresión en el lenguaje.
- Aparición de terrores y de ansiedad muy primitivas, por ejemplo, a los ruidos estridentes.
- Signos de autoagresividad.
- Resistencia a los cambios.
- No reconocimiento de su imagen en el espejo.
- Instrumentalización del otro. Utiliza a las personas como si fueran partes de sí mismo.
- No hay diferenciación entre objetos y el sujeto. Preferencia por los objetos a la relación con los demás.

Proceso diagnóstico y evaluación en niños con TEA

El objetivo esencial de una evaluación diagnóstica de autismo es garantizar que las personas y sus familias reciben la adecuada orientación diagnóstica y los apoyos indicados. Según el NICE UK (Instituto Nacional para la excelencia

en la Salud y el Cuidado) de 2011 establece que “la evaluación no debe centrarse únicamente en el diagnóstico, sino que se debe tener en cuenta los riesgos a los que se enfrenta una persona, así como su funcionamiento físico, psicológico y social... y con el objetivo principal de identificar las necesidades de tratamiento y atención” (Fuentes y cols. 2020)

El autismo es una condición muy compleja y heterogénea que evoluciona con la edad. Por consiguiente, el equipo de diagnóstico debe de ser multidisciplinar y contar, con aportaciones médicas (psiquiátricas, neurólogos, genetistas, pediátricas), psicológicas (clínicas y educativas) con formación y experiencia en el ámbito de los trastornos del desarrollo, además de logopedas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeuta... (Fuentes y cols. 2020).

La *observación clínica*, va a resultar el instrumento más útil para el diagnóstico, ya que está basada precisamente en el conocimiento de las manifestaciones clínicas y del funcionamiento mental, en la experiencia de quien observa y en un conocimiento profundo de la psicología normal. (Morral y cols. 2012)

El diagnóstico no requiere solamente de una evaluación individual directa, sino también recibir *información de los cuidadores* (generalmente de los padres) y de todas las demás personas que desempeñan una función clave en la vida de las menores (por ejemplo, maestros). La información que se pregunta a los padres, debe de ser retrospectiva (a través de una *anamnesis completa*) de esta manera, se permite ver las diferencias en los dos primeros años de vida, como también, los posibles síntomas sutiles del primer año que pasaron desapercibidos. (Alcantud, 2013)

Otra fuente de información para poder observar el funcionamiento del niño en su contexto habitual de interacción, es el estudio de vídeos que la familia aporta de situaciones habituales (cumpleaños o reuniones familiares) o de contextos de interacción con iguales (parque, escuela, actividades extraescolares...). (Hervás y cols, 2012)

Una fuente utilizada y que los profesionales de la salud no le dan la importancia correspondiente, es el *rapport*, la sensación que notas cuando estas con los sujetos con autismo y la presencia o ausencia de placer

compartido durante la intervención. La contratransferencia, lo que estos niños te evocan o te hacen pensar, está relacionada con lo que ellos sienten y no pueden contener, depositándolo en el otro como una forma de comunicar aquello que no dicen. A menudo, cuando estás con un sujeto con autismo puedes sentirte vacío o extraño (Morral y cols. 2012).

A continuación, se expondrá detalladamente todas las áreas que se deberían de valorar para una correcta evaluación diagnóstica en niños con sospecha de TEA. La información proporcionada será a través de entrevistas a los padres, el contacto directo con el niño (sobre todo con el juego), e informes proporcionados por los demás sistemas (médicos y/o pediatras, grupo pedagógico, trabajador social...) que la familia puede aportar. Se coge de referencia el informe de Ferret, T y cols (2018), "Protocol d'atenció als Trastorns de l'Espectre Autista" del Instituto Pere Mata (àrea comunitària infantil y juvenil.).

Historia clínica del sujeto

La historia clínica del sujeto se pregunta a los progenitores a través de una entrevista abierta, y tiene que realizarse en el primera visita.

Historia detallada de todos los signos que le preocupan a los padres.

Preguntar abiertamente a los progenitores cuales son los signos o conductas que más le preocupan de su hijo. Así, podemos observar el pensamiento que tienen los padres sobre las dificultades del menor y nos ayudará a enfocar la entrevista.

Historia prenatal, gestación y del desarrollo

- Embarazos y abortos previos. Fecundación in vitro.
- Enfermedades durante la gestación u infecciones prenatales (como infección por citomegalovirus, toxoplasmosis y rubéola).
- Medicación o tóxicos (alcohol o tabaco...) durante la gestación, que podría haber afectado el desarrollo del feto o predisponer al neonato a padecer diferentes alteraciones.
 - o Durante la gestación, inicio del parto o complicaciones posibles durante.
 - o Evaluación de síntomas de hipoxia fetal
 - o Peso del neonato, longitud y perímetro craneal

- Puntuaciones APGAR
- Desarrollo neonatal; dificultades en la alimentación, hipotonía, convulsiones...
- Desarrollo psicomotor y del lenguaje
- Hábitos de sueño y alimentación
- Control de esfínteres
- Especial énfasis en el tiempo de adquisición de habilidades psicomotrices y de socialización, patrones de inclinación con las figuras de afecto, desarrollo del lenguaje, presencia de capacidades de simbolización, comportamientos idiosincráticos, rituales, juegos estereotipados.
- Preguntas sobre el estado actual: capacidades cognoscitivas, rendimiento escolar, capacidad de relación con los iguales, utilización del lenguaje, tipo de actividades lúdicas, posibles juegos estereotipados, movimientos anormales, reacciones extravagantes...

Antecedentes médicos personales

- Hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, traumatismos...
- Enfermedades previas o de base, que indiquen que es necesario hacer exploraciones complementarias
- Preguntar específicamente, por posibles crisis epilépticas.
- Alergias y otros trastornos autoinmunitarios
- Preguntar por dietas restrictivas, ya que, muchos niños tienen un repertorio de alimentos muy reducido o siguen dietas que restringen algún nutriente
- Tratamientos farmacológicos seguidos hasta el momento.
- Explorar adecuadamente las regresiones del desarrollo posibles

Antecedentes médicos y psiquiátricos familiares

Preguntar abiertamente a los progenitores sobre antecedentes familiares, especialmente de TEA, esquizofrenia, trastornos afectivos, clínica obsesiva, trastornos del desarrollo, discapacidad intelectual, síntomas de naturaleza neurológica, síndromes congénitos, problemas en el lenguaje...

Exploración física, desarrollo y psicopatológica del niño

Avaluación médica

El evaluador se tiene que asegurar que el niño se ha sometido a una exploración médica, además, de los seguimientos habituales en pediatría.

Esta valoración tiene que incluir:

- Exploración visual y auditiva
- Altura, peso y circunferencia craneal

Exploración psicopatológica del desarrollo cognitivo, motor y del lenguaje.

La exploración está dirigida a encontrar los síntomas típicos a nivel de contacto social anormal, alteraciones del lenguaje y conductas estereotipadas. Además, de descartar la presencia de otros diagnósticos (como, ideas delirantes, Trastornos Sensoperceptivos, Retraso Mental, Retraso del Vínculo...).

Es importante valorar el temperamento y las habilidades socioemocionales del niño desde la infancia: participación en los juegos típicos de bebés (por ejemplo, juego del Cu-Cut), contacto visual, atención conjunta, anomalías sensoriales (hipersensibilidad al sonido, luz...). A continuación, se expondrá todo el listado, de la exploración psicopatológica del niño (Ferret y cols, 2018).

- Aspecto físico: No olvidar las posibles dismorfias.
- Higiene y adecuación de la ropa y estado nutricional visible.
- Contacto ocular. No mira a las personas, no mira las cosas que hacen los demás, no mira a los adultos para comprender situaciones que le interesen o le extrañen... No comparte el foco de atención con la mirada.
- Adecuación a la realidad / Estado de conciencia, y orientación auto y alopsíquica
- Motricidad (desde inhibición, hasta hiperactividad), movimientos anormales (estereotipias motoras, tics simples, vocales...).
- Lenguaje: Verbal y preverbal, presencia y ausencia, nivel del desarrollo respecto a la edad, tono, expresiones realizadas, neologismos, ecolalia...

- Contenido del pensamiento (pensamiento concreto, ausencia de ideas delirantes, razonamientos idiosincráticos, intereses restrictivos...). Si es posible acceder al pensamiento mediante el juego o el dibujo: capacidad de simbolización, temáticas particulares y repetitivas, flexibilidad y capacidad de introducir al otro en el juego, capacidad para hacer que un relato cotidiano sea comprensible para el receptor....
- Exploración, si es posible, de Trastornos Sensoperceptivos (diagnóstico diferencial con la psicosis).
- Afecto: en el autismo con alto funcionamiento pueden aparecer síntomas depresivos. Contacto afectivo con el terapeuta: Pasa por el lado del terapeuta como si no estuviera, no suele ser él quien inicia la interacción con el adulto, no da la impresión de complicidad interna con las personas que lo rodean, no señala con el dedo para compartir experiencias...
- Congruencia emocional: Correlacionar correctamente el entorno con la emoción vivida y expresada.
- Tolerancia a la frustración, capacidad de espera.
- Tolerancia al cambio: Si se resiste a los cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones, puede coger rabietas intensas con mucha frecuencia, se altera en situaciones inesperadas o que no anticipa... Las novedades le desagradan.
- Juego: No realiza juegos de ficción, no representa con objetos o sin ellos situaciones de ficción... El juego es repetitivo en rituales, utilización del juguete de forma inadecuada, no presenta interés por los juguetes.
- Características del juego: Sensorial, fragmentado, repetitivo, indiferenciación, ecuación simbólica, perseverante, estereotipado, actividad clasificatoria, pre-simbólico, relacional...

Valoración de la conducta y la salud mental

Algunos infantes y adolescentes con TEA presentan síntomas comórbidos, que pueden ser de dos tipos:

- Secundarios a la condición del TEA: es más frecuente en el caso de los infantes y adolescentes de alto funcionamiento, que son conscientes de sus diferencias respecto los niños de desarrollo típico y de sus dificultades en los diferentes contextos sociales.

- Trastornos que coexisten con el TEA: Se han identificado trastornos psiquiátricos y alteraciones cognitivas en niños con TEA. Es frecuente que presenten Trastorno de ansiedad, Trastornos afectivos, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), Trastornos conductuales (cuadros auto o heteroagresivos) y Trastornos por Tics.

Realizar un análisis funcionales de las causas subyacentes a los problemas de conducta, puede ser una ayuda valiosa para establecer porqué, cuando y donde aparecen las dificultades y sugerir actuaciones alternativas, que ayuden a los sujetos con TEA a afrontar las dificultades en el entorno.

Avaluación psicopedagógica

La evaluación psicopedagógica se realiza en el contexto escolar y educativo, para evaluar las necesidades educativas que presenta el alumno para crecer y desarrollarse en este ámbito. En Cataluña estas evaluaciones son realizadas por los psicopedagogos del EAP (Equipos de Asesoramiento y orientación Psicopedagógico), que colaboran con los docentes que trabajan con ese sujeto. Las evaluaciones aportan información sobre cómo está aprendiendo y participando el alumno en el contexto del aula y del centro. Proporcionan información sobre las capacidades y competencias del alumno/a, sobre su potencial y necesidades y sobre los factores de riesgo y los factores de protección que están presentes en el centro educativo.

La finalidad de la evaluación psicopedagógica es aportar información a los profesionales de los centros educativos, sobre las habilidades cognitivas y funcionales del alumno, para elaborar un plan individualizado ajustado a las necesidades educativas del alumno/a.

Funcionamiento y valoración socio-familiar

La evaluación de las necesidades y capacidades de los miembros de la familia es una parte importante del proceso global de valoración, y es esencial para el diseño de estrategias de intervención adecuadas. El niño con TEA influye en su familia, igual que su familia influye en él. La adaptación de un niño con discapacidad es un proceso que dura toda la vida y es muy diferente entre familias. Las percepciones de pérdida, rabia, dolor y el proceso de duelo,

varían considerablemente en cada familia y no se correlacionan con el grado de discapacidad de los infantes.

La familia es la principal fuente de afecto, educación y cuidado del niño, se necesita que estas familias dispongan de soporte para afrontar todo el esfuerzo. Los programas de intervención deben considerar las limitaciones y capacidades del entorno familiar.

Entre las actuaciones de la Trabajadora Social encontramos:

- Valoración de los factores de riesgo en el entorno
- Valoración de las capacidades de las familias para la contención emocional del menor y de los demás componentes (sobre todo otros menores)
- Valoración de situaciones y eventos de estrés causados por uno mismo o discapacidad del menor (limitación en las relación social).

Instrumentos de evaluación del autismo

También existen otras herramientas que pueden ser útiles para completar la evaluación y diagnóstico, como los *test específicos para los sujetos con TEA*. Estas, son pruebas validadas, fiables y complementarias a la observación clínica. (Morral y cols. 2012).

Instrumentos de detección

Actualmente existen numerosos instrumentos, utilizados como métodos de cribaje, que nos ayudan a realizar una detección a edad tempranas teniendo en cuenta las señales de alertas mencionadas. Es importante tener presente que los instrumentos de detección tienen por objetivo alertar a los médicos sobre la posibilidad de autismo: no están diseñados para otorgar o confirmar un diagnóstico (Fuentes y cols. 2020)

La prueba de detección más utilizada a nivel internacional y con mejores valores psicométricos es el **M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers; Robins y cols, 2001), siendo la única con una adaptación a la población española. La prueba se utiliza en niños entre los 16 y 30 meses de desarrollo y se compone de 23 ítems o preguntas a los padres, donde la

respuesta es de SI o NO, que no dura más de 10 minutos. Obtener 3 ítems positivos dentro de todo el test o dos de los 6 ítems críticos, se considera suficiente para una derivación a un equipo especializado para que se realice una evaluación, para establecer un posible diagnóstico. Los ítems críticos son los siguientes: Muestra interés en otros niños; Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención; Suele traer objetos para enseñarlos; Imita lo que usted hace; Responde al nombre cuando se le llama; Seguimiento visual cuando se le señala.

La escala utilizada para la valoración de habilidades sociales y comunicativas **SCQ** (Cuestionario de Comunicación social; Rutter, Bailey y Lord. 2002) es un medio efectivo, rápido y económico para determinar la posible presencia de TEA. La escala es respondida por los padres o cuidadores y está compuesta por 40 elementos, proporcionando una puntuación total y tres posibles puntuaciones adicionales (Problemas de interacción social, Dificultades de comunicación y Conducta restringida, repetitiva estereotipada). La aplicación dura entre 10 y 15 minutos y se administra a partir de los 4 años. El cuestionario se presenta de dos formas: La forma A se refiere a toda la vida pasada del sujeto y la B se debe contestar a la vista de la conducta durante los últimos 3 meses.

Para la detección de personas con Síndrome de Asperger o Autismo de alto funcionamiento, la prueba a nivel europeo es el **CAST** (Test infantil del síndrome de Asperger, Scott y cols, 2002). Es utilizada con niños entre los 4 y los 11 años, mediante 37 ítems de SI o NO, que intentan evaluar áreas generales de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conducta repetitiva. La prueba es respondida por los padres y no se tarda más de 10 minutos. Una puntuación total de 15 o superior sería indicativa de la presencia de un comportamiento que justificaría realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud. Se puede encontrar el test totalmente abierto en internet

Otras pruebas del ámbito anglosajón han mostrado propiedades positivas para la detección de personas con TEA, como son el **ASAS** (Australian scale for Asperger's syndrome; Garnet y Attwood. 1998), el **ASSQ** (A screening questionnaire for Asperger's syndrome; Ehlers y cols. 1999) ...

Instrumentos de diagnóstico.

Se han elaborado varios instrumentos estandarizados de evaluación para determinar la presencia y/o gravedad del autismo. Aunque la mayoría son costosos y requieren una capacidad especializada, se recomienda encarecidamente el uso de estos instrumentos de apoyo. Es importante recalcar que ninguno se debe utilizar de forma aislada para hacer un diagnóstico.

Actualmente la prueba **ADI-R** (Autism Diagnostic Interview – Revised; Rutter, Le couter y Lord. 2008) es considerada la entrevista semiestructurada para familias más eficaz ya que, permite una evaluación profunda de sujetos con sospecha de autismo. La administración de la prueba requiere de un entrenamiento específico y procedimientos de validación estructurados, así como de un tiempo de ejecución establecido en torno a 2 horas. El test se centra en las conductas que se dan raramente en las personas no afectadas, por ello, el instrumento no ofrece escalas convencionales ni tiene sentido usar baremos. El entrevistador explora tres grandes áreas (Lenguaje/comunicación, Interacciones sociales recíprocas y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados) a través de 93 preguntas que se les hacen a los progenitores. La información recogida se codifica y se traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación actual.

En cuanto a las prueba estandarizada para la exploración directa de los sujetos, es la **ADOS-G** (Autism Diagnostic Observation Schedule- Generic; Lord y cols. 2000) de referencia a nivel mundial para valorar el área socio-comunicativa y la sintomatología propia del TEA. Abarca desde los niños preescolares no verbales hasta adultos verbales, a través de la aplicación de 4 módulos, que se eligen en base al nivel de lenguaje expresivo.

- Módulo T: Niños con una edad menor de 30 meses
- Módulo 1: Niños que no utilizan consistentemente un lenguaje de frases
- Módulo 2: Niños con un poco de lenguaje de frases, pero no fluido
- Módulo 3: Niños con una edad de jugar con juguetes y con lenguaje fluido.
- Módulo 4: Incluye preguntas socio-emocionales, de la vida cotidiana y tareas adicionales. Para adultos y adolescentes con lenguaje fluido.

Se necesita formación especializada para su utilización por la necesidad de una aplicación sistemática, como por la observación de las conductas socio-comunicativas. Es una evaluación semiestructurada a través de la observación de 4 módulos que incluyen; la interacción social recíproca, el juego, la conducta estereotipada y los intereses restringidos.

No es necesario realizar las dos pruebas diagnósticas (ADI-R y ADOS-G) en todos los casos de sospecha de TEA. Se prioriza el ADI-R como herramienta diagnóstica.

Si el evaluador cree oportuno, ya que no es un requisito obligatorio para la evaluación del autismo, se puede realizar una evaluación cognitiva al sujeto. Las pruebas más estandarizadas son los **Test de Wechsler** (WPPSI, WISC, WAIS, WNV), con un rango de edad entre los 3 y 60 años.

Informar el diagnóstico de TEA

La devolución de los resultados de la evaluación debe de hacerse cuanto antes ya que, las familias necesitan saber qué le pasa a su hijo y cómo ayudarlo. Toda demora en la respuesta a estas preguntas va a suponer alargar su ansiedad y preocupación. (Alcantud, 2013)

Recibir un diagnóstico de autismo puede ser uno de los acontecimientos más importantes en la vida de un individuo y de sus familias. Las formas en que se transmite la información del diagnóstico pueden tener efectos profundos y a largo plazo. Es particularmente importante que los clínicos tengan presente que no es raro que uno o más miembros de la familia compartan también características de autismo, y su comunicación ha de tener siempre esto en cuenta. Es esencial comunicar el diagnóstico con empatía y reconocer el probable impacto emocional de esta situación en la familia (Fuentes y cols, 2020).

Se debe informar a las familias que, tras el diagnóstico, recibirán un informe escrito completo, en el que se detallarán las conclusiones de la evaluación, las fuentes de información pertinentes, y las disposiciones para la prestación del consecuente apoyo. El informe escrito también les permitirá compartir las

principales conclusiones y recomendaciones con los servicios que se encargarán a prestar ayudas y apoyo. (Fuentes y cols, 2020).

Muchas familias tienen dificultades para comprender o procesar completamente la información que se les da en el momento del diagnóstico, por este motivo, se debe dar la oportunidad de hacer preguntas en el momento, o días después, teniendo tiempo suficiente para reflexionar sobre lo que se ha transmitido (Hervás y cols, 2012).

2. Objetivos

El objetivo general del presente trabajo, es recopilar información sobre las manifestaciones clínicas, la evaluación y el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista, para profundizar en el conocimiento del TEA a través del estudio de un caso práctico.

Objetivos del caso práctico

Los objetivos están creados a partir de la hipótesis de que el autismo se diagnostica por la conducta, y por lo tanto por una serie de manifestaciones clínicas observadas a través de estas.

De este modo, el caso práctico, cuenta con un objetivo general perseguido por objetivos específicos, que con su consecución intenta desembocar en el mismo. A continuación, se expone una tabla con todos ellos (Véase tabla 2).

Objetivo general del caso práctico
Evaluar y diagnosticar el autismo a un sujeto, a través de la observación de las conductas y las manifestaciones clínicas.
Objetivos específicos del caso práctico
<ul style="list-style-type: none">- Identificar los problemas de los tres grandes campos (Interacción social, comunicación e imaginación y conductas estereotipadas)- Diagnosticar a través de los criterios diagnósticos de los dos manuales, CIE-10 y DSM-5.- Explorar todas las áreas de evaluación

- | |
|---|
| - Valorar posibles factores de riesgo familiares y sociales |
|---|

Tabla 2. Objetivos del caso práctico

3. Metodología

La metodología seguida para la realización del trabajo, ha sido buscar información del autismo explorando múltiples artículos y libros, a través de la base de datos "Google académico", "Web of Science" y la gran biblioteca universitaria a la que tenía acceso, utilizando palabras claves, como "autismo", "autismo detección" "autismo en niños"...

Por otro lado, se buscó información clínica utilizada en los centros de Salud Mental públicos de Cataluña, para explorar, los procedimientos y herramientas que se utilizan en el trabajo clínico y adecuar mi trabajo práctico a la realidad. A continuación, se expondrá la metodología que se utilizó, para la realización del caso práctico;

Datos biográficos del sujeto

El sujeto AN es un chico de 4 años y 9 meses, originario de Marruecos, que llegó a Cataluña hace un año. Es el pequeño de la familia, con dos hermanas de 6 y 10 años. Llegó al CSMIJ de Tarragona (Centro de Salud Mental Infanto-juvenil), por una derivación del EAP (Equipo de Asesoramiento y Orientación Psicopedagógico), para valorar posibles signos de TEA. Actualmente, cursa P4 y vive en Tarragona con el núcleo familiar. La preocupación que más transmiten los padres, son las dificultades del sujeto para hablar.

Procedimiento del caso práctico

La evaluación y diagnóstico del sujeto se realizó en el CSMIJ de Tarragona (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) bajo la supervisión de una Psicóloga clínica del centro. El procedimiento se realizó durante mi estancia del prácticum de 4t. En total fueron tres sesiones repartidas en tres semanas diferentes (Véase tabla 3, 4 y 5)

PRIMERA SESIÓN	
Fecha	7 de mayo
Duración	1h
Participantes	Progenitor y sujeto AN
Objetivos de la sesión	Explorar: Motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, exploración psicopatológica del sujeto y plan para las siguientes sesiones.
Método recogida de información	Informes del EAP y ONA-CDIAP, entrevista abierta al progenitor y observación clínica al sujeto, mediante el juego.
Observaciones	No hubo complicaciones ni distracciones. El progenitor estuvo receptivo, aún con las dificultades idiomáticas
Tabla 3: Procedimiento primera sesión	

SEGUNDA SESIÓN	
Fecha	14 de mayo
Duración	30 minutos
Participantes	Sujeto AN (la progenitora esperó en la sala de espera)
Objetivos de la sesión	Exploración psicopatológica del sujeto.
Método recogida de información	Observación clínica al sujeto, mediante el juego
Instrumentos	Diferentes juegos: hoja y lápiz, piezas de construcción, muñecos y plastilina
Observación	Sin complicaciones ni distracciones.
Tabla 4: Procedimiento segunda sesión	

TERCERA SESIÓN	
Fecha	21 de mayo
Duración	1h y 30 minutos
Participantes	Progenitores y sujeto
Objetivos de la sesión	Administración prueba A-DIR (Autism Diagnostic Interview – Revised; Rutter, Le couter y Lord. 2008), exploración

	psicopatológica del menor y comunicación del diagnóstico a la familia.
Método recogida de información	Entrevista semiestructurada ADI-R y observación clínica al sujeto, mediante el juego.
Instrumentos	Dosier y hojas de respuesta de la prueba ADI-R y diferentes juegos; plastilina, muñecos y biberón...
Observación	Solamente se citó a los progenitores para la administración de la prueba ADI-R, pero también se presentó el sujeto, entonces se aprovechó para profundizar la exploración psicopatológica.
Tabla 5: Procedimiento tercera sesión	

4. Resultados

Primera sesión

Motivo de consulta

El sujeto, acude a su primera visita acompañado por su padre. Es derivado del EAP (Equipos de Asesoramiento y orientación Psicopedagógico) para valorar posibles signos de TEA. Constan antecedentes de valoración des de ONA-CDIAP (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) con orientación diagnóstica inespecífica de retraso del lenguaje.

Antecedentes personales y familiares

El sujeto es el pequeño de la familia, tiene dos hermanas, de 10 y 6 años respectivamente, en principio sin dificultades, según el padre. Es una familia original de Marruecos, que llegaron a Cataluña hace un año. Al principio, la escuela (EAP) y el CDIAP pensaron que las dificultades que presentaba podrían estar relacionados con esta situación. Cuando llegaron, el sujeto no hablaba árabe, ahora algunas palabras sueltas en castellano, pero nada de árabe.

Según el padre consta un primo materno con retraso en la adquisición del lenguaje y posiblemente con otras dificultades añadidas no filiadas. Progenitores consanguíneos, siendo primos hermanos.

El padre no refiere incidentes durante el embarazo, ni en el periodo perinatal, siendo un parto eutócico. Sin antecedentes médico-quirúrgicos, ni alergias

hasta el momento. En cuanto a los hitos evolutivos, el padre destaca una demora en la adquisición del lenguaje, pero sin alteraciones en el patrón de alimentación y sueño. En el control de esfínteres se presentaron dificultades, pero actualmente están logradas, excepto el control vesical nocturno.

El progenitor destaca dificultades en el contacto ocular, atención conjunta, reciprocidad y comunicación verbal y no verbal. El padre explica que la madre siempre ha estado muy reticente en pedir ayuda, porque pensaba "y deseaba" que el niño ya hablaría... él desde hace un tiempo identifica dificultades graves en el niño.

Exploración psicopatológica

El niño en consulta se muestra tranquilo, aunque bastante desconectado. Se destaca una atención alterada, cuando entra en el despacho, se muestra abrumado por todos los estímulos nuevos, y señala los que más le llaman la atención. Se destaca ecolalia y en algunos momentos durante el juego ecopraxia. Prácticamente no puede contestar ninguna de las preguntas que le realizamos (¿Cómo te llamas?, ¿Qué edad tienes? ...), solamente contesta "es un papa" cuando se le pregunta quien le acompaña. No presenta un lenguaje espontáneo, ni una intención comunicativa. Cuando se le propone ir a jugar, se destaca una impresionante dificultad para conectar y entender nuestro ofrecimiento, solamente cuando colocamos las piezas de construcción delante de su campo visual e insistimos, es cuando accede.

Muestra un juego instrumental y muy solitario, en algunos momentos hay pequeños gestos de cierto interés hacia el otro, pero no son mantenidos, ni claros, transmitiendo escasas habilidades sociales.

El padre comenta escaso interés por los demás niños, en el parque juega solo y no busca a los demás. Describe hipersensibilidades; se asusta cuando le hablan fuerte o con algunos ruidos, presenta muchas dificultades para aceptarse las uñas, o ir a bañarse... No quiere vestirse solo y le cuesta acceder a ir al baño por las mañanas. El padre destaca que delante los cambios de rutina, le cuesta volver a adaptarse e insiste en la "poca memoria" del niño. El progenitor comenta que el sujeto no acepta mucho el contacto físico, no comparte y le cuesta responder al nombre, además, de que repite todo lo que ve en los dibujos animados. Delante la frustración, se tira en el suelo, a veces

corre de forma repetitiva y extraña, o realiza conductas que impresionan por posibles estereotipias.

Plan para las siguientes sesiones

Se acuerda con el padre que en la próxima consulta se explorará al niño, y en la siguiente se administrará la prueba ADIR-R a los dos progenitores (con el objetivo de que, a través de esta prueba, se puede comenzar a trabajar la conciencia de las dificultades que presenta el sujeto)

Segunda sesión

Exploración psicopatológica

El niño acude acompañado por la madre y los hacemos pasar a consulta, cuando le preguntamos al sujeto con quien ha venido, responde "la mama", aunque no sabe cómo se dice, cuando le hacemos la pregunta. Cuando pedimos a la progenitora que espere fuera, el niño no presenta ninguna resistencia y le invitamos a dibujar. Durante la primera mitad de la sesión, el sujeto presenta jerga, una impresión para afrontar ansiedad ya que, el niño deja de hacerlo, cuando se encuentra más cómodo. Lenguaje no espontáneo, solamente dice palabras sueltas poco inteligibles en respuesta a preguntas muy concretas (si se le pregunta por un animal y sabe el nombre, lo puedo nombrar, aunque no siempre lo sabe y no siempre responde), sin un lenguaje funcional y una intención comunicativa muy escasa (solamente en algunos momentos puntuales realiza alguna atención concreta). Presenta ecolalia, cuando imita el sonido o nombre de un animal que ha escuchado con anterioridad. El contacto ocular es totalmente nulo, aunque le digas su nombre repetidamente o te pongas delante de su campo visual. Dificultades graves en la atención conjunta, no puede mirar hacia un punto que se ha señalado con el dedo, aunque lo refuerces verbalmente "mira que ahí en la pared" (se queda pegado en el dedo o busca el objeto de forma muy dispersa, sin encontrarlo). Atención focalizada en estímulos concretos, se destaca una desconexión del entorno y tendencia a quedarse aislado. Realiza pocas respuestas al nombre y pocas respuestas en general, pero si se le reclama de forma insistente, en algunos momentos reacciona, entonces la actitud es placentera y efectiva.

Durante el juego, se queda delante del papel sin dibujar, cuando se le invita con mucha insistencia a realizar unas rayas, utiliza y coge la mano de la psicóloga clínica, como mera instrumentalización, para que ella dibuje por él. Cuando las rayas están hechas, coge el papel y las enseña. Durante el juego de los animales, coge los animales uno por uno de la caja, y con ayuda dice los nombres, y después los va dejando dentro otra vez. El juego, básicamente es de exploración (ni tan solo los apila o los separa por categorías) y de carácter repetitivo (los hace caer una y otra vez), además de inferencial y sensorial. Cuando se introducen dos personajes, no puede realizar juego simbólico y presenta dificultades para el uso funcional de los objetos, girando un muñeco sobre su mismo eje horizontal sin parar, quedando atrapado en el movimiento. Cuando se introduce plastilina para simular que comemos, no se lleva la plastilina a la boca, sorprendiendo una correcta ecuación simbólica. Cuando se le pide que cuente los trozos de plastilina, lo realiza sin problemas, aunque al principio le cuesta mucho empezar.

Cuando finaliza la sesión y le comentamos que ya se ha acabado, se levanta y se va a la puerta, en busca de su madre. En la sala de espera, la madre comenta que el sujeto tiene problemas de lenguaje, pero que ha mejorado mucho. Cuando le decimos a la progenitora, que la semana que viene han de venir los dos padres, para la realización de la prueba ADIR-R, no sabe si el padre podrá venir porque ha comenzado a trabajar. Se orienta a la madre que venga acompañada de un tercero dadas las dificultades idiomáticas.

Tercera sesión

En la sala de espera están los dos progenitores y el sujeto, cuando recalamos que en la sesión de hoy solamente debían de venir los dos padres, quedan bastante sorprendidos. Preguntamos si el sujeto puede quedarse con algún familiar o conocido durante el tiempo necesario de la prueba ADI-R, pero comentan que no es posible. Los hacemos pasar a consulta y decidimos que yo me quedaré jugando con el sujeto (de esta manera, puedo explorarlo con más profundidad), mientras la psicóloga clínica administra la prueba a los progenitores.

Exploración psicopatológica

Al sujeto cuando lo invitamos a jugar no presenta ninguna resistencia. Se sienta en la silla, con una mochila en la espalda, cuando le comentamos que, si quiere dejarla en el perchero, dice con mucha insistencia que no, percibiendo una rigidez a los cambios. Se destaca el pobre contacto ocular, el lenguaje no espontáneo, diciendo solamente palabras sueltas, poco inteligibles y una intención comunicativa muy escasa (en algunos momentos, realizaba alguna demanda señalando con el dedo, objetos o juguetes que estaban encima de un armario, para que se los diera). Se destaca otra vez una desconexión del entorno y una tendencia clara a quedarse aislado, en un momento, actuando que estábamos comiendo, con bolas de plastilina, coge un tenedor y clava un trozo de plastilina y hace como que me la da para comer. Intento hacer lo mismo, darle de comer, pero se muestra muy reticente, y decide cambiar de juego. Una sesión más, se identifica al principio jerga.

Cuando coge un biberón de juguete y le digo que los biberón los utilizan los bebés para comer, automáticamente se lo lleva a la boca, se observa una dificultad en la ecuación simbólica (sorprende porque en la sesión anterior, no se llevó la plastilina a la boca, cuando hacíamos ver que estábamos comiendo). A continuación, dice "bebé", señalando el armario donde hay diferentes muñecos. Le doy un muñeco, que representaría un bebé y el sujeto le empieza a alimentar, siendo básicamente un juego repetitivo y muy sensorial. En ningún momento, aparece un juego pre-simbólico o simbólico. El biberón al ser agitado, se creaban unas burbujas en el interior y el sujeto se quedaba mirando (como pegado) a esas burbujas, observándolas desde muy de cerca cómo se movían dentro. El sujeto mostraba más interés por los objetos que las personas.

Administración prueba ADI-R a los progenitores

Durante la prueba los padres intentan mantenerse cooperadores, aunque las dificultades idiomáticas impiden bastante la correcta administración. Los progenitores se enfocan constantemente en el retraso del lenguaje y las dificultades del sujeto para hablar, pero gracias a las diferentes preguntas, los padres van observando todas las áreas en que presenta dificultades su hijo, y no solamente en la comunicación. De esta manera, la prueba no

solamente nos da unas puntuaciones significativas a la hora de valorar un posible TEA al sujeto (aunque a esas alturas, no teníamos duda del diagnóstico), sino que permite a los padres concienciarse de todas las dificultades del sujeto, que van más allá de un retraso en el lenguaje. Cuando se acaba la administración de la prueba, extraemos las puntuaciones y resultados. En el apartado "Anexo" del presente trabajo, se encontrará las hojas de puntuaciones y resultados de la prueba ADI-R.

Los resultados de la prueba **ADI-R** (Autism Diagnostic Interview – Revised; Rutter, Le couter y Lord. 2008):

Alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca: El sujeto obtiene una puntuación total de 29, en un punto de corte de 10. Si la puntuación total se encuentra por encima del punto de corte, se sospecha de una alteración de la interacción social recíproca. Como el sujeto, muestra una puntuación total, por encima del punto de corte, hay evidencias de una alteración en esta área.

Alteraciones cualitativas de la comunicación: El sujeto obtiene una puntuación en la comunicación verbal total de 20, en un punto de corte de 8. Si la puntuación total se encuentra por encima del punto de corte, es indicador de una alteración en la comunicación verbal. Como el sujeto, muestra una puntuación total, por encima del punto de corte, hay evidencias de una alteración en esta área.

El sujeto obtiene una puntuación en la comunicación no verbal total de 10, en un punto de corte de 7. Si la puntuación total se encuentra por encima del punto de corte, es indicador de una alteración en la comunicación no verbal. Como el sujeto, ha obtenido una puntuación total, por encima del punto de corte, hay evidencias de una alteración en esta área.

Alteraciones cualitativas de las conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados: El sujeto obtiene una puntuación total de 5, en un punto de corte de 3. Si la puntuación total se encuentra por encima del punto de corte, es indicador de una alteración en las conductas e intereses. Como el sujeto, ha obtenido una puntuación total, por encima del punto de corte, hay evidencias de una alteración en las conductas e intereses, siendo estas restringidas, repetitivas y estereotipadas.

Alteraciones en el desarrollo evidentes a los 36 meses o antes: El sujeto obtiene una puntuación de 5, en un punto de corte de 1. Si la puntuación total se encuentra por encima del punto de corte, es indicador de que las alteraciones del desarrollo fueron evidentes antes de los 36 meses. Como el sujeto, ha obtenido una puntuación total, por encima del punto de corte, hay evidencias de que las alteraciones del desarrollo fueron evidentes antes de los 36 meses.

El sujeto obtiene puntuaciones muy significativas por encima de los puntos de corte en las diferentes áreas de evaluación. Los resultados de la prueba, son indicadores de la presencia de autismo en el sujeto.

Comunicación del diagnóstico a la familia

Al finalizar la administración y corrección de la prueba, la psicóloga clínica y yo estuvimos analizando los resultados. Con toda la información que habíamos recogido de las sesiones y la prueba, concluimos un diagnóstico y procedimos a comunicarlo a la familia. El diagnóstico final se explicará detalladamente en el apartado "Conclusiones".

Se comunicó toda la información a la familia de forma empática y detallada. Los progenitores se quedaron bastante sorprendidos, aunque las dificultades del sujeto fueran muy graves y evidentes. Dejamos un momento para las preguntas, pero los progenitores necesitaban tiempo para procesar toda la información recibida. Le comentamos, que necesitaban buscar una intervención terapéutica y educativa (psicoterapia) para el sujeto, además, de pedir las ayudas económicas que ofrece el estado; discapacidad y dependencia. Para finalizar, les informamos que, para la próxima sesión, se entregaría el informe escrito con la información necesaria para solicitar las ayudas anteriormente mencionadas.

5. Conclusiones

Conclusiones del caso práctico

Con toda la información recogida de los antecedentes personales y familiares, las exploraciones psicopatológicas del sujeto de las tres sesiones y las puntuaciones de la prueba ADI-R administrada a los progenitores, se

presentan dificultades y manifestaciones clínicas bastante graves de las tres áreas del autismo:

Dificultades en la comunicación y el lenguaje verbal y no verbal; El sujeto presenta un lenguaje no espontáneo, solamente dice palabras sueltas poco inteligibles en respuesta a preguntas muy concretas. Además, de un lenguaje poco funcional y una intención comunicativa muy escasa, solo en algunos momentos puntuales se realiza alguna atención concreta. Se destaca ecolalia y jerga.

Las dificultades en la relación social se presentan; en un contacto ocular totalmente nulo, dificultades graves en la atención conjunta y en la reciprocidad, en una atención focalizada en estímulos concretos y en una tendencia a quedarse aislado. Más interés por los objetos que por las propias personas, aunque en ciertos momentos, se presentan gestos de interés hacia el otro, pero no son mantenidos, ni claros, transmitiendo escasas habilidades sociales. El sujeto realiza pocas respuestas al nombre y pocas respuestas en general, pero si se le reclama de forma insistente, en algunos momentos reacciona, entonces la actitud es placentera y efectiva.

El sujeto presenta dificultades en las conductas restringidas, estereotipadas y repetitivas; el progenitor informa que, el sujeto no quiere vestirse solo y le cuesta acceder a ir al baño por las mañanas, además, delante de los cambios de rutina, le cuesta mucho adaptarse. El juego, es básicamente de explotación, de carácter repetitivo, instrumental y solitario. No puede realizar un juego pre-simbólico, ni mucho menos simbólico y presenta dificultades para el uso funcional de los objetos. En algunos momentos, el sujeto presenta problemas con la ecuación simbólica de los objetos.

Otros problemas identificados relacionados con el autismo, serían las hipersensibilidades comentadas por el progenitor, el sujeto presenta miedo delante los ruidos fuertes y dificultades para cortarse las uñas o ir a bañarse. El padre comenta posibles estereotipias, el sujeto se tira al suelo o corre de forma repetitiva y extraña, delante la frustración.

Según el manual diagnóstico CIE-10, con toda la información recogida, el sujeto presenta todos los criterios para realizar un diagnóstico de "Autismo en la niñez", ya que el criterio A) "la presencia del deterioro se manifiesta

antes de los 3 años”, se cumple, como también el criterio B) “característico funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología (interacción social recíproca, comunicación y comportamientos restringidos, estereotipados y repetitivos.)”.

Según el manual diagnóstico DSM-5, con toda la información recogida a lo largo de las tres sesiones, el sujeto presenta todos los criterios para realizar un diagnóstico de “Trastorno del Espectro Autista (TEA)”. Se cumplen todos los criterios diagnósticos tipo A) “Déficits persistentes en la comunicación e interacción social en múltiples contextos, manifestado actualmente o por los antecedentes por:” A.1) “Déficits en la reciprocidad socioemocional”, A.2) “Déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social” y A.3) “Déficits para desarrollar, mantener y comprender las relaciones”.

Además, también se cumplen los criterios diagnósticos suficientes del tipo B) “Actividades, intereses o patrones de conductas restrictivas y repetitivas, manifestadas en dos o más de los siguientes puntos:” B.1) “Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipada o repetitivas”, B.2) “Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal”, B.4) “Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno”. El único criterio que no se cumpliría, pero que no descarta el trastorno, sería el B.3 “Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés”.

Los demás criterios diagnósticos también se cumplirían C) “Los síntomas deben de estar presente en las primeras fases del periodo del desarrollo”, D) “Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento, social, laboral u otras”, E) “No es mejor explicado por otras discapacidades o trastornos”

En la actualidad, la especificación del nivel de gravedad del sujeto, se manifestaría un nivel 3 “Necesita ayuda muy notable” (Ver tabla 1, de Anexo), por la gravedad del funcionamiento del sujeto.

Aunque, los dos manuales presentan diferentes nomenclaturas, el diagnóstico del sujeto es el **Trastorno del espectro Autista (TEA)**, con un nivel de gravedad alto.

Los factores de riesgos psicosociales que podrían afectar a la dificultad del sujeto estarían relacionados con la familia. Esta, se presenta muy aislada, sin un soporte social de confianza, por la relación de otro factor de riesgo, la migración o cambio social. Presentan un soporte económico bastante bajo, y necesitan las ayudas que ofrece el estado para poder pagar las intervenciones terapéuticas del sujeto, además, de una posible desvinculación al sistema de salud o a la intervención terapéutica.

Conclusiones del trabajo

Hoy en día, existen numerosos trabajos que tratan y exponen el autismo, desde sus causas (genéticas, ambientales, psicológicas...), métodos de evaluación, posibles diagnósticos, diferentes tratamientos... Provocando que toda esta información esté al alcance de todos, con solo un "clic". Por este motivo, no me resultó difícil, realizar el "marco teórico". Solamente debía saber, que quería exponer, y a partir de ese momento, leer, sintetizar y exponer las ideas más relevantes. Al realizar el marco teórico, tenía la base para empezar a profundizar en el caso práctico, porque si no, hubiera perdido muchos aspectos importantes, para la correcta realización de la evaluación.

En las dos primeras sesiones con el sujeto, el diagnóstico era muy claro, ya que las manifestaciones clínicas eran muy obvias, por la alta gravedad. Aun así, decidimos administrar la prueba ADI-R a los progenitores en la tercera sesión, aunque la prueba, no nos iba a dar más información relevante. Se administró, para experimentar de forma directa con una herramienta diagnóstica y porque era la más idónea para que los progenitores pudieran a través de las diferentes preguntas, concienciarse de todas áreas en que presentaba dificultades su hijo. Por este motivo, creo que decidimos muy bien en administrar esta prueba y no otra.

Se decidió, no administrar la prueba diagnóstica ADOS-G (prueba estandarizada para la exploración directa de los sujetos), por dos motivos esenciales. El primero fue, porque el diagnóstico era claro después de las dos primeras sesiones, y no nos iba a dar más información, de la que ya sabíamos en ese momento. Y la segunda fue, porque en el CSMIJ, tienen una agenda muy apretada y solamente podíamos darle cita al sujeto 3 semanas

consecutivas. Además, con la correcta exploración psicopatológica del sujeto en el juego, se pueden observar todas las áreas de evaluación que ofrece la prueba.

El enfoque utilizado en el CSMIJ, personalmente creo que es el correcto, porque utilizan manuales diagnósticos de referencia, pruebas estandarizadas, y diferentes métodos de recogida de información (evaluación directa, videos que pueden aportar la familia, informes de otros organismos...). El único punto en contra, sería que deberían empezar a implantar y utilizar el manual diagnóstico CIE-11, porque la metodología utilizada es mucho más similar al del DSM-5. Hasta el momento, utilizan el CIE-10, provocando mucha confusión en los propios profesionales y familias, por las diferentes nomenclaturas.

Las limitaciones del TFG, sería que debería haber tenido más tiempo, para poder explorar con el sujeto diferentes tratamientos y exponerlos en el caso práctico, para ver su evolución y mejoras. Por este motivo, al final, se decidió solamente realizar la evaluación y diagnóstico, y así está plasmado en el trabajo. Otra limitación, es el límite de páginas que la universidad impone, porque hay muchos puntos del marco teórico que me hubiera gustado exponer, como diferentes etiologías del autismo, diferentes tratamientos utilizados, diferencias del autismo en niños y adultos...

Como punto de fortaleza, creo que el trabajo presenta un marco teórico muy amplio, y que puede ayudar a muchos estudiantes en un futuro, para que puedan realizar sus investigaciones y casos prácticos. Además, aprendí a relacionarme con un niño con una patología tan grave y saber disfrutar cuando estás jugando con ellos.

6. Bibliografía

Acquarone, S. (2007). *Sings of autism in infants. Recognition and Early Intervention*. London: Karnac Books.

Acquarone, S. (2011). TEA: senyals primerenques de desregulació. *Jornada de especialització Carrilet*. Barcelona, 1 de octubre.

Ajuriaguerra, J. (1993). *Manual de psiquiatría infantil*. (4ª ed.) Barcelona, España: Masson.

Alcantud, F. (2013). Trastorno del espectro autista, Detección, diagnóstico e intervención temprana. *Madrid, España: ediciones Pirámide*.

Alcantud, F., Alonso, Y., Mata, S. (2017). Prevalencia de los trastornos del espectro autista: Revisión de datos. *Ediciones Universidad de Salamanca*, 1(1) , 7-25.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Asperger, H. (1944). Die Autistischen Psychopathen Im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136.

Baron-Cohen, S. (2002). *The extreme male brain theory of autism*. Trends in Cognitive Sciences, 6 (6), 248-254.

Baron-Cohen, S., Leslie, A., Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind?. *Cognition*, 21,37-46.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress*. New York, NY: The Free Press.

Acosta, S., Ibañez, O., Ferret, T. (2019). "Construyendo mentes": Una experiencia grupal con niños TEA. *Cuaderno de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 66(1), 101-112.

Center for Disease Control. (2012). Prevalence of autism spectrum disorders. United States: *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary*.

Damasio, AR., Maurer, RG. (1978). A Neurological Model for Childhood Autism. *Archives of neurology*, 35 (12), 777-786.

Dapretto, M., Davies, MS., Pfeifer, JH., Scott, A., Sigman, M., Bookheimer, S., Jacobson, M. (2006). Understanding emotions in others: mirror neuron dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9, 28-30

Ferret, T., Ibáñez, O., Martínez, D., Massana, A. (2018). Protocol d'atenció als Trastorns de l'Espectre Autista (TEA). *Institut Pere Mata, Àrea comunitària infantil i juvenil*, 1, 1-15.

Frith, U., Happé, F. (1994). Autism: beyond "theory of mind". *Cognition*, 50, 115-132.

Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P. (2020). Guía práctica para el autismo de ESCAP: resumen de las recomendaciones basadas en la evidencia para su diagnóstico y tratamiento. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Gálvan, M. (2017). Signos de alerta en los trastornos del espectro del autismo. *Formación médico Continuada en Atención Primaria*, 24(10), 586-589.

Happé, F. (1994). *Introducción al autismo*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Hervás, A., Maristany, M., Salgado, M., Sánchez, L. (2012). Los trastornos del espectro autista. *Pediatría integral*, 16 (10)- 780-794

Hobson, P. (1993). *Understanding Persons: The Role of Affect. Understanding Other Minds: Perspectives From Autism*. Oxford University Press.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances off affective contact. *The Nervous Child*, 2, 217-250.

Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses. Diagnostic criteria and classification. *British Journal of Psychiatry*, 118, 904-912.

Larbán, J. (2011). Autismo: mito y realidad. *Revista de Psicopatología del niño y del adolescente*, 18,113-122.

Martínez, M.A^a., Cuesta, JL y cols. (2013). *Todo sobre el autismo*. Tarragona, España: Publicaciones Altaria, S.L.

Morral, À., Alcàcer, B., Sánchez, E., Mestres, M., Farrés, N., Monreal, N., González, S. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. (2^a ed.) Barcelona, España: Horsori Editorial, S.L.

Ozonoff, S., Pennington, B.F., y Rogers, S.J. (1991). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32 (7), 1081-1105.

Pan American Health Organization. (2007) *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)*. EE.UU.

Sevilla, F., Sol, M., Bermúdez, E., Olga, M., Sánchez, C., Juan, J. (2013). Aumento de la prevalencia de los trastornos del espectro autista: una revisión teórica. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 747-764, 2013.

Wing, L., Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and Associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.

Wolf, S. (2004). The history of autism. *European Child & adolescent Psychiatry*, 13 (4), 201-208.

Anexo

- **Criterios diagnósticos (CIE-10)**

Trastornos generalizados del desarrollo

Conjunto de trastornos caracterizados por deterioros cualitativos de las interacciones sociales recíprocas y de los modos de comunicación, como también por la restricción del repertorio de intereses y de actividades que se aprecia estereotipado y repetitivo. Estas anomalías cualitativas constituyen un rasgo que afecta el funcionamiento de las personas en todas las situaciones.

- Autismo en la niñez

Es un tipo de trastorno generalizado del desarrollo que se define por: a) la presencia de un desarrollo anormal o deteriorado que se manifiesta antes de los 3 años de edad, b) el tipo característico de funcionamiento anormal en las tres áreas de la psicopatología: interacción social recíproca: comunicación y comportamiento restringido, estereotipado y repetitivo. Además de esas características diagnósticas específicas, es frecuente una variedad de otros problemas no específicos tales como fobias, trastornos del sueño y de la ingestión de alimentos, rabietas y agresiones o autoagresiones.

- Autismo atípico

Trastorno generalizado del desarrollo que difiere del autismo de la niñez, sea en cuanto a la edad en que se inician o porque no alcanza a cumplir con los tres conjuntos de criterios diagnósticos. Esta subcategoría debe ser utilizada cuando hay un desarrollo anormal o deteriorado que aparece solo después de los 3 años de edad y cuando faltan anormalidades demostables suficientes en una o dos de las tres áreas de la psicopatología necesarias para el diagnóstico del autismo, a pesar de que hay anormalidades características en la(s) otra(s) área(s). El autismo atípico se desarrolla más a menudo en personas con retraso mental profundo y en personas con un trastorno específico grave del lenguaje receptivo

- Síndrome de Rett

Afección hasta ahora encontrada solo en niñas, en la cual un desarrollo inicial aparentemente normal es seguido por una pérdida parcial o total del habla y

de las habilidades para la locomoción y para la utilización de las manos, junto con una desaceleración del crecimiento cefálico, que comienza habitualmente entre los 7 y los 24 meses de edad. Son característicos la pérdida de movimientos voluntarios de las manos, el retorcimiento estereotipado de las mismas y la hiperventilación. Se detiene al desarrollo social y el del juego, pero el interés social tiende a mantenerse. Alrededor de los 4 años comienzan a desarrollarse la ataxia y la apraxia del tronco, lo cual con frecuencia es seguido por la aparición de movimientos coreoatetósicos. Casi invariablemente se produce un retraso mental grave.

- Síndrome de Asperger

Trastorno de dudosa validez nosológica, caracterizado por el mismo tipo de deterioro cualitativo de la interacción social recíproca que caracteriza al autismo, conjuntamente con un repertorio de intereses y de actividades restringido que es estereotipado y repetitivo. Difiere del autismo fundamentalmente por el hecho de que no hay retraso general, o retraso del desarrollo del lenguaje o del desarrollo intelectual. Este trastorno se asocia a menudo con una torpeza marcada. Hay fuerte tendencia a que las anormalidades persistan durante la adolescencia y la edad adulta. Ocasionalmente ocurren episodios psicóticos en la edad adulta temprana.

- Otro trastorno generalizado del desarrollo
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (TGD)

- **Criterios diagnósticos (DSM-5)**

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por todo lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses,

emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas

Especificar la gravedad actual: **La gravedad se basa en deterioro de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos** (Ver Tabla 1)

- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, interés o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipada o repetitivos (p.ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincráticas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p.ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de comportamiento rígido, rituales de saludo, necesidades de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
 3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a sus intensidad o foco de interés (p.ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p.ej., indiferencia

aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento)

- C. Los síntomas deben de estar presente en las primeras fases del período de desarrollo (pero puede no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. En el caso que coexistieran el Trastorno de Espectro Autista i la Discapacidad intelectual, los déficits de comunicación social deben de ser más importantes que los esperados por el retraso global.

NOTA; Los sujetos que el DSM-IV presentan un diagnóstico de Trastorno Autista, Enfermedad de Asperger o Trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista. Los sujetos con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro Autista (criterio B), deben de ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (Pragmática)

Especificar si:

- Con o sin déficit intelectual acompañante
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante
- Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos
- Asociados a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento
- Con catatonía

Nivel de gravedad	Comunicación Social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3. "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de atención.
Grado 2. "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda "in situ"; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de atención.
Grado 1. "Necesita ayuda"	Sin ayuda "in situ", las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

Tabla 1. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista

Tabla extraída del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)

Puntuaciones de la prueba ADIR-R

A continuación, se encontrarán las hojas de puntuaciones y resultados de la prueba ADI-R administrada a los progenitores.

ADI - R

ALGORITMOS

Entrevista para el Diagnóstico de Autismo-Revisada

ANN LE COUTEUR, CATHERINE LORD, MICHAEL RUTTER



SUJETO

Nombre/Número de identificación

ANU

Fecha de nacimiento:

00 / 00 / 16

Edad cronológica

4 años 9m

Sexo: Varón

Mujer

INFORMANTE

Nombre:

Relación de parentesco con el sujeto:

Padre y Madre

ENTREVISTADOR

Nombre:

Centro:

Fecha de la entrevista:

21 / 05 / 21

MARQUE A CONTINUACIÓN EL ALGORITMO QUE VA A UTILIZAR:

Algoritmo de la conducta actual

Algoritmo diagnóstico

- 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses
- 4 años, 0 meses a 9 años, 11 meses
- 10 años, 0 meses en adelante

- 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses
- 4 años, 0 meses en adelante

CONVERSIÓN DE LOS CÓDIGOS DE LOS ELEMENTOS A PUNTUACIÓN DE ALGORITMO

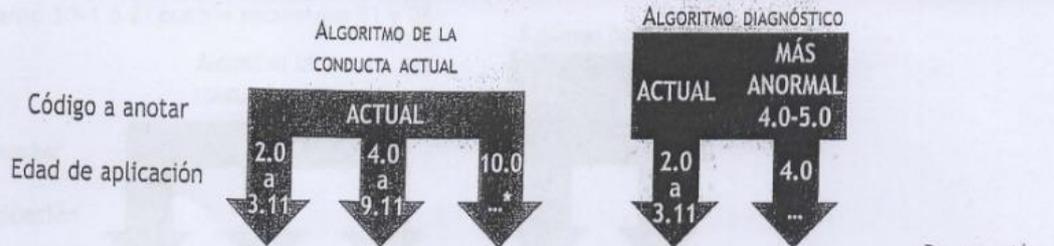
Código	0	1	2	3	7	8	9
Puntuación	0	1	2	2	0	0	0

RESUMEN DE PUNTUACIONES

A1	A2	A3	A4	Total A	Punto de corte = 10
				29	
B1	B2 (V)	B3 (V)	B4	Total B Verbal	Punto de corte = 8
				20	
C1	C2	C3	C4	Total C	Punto de corte = 3
				5	
				D	Punto de corte = 1
				5	
				Total B No verbal	Punto de corte = 7
				10	



ALTERACIONES CUALITATIVAS DE LA INTERACCIÓN SOCIAL RECÍPROCA



A1. Incapacidad para utilizar conductas no verbales en la regulación de la interacción social

Código a anotar	Edad de aplicación	ACTUAL	MÁS ANORMAL 4.0-5.0	Puntuación de algoritmo
50	Mirada directa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
51	Sonrisa social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
57	Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL A1				6

A2. Incapacidad para desarrollar relaciones con sus iguales

49	Juego imaginativo con sus iguales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
62	Interés por otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
63	Respuesta a las aproximaciones de otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
64	Juego en grupo con sus iguales (puntúe si tiene entre 4 años, 0 meses y 9 años, 11 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
65	Amistades (puntúe si tiene 10 años o más)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL A2				9

A3. Falta de goce o placer compartido

52	Mostrar y dirigir la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
53	Ofrecimientos para compartir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
54	Busca compartir su deleite o goce con otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL A3				6

A4. Falta de reciprocidad socio-emocional

31	Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
55	Ofrecimiento de consuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
56	Calidad de los acercamientos sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
58	Expresiones faciales inapropiadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
59	Cualidad apropiada de las respuestas sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL A4				9

TOTAL A (A1+A2+A3+A4)

Punto de corte algoritmo diagnóstico = 10

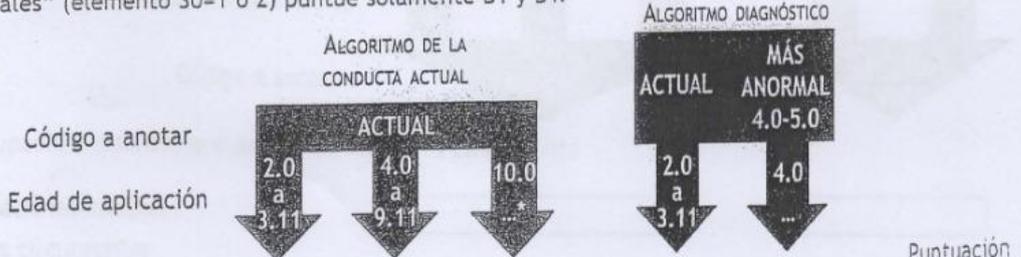
29

* El algoritmo de la conducta actual de 10 años en adelante sólo es aplicable a sujetos "verbales" (elemento 30=0). Para este grupo de edad no existe un algoritmo de conducta actual para sujetos "no verbales" (elementos 30=1 ó 2).

** Anote el código sólo si es menor de 5 años.

ACIONES CUALITATIVAS DE LA COMUNICACIÓN

Sujetos "verbales" (elemento 30=0), puntúe B1, B4, B2 (V) y B3 (V).
 Sujetos "no verbales" (elemento 30=1 ó 2) puntúe solamente B1 y B4.



I. Falta o retraso del lenguaje hablado e incapacidad para compensar esta falta mediante gestos

Señalar para expresar interés	<input type="checkbox"/>	2				
Asentir con la cabeza	<input type="checkbox"/>	2				
Negar con la cabeza	<input type="checkbox"/>	2				
Gestos convencionales / instrumentales	<input type="checkbox"/>	2				
TOTAL B1						8

II. Falta de juego imaginativo o juego social imitativo espontáneo y variado

Imitación espontánea de acciones	<input type="checkbox"/>	2				
Juego imaginativo	<input type="checkbox"/>	2				
Juego social imitativo	<input type="checkbox"/>	2				
TOTAL B4						6

B2 (V). Incapacidad relativa para iniciar o sostener un intercambio conversacional

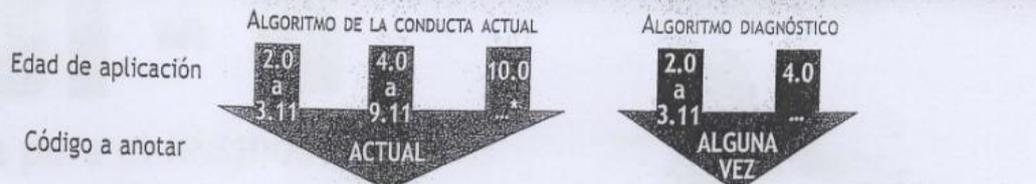
34 Verbalización social / Charla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	2
35 Conversación recíproca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	2
TOTAL B2 (V)						4

B3 (V). Habla estereotipada, repetitiva e idiosincrásica

33 Expresiones estereotipadas y ecolalia diferida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	2
36 Preguntas o expresiones inapropiadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	1
37 Inversión de pronombres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	1
38 Neologismos / Lenguaje idiosincrásico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALGUNAS VECES	1
TOTAL B3 (V)						2

EN SUJETOS "VERBALES"	TOTAL VERBAL B(V) B1+B4+B2(V)+B3(V)	Punto de corte algoritmo diagnóstico = 8	20
EN SUJETOS "NO VERBALES"	TOTAL NO VERBAL B(NV) B1+B4	Punto de corte algoritmo diagnóstico = 7	10

Algoritmo solo aplicable a sujetos "verbales" (elemento 30=0), por lo que deberá codificarse los los códigos de B1, B2 (V) y B3 (V). En este algoritmo no se recoge la codificación de ningún ítem en el subdominio B4.



C1. Preocupación absorbente o patrón de intereses circunscrito

		Puntuación de algoritmo
67 Preocupaciones inusuales	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
68 Intereses circunscritos (puntúe solamente si tiene 3 años o más)	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
TOTAL C1		<input type="text" value="2"/>

C2. Adhesión aparentemente compulsiva a rutinas o rituales no funcionales

		Puntuación de algoritmo
39 Rituales verbales (puntúe solamente si el elemento 30=0)	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
70 Compulsiones / rituales	<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
TOTAL C2		<input type="text" value="0"/>

C3. Manierismos motores estereotipados y repetitivos

		Puntuación de algoritmo
77 Manierismos de manos y dedos	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
78 Otros manierismos complejos o movimientos estereotipados del cuerpo	<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/>
TOTAL C3		<input type="text" value="1"/>

C4. Preocupaciones con partes de objetos o elementos no funcionales de los materiales

		Puntuación de algoritmo
69 Uso repetitivo de objetos o interés en partes de objetos	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
71 Intereses sensoriales inusuales	<input type="text"/>	<input type="text" value="2"/>
TOTAL C4		<input type="text" value="2"/>

TOTAL C (C1+C2+C3+C4)

Punto de corte algoritmo diagnóstico = 3

D. ALTERACIONES EN EL DESARROLLO EVIDENTES A LOS 36 MESES O ANTES

RELLENAR SÓLO SI SE UTILIZA UN ALGORITMO DIAGNÓSTICO
(ya sea el de 2 años, 0 meses a 3 años, 11 meses o el de 4 años, 0 meses en adelante)

	CÓDIGO	PUNT.
2	Edad en que los padres lo notaron por primera vez (si <36 meses, puntúe 1)	<input type="text" value="1"/>
9	Edad de las primeras palabras (si >24 meses, puntúe 1)	<input type="text" value="1"/>
10	Edad de las primeras frases (si >33 meses, puntúe 1)	<input type="text" value="1"/>
86	Edad en que la anomalía se hizo evidente por primera vez (si el código fue 3 ó 4, puntúe 1)	<input type="text" value="1"/>
87	Juicio del entrevistador sobre la edad en que se manifestaron por primera vez las anomalías (si <36 meses, puntúe 1)	<input type="text" value="1"/>

TOTAL D

Punto de corte algoritmo diagnóstico = 1

