

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN EL  
ÁREA SUR-OESTE DE PUERTO RICO EN RELACIÓN AL CERNIMIENTO,  
EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE AUTISMO Y  
TRASTORNO DE ASPERGER

Por:

Iván J. Vázquez Torres

Disertación Doctoral Sometida al Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la  
Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto  
Rico para Optar por el Grado de Doctorado Psy.D en Psicología Clínica

Mayo 2012

CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN AL  
ÁREA SUR-OESTE DE PUERTO RICO EN RELACIÓN AL CERNIMIENTO,  
EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE AUTISMO Y  
TRASTORNO DE ASPERGER

Por

Iván J. Vázquez Torres

Nosotros, los miembros del Comité de Disertación Doctoral del estudiante Iván Javier Vázquez Torres, certificamos que la investigación sometida por éste cumple con los requisitos doctorales establecidos por el Colegio de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico y para que así conste, firmamos certificando la aprobación de la misma.

Dra. Ana V. Plaza Montero,  
Directora del comité

Dra. Legna Vargas Batíz,  
Segundo Miembro del comité

Dra. Iliá Rosario Nieves,  
Lectora del comité

Dra. Iliá Rosario Nieves,  
Directora de la Escuela Graduada  
de Psicología

Dr. Hernán A. Vera Rodríguez,  
Decano CEG

## **Certificación de Autoría**

Yo, Iván J. Vázquez Torres certifico que la disertación titulada CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN AL ÁREA SUR-OESTE DE PUERTO RICO EN RELACIÓN AL CERNIMIENTO, EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE AUTISMO Y TRASTORNO DE ASPERGER, la cual presente como requisito para optar como por el Grado de Doctorado en Psicología Clínica en el Colegio de Estudios Graduados de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, es el producto de mi labor investigativa. Asimismo doy fe de que este trabajo es uno original e inédito.

Iván J. Vázquez Torres, Psy.D, M.Ed

## Tabla de contenido

Lista de apéndices	vii
Sumario	viii
Dedicatoria	ix
Capítulo I	1
Introducción	1-2
Trasfondo histórico	2-13
Planteamiento del problema	13-15
Propósito de la investigación	15-16
Justificación y relevancia	16-19
Marco teórico	19-36
Objetivo de la investigación	36-37
Dimensiones	38-39
Limitaciones	39-40
Capítulo II	
Revisión de la literatura	41
Sintomatología	41-45
Conductas limitadas	45-46
Interacción social	46-47
Comunicación	47-51
Teoría de la mente	51-52
Los símbolos y el juego	52-56
Etiología	56-59
Detección temprana	59-60

Tratamiento temprano	60-62
Señales básicas en el proceso de identificación	62-67
Evaluación del caso sospechoso	67-79
Instrumentos para la evaluación del autismo y el Asperger	79-82
Dificultad en el diagnóstico y desconocimiento en los profesionales	82-92
Capítulo III	93
Metodología	93-95
Sujetos bajo estudio	95-96
Descripción de los participantes	96-100
Técnicas de recopilación de información	100-102
Equipo	102-103
Procedimiento a seguir para realizar la investigación	103-104
Análisis de contenido	104-105
Capítulo IV	106
Codificaciones, unidades y categorías de análisis	107-108
Unidad de análisis adiestramiento del profesional	108-113
Unidad de análisis el proceso de cernimiento	113-124
Unidad de análisis proceso de medición y evaluación	124-131
Unidad de análisis tratamiento	131-137
Capítulo V	138
Discusión, conclusión y recomendaciones	138-140
Interpretación de las unidades de análisis	140-150
Resumen y conclusiones	150-153

Hallazgos adicionales	153-155
Limitaciones	155-156
Aportaciones de la presente investigación	156-157
Recomendaciones a la disciplina	157-158
Recomendaciones para futuras investigaciones	158-159
Revisión de literatura	160-167
Apéndices	168-173

## **Lista de apéndices**

Apéndice A	175
Apéndice B	177
Apéndice C	178
Apéndice D	179

## Sumario

Los trastornos generalizados del desarrollo o PDD, son un grupo de condiciones que afectan las interacciones sociales, el lenguaje; junto la presencia de patrones restringidos y estereotipados de conducta, intereses y actividades. Dichas limitaciones varían en intensidad, desde los casos severos como el autismo y aquellos que son más funcionales como el Asperger. Ambas condiciones están presentes desde temprano en la vida, con la diferencia que el Asperger suele ser diagnosticado más tarde o en ocasiones, nunca lo es. Estas condiciones requieren de cuidado psicológico, médico entre otros para ayudar a reducir el impacto de los síntomas en la vida del individuo. Para lograr esto, se requiere de un grupo de profesionales, que posean destrezas en el área de diagnóstico, evaluación, diagnóstico y tratamiento. No obstante, existe el problema del desconocimiento acerca de la condición, no tan sólo en el público en general sino también entre los profesionales. Este desconocimiento puede llevar a diagnósticos equivocados o tardíos, mismos que indirectamente pueden afectar la prognosis del individuo afectado por uno de los PDD. Basado en esto, para el presente estudio se determinó como objetivo principal el explorar el nivel de conocimiento acerca del autismo y del Asperger en un grupo de profesionales de la salud mental. Esto se realizó por medio del análisis de las narrativas que se obtuvieron de las participantes a través de una entrevista semi-estructurada. Los marcos teóricos que ayudaron a dicho proceso de análisis fue la sociología del conocimiento de Berger y Luckmann. El presente estudio se basó en una metodología cualitativa. Las participantes fueron seleccionadas por disponibilidad y se realizó un análisis de la información obtenida desde el marco interpretativo de Wolcott. Asimismo, se llevó a cabo un análisis de la información socio-demográfica. Las unidades de análisis que conformaron la investigación fueron experiencia durante el adiestramiento profesional, el proceso de diagnóstico, proceso de medición y evaluación, y por último, tratamiento. La presente investigación aportó una mejor comprensión acerca de los PDD y del conocimiento que poseen las participantes en relación a los mismos.

## **Dedicatoria**

Cuando estaba en el proceso de redactar éste trabajo, hubo una constante y era a quienes iba a dedicarla. Primero que todo, a Dios, pues con Él todo es posible. La otra persona es quien me ha brindado todo el apoyo posible durante mis estudios doctorales, Martha Milagros mi madre. Aunque partió de este mundo hace ya dos décadas, también dedico este trabajo a la memoria de mi padre, Luis Iván. Finalmente pero no menos importante, dedico este trabajo a Ari, una niña muy especial, que luego de muchas luchas y la persistencia de su madre; finalmente obtuvo la ayuda que necesitaba.

“Existo, luego pienso”  
Ayn Rand

“Sapere aude”  
Kant

“There is no reason why the unmasking of an untruth reveals a truth”  
Mitchell Dean

## Capítulo I

### Introducción.

El Autismo y el Asperger son parte de un grupo de condiciones agrupadas bajo la categoría Desorden Generalizado del Desarrollo (Chalerman 2010 y 2003; Frith 2006; Szatmari 2006; Sicile-Kira 2004; American Psychiatric Association 2000), o PDD por sus siglas en inglés<sup>1</sup>. Según Charleman (2010), dicho trastorno se caracteriza por un “desarrollo anormal de las funciones del cerebro afectando y creando un rezago en...la integración social, la comunicación...social y juego simbólico”. Dichos rezagos se encuentran también en el trastorno de Asperger, pero en menor intensidad en especial en el área del lenguaje.

Los síntomas de los PDD varían en intensidad, desde aquellos que pueden funcionar adecuadamente en la sociedad, con vida independiente; hasta los casos severos con un funcionamiento limitado que siempre van a depender de otra persona (Abad Sanz y colaboradores 2009). Dicha variabilidad en la intensidad de síntomas, se da aun dentro de la misma categoría diagnóstica. Estas condiciones no afectan exclusivamente al menor, sino a su familia, pues de acuerdo con los estudios (Abad Sanz et al 2009; Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández 2008; Hernández et al 2005; Soto Calderón 2001) hay un alto nivel de estrés socioemocional y económico en las familias que tienen un/a niño/a con autismo. De hecho, la tasa más alta de divorcio en familias con un niño con impedimento, la tiene el autismo (Linares 2011).

---

<sup>1</sup> En algunos artículos los denominan como ASD (Autism Spectrum Disorders), a manera de sinónimo. Ambos términos pueden utilizarse, aunque el más usado en la literatura en inglés es ASD. En las revistas en español usan el término Trastornos del Espectro Autista, o TEA. Sin embargo, el reconocido por el DSM actual es PDD.

Según Viloca (2003), el autismo tiene como secuela un deterioro tanto emocional como cognitivo, además de presentar problemas de desarrollo en la etapa sensorio-motora de Piaget, lo que a su vez conduce a problemas de simbolización. La condición causa problemas en la reciprocidad social, lo que a su vez afecta el desarrollo de la capacidad de realizar actividades con y junto a otras personas<sup>2</sup>. Dichas limitaciones pueden afectar a la persona a través de su vida, pues de acuerdo con Frith (2006), el autismo no es un desorden exclusivo de la infancia, más bien es un desorden del desarrollo; por lo cual es posible ver adultos que sufran autismo o Asperger.

### **Trasfondo histórico.**

La historia del autismo como condición psicológica, es en opinión del autor del presente trabajo parecida a la de la psiquiatría infantil. Ambas carecen de información y de estudios previo al siglo XIX (Torres Iglesias, Domínguez Santos y Rodríguez Sacristán 2004; Wolff 2004). Del mismo modo, son escasas las publicaciones profesionales asociadas a la salud mental del/a niño/a previo al siglo anteriormente. En el caso específico del autismo, Wolff (2004) informa que “hay pocos reportes del desorden previo a Kanner”, situación que se repite con el trastorno de Asperger. De hecho, previo al 1943 no hay mención del autismo como desorden de la infancia. La única referencia de la palabra autismo que se tiene previo a Kanner, es la que hace Bleuler en 1912 para referirse al aislamiento social de algunos esquizofrénicos, que llegaba al grado de excluir a todas las personas excepto ellos mismos. Asimismo dicho autor utilizó el término autismo para referirse cuando el esquizofrénico se alejaba de la realidad y se recluía en

---

<sup>2</sup> Viloca dedica su escrito exclusivamente al autismo clásico. Sin embargo, dado que el autismo es un continuo, y basado en la triangulación con la literatura; sus comentarios y hallazgos son aplicables al Asperger pero en menor intensidad.

un mundo privado creado por el mismo (Linares 2011; Charleman 2010; Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo, y Cortes-Hernández, 2008; Frith 2006; Wolff 2004).

De acuerdo con Torres Iglesias et al. (2004), es con la llegada del siglo XIX que comienzan a surgir investigaciones enfocadas exclusivamente en los trastornos de la infancia, con un interés especial por el retardo mental, los problemas de aprendizaje y la conducta delictiva. Para el mismo siglo comienza la separación de las condiciones en aquellas que afectan los adultos y las de la infancia. Al principio el interés primordial es por el retardo mental y la medición de la inteligencia, lo cual se observa con el nacimiento de las pruebas de inteligencia.

Según Bettelheim (2004), los menores que presentaban sintomatología autista durante el siglo XIX y parte del XX, eran diagnosticados con esquizofrenia o con retardo mental. Dicha posición no fue aceptada por completo por la comunidad científica, pues para la misma época comenzaron a publicarse opiniones divergentes, como se mencionaran a continuación. Cronológicamente, se puede considerar al Dr. John Haslam como el primero en reportar un caso de lo que hoy se consideraría autismo en 1809 (Frith 2006; Bettelheim 2004; Wolff 2004), el cual diagnóstico con síndrome post-encefálico. Para la misma época el Dr. Henry Maudsley redacta el primer capítulo dedicado a la psiquiatría infantil en un libro de desórdenes mentales. También reporta casos que pueden considerarse hoy día como Asperger, pero ninguno de autismo. Es el escrito de Maudsley el que tendrá según Wolff, mayor influencia en Kanner.

Con la llegada del siglo XX se evidencian visiones divergentes, como la demencia precoz, introducida por De Sanctis en 1906 y la demencia infantil de Heller en 1930 (Wolff 2004). Esta última agrupa a niños que hoy día serían diagnosticados con

Desorden Desintegrativo. Otros autores que contribuyeron de manera indirecta al estudio del autismo fueron Darr y Worden, que estudiaron niños con una sintomatología parecida a la del autismo en la universidad de Harvard (Bettelheim 2001). En 1934, Earl describe un trastorno al que llamo catatonía primitiva de la idiotez, que de acuerdo con Wolff, puede ser considerado como autismo. La evolución continua con Melanie Klein, que hace un estudio de caso de un niño que presenta un cuadro de autismo y expone una explicación alterna a la imperante partiendo de su estilo de psicoanálisis (Emmens 2007; Houzel 2004).

Fue Leo Kanner el responsable de declarar el grupo de síntomas del autismo como un ente diferente a la esquizofrenia. En 1943 publica su estudio clásico donde utiliza el término autismo infantil por primera vez para describir y distinguir el conjunto de síntomas que “forman un síndrome único, que aún no ha sido reportado, que aparenta ser de rara ocurrencia, pero que probablemente es más frecuente de lo observado en los casos...reportados” (Kanner 1943). Dicho autor expone la diferencia entre el niño esquizofrénico y aquellos que presentan soledad autista. Para Kanner, el niño esquizofrénico se aleja de la realidad luego de haberse desarrollado de manera normal, mientras que el niño autista nunca se adentró al mundo externo, y se integra a éste poco a poco.

Kanner presenta en su artículo clásico de 1943, el estudio de 11 casos de niños que presentan diferentes grados de la misma sintomatología. De estos, ocho eran varones y tres eran féminas; y de este grupo solamente ocho desarrollaron algún tipo de lenguaje. El resto permaneció mudo, aunque Kanner aclara que este grupo en ocasiones pronunciaba palabras sueltas. Los niños del estudio original eran descritos mostrando

una extrema soledad autista, que Kanner (1943) describe como “una inhabilidad para relacionarse ellos en una forma ordinaria con las personas y las situaciones”. Una característica distintiva de los casos presentados, era que vivían ignorando las personas a su alrededor, actuando como si los demás no existieran. Si se les insiste en algo, ellos actúan, pero de acuerdo con Kanner, no es tanto una interacción sino que actuaban para que “los dejen en paz” (1943). Estos niños no muestran la ansiedad de los ocho meses, ni preocupación si los dejan junto a un desconocido. Las conversaciones que se formen a su alrededor no les llama la atención, y nunca miran a los ojos cuando se les habla. Si un adulto interfería de alguna manera, como aguantar un juguete, el niño interactuaba con la mano como si fuera un ente en sí mismo y no como parte de otra persona. Los niños de Kanner no mostraban interés por otros niños, ni se acercaban a jugar con estos, sino que se limitan a jugar lejos de estos. Con el tiempo, se puede volver familiar con niños que ven con frecuencia y aprenderse los nombres y características de estos. La ausencia de uno de los padres no era notada y si regresaban luego de una larga ausencia se comportaban como “si nunca hubiera estado consciente de la ausencia”, punto con el que la evidencia actual está en desacuerdo (Frith 2006). Asimismo, estos niños de infantes nunca mostraron la postura anticipatoria, ni se acomodaban cuando alguien los tomaba en brazos. Hay una mejor relación con las fotos de las personas, pues según lo expone Kanner, las fotos no interfieren. La atracción por las fotos varía, pues algunos niños muestran interés por las fotos de otros niños, mientras que una de las niñas del grupo original de los 11, mostraba interés por las fotos de animales.

El desarrollo del lenguaje fue anormal en todos los niños del estudio original. Por muchos años, los que aprendieron hablar, su lenguaje no conllevaba ningún

significado. Aprendían palabras sueltas, memorizaban canciones de cuna, frases, pero su uso era estereotipado. El lenguaje no era utilizado de manera social, aunque algunos eventualmente comprendían y comenzaban a usar el lenguaje para comunicarse. Cuando aprendían hablar en oraciones completas, era mayormente repeticiones mecánicas de lo que han escuchado. La ecolalia inmediata y la atrasada son usuales, junto a la inversión de los pronombres. La palabra “sí” se les dificulta, siendo en ocasiones incapaces de usarla para asentir a algo. De los que desarrollaron lenguaje, algunos mostraban vocalizaciones sin sentido, o el cambio del significado de las palabras. Por ejemplo, para uno de los niños de Kanner, la palabra ‘sí’ significaba que el padre lo cargara en sus hombros. Dichas alteraciones en el significado de las palabras lograban ser superadas eventualmente en alguno de los casos, pero con mucha resistencia. Otro problema que presentaban estos menores era la literalidad con la cual tomaban las palabras y las instrucciones. También presentan dificultades en entonación, y la dificultad de usar el pronombre ‘Yo’ para referirse a ellos mismos, dándose el caso que algunos usaban la tercera persona para hablar sobre ellos mismos.

Una de las dificultades que mostraban estos niños era con la alimentación. Algunos se resistían a ser alimentados, otros vomitaron con frecuencia luego de ser alimentados y uno de los casos tuvo que ser alimentado durante su primer año por medio de un tubo naso-gástrico. En su mayoría luchaban contra el ser alimentados, pero eventualmente “se rendían y comenzaban a comer de manera espontánea” (Kanner 1943).

Otro dato interesante que reporta Kanner, es el terror con el que estos niños reaccionan a sonidos fuertes y objetos que se mueven. Sin embargo, este miedo estaba ausente si era el mismo niño quien hacía el ruido o provocaba los movimientos en los

objetos. Dichos movimientos son repeticiones monótonas, carentes de un significado, como el darle vueltas a las ruedas de un juguete. La conducta de los 11 niños era limitada en variedad y mostraban un deseo casi obsesivo en mantenerlo todo igual e inmutable. Los únicos cambios que no producían ansiedad en ellos eran los que ellos mismos realizaban. Cambios en cualquiera de las rutinas, o en alguno de sus elementos, los podía llevar a altos niveles de ansiedad y la única manera de calmarlos era reestableciendo dichas rutinas y/o patrones. Algunos necesitaban que todo siguiera una misma secuencia para poder realizar un acto y podían estar todo un día demandando que las cosas se hicieran en el mismo orden y de la misma manera.

En cuanto a los objetos, Kanner explica el niño con autismo se relaciona bien con estos y que podían manipularlos y jugar con estos por varias horas. Aquí entran las conductas de manipulación como darle vueltas a las ruedas, girar y ordenarlos en líneas entre otros. “Con la manipulación de los objetos, el niño ejercita su poder y control” (Kanner 1943). Otra forma de control son los manierismos y conductas estereotipadas, como el brincar, el agitar las manos, o el rodar por el suelo. Aunque no exploran ni manipulan los objetos para buscar su funcionalidad, los/las niños/as autistas llevan consigo los llamados objetos autistas, que tienden a ser objetos duros o blandos y maleable. Estos objetos, de acuerdo con Viloca (2003), brindan una sensación de seguridad al niño/a con autismo.

Kanner expone que estos niños tienen potencial cognitivo, lo cual puede observarse en la memoria asombrosa para eventos que han ocurrido con años de anterioridad. Dicha capacidad también puede observarse en su excelente habilidad para memorizar eventos, nombres, poemas, números, patrones y secuencias. Los que hablan

poseen un vocabulario en ocasiones sorprendente, aunque algunos nunca llegan hablar o poseen serias limitaciones al hablar. Sin embargo, algunos de los datos que memorizaban carecían de un uso práctico, como por ejemplo el memorizar el índice de una enciclopedia. En cuanto este punto Charleman (2010) y Szatmari (2006) indican que el perfil cognoscitivo de ésta población es variado, desde el retardo mental hasta el desempeño superior. Szatmari usa como ejemplo las destrezas de matemática y lectura. De acuerdo a éste autor, algunos solamente pueden realizar los cálculos más rudimentarios, mientras que otros son capaces de realizar cálculos asombrosos. En cuanto a la lectura, mientras que algunos nunca aprenden a leer, otros lo hacen a una edad muy temprana.

De los once casos, diez mostraron una reducción en su deseo de soledad e inmutabilidad, permitiendo la entrada a su mundo de algunas personas. Entre los cinco y seis años “abandonan la ecolalia de manera gradual y usan pronombres personales de manera adecuada. El lenguaje se torna más comunicativo...la comida es aceptada sin dificultad...y sonidos y ruidos son mejor tolerados...Las rabietas disminuyen...La repetición constante se torna en preocupaciones obsesivas” (Kanner 1943). En cuanto al juego, entre los seis y ocho años comienzan a jugar cerca de otros niños, pero no con ellos. Del mismo modo, adquieren la destreza de lectura, pero lo hacen de manera monótona.

La muestra de Kanner provenía de familias de clase alta, en su mayoría profesionales y aquellos que no tenían un grado académico profesional, trabajaban en ambientes que requerían un alto grado de inteligencia. Estos padres y madres intelectuales, estaban preocupados mayormente “con abstracciones de naturaleza

científica, literaria y artística”. No obstante, Kanner advierte que esto no implica que la conducta de los padres sea la causa de la condición de los niños.

Kanner estimó que la condición era más frecuente de lo que aparentaba y que algunos niños diagnosticados como retardados mentales o como esquizofrénicos, en realidad padecían de autismo infantil. En 1971 Kanner publica un artículo donde examina las vidas de los 11 niños 30 años después de la publicación del estudio inicial. De estos, solamente dos lograron cierto grado de normalidad, estudiar y conseguir empleo, aunque aún continuaron presentando dificultad en el área social. Uno de los niños, aprendió los quehaceres de una granja y ayudó a la familia que lo cuidaba. Kanner no pudo obtener información de dos de los casos. El resto permaneció en hogares o al cuidado de los padres, de un familiar, o de un hospital, incapaces de vida independiente. Nuevamente, Kanner reitera su posición de que la conducta de los padres “...no basta para postular una conexión directa. Al contrario...la soledad está desde el comienzo de la vida lo cual dificulta el atribuir todo...a las relaciones paterno y materno filiales que se dan temprano en la vida” (Kanner 1971).

Para la misma época en que Kanner publica su primer estudio, el Dr. Hans Asperger realizó un estudio similar, nombrando la condición que presentaba su muestra como psicopatía autista (Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo y Cortes-Hernández 2008). Además, fue el primero en reconocer un componente genético en el trastorno y la mayor prevalencia en los varones. La diferencia principal entre ambos estudios, según Sicile-Kira (2004) es que los niños de Asperger eran más funcionales que los de Kanner. No obstante, contrario a Kanner, el estudio de Asperger no tuvo mucho reconocimiento, en parte según Szatmari (2006), por la carencia de traducciones a otros

idiomas. Por varias décadas el trabajo de Asperger estuvo al alcance de unos pocos estudiosos hasta que en 1981 Lorna Wing “saca de la oscuridad el trabajo de Asperger” (Wolff 2004), logrando con esto un cambio en el concepto de autismo y el interés por investigar el desorden que llevaba décadas ignorado (Albores-Gallo et al. 2008; Carlson, McGeorge y Harvolson 2007; Sicile-Kira 2004, Wolff 2004).

No es hasta 1960 con los estudios de Rutter, que se “validan las características particulares del síndrome del autismo” (Wolff 2004). En la misma década Bartak mostro con su estudio que las intervenciones conductistas eran las más prometedoras en el tratamiento del autismo. En 1971 Chess fue la primera en brindar evidencia que sugiere un posible origen neurológico del autismo. En el mismo año, Kolvin público un trabajo que logro finalmente hacer una distinción entre el autismo y la esquizofrenia.

Dentro del psicoanálisis, fue Mahler de las primeras en mostrar interés en el estudio y tratamiento de dicha condición. De acuerdo con Balbuena Rivera (2009), esto se debió en parte por la buena acogida que tuvo su artículo de parte de Kanner. Éste lo considero “el primer intento de comprender la sintomatología de la psicosis infantil desde un punto de vista dinámico, reconociendo así el esfuerzo realizado para vincular la estructura de la personalidad, la sintomatología y el curso potencial de la psicosis en términos de benignidad/malignidad” (Stepansky 1988 citado en Balbuena Rivera 2009). Es Mahler de las primeras en atribuir la conducta del menor a la madre, pero sin restarle importancia a los factores biológicos. Según Emmens (2007), para Mahler el autismo es una incapacidad del menor en usar a la madre para orientar su mundo emocional interno y externo. El infante “no es capaz de leer las expresiones faciales de la madre y tener un

referente emocional, por lo cual no aprenden a entender a las demás personas que le rodean” (Emmens 2007).

La visión que estuvo vigente por varios años fue la de Bettelheim (2004), para quién el autismo “...nace del convencimiento original de que uno no puede hacer absolutamente nada respecto a un mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea y esto sólo de manera frustrante. Cuanto más se espera de este niño y cuanto más intenta él encontrar una satisfacción por sí mismo, la frustración es aún mayor, ni consigue satisfacción ni puede obrar como sus padres esperan de él. Se retira entonces a la posición autista”. Al igual que Mahler, reconoce que hay factores biológicos que pueden influir en los síntomas autistas (Balbuena Rivera 2009).

Pese a la influencia de su libro clásico de autismo<sup>3</sup>, la postura del origen de la condición que expone Bettelheim es algo confusa<sup>4</sup>. En algunos pasajes de su obra clásica aunque desacreditada, parece adjudicar la causa de la condición a los padres, en especial a la madre. Habla de cómo métodos de crianza y cuidados que son muy rígidos o carentes de afecto, provocan que el menor no busque ser parte del mundo, que se aísle en un universo personal donde solamente él/ella pueden entrar. No obstante, estos mismos pasajes parecen defender la posición de Kanner, explicando que la conducta de la madre no es suficiente para explicar el autismo, e incluso rechaza abiertamente que ésta tenga alguna relación con el origen de condiciones como la psicosis y neurosis infantiles, para lo cual afirma, se apoya en la teoría de Anna Freud.

---

<sup>3</sup> Hoy día las ideas de Bettelheim son rechazadas (Sicile-Kira) por la psicología. Además, se descubrió que no era psicólogo (su doctorado fue en estética filosófica) y hasta se le acusó de plagio en trabajos posteriores (Hulbert, 1997).

<sup>4</sup> Hecho que se refleja en la literatura con autores como Emmens, Sicile-Kira y Rimland, quienes lo critican fuertemente por su posición de culpar a las madres, mientras que otros como Balbuena Rivera que exponen que Bettelheim mitiga el papel de ésta en la condición.

De toda el escrito de Bettelheim, lo único que expone con claridad es que el autismo “es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir una situación extrema y totalmente sin esperanza” (Bettelheim 2001). Es el niño el que rechaza a la madre y ésta reacciona a dicho rechazo alejándose emocionalmente del/a infante, lo que refuerza el aislamiento del menor, creando un círculo vicioso. Bettelheim agrega que “...sería un grave error suponer que un padre cualquiera ha deseado crear una cosa como el autismo en su hijo”, siendo la única ocasión en todo el libro en la que dicho autor habla con claridad. Otro punto que expone y que va contrario a lo que se creía en su época, es que el menor con autismo si establece relaciones con otras personas, pero de una manera diferente, incluso extraña.

Se puede considerar a Rimland como el responsable de otro cambio paradigmático dentro del autismo. Con él llega el rechazo de la visión imperante que culpaba a la madre del autismo de su hijo (Sicile-Kira 2004). Rimland fue un psicólogo experimental, quien afirma que la primera vez que escucho de autismo, fue cinco años después de obtener su doctorado. Motivado por el autismo de su propio hijo, comenzó a buscar explicaciones del autismo que no fueran las psicoanalíticas, mismas que describió como incoherentes (Rimland 1981). Dicho autor fue de los primeros en buscar datos genéticos, bioquímicos, neurofisiológicos, entre otros campos de las ciencias para explicar el origen del autismo. Dicha investigación lo llevo a la publicación en 1964 de su obra ya clásica Autismo Infantil, que logro destronar las ideas de Bettelheim, y con él al psicoanálisis como la forma de explicar el autismo. En dicho libro expone que el autismo no es una enfermedad psicológica, sino un desorden biológico (Sicile-Kira

2004). Rimland explica que su obra ayudo a llevar a la psicología a estudiar la biología del autismo, en vez de enfocarse en los procesos psicodinámicos (1981).

En cuanto a diagnostico oficialmente reconocido, el autismo aparece por primera vez en la segunda edición de Manual Diagnostico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-II), como una “reacción psicótica de la infancia, manifestando primariamente autismo” (Filipek y colaboradores 1999), ubicada dentro de las esquizofrenias. Esto cambia con el DSM-III, que agrupa el autismo en la recién creada categoría de problemas generalizados del desarrollo. El cambio de nombre de autismo infantil a trastorno autista ocurre en el DSM-III-R, pues “los criterios de diagnóstico se ampliaron y las formas no autistas se agruparon en la categoría denominada ‘problemas generalizados del desarrollo no especificados’” (Albores-Gallo et al., 2008). Con la llegada del DSM-IV el autismo continuó dentro de la clasificación de trastorno generalizado del desarrollo, pero con criterios menos restrictivos. Es en esta edición donde aparece por primera vez el trastorno de Asperger.

### **Planteamiento del problema.**

Los TEA presentan un reto diagnóstico para los profesionales de la salud<sup>5</sup>, en especial a los de la salud mental. El primer problema que presentan, es que varios de los síntomas de los ASD se solapan con otras condiciones como lo es el retardo mental, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y trastorno de conducta; lo cual lleva con frecuencia tanto a especialistas experimentados como a los no experimentados a brindar un diagnóstico equivocado (Abad Sanz et al 2009; Tomanik, Pearson, Loveland, Lane y Shaw 2007; Layne 2007, Turner y Stone 2007; Carlson, McGeorge y Halvorson

---

<sup>5</sup> Es importante recordar que diversos profesionales trabajan con esta población, como terapeutas/patólogos del habla, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales maestros de educación especial, psiquiatras y pediatras.

2007; Frith 2006; Hernández et al. 2005; Brock 2004; Goin y Myers 2004; Soto Calderón 2001). Un segundo problema que dificulta su diagnóstico, es que dentro de los mismos PDD hay síntomas similares, e incluso que se comparten. A esto se une que hay diversas manifestaciones y severidad dentro de cada uno de los TEA, dificultando la diferenciación, en especial a los profesionales menos experimentados.

Otro factor que dificulta el proceso diagnóstico, es que los ASD, en especial el autismo, requieren de un equipo multidisciplinario que trabaje en conjunto, para poder examinar con mayor confiabilidad a un menor del que se sospeche padezca de la condición. Dicha evaluación debe atender los diferentes componentes del autismo y una vez se tengan los resultados integrar los mismos para un diagnóstico más certero y efectivo. Igualmente, el proceso de evaluación psicológica debe ir más allá de la mera evaluación del funcionamiento cognitivo, pues algunos menores con autismo tienen un funcionamiento sobresaliente, mientras que otros no pueden ser evaluados con una batería regular, dada su falta de lenguaje. El profesional debe examinar además de la inteligencia del menor<sup>6</sup>, su funcionamiento social y las destrezas del diario vivir, para poder realizar un diagnóstico diferencial más efectivo. Como en el retardo mental, es necesario examinar las destrezas de funcionamiento adaptativo cuando se sospecha la presencia de un ASD. Cuan y como están afectas las destrezas sociales, pueden ayudar al evaluador en el proceso de decidir cuál es el diagnóstico más adecuado; y en el caso de que sea un TEA, cuál de estos. Aquí entra otro grave problema y es cuando las destrezas sociales no están del todo afectas, como en los menores con Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especifico (PDD-NOS). De igual forma, otro problema es cuando hay

---

<sup>6</sup> Para esto, debe primero examinar cómo están las destrezas de comunicación del menor, para de este modo, escoger mejor que pruebas utilizara en la bacteria.

muchas conductas disruptivas, que fácilmente pueden confundirse con un problema de conducta, o con un Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.

Además de estas dificultades en el diagnóstico, otro problema serio que de acuerdo a Sicile-Kira (2004) y Koegel et al. (2004), que enfrentan los padres, es en obtener un diagnóstico de Autismo, Asperger o uno de los TEA. Actualmente aún existen profesionales que minimizan las preocupaciones de los padres, lo cual provoca que tarde en emitirse el diagnóstico y por consecuencia que se retrase el que se proporcione un tratamiento. Asimismo, están los profesionales que brindan un diagnóstico equivocado, con consecuencias similares. Basado en estos datos, se plantea el siguiente problema: si los profesionales de la salud mental<sup>7</sup> en la región sur-oeste de Puerto Rico, conocen lo suficiente como para identificar y diagnosticar Autismo y/o Asperger de manera certera.

### **Propósito de la investigación.**

Basado en el aumento de la prevalencia de los casos de autismo, y los demás PDD y en el problema planteado anteriormente, y que aún hay profesionales que de acuerdo a la literatura minimizan las preocupaciones de los padres, el presente trabajo se propone examinar si un grupo de profesionales de la salud mental<sup>8</sup> del área sur-oeste de Puerto Rico, conoce la sintomatología básica del Autismo y Asperger. En específico, se busca examinar si pueden identificar y enfocarse en la triada autista.

Asimismo, se examinará si dichos profesionales saben en que enfocarse para realizar un cernimiento inicial a un menor del que se sospecha padece de un ASD y para realizar un diagnóstico diferencial en aquellos casos en que la sintomatología resulta

---

<sup>7</sup> En este grupo se incluye a los profesionales que se espera hagan un diagnóstico de PDD, como los psiquiatras, psicólogos clínicos, consejeros psicológicos y psicólogos escolares

<sup>8</sup> Para propósito de este trabajo, los profesionales serán: un psicólogo clínico, un psicólogo escolar, un consejero psicológico, un psiquiatra.

confusa. Dichos conocimientos son importantes y necesarios aun si el profesional no se ha especializado en el tratamiento de autismo y los PDD. Como se ha mencionado con anterioridad, los PDD poseen síntomas similares a otros trastornos de la niñez, e incluso trastornos del Eje II del DSM actual. Un diagnóstico erróneo puede llevar a un tratamiento inefectivo. De la misma manera, un diagnóstico equivocado puede llevar a que no se suplan otros tratamientos suplementarios al psicológico, como lo es la terapia del habla, terapia ocupacional, y en aquellos casos que lo ameriten, medicación adecuada.

### **Justificación y relevancia.**

Según el más reciente estudio publicado por la Academia Americana de Pediatría (Kogan y colaboradores 2009), uno de cada 91 niños en los Estados Unidos padece de un PDD. Dicho estudio también reporta que 40 por ciento de las personas encuestadas, informaron que un familiar en algún momento presento síntomas de autismo, pero que al presente ya no los tiene. La prevalencia en Europa es 13 de cada 10,000 niños para el autismo, 2.6 de cada 10,000 para el Asperger y de 60 por cada 10,000 para todo el espectro autista (Abad Sanz et al., 2009). Al presente se desconoce la prevalencia de la condición en Puerto Rico (Reyes 2011, Charleman 2010). Los únicos números que se poseen, es de los estudiantes que están registrados en el Departamento de Educación. Para el año 2010, la cantidad de niños registrados, entre los tres y los cinco años era de 341. La cantidad entre los seis y los 21 años es de 1996 (Reyes 2011).

Al compararlos con la prevalencia de 20 por cada 10,000 de hace 11 años (American Psychiatric Association 2000), esto representa un aumento en los casos. Este aumento se explica porque los criterios diagnósticos han sido ampliados a medida que se obtiene más información y que los métodos diagnósticos han mejorado (Abad Sanz et al

2009; Frith 2006). Esta posición es debatida, pues algunos autores (Szatmari 2006; Sicile-Kira 2004), quienes argumentan que las mejores estrategias en evaluación y diagnóstico, no son suficientes para explicar el aumento en los casos. Ante este debate, Abad Sanz y colaboradores recomiendan que las cifras deben ser vigiladas en los próximos años para asegurarse que el aumento es real.

Según Layne (2007) hay tres opiniones imperantes para explicar el aumento en la prevalencia. La primera lo atribuye en un aumento en la conciencia del público, lo cual se traduce a mayor vigilancia de parte de los padres, los maestros y los profesionales de la salud. La segunda lo atribuye a que hay una substitución de diagnósticos. En vez de estar supliendo un diagnóstico de retardo mental, los profesionales están brindando uno de autismo. El tercer argumento sugiere que el aumento se debe a que clínicos tienden a diagnosticar con más frecuencia autismo pues “los responsables del menor cualifican para más ayudas”.

El primer estudio de epidemiología de autismo, fue realizado por Victor Lotter en Inglaterra en el 1966. Dicho estudio se enfocó en el área geográfica de Middlsex. En el mismo, Lotter identifico la cantidad de niños entre los ocho y los 10 años que vivía en dicho sector, y envió cuestionarios a los padres y maestros de los 78,000 identificados. Utilizando expedientes médicos y entrevistas a los padres de los menores, Lotter logro identificar 135 casos sospechosos, los cuales el mismo evaluó. De dicho proceso de evaluación, encontró que solamente 35 de los sujetos cumplían con los criterios de Kanner, para una prevalencia de 4.5 por cada diez mil.

Según Frith (2006), estos resultados llevaron a pensar que el autismo era una condición rara. Sin embargo, Lotter se enfocó en los niños con bajo coeficiente, rutinas

elaboradas y una marcada retirada social, lo cual descartaba de su población menores con un coeficiente promedio, pero que presentaban sintomatología del espectro autista. Los criterios de Lotter entonces, pueden utilizarse para identificar casos similares a los presentados por Kanner en su estudio clásico, mismos que hoy día se considera autismo severo.

Tanto el Autismo como el Asperger, se caracterizan por deficiencias en las destrezas sociales, de comunicación, habilidades cognitivas, adaptativas y un repertorio limitado de conductas. Estos déficits traen como consecuencia problemas académicos, sociales y de vida independiente. De acuerdo con Perry, Flanagan, Geier, y Freeman (2009); Tomanik, Pearson, Loveland, Lane y Shaw (2007); Turner y Stone (2007); Carlson, McGeorge, y Halvorson (2007) y Brock (2004), la identificación temprana es sumamente importante para que el tratamiento de la población con uno de los PDD resulte efectivo, en especial con aquellos que padecen de autismo. Brock (2004) afirma que entre más temprano se brinde un diagnóstico, mejor la prognosis del/la menor. Tomanik et al (2007) concuerda con las opiniones de Brock, y añade que un diagnóstico tardío o incorrecto, tiene implicaciones negativas a largo plazo para el/la menor. Turner et al. (2007), afirma que entre más temprana sea realizada la identificación y la intervención, mejor la probabilidad de que mejoren los síntomas, e incluso que desaparezcan. Sin embargo, de acuerdo con Brock (2004), muchos de estos menores no son diagnosticados hasta los 5 años<sup>9</sup>, a pesar que según Tomanik et al (2007); Frith (2006), Szatmari (2006), Goin y Myers (2004) y Virola (2003), ya hay señales desde el primer año de vida. A esto se le agrega que según Brock, muchos de los profesionales de la salud mental, en específico los psicólogos escolares, “no están preparados para

---

<sup>9</sup> Lo usual, es que el diagnóstico se brinde entre los dos y tres años. (Layne, Tomanik et al. 2007)

identificar los signos...” de los ASD. Asimismo, los profesionales de salud mental presentan dificultad para poder distinguir los PDD de otros diagnósticos.

El problema se agrava pues el autismo con frecuencia co-existe con otros impedimentos (Perry et al., 2009), con el 75 por ciento de los/las menores con autismo, también padecen de retardo mental (Perry, et al., 2009; Tomanik et al., 2007). Sin embargo, el dato más preocupante de acuerdo con Carlson, McGeorge y Halvorson (2007), aún existen profesionales que minimizan las preocupaciones de los adultos responsables del menor.

Basado en la información presentada con anterioridad, se expone que es importante explorar como está el nivel de conocimiento básico de los ASD en los profesionales de salud mental en Puerto Rico<sup>10</sup>. Tomando en consideración que entre más temprano el diagnóstico, mejor la prognosis, es importante que los profesionales posean como mínimo el conocimiento básico para realizar un cernimiento inicial. De la misma forma, es imperativo que sea capaz de no enfocarse en las similitudes con otros diagnósticos, y que pueda realizar un diferencial adecuado para evitar un mal diagnóstico. Otro factor es el conocimiento de las pruebas validadas y normalizadas para la población puertorriqueña.

### **Marco teórico.**

Para el presente trabajo, es necesario utilizar una teoría que explique cómo las personas, en específico los/as psicólogos/as y psiquiatras, adquieren el conocimiento. Por tal motivo, el autor utilizara la teoría de la sociología del conocimiento de Berger y Luckmann, (2005) para el marco teórico del presente estudio cualitativo.

---

<sup>10</sup> Indirectamente esto incluye si saben lo que es un desarrollo humano normal, lo cual va más allá de saber las teorías del desarrollo humano de Erickson, Piaget, Freud y otros autores.

## **La sociología del conocimiento.**

Lo primordial de la sociología del conocimiento de acuerdo con Berger y Luckmann (2005), es que la realidad es una construcción social, es algo que se fabrica de manera constante por medio de las relaciones interpersonales por un lado, y con una(s) institución(es) por otro. Dicho proceso está en constante modificación y creación, el cual se hace por medio del dialogo con los demás. La creación de la realidad es por lo tanto un proceso dialectico, o sea inter-comunicativo. Se hace en presencia de los demás, aunque es de aclarar que dicha presencia no tiene que ser necesariamente física.

Aquí se presentan dos términos muy importantes, realidad y conocimiento. La realidad es definida por Berger y Luckmann (2005) como “cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición, no los podemos hacer desaparecer”. La realidad está ahí forjada y definida a través del tiempo y la persona que está siendo socializada debe adquirir el conocimiento y en cierto grado, el entendimiento de dicha realidad. El conocimiento es objetivo en cuanto que se definió y existe independientemente de un observador. Hay unas definiciones por ejemplo, de lo que es un trastorno mental. Ya está ahí antes de que el futuro psicólogo/a y psiquiatra entrara en la academia para ser adiestrado o socializado. La parte subjetiva se refiere a como la persona interpreta e internaliza dicho conocimiento junto a sus signos, símbolos y lenguaje, como los hace suyos. Estos últimos tres serán explicados más adelante.

En cuanto conocimiento, Berger y Luckmann (2005) lo definen como “la certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas”. Al igual que con la realidad, el conocimiento está compuesto por elementos que son objetivos, ya están ahí cuando la persona los encuentra o le son enseñados. O sea, son

independientes de que la persona sepan que existen. Sin embargo, dicho elemento es internalizado de manera subjetiva. La persona lo aprehenderá y mirará desde su punto de vista, lo hará suyo. Esto no implica que altere la realidad, sino que lo internalizara a su manera y a su modo. Las acumulaciones específicas de realidad y conocimiento, pertenecen a contextos sociales específicos. Dicho contexto social a su vez, influye en como la persona internaliza y utiliza dicho conocimiento. Es importante mencionar, que este conocimiento lo adquiere mayormente durante el proceso de socialización primaria y secundaria (la que ocurre luego de la crianza y que la persona misma elige), es un conocimiento que otro supe y la persona debe internalizar. Por lo tanto, es un conocimiento que depende de la relación con otra persona con mayor experiencia.

Para comprender aspectos específicos de la vida, es importante conocer el concepto de vida cotidiana. Éste mundo es el del diario vivir de la persona, que a su vez está compuesto por otros mundos, que son más pequeños o sub-mundos. Llevándolo a un aspecto más específico, la psicología<sup>11</sup> es uno de estos mundos, mismo que posee su cotidianidad y que se mantiene por los pensamientos y acciones del quehacer psicológico, junto a las demás facetas de la vida tanto profesional como personal. Es lo que se supone que hagan las personas que viven en ese mundo en específico.

La realidad según Berger y Luckmann (2005), está conformada por objetos, que le son proporcionados al sujeto y le permiten crear objetivaciones. El objeto es una herramienta que se usa para moverse por el mundo. Un ejemplo de objeto es el lenguaje, mismo que permite la movilidad y la comunicación. Cada mundo posee su lenguaje, el cual la persona tiene que aprender si desea pertenecer a uno de estos sub-mundos. Aunque el lenguaje de un mundo específico esta accesible a todos sus miembros, no

---

<sup>11</sup> Todo esto también se puede aplicar a la psiquiatría.

siempre es utilizado en su totalidad pues el lenguaje se ve modificado por su medio ambiente. Como ejemplo, el vocabulario que utiliza el psicólogo forense esta accesible a todos los psicólogos, pero solamente es utilizado por los primeros. Al igual que el conocimiento, el lenguaje es adquirido por las relaciones sociales, depende de que otro sea el que supla la información. Así, la persona que está siendo socializada para ingresar a un sub-mundo en específico, depende de las personas que están socializándolo para esa adquisición inicial. El dominio del lenguaje viene luego con la práctica, tema que se explicara más adelante.

La sociología del conocimiento habla del conocimiento del sentido común, el cual es el que se comparte con otras personas. Es el conocimiento que comparten todos los miembros de un mundo particular, lo que se considera conocimiento por una sociedad dada. También es lo que se conoce por realidad en dicho mundo. Dicho conocimiento está compuesto por lo que Berger y Luckmann (2005) llaman rutinas, mismas que son consideradas como la norma para los que viven en un mundo en particular. La rutina es una forma de aprendizaje, por medio de estas la persona adquiere el conocimiento que ha sido legitimado como el que necesitan los miembros de una sociedad dada para poder realizar sus funciones. Son parte del conjunto de conocimiento llamado no-problemático. El sentido común sabe cómo manejar dicho conocimiento, al igual que situaciones que son similares. Todo lo que el/la psicólogo/a sabe y puede manejar es conocimiento no-problemático, y siempre y cuando no lleguen alteraciones; la realidad no cambia. No obstante, hay otros sectores del conocimiento que se alejan o van contra la norma. Del mismo modo, hay áreas del conocimiento que nunca llegan a convertirse en rutinas. Ambos casos se vuelven parte del sector problemático del conocimiento, lo cual

representa un problema/reto para los miembros de dicha sociedad. El conocimiento problemático trae una crisis del conocimiento, y ante dicha crisis, las opciones son limitadas. La persona puede encarar el problema, rechazarlo, o no aceptar que es una crisis. De encararlo se encamina a la posibilidad de alterar su realidad y crear una nueva rutina. Su realidad “se enriquece ya que empieza a incorporarle el conocimiento y la habilidad requeridos” (Berger y Luckmann 2005) para el área no-problemática. Aunque la realidad de la vida cotidiana, busca integrar el conocimiento problemático al no-problemático, dicha integración no está garantizada. Aun si la persona acepta la presencia de ese conocimiento problemático, no implica de ningún modo que sea ajustado al conocimiento previo de manera adecuada. La persona puede muy bien hacer todo lo posible para evitar tener que enfrentarse al conocimiento problemático.

Hay dos zonas de conocimiento que son importantes mencionar. El primero es la zona de vida cotidiana directamente accesible a la manipulación corporal. Es todo aquello que está en directo control del individuo, lo que representa interés inmediato. Está compuesto por lo que se hace o se piensa hacer. Cada mundo y sub-mundo tiene dichas zonas, que variaran según el miembro de la misma. La otra se conoce como la zona alejada, la cual se compone por conocimientos menos urgentes, del que se conoce poco o el cual no guarda mucho interés por una persona. Estas zonas pueden tornarse en sectores problemáticos del conocimiento con todas sus implicaciones.

Para Berger y Luckmann (2005), el conocimiento está formado en parte por tipificaciones, mismas que “determinan mis actos en la situación” particular que ha sido tipificada. Las tipificaciones definen como se trata o se concibe a un grupo determinado, a una persona o situación en específico. Lleva o dirige a formas de pensar y actuar. Sin

embargo, las tipificaciones son susceptibles a la interacción con el objeto, persona o situación tipificada. Como todo constructo social, son modificables en diversos grados. Asimismo, las tipificaciones son necesarias para ejercer cualquier función, pues agrupan individuos que comparten características similares y hacen más fácil la construcción social. En cuanto a la psicología, se puede considerar como tipificaciones los desórdenes mentales. Estas son necesarias pues permiten tener una imagen de cada condición, no hacen necesario tener que pasar por la experiencia cada vez que se desee hablar de alguno de ellos. Sin embargo, las tipificaciones pueden afectar negativamente el desempeño de toda persona de tornarse inflexibles.

Otro aspecto importante de las tipificaciones, es que afectan el trato hacia los demás, tanto positiva como negativamente. Además, algunas tipificaciones pueden estar fundamentadas en un conocimiento erróneo o limitado, aun siendo parte del conocimiento no-problemático. Otra dificultad que puede ocurrir, es aplicar una tipificación a todos los miembros del grupo tipificado, generalizar la tipificación sin dar espacio a una presentación distinta pero que sigue siendo parte de la tipificación. Finalmente, el problema puede ser que la persona nunca adquirió la tipificación. No podrá enfrentarse adecuadamente a una situación dada, pues no tiene el conocimiento necesario (Berger y Luckmann 2005).

Otro problema es cuando el conocimiento no es ni intenso ni íntimo, o sea que es conocimiento anónimo. Son las interacciones personales las que aumentan el conocimiento acerca de un tema, de una persona o grupo de personas en particular. Estas constantes interacciones pueden modificar la tipificación, lo cual de por sí, alterara el conocimiento que se posee acerca de lo que ha sido tipificado. No obstante, el trato

constante no necesariamente altera el anonimato, pues está el factor del interés e intimidad. “El grado de interés y el grado de intimidad pueden combinarse para aumentar o disminuir el anonimato de la experiencia” (Berger y Luckmann 2005). Si algo no resulta de interés personal, no modificara el grado de anonimato, por lo que tampoco modificara el conocimiento. Del mismo modo, puede interactuar con algo o alguien, pero no desarrollar intimidad. Entonces, la persona se quedara con su tipificación generalizada, misma que puede o no funcionar en el desempeño de sus funciones. El adquirir una tipificación no es suficiente para que un conocimiento deje de ser anónimo. Se requiere de pasar varias veces por un encuentro para lograr que un conocimiento dado se torne familiar, lo que lograra individualizar la tipificación.

Un concepto muy importante es el de la objetivación, el cual es una forma de darle sentido concreto a la actividad humana. Por medio de las objetivaciones es que se puede acceder a la realidad que se comparte con los demás. Una forma de objetivación es la creación de signos, que “pueden distinguirse de otras objetivaciones por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos” (Berger y Luckmann). Los signos le proveen de una expresión objetiva a situaciones o experiencias subjetivas. Los signos son agrupados en sistemas que “son objetivaciones en el sentido de que son accesibles objetivamente más allá de la expresión de intenciones subjetivas”. El signo y la objetivación que implica, están separadas del tiempo. No es necesario experimentarlo en el momento para entenderlo, simplemente conocer el signo y lo que objetiviza. La psicología entonces, posee una diversidad de signos que están organizados en un sistema objetivo de lo que es una experiencia subjetiva: los trastornos mentales. Este proceso de crear signos simplifica la comunicación, pues reduce la cantidad de descripciones

necesarias para decirle a otro psicólogo que condición padece un cliente/paciente dado. En pocas palabras, se ha objetivado una experiencia subjetiva. Un ejemplo de un signo es el lenguaje.

El lenguaje de acuerdo con Berger y Luckmann (2005), es el signo más importante. Es tan importante que su comprensión es “esencial para cualquier comprensión de la realidad de la vida cotidiana”. Del mismo modo, el lenguaje permite crear tipificaciones que van agrupar experiencias similares bajo una misma categoría, que estará al alcance del individuo para usos futuros. Dichas tipificaciones no tienen que estar constantemente en la consciencia, simplemente estar accesibles. El lenguaje psicológico por ejemplo, es compartido por todos los psicólogos, aunque no todo el vocabulario sea utilizado en todo momento. Es objetivo pues no es necesario presenciar una situación dada para saber de qué se está hablando. Este lenguaje permite la comunicación con los demás psicólogos/as, y ayuda en la creación de símbolos que son independientes de la existencia de un paciente/cliente dado. Todo símbolo expresa una realidad que no es la cotidiana, y es específico de un área del saber. Estos símbolos creados por el lenguaje psicológico, dominan la realidad del trabajo psicológico, pues no es posible ser psicólogo/a sin usar el lenguaje correspondiente.

Gracias al lenguaje y los símbolos creados por este, surge el conocimiento pragmático. Éste conocimiento se compone de todo aquello que todos los demás saben. Es un conocimiento general y accesible gracias a la interacción social. El conocimiento pragmático se refiere a “lo que tengo que saber” (Berger y Luckmann 2005). Este conocimiento es de tipo rutinario, se usa para resolver problemas usuales o comunes. Este conocimiento se puede agrupar y crear un acopio social del conocimiento, que a su

vez ayuda a crear espacios de conocimiento específicos. El acopio social del conocimiento psicológico es un ejemplo de este tipo de entendimiento. Provee al profesional de un conocimiento general que es necesario para ejercer sus funciones, sin embargo es un conocimiento de por sí limitado, pues de acuerdo con Berger y Luckmann “no puedo saber todo lo que hay que saber”. Esto solamente causa problemas al enfrentarse a algo nuevo, donde el conocimiento pragmático no es suficiente. Otra limitación a la adquisición del conocimiento lo son las relevancias. Existen grupos de conocimientos que pueden ser ignorados o que se les preste poca atención, dado que no resulta relevante. Dicha relevancia está determinada por los propios intereses o necesidades del grupo social donde se mueve el individuo.

Otro factor importante en la sociología del conocimiento, es el desarrollo de la persona, el cual está socioculturalmente determinado. Es su relación con su medioambiente lo que lleva a su humanidad. Los demás, en especial aquellos que son significativos juegan un papel importante en dicho desarrollo. De acuerdo con Berger y Luckmann, es imposible crear una persona en el vacío. Siempre harán falta los demás en el proceso de hacerse persona. Ante este proceso, el ser humano no es un receptor pasivo, sino que “se produce a sí mismo” (Berger y Luckmann). Nada está predeterminado como en el caso de los animales, cuya naturaleza está gobernada únicamente por leyes biológicas. Lo más importante de este proceso, radica en que hay una relación entre el sujeto y su medioambiente en el proceso de crearse como persona. Este proceso se repite en los sub-mundos, pues los/las psicólogos/as pasan por un proceso de socialización, que se considera secundaria aplicando el paradigma de Berger y

Luckmann. Dicho proceso se da en un orden social predefinido, y dicho orden social es posible por medio de la institucionalización, que es establecida por la institución.

La institucionalización es un proceso que se inicia con el desarrollo de hábitos. Éstos son actos que se repiten con frecuencia y crean pautas, mismas que limitan las opciones para realizar un acto. Ya no es necesario enfrentarse al reto de cómo afrontar una situación, pues los hábitos permiten la generalización. Del mismo modo, los hábitos hace posible la innovación, además de la creación de una institución. Pero los hábitos de por si no son suficientes para que surja la institución. Ésta surge cuando un grupo de hábitos es codificado y agrupado para dar sentido a algo, para organizar una práctica y son reconocidos por todos los miembros de dicho grupo. Son acciones que han sido tipificadas (categorizadas) y están accesibles a todos los integrantes de una sociedad específica. Las codificaciones son conocimiento que puede ser adquirido si una persona se vuelve miembro de la institución. Ahora la persona posee una guía para realizar y organizar sus acciones dentro de la sociedad a la que ingreso. La institución establece pautas que deben ser internalizadas por sus miembros, además de presentar legitimaciones para su existencia. Al aplicarlo a la psicología, esta posee dos grandes instituciones: la universidad y las asociaciones profesionales. La academia es el agente socializador del sujeto que desea ingresar al mundo de la psicología, por lo que debe acatarse a sus normas.

Como se ha mencionado anteriormente, si una acción se repite varias veces crea hábitos y estos eventualmente son categorizados, o tipificados. Los desórdenes mentales son un ejemplo de tipificaciones. A través de las observaciones y los estudios, ha sido posible agrupar características para definir un ente diagnóstico. Esto fue hecho para

brindar orden al proceso psicológico. Dichas tipificaciones son aprobadas y respaldadas por la institución, y todo aquel que desee formar parte de dicha institución, debe adquirir ese conocimiento, socializarse en los cánones de la institución. Los hábitos y su subsecuente tipificación ayudan al trabajo psicológico.

Toda institución de acuerdo con Berger y Luckmann, tiende a la cohesión. Esto significa que hay temas que todos sus miembros tienen que conocer para garantizar la unidad de la institución. Del mismo modo, existen relevancias o áreas de interés, que solamente interesaran a algunos de los miembros de la institución. Esto es la especialización y la sub-especialización del conocimiento institucionalizado, lo cual es influido por las relevancias o los intereses personales de la persona que está siendo socializada.

Las instituciones están formadas por un conocimiento primario, que es “la suma de lo que todos saben sobre un mundo social” (Berger y Luckmann 2005). Son las conductas o reglas que la institución ha declarado apropiadas. Toda conducta que ha sido legitimada por este tipo de conocimiento se llama área institucionalizada del comportamiento. Estos van a definir y controlar las funciones de la institución y de sus miembros. Al aplicarlo a un ejemplo concreto, el conocimiento primario va a controlar la práctica de la psicología. Aun cuando la persona termine su adiestramiento, estas conductas continuaran guiándolo. Este grupo de conocimiento es adquirido por la socialización del profesional durante su adiestramiento. Además del conocimiento primario, las instituciones tienen un conocimiento que ha sido declarado como oficial, el cual es imperativo para perpetuar las funciones de la institución. Este tipo de conocimiento es objetivo y corresponde a la realidad de ejercer una función dada. Dicho

conocimiento se internaliza durante la socialización del sujeto en la institución. Este conocimiento oficial es impartido por los transmisores, cuya responsabilidad es que los nuevos miembros adquieran el conocimiento básico necesario. Este conocimiento está compuesto por los diversos signos y el lenguaje que conforman a la institución, y como se ha mencionado anteriormente, es de carácter objetivo. Tanto el conocimiento oficial, como sus signos y lenguajes, han sido y son constantemente legitimados por la institución.

La legitimación hace aceptable una práctica dada, una forma de ejercer una tarea que ha sido institucionalizada. Es cuando un conocimiento es hecho oficial, reconocido como parte del saber que es expuesto por la institución. Se legitima todo conocimiento que ha sido sancionado por la institución como obligatorio para todos sus miembros. La legitimación es necesaria pues hay que justificar el conocimiento a aquellos que están siendo socializados. El rechazar tal conocimiento atenta contra el orden mismo de la institución. Este proceso de legitimación también es responsabilidad de los que están siendo socializados, quienes ayudan a los que llegan a la institución después de ellos. El proceso de legitimar es uno donde se explica y se justifica el orden institucional y el acervo de conocimiento reconocido como oficial. Por medio de esta se hace claro que es la institución junto a sus prácticas. Provee la razón de porque una práctica es de una manera y no de otra.

El conocimiento legitimado, entonces tiene que ser internalizado por parte del sujeto. La internalización según Berger y Luckmann (2005), es cuando un proceso se vuelve significativo para una persona, cuando lo hace suyo. Durante este proceso se van adquiriendo definiciones que se comparten tanto a nivel horizontal como vertical. Nace

un nexo que hace posible compartir el conocimiento y comunicarse con los demás miembros de un mundo dado. La internalización de un mundo dado ocurre en la socialización secundaria, que “es la adquisición del conocimiento específico de roles”, junto con el lenguaje, signos y símbolos específicos de la institución que socializa.

### **Los Hitos del Desarrollo Humano.**

El segundo marco teórico para la presente investigación, es el desarrollo humano. Como parte de su adiestramiento, los profesionales de la salud mental deben conocer lo que es típico para cada etapa del desarrollo. Bejerano Gonzáles (2009), define desarrollo humano como “una secuencia de cambios en el comportamiento y en el mundo del pensamiento y de los sentimientos que sigue un orden a lo largo del devenir cronológico de cada sujeto”. Es la capacidad que tiene un/a menor de hacer cosas más complicadas a medida que crece (American Academy of Pediatrics, 2011).

El desarrollo humano se compone de elementos cognitivos, motores y sociales. No obstante, dado que el desarrollo motor de los que padecen de autismo, no se diferencia dramáticamente de desarrollo típico, el presente trabajo se enfocara en los hitos sociales. El más importante de acuerdo con Linares (2011) es que el infante de desarrollo típico, siempre va a preferir el rostro y voz humanos sobre las otras posibles fuentes de estimulación sensorial.

De acuerdo con Parlakain y Lerner (2008), Powell (2002) y la Academia Americana de Pediatría (2011), a los tres meses un infante típico es capaz de gorjear, balbucear y emitir sonidos, en especial para tratar de comunicarse. Estos gestos comunicativos también los realizan en respuesta a la voz de los padres. Del mismo modo, los típicos tratan de comunicar su incomodidad, hambre y/o miedo a través del

llanto, o expresiones faciales. Socialmente son capaces de sonreír en respuesta a la sonrisa de los padres. Les encanta el juego y lloran si el mismo se detiene. Para esta edad, los típicos anticipan cuando lo van a tomar en brazos y pueden ser calmados/as con la voz de los padres. Asimismo se espera que gire su cabeza hacia el sonido de la voz humana y que responda al sonido de la maraquita. De los hitos sociales más importantes, es que reacciona a juegos sociales como ‘peek-a-boo’.

Según Powell (2002), a los seis meses se espera que un/a menor típico reconozca rostros familiares, que se ría con placer, grite si es molestado y que se sonría ante su imagen de espejo. En cuanto a lenguaje, para esta edad es normal que haga sonidos, mismos que son el inicio del habla. En adición, comienza a imitar acciones que le son familiares. Otro aspecto social importante, es que usa su voz para expresar sentimientos, puede decir adiós con la mano y no con la cabeza (Parlakian et al. 2008). A los siete meses, un/a menor típico ya es capaz de responder a su nombre y comprender la palabra no. Del mismo modo, puede distinguir emociones por el tono de voz. Un hito social y del lenguaje de suma importancia, es que son capaces de expresar placer o desagrado por medio de la voz. Socialmente disfruta jugar con los demás, en especial los padres. Además, responden a las expresiones emocionales de otras personas (Academia Americana de Pediatría 2011).

Entre los nueve y doce meses, un/a infante típico ya es capaz de mostrar cómo se siente por medio de sonidos y movimientos corporales. Además, repite sonidos o gestos para llamar la atención. En adición, ya demuestran lo que les gusta y lo que no les gusta. Según Parlakian et al., y Powell, a los 12 meses los infantes típicos son capaces de imitar sonidos y las acciones de sus padres. Socialmente responden a la música por medio de

movimientos corporales. Para esta época comienzan a decir sus primeras palabras, entre ellas mamá y papá. Además, pueden reconocer los nombres de familiares y tratan de comunicarse con sus padres y otros adultos. De acuerdo con la Academia Americana de Pediatría (AAP), para esta edad “muestran mayor interés por las conversaciones” (2011). Un aspecto social importante, es que responde al distrés de otros, mostrando distrés ellos/as mismos/as. Asimismo, muestran afecto a los adultos que le son conocidos y muestran ansiedad al separarse de los padres. Por último, y en opinión del autor del presente trabajo, uno de los más importantes, es que “disfrutan imitando a otros durante el juego” (AAP 2011).

Cuando el/la menor cumple 18 meses, cognitivamente es capaz de reírse de acciones cómicas y busca activamente objetos que están ocultos. También es capaz de identificar objetos en un libro de dibujos. Su vocabulario se compone de entre 10 y 20 palabras (Parlakian et al. 2008, Powell 2002) que sus padres pueden comprender. Miran a una persona que le habla y pregunta específicamente por uno de sus padres. Puede decir ciertos saludos como hola, adiós, y por favor con recordatorios. Una de las destrezas más significativas, es que pregunta por algo señalando o con una palabra, además de que puede dirigir la atención de otra persona hacia un objeto o acción. Una de los hitos sociales más importantes a esta edad es, que les lleva objetos y/o juguetes a los padres para jugar con ellos o mostrárselos. En cuanto al juego, lo hace solo/a y compete por un juguete que desea y tiene otro menor. Otra característica social, es que ya se reconoce en el espejo.

Ya a los dos años, se espera que un/a infante posea un vocabulario de aproximadamente 200 palabras y que se comunique en oraciones de dos a tres palabras

(Powell 2002). Entre las palabras que domina están las partes del cuerpo, mismas que puede identificar de manera correcta. De igual modo, se espera que sepa y diga los nombres de sus juguetes y pida información de un objeto. Por ejemplo, “que pregunte ¿zapato?, mientras señala a la caja de un zapato” (Powell 2002). De acuerdo con la AAP, para esta edad ya es capaz de seguir instrucciones sencillas y repite palabras que ha escuchado. Otra destreza que se espera, es que trate de cantar, que pueda prestar atención a poemas cortos y que le guste imitar a los padres. Es normal que se enoje y tenga rabietas, y que actúe con timidez ante desconocidos (Powell, AAP). Una destreza social, e indicativo de los inicios de la empatía, es que trate de consolar a un amigo o a uno de los padres cuando este en distrés. Esta muestra empatía, de acuerdo con Linares (2011) son los inicios de la teoría de la mente, misma que es importante para un desarrollo típico.

Una destreza social importante, es que comienza a jugar con otros niños/as y comprende el concepto de turno. Asimismo, se espera que muestre entusiasmo ante la presencia de otros/as niños/as. (AAP) Otro componente social de importancia, es que imita acciones en sus juegos. Ya se observa la imaginación, cuando trata peluches y muñecos/as como si estuviesen vivos. Además, ya se percata cuando sus padres aprueban o desaprueban una acción. Una de las más importantes en esta edad, es que se refiere a sí mismo por su nombre y usa la palabra “mío”. Del mismo modo, puede pedir las cosas que desea, seguir instrucciones sencillas y repetir palabras que ha escuchado.

De acuerdo con Parlakian et al., entre los 30 y 36 meses un/a niño/a es capaz de comprender oraciones con dos o más ideas, hacer preguntas y conoce su nombre completo. Además, puede recordar lo que paso ayer, actuar en historias que él/ella

mismo/a inventa, y hacer juego simbólico. Otro hito importante, es que tiene uno o dos amigos/as cercanos con los que comparte activamente. En esta etapa, él/la infante de desarrollo típico “realmente disfruta jugar con sus amigos” (2008), aunque todavía necesita ayuda de los padres para compartir.

Powell (2002) expone, que para los tres años un/a menor típico, es capaz de reconocer sonidos en su medio ambiente. Ya sabe dónde van las cosas, comprende el significado de uno, ahora, pronto y después. En adición a esto, ya conoce algunos números. Una de las destrezas más importantes, es que puede pretender que un objeto es otra cosa durante el juego (juego simbólico). Otra destreza importante, es “que se ríe de ideas tontas” (Powell 2002). En el área de comunicación, ya usa oraciones de tres y hasta cinco palabras. Puede hacer preguntas cortas y usar plurales, además de nombrar hasta 10 objetos familiares. En adición, a los tres años un/a menor es capaz de repetir rimas cortas, identificar por lo menos un color, e imitar o ayudar en las tareas del hogar. Finalmente, ya comprende los pronombres, y su vocabulario es de aproximadamente 900 palabras (Parlakian et al 2008).

Una de las destrezas sociales importantes, es que disfruta que le lean. Para esta edad se puede observar más concretamente el desarrollo de la teoría de la mente, pues el/la menor habla de sentimientos y estados mentales como el recordar. De los hitos del desarrollo social, más importantes para esta edad son: trata hacer reír a los demás, juega espontáneamente con otros menores, puede pretender ser alguien más en el juego y hasta asigna los papeles y muestra vergüenza si fue sorprendido haciendo algo incorrecto. Se espera que para esta edad, un menor comience hacer preguntas acerca de su medio ambiente y de cosas que le llaman la atención.

A los cuatro años, cognitivamente el/la menor puede tomar turnos sin que se lo recuerden. Muestra interés en “que va a pasar después” (Powell 2002). Puede seguir hasta tres instrucciones sencillas si se dan una a la vez. Un hito importante es que ya puede distinguir el mundo real de la fantasía, además de poder identificar situaciones que pueden causar alegría, tristeza o enojo.

En cuanto a lenguaje, ya comienza a usar el verbo en pasado. Asimismo, espera y pide explicaciones del por qué y el cómo. A esta edad ya un/a menor es capaz de contar experiencias sencillas de situaciones que le han pasado recientemente. Socialmente, ayuda a recoger y puede jugar con objetos imaginarios. Uno de los más importantes, es que su juego imaginario es bien elaborado, como por ejemplo “irse a cazar dragones” (Powell 2002). Otro aspecto social importante es que en ocasiones, coopera con otros niños y prefiere jugar con ellos que solo. Del mismo modo, es capaz de negociar con otros niños y compartir. Niños/as típicos de esta edad disfrutan juegos con reglas simples, como las escondidas, te quedas y juegos de mano.

### **Objetivo de la investigación.**

El objetivo principal del presente trabajo, es auscultar el nivel de conocimiento acerca del Autismo y Asperger, que tienen los profesionales de la salud mental en el área sur-oeste de Puerto Rico, además de su nivel de conocimiento del proceso de cernimiento, diagnóstico y tratamiento. Para tales propósitos se utilizara el método cualitativo predominantemente descriptivo, por medio de una entrevista semi-estructurada. Los participantes estarán integrado por cuatro profesionales de la salud mental. Las especialidades a considerar serán: psicólogos/as escolares, psicólogos/as

clínicos, consejeros/as psicológicos, y psiquiatras. Del objetivo general, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

Primero, evaluar si estos profesionales, además de conocer las señales del Autismo y del Asperger, pueden realizar un cernimiento enfocado en estos desordenes. Este proceso requiere que el/la profesional pueda hacer preguntas enfocadas en los TEA, además de saber los hitos básicos del desarrollo normal del ser humano. Igualmente importante, es si conoce que áreas explorar con detenimiento ante la preocupación del adulto que trae el menor a ser evaluado. Para este proceso de cernimiento, también es importante que conozca la triada autista<sup>12</sup>, misma que guiara sus preguntas. El segundo objetivo es si los/las profesionales pueden o saben cómo realizar una evaluación diagnóstica enfocada en el autismo, reconociendo que el juicio clínico no es suficiente para tal propósito (Soto Calderón 2001). Para realizar dicho proceso de evaluación, es imperativo que los profesionales conozcan la existencia de los instrumentos que han sido creados para tales propósitos. Esto implica que deben conocer que hay instrumentos que pueden administrarse tanto para el autismo clásico como para el Asperger, e instrumentos diseñados para el uso exclusivo de uno de estos entes diagnósticos.

Como tercer objetivo, este trabajo se propone conocer si el grupo de profesionales entrevistados, está consciente del solapamiento de síntomas entre los ASD y el autismo con otros trastornos; con el propósito de realizar un diagnóstico diferencial. Este componente es de suma importancia, pues el diferencial, en opinión del autor del presente trabajo, es la parte más crítica del tratamiento del autismo. Como se ha mencionado con anterioridad, un buen diagnóstico a tiempo hace la diferencia entre una prognosis positiva y una negativa; además de proveer el tratamiento necesario.

---

<sup>12</sup> Para los efectos del presente trabajo, no necesita saber el término, sino los componentes de la triada.

## **Dimensiones.**

Para el presente trabajo, se creara una entrevista semi-estructurada, la cual se desarrollara en triangulación con la literatura. Las dimensiones a estudiar son las siguientes:

- 1- Adquisición y nivel de conocimiento del Autismo y Asperger del grupo de profesionales entrevistados, en especial las señales básicas de alarma. Por esto se debe entender si dichos profesionales pueden identificar rasgos asociados a los PDDs y diferenciarlos de otros problemas que surgen en la infancia y/o la niñez. Asimismo, se examinara como adquirieron el conocimiento, pues algunos profesionales no aprenden sobre estas condiciones durante su adiestramiento. (González 2011; Abad Sanz et al., 2009; Albores-Gallo et al.; Hernández et al, 2005; Rimland 1981).
- 2- Las habilidades y destrezas de cernimiento, evaluación y diagnóstico del grupo. Si los entrevistados pueden enfocar sus observaciones y proceso evaluativo en los problemas típicos del autismo y del Asperger, si conocen los instrumentos que la literatura recomienda y si utilizan los servicios de otros profesionales que es recomendado por la literatura. (Abad Sanz et al., 2009; Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo, y Cortes-Hernández 2008; Hernández et al., 2005).
- 3- Experiencia del grupo de profesionales, en relación con la población que padece de autismo y Asperger. Entre más contacto un profesional haya tenido con dicha población, se espera que mejor sea sus habilidades en el proceso mencionado en el punto dos (Hernández, Álvarez, Márquez, Odriozola, Palomo y Zamora 2004).

- 4- El conocimiento que tenga acerca de las terapias y tratamientos para el autismo. En específico, cuales la literatura ha demostrado tener mayor eficiencia, y cuáles han sido totalmente descartadas. Un profesional con un conocimiento básico del autismo y los TEA, estará consciente de cuáles son los métodos terapéuticos más efectivos y cuales la literatura ha demostrado no tienen ninguna efectividad. (Smith 2008; Shattuck y Grosse 2007; Wolff 2004).
- 5- Si los profesionales son capaces de diferenciar entre el autismo y el Asperger, lo cual es una labor esencial para poder desarrollar un plan efectivo de intervención, al mismo tiempo que le permite al profesional ayudar a los demás profesionales que trabajan con el/la niño/a, y a la escuela (Abad Sanz et al 2009; Carlson, McGeorge y Halvorson 2007).
- 6- Conocimiento que poseen los profesionales sobre los hitos típicos del desarrollo socio-emocional, lo cual le permitirá prestar atención a preocupaciones de los padres, y a prepararse para un proceso evaluativo enfocado en ASD (Powell 2011, Child Development Institute 2011, Carlson et al 2007).

### **Limitaciones.**

El presente trabajo presenta las siguientes limitaciones. Primero, al ser un estudio cualitativo predominantemente descriptivo, la cantidad de sujetos bajo estudio será limitada, por lo tanto, los resultados no pueden ser generalizados. La segunda limitación identificada es el marco teórico al que se afilia el/la profesional. El como un/a profesional visualiza los problemas psicológicos, dirigirán su tratamiento. Por ejemplo, la literatura apunta a que solamente el método cognitivo-conductual es efectivo en el tratamiento del autismo y Asperger (Smith, 2008). El humanismo y el psicoanálisis en

específico, no tienen ningún apoyo científico como formas de terapia para tratar los TEA. Otros métodos como el Bernard carecen de suficientes investigaciones para determinar su efectividad (Smith). La otra posible limitación, es la misma preparación del profesional. Si el programa de estudios se circunscribió solamente a las teorías de desarrollo humano, pero no tocó los hitos de desarrollo normal ni explicó qué cosas esperar a qué edad, el/la profesional tendrá dificultad en el proceso de diagnóstico.

## Capítulo II

### Revisión de literatura.

El autismo es un desorden del desarrollo, cuyo origen apunta a que es de tipo neurológico (Linares 2011; Abad Sanz et al. 2009; Allen, Robins y Decker 2008; Allison et al. 2008; Preissler 2008; Bellini, Akullian, Hopf 2007; Boimacombe, Pickett y Pickett 2007; Carlson, McGeorge y Halvorson 2007; Layne 2007, Frith 2006); aunque dicha evidencia aun no es concluyente. La opinión imperante actualmente es que se desconoce su origen y sus causas. Dicho desorden afecta primordialmente lo que se conoce como la triada autista, la cual está compuesta por impedimentos en la interacción social, la comunicación y un repertorio limitado de conductas, que en ocasiones pueden ser repetitivas. Además, la población con autismo con frecuencia muestra deficiencias en sus habilidades adaptativas y cognitivas, mismas que se acentúan entre más intensos sean los síntomas autistas. (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane, y Shaw 2007).

### Sintomatología

Los/las menores que padecen de autismo presentan un desarrollo aparentemente normal, hasta el segundo o tercer año cuando los rasgos son notados. En realidad, según Viloca, se pueden observar rasgos autistas desde la infancia, como por ejemplo la ausencia del gesto anticipatorio y en algunos casos el rechazo al contacto físico. Koegel et al. (2004), comenta que el/la niño/a con autismo “no señala el objeto deseado, sino que coloca la mano del adulto en el mismo”. El/la menor con autismo tiende a no responder a su nombre, juega con el mismo juguete constantemente<sup>13</sup> y no llora si lo dejan en la cuna por períodos prolongados. En cuanto este punto, Frith (2006) hace la advertencia que no

---

<sup>13</sup> Un dato importante es que al jugar con su juguete, usualmente no lo hacen de manera correcta. Por ejemplo, si tiene varios carros, los coloca en líneas o mueve constantemente sus ruedas, pero no lo mueve simulando un carro real.

todos los menores que presentan rasgos autistas en la infancia, son diagnosticados con autismo, sino que se desarrollan de manera normal. De acuerdo a éste autor, la edad de dos años es la más adecuada para diagnosticar, dado que el repertorio de destrezas sociales es mayor que el del infante.

De acuerdo con las investigaciones (Linares 2011; Charleman 2010; Abad Sanz et al. 2009; Allen et al. 2008; Preissler, 2008; O'Neil, 2008; Albores-Gallo et al. 2008; Smith 2008; Tomanik et al. 2007; Brimacombe et al. 2007; Frith 2006; Hernández, et al. 2005; Soto Calderón 2001), el autismo junto a los TEA comparten una serie de síntomas distintivos. Entre estos están las interacciones sociales limitadas, parecen estar en su propio mundo, tienden a evitar el contacto visual y cuando miran a otra persona parece que no lo ven. De relacionarse con otras personas, lo hacen de una manera inusual y en ocasiones utilitaria. Dichas interacciones están caracterizadas por un desarrollo anormal en la comunicación social, dificultad comprendiendo conceptos sociales y tienden a ser literales. En los casos más severos, estos menores muestran una falta de respuesta a las personas que le rodean. Otro aspecto distintivo del niño/a con autismo es que poseen un repertorio limitado de actividades, conductas e intereses, se auto-estimulan y realizan movimientos estereotipados, como el brincar sin razón aparente y el sacudir o agitar las manos (flapping hands en inglés). Usualmente no manipulan los objetos por su función y el juego simbólico está ausente.

Hay otro grupo de características que usualmente son detectadas por los encargados del/la menor. Por ejemplo, no habla a la edad esperada, o su vocabulario es limitado para la etapa del desarrollo. Estos niños no socializan, presentan reacciones exageradas a estímulos sensoriales, dificultad en adaptarse a nuevas rutinas, ambientes y

situaciones sociales como la escuela. En otros casos, es cuando él/la menor comienzan en la escuela que los signos comienzan a ser notados, dado su poco o inexistente interés social, junto a otros impedimentos sociales y del desarrollo. Otra característica es que en ocasiones muestran un interés intenso por una o pocas actividades, mismas que no requieren de la participación de otra persona. Cuando hay destrezas de habla, sus conversaciones se circunscriben casi en su totalidad en sus intereses, aun cuando la otra persona no muestra interés en el tema (Szatmari 2006). Además, resisten los cambios y las alteraciones en las rutinas. En los casos severos dicha alteración puede desatar rabietas, autoagresión, agresión hacia otros y/o altos niveles de ansiedad. También tienden a mostrar intolerancia a lo desconocido y muestran respuestas sociales inadecuadas (Linares 2011; Frith 2006; Viloa 2003; Kanner 1943).

Los/as niños/as con autismo tienden a ser hipersensibles o hiposensibles a estímulos sensoriales<sup>14</sup>. Poseen una baja tolerancia a la frustración y la sonrisa social está ausente. Cuando realizan una acción lo hacen sin mirar a la persona, aunque en ocasiones, miran a los demás de reojo (Virola 2003). En algunos casos no hay reciprocidad cuando el juego es iniciado por uno de los padres u otros niños. Algunos poseen memoria fotográfica, mientras que otros presentan conductas agresivas y/o disruptivas, dificultades en la alimentación y aparente insensibilidad al dolor. Un distintivo de esta población es que su mirada no funciona como instrumento de comunicación social. Tampoco comprenden los gestos no-verbales que otras personas hacen con la mirada.

Otras conductas que se pueden observar en la población con PDD, pero con mayor intensidad en los que padecen de autismo, es la alimentación (Palomo, Belinchón

---

<sup>14</sup> Primordialmente las de tacto, auditivos, y sabores.

y López 2004; Virola 2003; Kanner 1943). Estos/as niños/as pueden presentar preferencia por ciertos alimentos, al extremo de rechazar todos los demás. Esto puede llevar a que el menor solamente se alimente con la comida favorita<sup>15</sup>. Asimismo, pueden presentar preferencias por texturas o sensaciones, como la de los alimentos crujientes. Otra de las dificultades que muestran estos/as niños/as es en el sueño. Dicha dificultad va desde el sueño ligero, hasta la incapacidad de poder dormir si hay alguna alteración en el entorno o cambio en la rutina.

La intensidad de estas conductas varía de acuerdo al nivel de severidad del PDD, existiendo por ejemplo niños con que no muestran hipersensibilidad a sonidos fuertes. En términos específico de un diagnóstico, en un extremo están los casos leves que suelen ser diagnosticados como Asperger o Desorden Generalizado del Desarrollo No Especificado. Esta población tiende a mostrar mayor problema en el área social que en la de comunicación. Del otro extremo están los casos severos que son diagnosticados con autismo, o el llamado autismo clásico. Dichos casos “se caracterizan por una completa ausencia del habla, comportamiento extremadamente repetitivo, auto-daño y agresivo...” (Charleman 2010).

Para propósitos diagnósticos, los síntomas fueron organizados en el Manual Diagnóstico Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV-TR). Para recibir un diagnóstico de autismo, es necesario que el o la menor presente un funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas: a) impedimento en las interacciones sociales, manifestado por una marcada dificultad en comprender y responder a claves sociales, además de establecer dichas relaciones, b) impedimento marcado del lenguaje,

---

<sup>15</sup> Linares (2011) da como ejemplo las papas fritas. Algunos casos llegan al extremo de alimentarse casi exclusivamente con ellas.

desarrollo y uso anormal del éste, y c) patrones restringidos y estereotipados de conducta, intereses y actividades. Los retrasos o el funcionamiento anormal deben estar presentes antes de los tres años y afectar las interacciones sociales, el uso del lenguaje en la comunicación social, o el juego simbólico (American Psychiatric Association, 2000).

Estas tres áreas que menciona el DSM y que agrupa todos los síntomas anteriormente mencionados, se conoce en la literatura como la triada autista (Charleman 2010; Cashin y Barker 2009; Abad Sanz et al. 2009; Allen et al. 2008; Preissler 2008; O'Neil 2008; Albores-Gallo et al. 2008; Smith 2008; Tomanik et al 2007; Brimacombe et al. 2007; Szatmari 2006; Frith 2006; Hernández, et al. 2005; Sicile-Kira 2004; Koegel et al. 2004; Soto Calderón 2001). La misma resume los síntomas en problemas que afectan la interacción social, problemas en la comunicación verbal y no verbal, y preferencia por intereses o actividades repetitivas, solitarias y estereotipadas. Todos los síntomas que componen la triada autista, provocan impedimento en el desempeño de la persona que la afecta en el diario vivir.

### **Conductas limitadas.**

Este criterio se refiere a las estereotipias motoras, los rituales, las rutinas, la insistencia en que todo permanezca igual, e inmutable. También incluye tendencias obsesivas, intereses demasiado intensos y limitados (Charleman 2010; Szatmari 2006; Frith 2006; Sicile-Kira 2004; Virola 2003). Estos/as niños/as pasan parte del tiempo montando rompecabezas, “contemplando cosas, reuniéndolas, dejándose fascinar por objetos brillantes o temas específicos y similares” (Szatmari 2006). Otros problemas que pueden agruparse en esta parte de la triada son la hiperactividad, problemas con el lapso de atención y el control de impulsos, autoagresión, reacciones exageradas a la luz y/o

colores brillantes, irregularidad en los patrones de sueño y en la alimentación, ausencia de miedo ante peligros reales o miedo excesivo a situaciones y objetos no dañinos.

Las personas con autismo “no manejan bien los cambios imprevistos” (Cashin y Barker 2009), mismos que pueden generar un alto nivel de ansiedad. Esta deficiencia puede llegar al extremo de la completa inflexibilidad, o sujetos que pueden aceptar cambios si les advierten de antemano. Los intereses limitados y las conductas estereotipadas, suelen expresarse en obsesiones, mismas que sirven para manejar la ansiedad. Las obsesiones<sup>16</sup> son apropiadas a la edad, como un personaje animado en la infancia. En la adolescencia estos intereses evolucionan a dinosaurios o la galaxia por ejemplo. Es importante notar la diferencias de género, pues en las niñas la obsesión suele ser por “animales...y actuando ser el animal” (Cashin et al., 2009), mismas que van cambiando a medida que crece.

### **Interacción social.**

Los impedimentos en las interacciones sociales “se centra en la dificultad de interpretar la comunicación y un déficit en la teoría de la mente” (Cashin et al 2009). Al igual que otras deficiencias, va en un continuo con sujetos que carecen por completo de la conciencia de que los demás tienen sus propios pensamientos y aquellos que si pueden reconocer esto, pero con gran dificultad. Dichas deficiencias son más fáciles de determinar entre los dos y tres años. Esto se hace observando las interacciones sociales con otros niños, pues “el niño pequeño que se desarrolla de manera normal, tiende a mostrar un interés intenso por otros niños...mientras que el autista tienden a mostrar un interés intenso por el mundo de los objetos” (Kanner 1943). Deficiencias sociales son las

---

<sup>16</sup> De acuerdo con Linares (2011) estas obsesiones pueden llegar a la patología, con personas con autismo que eventualmente son diagnosticados con Desorden Obsesivo-Compulsivo.

que dificultan el poder ponerse en el lugar del otro, el poder comprender las emociones que pueden sentir otra persona en una situación en particular y la capacidad de desenvolverles en el diario vivir, en un mundo que rara vez es predecible. Estas dificultades Linares (2011) las agrupa bajo problemas de empatía.

### **Comunicación.**

La población con autismo presenta problemas en la comunicación, que aplica tanto a la verbal como a la no-verbal (Cashin et al 2009). El problema puede ser en el desarrollo del lenguaje y en algunos casos la ausencia del mismo. En casos como este, el/la menor no compensa la falta de lenguaje hablando con gestos o expresiones faciales (Charleman 2010; Frith 2006; Szatmari 2006). En algunos casos, el lenguaje se desarrolla de una manera anormal y en 25 por ciento de los casos, se desarrolla para luego perderse, (Charleman; Szatmari; Viloica 2003). Por lo general, presentan dificultad en comunicarse utilizando palabras, gestos y expresiones faciales, aunque también hay sujetos que desarrollan las destrezas de comunicación a muy temprana edad, como por ejemplo, los que aprenden a leer a los tres años.

Su tono y timbre de voz es descrito como extraño, en ocasiones con una calidad musical, mientras que en otros casos se puede describir como monótono o carente de emoción. Un rasgo distintivo según Frith (2006), es que algunos casos de PDD, cuando hablan solamente brindan la información necesaria. No hay un intento por formar una conversación propiamente dicha. Al hacerles una pregunta, brindaran la contestación de la forma más simple y directa sin elaborar. En los casos de autismo de alto funcionamiento y Asperger, dicha limitación está reducida o ausente.

El lenguaje, se compone de fonología, sintaxis, semántica y pragmática. Dichas áreas se ven afectadas en el autismo y los PDD en diversos grados. La que afecta directamente la comunicación social es la pragmática, la que Frith (2006) define como “la habilidad para usar el lenguaje con el propósito de comunicar”. Ésta es la competencia que permite a una persona captar el mensaje correcto cuando se usa una frase que puede tener dos o más interpretaciones. También es la habilidad de usar una misma frase para dos propósitos y distinguir cual es el que la otra persona está utilizando en un momento dado. La pragmática es la que permite captar el doble sentido.

Para comprender la pragmática, Frith (2006) utiliza como ejemplo la pregunta “¿me puedes pasar la sal?”. En el autismo, la pregunta se toma literal, tanto en el adulto como en el menor con autismo. Ésta población lo que entiende es que si tiene la capacidad de pasar la sal y no un pedido educado por la misma. De acuerdo con Frith, la comunicación con una persona autista es posible, pero limitada. Aunque hay intercambio de información, no se observa interés por brindar más información que la necesaria o la que fue pedida. Otra área afectada por deficiencias en la pragmática, lo son las convenciones sociales, como tomar turnos en una conversación, introducir un tema cuando es apropiado y medir la extensión de la conversación a tono con el que escucha. (Fonagy et al., 2002). Problemas en la habilidad de pragmatismo es un rasgo universal del autismo.

Los trastornos que pueden encontrarse en la población que padece de autismo son: trastornos de comprensión del lenguaje, ausencia del lenguaje, ecolalias, dificultades en la articulación y en la tonalidad. La ecolalia a su vez se divide en inmediata y diferida. En la inmediata los menores repiten lo que escuchan en el momento, mientras que en la

diferida, repiten palabras o frases que han escuchado en otro momento. La diferida puede observarse particularmente cuando el menor repite por ejemplo, un anuncio de radio o televisión. También hay ecolalias en las que se da una inversión pronominal. En este tipo de ecolalia, se hacen pedidos sin usar la primera persona. Un ejemplo es que el niño pida agua preguntando “¿quieres agua?” (Virola 2002), donde hay un intento de comunicación. También está la ecolalia que no tiene propósito alguno, y simplemente el menor repite de forma mecánica palabras y/o frases que ha escuchado.

Las personas con autismo no presentan dificultad en la adquisición del lenguaje, sino en la manera en que se usa. Esto se observa en el lenguaje estereotipado o idiosincrático, que son palabras que tienen significado solamente para el que las dice. Junto al uso de este tipo de palabras, hay una total ausencia de comprensión de que otras personas no usan dicha palabra con el significado o sentido que le da el autista. Dicha dificultad se puede atribuir a los problemas en mentalizar que presenta esta población.

En relación a la articulación, algunos niños con autismo presentan dificultad en pronunciar las consonantes de algunas palabras. Esto puede estar relacionado a problemas motores en el área bucal. Por último, están los problemas de tonalidad, que ya se han discutido.

En cuanto a la inversión de los pronombres, dicha conducta puede explicarse por dificultades deícticas de los pronombres, que se refiere a que “su uso es relativo de quien es el que habla y quien el que escucha” (Frith 2006). Estos errores son comunes en niños de desarrollo normal hasta los cinco años. De acuerdo con Frith, la evidencia apunta a que dichos errores no son por una dificultad en diferenciarse ellos de los demás, ni problemas de identidad, sino que hay una dificultad en comprender el uso correcto de

palabras en una conversación, que dependen de la posición del que habla con relación al que escucha. Es por eso que además de los pronombres, el niño con autismo se le dificulta el uso de las palabras que como “esto”, “eso”, “aquí”, “allá” etc.

Otro problema que presentan aquellos que son verbales, es que a pesar de tener un buen vocabulario y pronunciar bien las palabras, presentan problemas en las destrezas conversación. Igualmente, tienden a tener dificultad usando lenguaje apropiado de acuerdo a la situación social, el uso correcto del volumen, ritmo y tono de voz. Otra área de deficiencia, es el comunicar información relevante en las conversaciones.

En cuanto el Asperger, su lenguaje usualmente es “fluido, articulado y gramaticalmente complejo” (Frith 2006). Sus destrezas de comunicación son de tal magnitud, que pueden volverse buenos escritores en su tema de predilección. Asimismo, pueden convertirse en expertos en un área, como la programación de computadoras, o las matemáticas. Por otro lado, esta población presenta dificultad comprendiendo lo apropiado de algunos comentarios. Su honestidad puede verse como cruel, pedante o mal educada, cuando en la mente del afectado no estaba ninguna de estas intenciones. Otro problema que comparten con el autista clásico, es la dificultad o la carencia total de comprender la ironía y el sarcasmo. También se les dificulta comprender que una palabra puede usarse por ejemplo como un insulto, dependiendo del contexto o de la forma en que fue construida la oración.

Finalmente, la población con TEA tiene problemas en la comunicación no verbal, específicamente en las expresiones faciales. Dicho hallazgo no es aplicable a todo el espectro autista, pues Nishimura, Rutherford y Maurer (2008) encontraron que los autistas de alto funcionamiento, no presentaban problemas con el rostro humano.

Los déficits de comunicación van más allá de poder o no hablar. También se refiere a problemas en la comunicación social, que es “la capacidad de un/a niño/a para responder a intentos de interacción de un compañero y de la frecuencia de iniciar las interacciones sociales” (Jones y Schwartz 2009). El mostrar interés por los intentos de comunicación de otra persona, es parte del desarrollo normal de los/as infantes. Incluso, antes de la adquisición del lenguaje hablado, los/as niños/as neurotípicos<sup>17</sup> responden socialmente a los padres, señalando juguetes, siguiendo con la mirada el juguete, o indicando donde está el juguete en la distancia. Estas conductas están ausentes en los menores neuroatípicos. Los que padecen de autismo, responden menos a la comunicación de los demás. Un 57 por ciento de los neuroatípicos, entre los dos y los cuatro años, ignoran o rechazan los intentos maternos de interacción social. Los de alto funcionamiento muestran dificultad en “proveer respuestas relevantes a la conversación de otro, responder apropiadamente a los comentarios de los demás y pedir información para mantener una conversación” (Jones et al 2009). En general, los neuroatípicos demuestran consistentemente deficiencias en iniciar interacciones sociales y problemas usando formas adecuadas para iniciar una conversación. Parte de estos problemas se pueden atribuir a las deficiencias en mentalizar o la teoría de la mente (ToM).

### **Teoría de la Mente.**

Además de la comunicación social, una de las mayores deficiencias de los/las niños/as que padecen de autismo, es en el juego simbólico y reconociendo emociones en los demás (Golan, Baron-Cohen, Hill y Rutherford 2006). Dichas dificultades radican en déficits para mentalizar o en la teoría de la mente (Tager-Flusberg 2007; Colle, Baron-

---

<sup>17</sup> Término es propuesto por Sicile-Kira para referirse a las personas de todas las edades que no padecen de un PDD. Asimismo propone usar neuroatípico para referirse a cualquier persona que padezca uno de los TEA.

Cohen, y Hill 2007; Peterson, Slaughter y Paynter 2007; Golan et al. 2007; Frith 2006; Szatmari 2006; Viloca 2003; Adrián Serrano 2002; Baron-Cohen 1990;). Mentalizar es la capacidad de atribuir estados mentales a otras personas y con dicha información predecir o explicar el comportamiento de los demás. También permite pensar acerca de los propios pensamientos y acerca de los posibles pensamientos de otras personas (Adrián Serrano 2002) De acuerdo con Tager-Flusberg (2007), las destrezas de la teoría de la mente (ToM) hacen posible la vida social. Gracias a estas destrezas, es posible por ejemplo, la comunicación no verbal, la empatía y el comprender las metas y las creencias de los demás. Por medio de estas, los/las niños/as comprenden que los demás pueden “fingir, creer, imaginar, desear, etc.” cosas diferentes a las que ellos piensan (Adrián Serrano). Las deficiencias en el ToM son en parte responsables de las dificultades sociales y de comunicación en los que padecen de autismo y en menor grado los de Asperger.

Frith (2006) defiende el uso del término mentalizar, dado que según él, no acarea la “connotación de una teoría consciente”, o sea, que es un proceso hecho intencionalmente. Basado en ToM, Frith también expone que el autista no tiene dificultad en ver a los demás como otros ‘yo’ como expone el psicoanálisis. El problema radica en que no es capaz de atribuir estados mentales propios a los demás.

Dicha dificultad en ToM o mentalización, fue demostrada por Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985 citado en Baron-Cohen 1990) en el experimento de la muñeca Sally-Anne. En dicho experimento se le presenta el siguiente escenario al menor. Una muñeca a la que llamaron Sally, tenía una canica de juguete que guardo en una cesta y se va. Otra muñeca, a la que llamaron Anne, toma la canica y la coloca en una caja y se retira.

Se le pregunta al niño donde Sally buscara su canica cuando regrese. Los niños normales y niños con Síndrome de Down contestaron que en la canasta. Sin embargo, los niños con autismo contestaron que en la caja. Esto demostró que el niño que padece de autismo, no puede identificarse con el pensamiento de Sally, que ella tenga sus propias ideas. Ella no sabe que la canica fue cambiada de lugar, pero el autista asume que sí él lo sabe, los demás también lo saben. No hay comprensión de que los demás tienen sus propios pensamientos.

Dichos hallazgos fueron reproducidos de diversas maneras, realizando alteraciones según las críticas al planteamiento original del escenario Sally-Anne y todos llegaron a la misma conclusión. Fracasar en una tarea de ToM, se ha vuelto sinónimo de autismo. Sin embargo, Tager -Flusberg (2007) hace la advertencia que algunos neuroatípicos suelen pasar las tareas del ToM. Usualmente los que pasan las tareas son los de alto funcionamiento, o los que padecen de Asperger (Peterson, Slaughter y Paynter 2007). Una de las características de este grupo, es que presentan mejores destrezas verbales que aquellos con sintomatología clásica. Estos/as niños/as pueden como los neurotípicos, “desarrollar el conocimiento que las personas pueden representar el mundo en formas que contradicen la realidad” (Tager-Flusberg 2007), algo necesario para poder pasar tareas del ToM. No obstante, siguen presentando problemas en el área social, pues carecen de lo que Tager-Flusberg llama intuición social. Esta dificultad se debe en parte, a que usan la parte cerebro responsable de la solución de problemas, en vez del circuito cognitivo-social<sup>18</sup> para realizar una tarea del ToM. Además, los déficits en procesar la información social que proviene de los rostros, voces y posturas corporales influyen en los déficits del ToM. Por lo tanto, el pasar satisfactoriamente una tarea de ToM no

---

<sup>18</sup> Corteza medial prefrontal, y la unión temporo-parietal.

implica la ausencia de déficits en las destrezas sociales (Peterson et al. 2007). Estos/as menores pueden comprender que hay una creencia falsa, como se exponen en las tareas de ToM, pero no lo pueden traducir a la realidad en interacciones con los demás. Según Peterson et al., solamente una minoría de aquellos con autismo o Asperger, puede completar satisfactoriamente una tarea de ToM y tener buenas destrezas sociales.

De acuerdo con Virola, el resultado de la investigación Sally-Anne confirma la idea psicoanalista de que las personas que padecen de autismo, no pueden identificarse con los estados emocionales de las personas y “también nos permite comprender las dificultades de estos niños para compartir experiencias emocionales puesto que no pueden identificarse con el otro poniéndose mentalmente en su lugar, sólo perciben lo que ven” (Virola 2003). Es por esto que el/la niño/a con autismo carece de juego creativo y funcional. Estos dos elementos, son importantes para poder jugar con otros niños/as.

### **Los símbolos y el juego.**

Los símbolos y su comprensión son importantes en las relaciones sociales y es otra de las áreas afectadas en el autismo. De acuerdo con Rivière (1994), el mundo humano es uno de símbolos y la comunicación entre las personas y consigo mismo, es por medio de símbolos. Los símbolos son usados para representar la realidad y poder hacer inferencias acerca de la misma. Otra importancia de los símbolos, es que los seres humanos piensan por medio de estos, los cuales median y modifican la experiencia cotidiana. De la misma forma, ayudan a las personas a pensar más allá del momento presente. Además, los símbolos son representaciones que el niño crea sobre objetos, seres vivos y/o acciones. “Las acciones simbólicas y las palabras apuntan o remiten a algo que no son ellas mismas” (Virola 2003).

En los niños, el símbolo tiene la función de ayudar en la creación del juego, de la fantasía y por ende, posee una función comunicativa. El signo por su parte, es un elemento de comunicación que advierte sobre algo. En los niños/as que padecen de autismo, los signos en ocasiones provocan reacciones automáticas, como por ejemplo el cantar feliz cumpleaños ante la imagen de un bizcocho, contrario al niño normal que al ver el bizcocho, comprende que no necesariamente hay una fiesta de cumpleaños.

La capacidad de usar símbolos es importante en la comunicación y permite el surgimiento del juego en los niños. Un elemento importante del uso de símbolos, es que permite a los menores representar a otros personajes en el juego. Virola lo llama la destreza de “hacer como si fuese”, la cual se le dificulta al niño que padece de autismo. Los niños neurotípicos también pueden crear representaciones de objetos, usando otro en su lugar. Como expone Leslie (1986 citado en Frith) puede usar otro objeto cuando pretende hablar por teléfono y entiende cuando es otra persona la que está pretendiendo. En el autismo, dicha habilidad está ausente.

El juego del niño con PDD es poco o carente de originalidad, carece de la complejidad característica de los neurotípicos y se limita a la imitación literal de lo que observa (Stanley y Konstantareas 2006; Virola 2003). En algunos casos, estos menores son incapaces de aceptar el elemento de fantasía en el juego. No procesan que están haciendo como si fuesen un personaje. Por ejemplo, se es mamá porque lleva sus zapatos puestos. Esto es contrario a los niños con desarrollo normal, que pasan por la etapa del juego pre-simbólico y luego al simbólico, el cual permite la interacción con otros niños y adultos. Esta área se ve directamente afectada por las deficiencias en la ToM.

De acuerdo al trabajo clínico de Virola, hay diferencias en el juego de los diferentes tipos de autismo. En los casos más severos, los objetos son manipulados para reproducir sensaciones, pero no se toma en cuenta la funcionalidad del mismo. Estos son los casos que alienan los juguetes y no inician juego con otros. En los casos más funcionales, los menores pueden que busquen la función del objeto, muestran mayor interés por los espacios y por los juegos de sacar y poner. También pueden iniciar el juego de tirar y tomar la pelota y el juego imitativo. Asimismo pueden seguir el juego que ha sido iniciado por un adulto.

### **Etiología.**

La etiología de la condición puede explicarse desde la perspectiva genética, biológica, inmunológica, perinatal, neuroanatómica, bioquímica, psicosocial y familiar. Sin embargo, aún no hay certeza de cuál de todas estas es la de mayor importancia<sup>19</sup>. Asimismo, existen opiniones acerca de la influencia de las vacunas, el mercurio en algunas de ellas y la alimentación como posibles causas del autismo.

### **Genética.**

Hay evidencia que apunta a un origen genético de la condición. Investigaciones recientes (Charleman 2010; Frith 2006; Sicile-Kira 2004) apuntan a que regiones de los cromosomas 2, 4, 7, 15, 16 y 19 son los que contribuyen al desarrollo de la condición. Abad Sanz et al., (2009) reporta datos que indica que se necesita heredar un mínimo de 15 a 20 genes que interactúan entre sí para que se exprese el fenotipo del autismo. Los estudios con gemelos son la mayor evidencia al origen genético de la condición. Estos muestran que si uno de los gemelos padece de autismo, hay “entre un 60-95 por ciento

---

<sup>19</sup> Linares (2011) habla de la visión de “tormenta perfecta”, que expone que no es un solo factor sino la combinación de varios el que puede llevar a una persona a desarrollar la sintomatología autista.

que el otro también lo tendrá” (Sicile-Kira 2004) aunque con intensidad diferente.

Observaciones similares fueron realizadas por Abad Sanz et al.

Según García-Peña (2009), el riesgo de autismo es 100 veces superior entre los familiares de primer grado. Dicho autor también reporta los genes HOAX1, RELN, ST7/RAY1, IMMP2L, WNT2, MMTV, FOXP2/SPCH1, EN2, UBE3A, GABRB3, HERC2, NLGN3, NLGN4, ARX, GLUR6, GAD1, SCN1A, SCN2A, SLC6A4 y SHANK3, como los “potencialmente relacionados con el autismo”, aunque reconoce que no son los únicos. A nivel del ADN, Giulivi y colaboradores (2010) hallaron evidencia que apunta a la probabilidad de que aquellos que padecen de autismo, tienen una disfunción mitocondrial, en específico; más sobrerreplicaciones y/o supresiones del ADN mitocondrial que los neurotípicos.

### **Neuroanatomía.**

Otra explicación es que el autismo es causado por problemas en los neurotransmisores. Sicile-Kira (2004) reporta que hay datos a que apuntan a la serotonina como posible responsable. En la población con autismo, los niveles de dicho neurotransmisor están elevados, aunque hay datos que apuntan a una disminución del mismo en el hemisferio izquierdo (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, y Kurtz, 2002). Otros neurotransmisores que pueden ser responsables de acuerdo con Abad Sanz et al, son la oxitocina, la noradrenalina y la acetilcolina. A esta lista Allen, Robins, y Decker (2008) agrega el glutamato y el GABA. Otro posible causante es la testosterona, la cual es parte de la teoría del cerebro hipermasculino (Linares 2011).

Las áreas del cerebro asociadas al autismo son el hipocampo, el giro fusiforme, el cerebelo, la amígdala, la corteza temporal, el cíngulo anterior, el septum y los cuerpos mamilares (Frith 2006; Allen et al. 2008; Cukier 2005). Fonagy et al. (2002) habla de una reducción en el número de células del sistema límbico y en el tallo cerebral, mientras que Allen et al., reporta la hipoactivación del giro fusiforme en la percepción de rostros y una hipoactivación de la amígdala en tareas emocionales. También reporta evidencia que sugiere que hay menos células de Purkinje en el cerebelo y problemas en las neuronas de espejo en las regiones frontales. Tanto Allen et al., como Brimacombe, Pickett y Pickett (2007) y García-Peña (2009) reportan hallazgos que asocian el tamaño del cerebro con el autismo, específicamente un crecimiento anormal del mismo en los primeros dos años de vida. Otros problemas identificados lo son la “disminución de neuronas y dendritas en la amígdala, el hipocampo, el área cingular anterior y el cerebelo...aumento global de sustancia blanca subcortical...proliferación glial y cambios en la estructura columnar normal de la corteza cerebral” (García-Peña 2009). No obstante estos datos, Charleman (2010) informa que aún no se ha identificado un patrón neurofisiológico específico del autismo.

### **Toxicidad, vacunas y dieta.**

Otros datos apuntan a la toxicidad como la causa del autismo. Por ejemplo, Sicile-Kira (2004) reporta datos que sugieren que el autismo puede ser causado por niveles tóxicos de plomo, antimonio y aluminio, lo cual a su vez sugiere que la población autista tiene problemas para eliminar estas sustancias como los niños de desarrollo normal. No hay datos que apunten a una relación entre la triple vacuna y el mercurio en algunas de éstas con el autismo (Linares 2011; Abad Sanz et al 2009; Scahill y Bearss

2009). Del mismo modo, no existe evidencia suficiente acerca de la relación del gluten y la caseína con el autismo (Linares 2011; Harrison et al. 2006).

### **Detección temprana y prognosis.**

Debido al curso de la enfermedad y lo limitante que es, la literatura está de acuerdo que entre más temprano se proporcione un diagnóstico, mejor será la prognosis (Linares 2011; Albores-Gallo, Hernández-Guzmán, Díaz-Pichardo, y Cortes-Hernández 2008; Carlson, McGeorge, y Halvorson 2007; Goin, y Myers 2004; Klin et al. 2007; Tomanik, Pearson, Loveland, Lane y Shaw 2007; Bellini, Akullian y Hopf 2007; Caretti Giangaspro, Alcamí Pertejo 2007; Cukier 2005; Hernández et al. 2005). Sin embargo, es importante que el profesional tome en cuenta que la prognosis, puede verse afectada por diversos factores, como por ejemplo el nivel de funcionamiento cognitivo del/la menor, la presencia de alteraciones de origen orgánico cerebral, epilepsia, anomalías sensoriales, el nivel de desarrollo del lenguaje, las habilidades sociales y de comunicación, además del contexto social y educativo en el que se desarrolla el/la menor.

La importancia de la detección precoz radica según Abad Sanz et al. (2009), en que “va a desembocar en una intervención temprana en los niños”, lo que a su vez ayuda a la reducción del estrés familiar. Otras ventajas que reportan estos autores es que previenen diagnósticos erróneos, ayuda en la identificación de opciones de educación y servicios, acceso a recursos, y posibilita el contacto con otras familias con TEA además de proveer intervención terapéutica a los padres. Por último, ayuda a los que padecen la condición a entenderse mejor a ellos mismos y a los demás.

De acuerdo con Layne (2007), “la edad más estable para emitir un diagnóstico son los dos años”. Asimismo, Turner et al., afirman que hay una mayor estabilidad en el

diagnostico a los 24 meses de edad. Sin embargo, hay datos en la literatura (Abad Sanz et al 2009; Perry, Flanagan, Geier, y Freeman 2009; Carlson et al. 2007; Tomanik et al. 2007; Turner y Stone 2007; Goin et al. 2004; Linda et al. 2007; Frith 2006, Szatmari 2006; Hernández et al 2005; Brock 2004; Viroca 2003) que afirman que es posible identificar rasgos autistas desde el primer año de vida, e incluso antes. Por ejemplo, Layne (2007) y Turner et al. (2007) aportan evidencia al respecto, aunque continúan recomendando utilizar la edad de dos años como la ideal para realizar un diagnóstico de autismo.

Por su parte, Goin et al. (2004), afirma que el autismo puede ser identificado antes de los 18 meses. De acuerdo con estos autores, hay un grupo de conductas que son indicativas de que un infante<sup>20</sup> se encuentra a riesgo de desarrollar autismo. El poder identificar características del autismo, que son evidentes en la infancia, ayudan a que el profesional realice un mejor cernimiento de tales síntomas, lo cual ayuda a un diagnóstico más acertado y más temprano.

### **Tratamiento temprano.**

Como se ha mencionado anteriormente, la identificación temprana del autismo permite que los menores afectados, reciban los servicios terapéuticos de manera más pronta, lo cual el consenso apunta a que es esencial para obtener mejores resultados (Linares 2011, Abad Sanz et al., 2009; Albores-Gallo et al. 2008; Bellini et al. 2007; Stahmer 2007; Caretti Giangaspro et al. 2007; Cukier 2005; Hernández, et al 2005, Brock 2004), lo cual la literatura anteriormente mencionada llama intervención temprana. Se entiende por intervención temprana, aquella que se brinda lo más pronto posible luego de emitido un diagnóstico. Por su parte, Stahmer (2007) afirma que estas mejoras

---

<sup>20</sup> El término utilizado en ingles se refiere a un bebé que aún no llega al primer año.

significativas están fuertemente asociadas a un tratamiento provisto antes de los cuatro años de edad.

Según Turner et al. (2007), y Goin et al. (2004), cuando se emite un diagnóstico a una edad temprana, permite que el/la menor reciba terapia de manera más pronta. En aquellos que reciben tratamiento temprano, es posible observar diferencias significativas en el resultado del tratamiento al compararlo con menores que fueron diagnosticados más tarde. Específicamente, se observan cambios positivos en el funcionamiento, e incluso algunos dejan de mostrar síntomas al compararlos con aquellos que comenzaron el tratamiento más tarde. Estos resultados atribuidos a la identificación y tratamientos tempranos, Brock (2004) los adjudica en parte a la plasticidad cortical. Otro beneficio de recibir un diagnóstico temprano y tener acceso de manera más pronta a los servicios terapéuticos, es que ayudan a mitigar la ansiedad, el estrés familiar y el impacto socioemocional, dado que los adultos a cargo del menor son educados acerca del desorden, lo que implica que pueden realizar decisiones mejor informadas.

Uno de los elementos que debe tomar en consideración un/a psicólogo/a, o programa de intervención, es que además de que el tratamiento comience lo más temprano posible, que sea intenso, que haya un proceso de evaluación constante y que las estrategias promuevan la generalización de las destrezas adquiridas (Linares 2011; Stahmer 2007). De la misma manera, el ambiente del tratamiento debe estructurarse con una rutina predecible. De ser un programa que guíe el tratamiento, el equipo debe estar adiestrado para el manejo de los TEA y relacionarse activamente con el/la menor. Asimismo, Stahmer insiste en que las intervenciones psicoterapéuticas deben individualizarse, que haya un currículo enfocado en el desarrollo de destrezas de

comunicación, destrezas sociales, de juego, cognitivas, de autoayuda y conductual. Por último, para que el proceso sea lo más efectivo posible, debe involucrar a los padres.

### **Señales básicas en el proceso de identificación.**

Todo profesional de la salud, tanto física como mental, está obligado a conocer el desarrollo típico del ser humano, mismo que es de utilidad en el proceso de diagnóstico y diferencial. Los hitos básico del desarrollo a saber según Hernández et al (2005) son: a los nueve meses, el infante es capaz de seguir con la mirada cuando el encargado señala y exclama ‘¡mira el...!’ , en relación a un objeto familiar”. A los doce meses, el infante es capaz de hacer lo anterior, además de señalar con el dedo índice, decir adiós y balbucear. Además, ya intenta obtener un objeto que esta fuera de su alcance, llamando la atención del encargado por medio de vocalizaciones, señalando y estableciendo contacto visual. A los quince meses, hace todo lo anterior. Lo nuevo que se espera a esta edad es la muestra de atención compartida, que establezca contacto visual cuando habla con alguien y extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos. También se espera que responda de manera consistente a su nombre y a órdenes simples. A esta edad ya es capaz de decir mamá, papá y otras palabras sencillas. A los dieciocho meses, muestra todas las conductas anteriormente mencionadas. A estas se agrega la capacidad de señalar las partes del cuerpo, decir algunas palabras con significado y hacer juego simbólico. Además, el/la menor neurotípico es capaz de responder cuando el examinador señala un objeto. También es capaz de verbalizar y establecer contacto visual alternativamente entre un objeto y el encargado, con la “única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto” (Hernández et al 2005), lo cual se conoce como atención protodeclarativa. Por último, a esta edad se espera que les lleve objetos a los

adultos para mostrárselos. A los 24 meses el/la infante neurotípico preserva todo lo anterior. Lo nuevo es la capacidad de imitar tareas domésticas, usar frases de dos palabras y mostrar interés por otros niños.

En adición a esto, el/la psicólogo/a debe conocer las señales básicas que sugieren la presencia de autismo, Asperger, o uno de los PDD. Los rasgos que antes del primer año sugieren autismo son: pobre interacción social, ausencia de la sonrisa social y de expresiones faciales apropiadas, hipotonía, y de fácil distracción. Del mismo modo, los infantes con riesgo de autismo, rechazan el contacto físico con otras personas. Dicha conducta en los bebés es observada cuando estos se arquean cuando son tomados en brazos, alejándose del adulto. De la misma forma, cuando están en la cuna, agitan sus manos<sup>21</sup>, se mesen o se golpean contra la baranda.

A los 12 meses, las características que sugieren autismo son (Hernández et al., 2005, Palomo et al., 2004): no reconocen su propio nombre, no son capaces de señalar o pedir objetos, no llevan objetos a los adultos para mostrárselos y evita el contacto visual. Otras áreas afectadas son la capacidad de interactuar con otros, la ausencia de la sonrisa social, pobre o ningún interés por la voz humana, no imita, no usa gestos para comunicarse, y ausencia o dificultad en el juego simbólico. En adición, el/la menor con autismo presenta dificultades en el gesto protodeclarativo, que es señalar algo con la idea de compartir la atención con otra persona. También presenta problemas en seguir con la mirada lo que otra persona está mirando y no muestran interés por otros niños. Al segundo año, a las anteriores se añaden: ignoran a otras personas, prefiere estar solo, ausencia del contacto visual, ausencia de gestos apropiados, demasiado calmado, posturas inusuales, hipoactividad y no expresa emociones. Aquellas que pueden observarse de 9-

---

<sup>21</sup>Flapping hands

24 meses, están: docilidad excesiva, no busca contacto con los demás, no balbucea o emite sonidos indicativos del desarrollo del lenguaje, no responde o responde poco a su nombre y son menos propensos a mirar a otra persona. Otros rasgos son: no copia sonidos que hacen los adultos, no señala objetos, ni muestra interés por animales, ni otros niños de la misma edad. No juega ‘peek-a-boo’<sup>22</sup>, ni busca que lo mimen y le desagradan los mimos en general (Chalerman 2010; Frith 2006; Szatmari 2006; Hernández et al 2005; Díaz Atienza 2005; Goin et al. 2004; Sicile-Kira 2004,).

Para evaluar un caso del que se sospecha autismo, se utilizan las señales de alarma que fueron establecidas por Filipek y colaboradores (1999) en su artículo ya clásico, mismo donde se establece el famoso protocolo de vigilancia y diagnóstico. Estas señales de alarma se dan entre cero y cinco años, se dividen en preocupaciones típicas que presentan los padres y señales que de identificarse en un/a menor, amerita obligatoriamente el que se haga una exanimación. Las preocupaciones de los padres se dividen a su vez en tres, estas son: preocupaciones sobre el aspecto social, preocupaciones sobre las comunicaciones y preocupaciones acerca de la conducta.

Las preocupaciones acerca de la comunicación básicas, son (Filipek et al 1999): el/la menor no responde a su nombre, además de que parece sordo en ocasiones. Muestra dificultades o no le puede decir a un adulto lo que desea, además de que no sigue instrucciones. Se observan atrasos en el lenguaje y si usaba pocas palabras ya no lo hace. Por último, no señala ni dice adiós con la mano.

En cuanto a las preocupaciones acerca del aspecto social, estas son: no sonríe socialmente. Es muy independiente, busca o consigue las cosas que desea por sí

---

<sup>22</sup> Éste juego al igual a “te cojo”, entre otros juegos que los padres hacen con los infantes, son de naturaleza social. De acuerdo con Linares (2011) muestran los inicios de la empatía y la intención de comunicarse con otro, en este caso, el padre o la madre.

mismo/a. Prefiere jugar solo/a, además de no mostrar interés por los otros niños/as. Presenta pobre contacto ocular, parece estar en su propio mundo y desintoniza a los demás.

En cuanto a las conductas, las preocupaciones asociadas al autismo y los PDD son: las rabietas, hiperactividad, conducta oposicional y no es cooperador. No sabe cómo jugar con sus juguetes y muestra un apego especial por algún juguete que siempre lleva consigo. No suelta los objetos, o se queda estancado en cosas una y otra vez. Una de las preocupaciones es la de colocar los objetos en filas, como los juguetes (no juega con ellos pero los pone en filas). Otra conducta preocupante es que camina de puntillas, es hipersensible a ciertas texturas o sonidos y hace movimientos extraños.

Estos en si son patrones preocupantes, pero a continuación se presentan los que el protocolo Filipek llama “indicación absoluta para una evaluación más amplia inmediata”: El/la menor no balbucea a los 12 meses, ni hace gestos como decir adiós con la mano. No dice palabras sencillas a los 16 meses, ni dice frases espontaneas de dos palabras que no sean ecolicas a los 24. Por último, cualquier pérdida en cualquier lenguaje o habilidad social a cualquier edad.

A estas señales se pueden agregar las identificadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, para ser usadas en el periodo de cero a tres años (Hernández et al 2005). Estas son: retraso o ausencia del habla, el/la menor no presta atención a las otras personas, ni responde a las expresiones faciales o sentimientos de los demás. Otra señal importante es la ausencia del juego simbólico y de la imaginación, ni mostrar interés por los niños/as de su edad. Tampoco respeta la reciprocidad en las actividades de toma y dame. Se muestra incapaz de compartir el placer y hay una alteración cualitativa

en la comunicación no verbal. El/la menor tampoco señala objetos para dirigir la atención de otra persona. Hay falta de utilización de la mirada social y la presencia de reacciones inusuales o falta de reacción a estímulos sonoros. Por último, la presencia de estereotipias o manierismos de manos y dedos.

Como se ha demostrado, es posible identificar menores con autismo antes de los dos años<sup>23</sup>. Como método para poder identificar dichas características, Goin et al. (2004), propone el uso de videos familiares y de cuestionarios para los padres. De acuerdo con estos autores, los videos familiares son útiles pues “brindan información consistente y objetiva, datos que no son influenciados por las memorias potencialmente inexactas de los padres”; además de que las conductas atípicas pueden ser observadas en los videos antes del segundo cumpleaños. Asimismo, la población neuroatípica es fácilmente distinguible de menores de la misma edad que son neurotípicos.

Goin et al., realizó un meta-análisis, donde observo un patrón repetitivo en cada uno de ellos. En todos los estudios de su meta-análisis, los evaluadores desconocían el propósito del experimento y que los menores fueron diagnosticados con autismo. En todos los estudios, los evaluadores examinando videos familiares, fueron capaces de diferenciar los neurotípicos de los neuroatípicos. En promedio, desde los ocho meses es posible identificar rasgos y conductas autistas en los bebés y en los infantes. En general, las conductas observadas eran pobre interacción social, ausencia de la sonrisa social, pobres expresiones faciales, fácilmente distraídos, hipoactividad, excesivamente dóciles, ausencia de expresión de emociones, evitan o no buscan contacto físico, responden pobremente a su nombre, y posturas corporales inusuales. En el área física, al girar,

---

<sup>23</sup> Es importante aclarar que lo que sugieren estos autores, no es identificar para diagnosticar antes de los dos años. Lo que sugieren es que estos datos se utilicen para identificar menores que están a riesgo de desarrollar la condición, y mantenerlos bajo observación.

sentarse, gatear, y caminar, sus movimientos eran raros, “sin simetría, pobremente coordinados, torpes”.

### **Evaluación del caso sospechoso.**

Contrario a las percepciones de algunos profesionales, las personas con autismo pueden ser evaluadas (Brock 2004). Según Hernández y colaboradores (2004), las capacidades a evaluar son “nivel de inteligencia, funciones neuropsicológicas, comunicación y lenguaje, habilidades adaptativas, comportamiento e intereses y desarrollo simbólico”, tarea que de acuerdo con Frith (2006), se simplifica cuando el psicólogo conoce los componentes de la triada autista. No obstante, la literatura (Charleman 2010; Frith 2006; Szatmari 2006; Hernández et al.; Soto Calderón 2001) enfatizan que para realizar dicho proceso es imperativo el uso de instrumentos validados y estandarizados, que se realicen entrevistas bien desarrolladas, junto a buenas observaciones clínicas. Autores como Soto Calderón, también recomiendan que se integre al maestro al proceso, en aquellos casos que no han sido diagnosticados antes de comenzar la escuela. Goin et al. (2004), expone la importancia de integrar los padres en el proceso diagnóstico, pues estos “son los que más tiempo pasan con los menores”. Además, la mayoría de los padres son capaces de notar que sus hijos no se están desarrollando adecuadamente. Por su parte, Soto Calderón advierte que los padres no deben ser la única fuente de información y que la observación directa del profesional es de suma importancia en el proceso evaluativo.

Para evaluar a la persona con autismo, Soto Calderón (2001) propone un modelo compuesto por siete principios. El primero establece que a las personas con autismo se le pueden administrar pruebas, pues como población poseen una capacidad intelectual que

puede medirse (Frith 2006; Soto Calderón 2001; Kanner 1943). No obstante, es necesario que el evaluador tome en consideración las limitaciones inherentes a la condición para que elija las pruebas más adecuadas.

El segundo punto del plan de Soto Calderón, es que el principio de normalización de las pruebas también aplica a la población con autismo, por lo tanto la prueba elegida tiene que ser una que haya sido normalizada en la cultura del menor. El tercer punto expone que se “debe investigar y analizar las características del comportamiento individual en su interacción con el medio ambiente en que se desenvuelve”. El siguiente punto expone que la evaluación tiene que describir lo mejor posible las características del menor para que se pueda desarrollar y llevar a cabo una intervención, tanto educativa como psicológica, pues “...cualquier método utilizado debe tener una traducción inmediata en la práctica”.

El quinto punto establece que debe existir una verificación posterior, o sea, que se dé un seguimiento para examinar “la evolución de la persona con autismo” y de este modo, revisar los resultados de las intervenciones. Como sexto paso, la evaluación debe determinar las cosas que el autista si puede hacer y aquellas que pueden lograr hacer eventualmente. Por último, el plan de Soto Calderón expone que la evaluación del autismo debe ser una que examine la posible presencia de otros problemas como lo son condiciones médicas, trastornos neurológicos y la situación psicosocial del menor en cuestión.

Soto Calderón (2001) insiste en que la evaluación de la persona con autismo debe ser una “lo más completa y exhaustiva posible”, para lo cual es necesario que la información provenga de diferentes fuentes. No obstante, éste autor no menciona ni

provee ejemplos de cuáles son estas fuentes. Basado en la lectura de su artículo, es posible inferir que se refiere a otros profesionales que formen parte del proceso evaluativo. O sea, que el diagnóstico no debe ser producto exclusivo de las observaciones y mediciones del psicólogo clínico. No obstante, éste autor hace la aclaración que no siempre es posible dicho proceso multidisciplinario, además de que resulta costoso; por lo cual es imperativo asegurarse de realizar una buena entrevista a los adultos que están a cargo del menor.

En cuanto a la evaluación cognoscitiva, Soto Calderón (2001) recomienda que además del análisis cuantitativo, se realice uno cualitativo. Este tipo de análisis “permite conocer el nivel de desarrollo potencial, determinar el nivel de ayuda e identificar los procesos y estrategias utilizados por la persona al realizar una tarea”. Por lo tanto, la evaluación debe contener tanto lo que la persona con autismo es capaz de hacer por sí sola, junto aquello que puede realizar con ayuda. Asimismo, la evaluación tiene que tomar en consideración junto a las características del menor, las del medio ambiente en el que se desarrolla. Dicha parte del proceso se puede llevar a cabo por medio de la exanimación de “registros sistemáticos, diarios, fotografías, videos, y otros”.

En resumen, la evaluación como tal requiere de la observación directa, la entrevista, el uso de instrumentos estandarizados, escala de conducta diagnóstica y descriptiva. En el proceso de evaluación se debe obtener el nivel intelectual, examinar el desarrollo social, y desviación en la comunicación y el lenguaje. Por último, la evaluación va seguida de la planificación y puesta en acción de un plan de intervención terapéutico.

Una recomendación que hacen Hernández, Álvarez, Márquez, Odriozola, Palomo y Zamora (2004), es que para realizar una evaluación adecuada, que el psicólogo/a posea una formación específica en los ASD, además de poseer experiencia en el uso de pruebas diseñadas para evaluar dichas condiciones. Asimismo, que el profesional participe de educaciones continuadas en la intervención de personas con Autismo o Asperger. Basado en su análisis de la literatura, éstos autores concluyen que los profesionales que trabajen con la población con TEA, necesita acceso a los informes médicos, neurológicos, psicopedagógicos y escolares para poder realizar un mejor trabajo. Además, el profesional tiene el deber de orientar a los padres acerca del procedimiento, proveer los resultados lo más pronto posible y usar un lenguaje accesible a estos. Asimismo, debe ir más allá de emitir un diagnóstico y “determinar el perfil de puntos fuertes, débiles y detectar las necesidades de apoyo” (Hernández et al. 2004), junto a las habilidades sociales y cognitivas.

Para realizar el proceso de detección, cernimiento, evaluación y diagnóstico, varios autores como Allen, Robins y Decker (2008); Shattuck, y Grosse (2007); Caretti Giangas et al. (2007); Hernández et al (2005); Goin et al. (2004) y Brock (2004) recomiendan que se utilice el protocolo de Filipek. Dicho protocolo (Filipek et al. 1999), propone dividir la evaluación y diagnóstico del autismo en dos niveles. El Nivel 1, llamado Vigilancia Evolutiva de Rutina y Detección Específica del Autismo, está diseñado para la detección de casos sospechosos y de acuerdo con Filipek et al., “debe ser efectuada sobre toda la población de niños e implica identificar niños con riesgo de cualquier tipo de trastorno evolutivo”. El mismo se debe comenzar en las visitas al pediatra a los nueve meses y debe seguir hasta la edad de tres años. Dicho proceso de

vigilancia deben formar parte de las visitas de rutina y realizarse indistintamente los padres expresen alguna preocupación acerca del desarrollo o no. Es necesario que en dicho proceso, se tomen en consideración los riesgos pre y peri-natales, en adición a examinar el desarrollo socio-comunicativo de los menores. Caretti Giangaspro et al. (2007) expresan que el protocolo de Filipek debe ser seguido por todos los profesionales que trabajan con niños, especialmente niños pre-escolares, incluido los psicólogos/as. También expresan que los deberes del Nivel 1 implican que el profesional debe ser capaz de identificar un desarrollo normal y uno atípico, además de ser capaces de valorar “las capacidades propias de cada edad y una observación especializada dirigida a valorar el desarrollo emocional y de las capacidades de interacción del niño” y poder como mínimo identificar las señales básicas de alarma.

Dado que el Nivel 1 es uno de exploración, se debe realizar una buena entrevista, con un énfasis en el desarrollo físico y social del/la menor. Para medir el desarrollo del infante, se deben usar instrumentos con cualidades psicométricas, como por ejemplo el Inventario del Desarrollo Infantil, la Lista de Cotejo del Desarrollo Conductual, el Cuestionario de Edades y Etapas Segunda Edición (ASQ), el Instrumento de Evaluación del Desarrollo para Padres (PEDS) y los Inventarios del Desarrollo del Niño (CDI) (Caretti Giangaspro et al.2007; Brock 2004; Filipek et al. 1999). Estos instrumentos no son para detectar Autismo, o Asperger, sino para explorar el desarrollo infantil y determinar si el/la menor está o no dentro de la norma. Otro componente del Nivel 1 es la evaluación audiológica. Para Filipek y colaboradores, esta debe realizarse a todo menor que muestre atrasos en el desarrollo social y del lenguaje. Dicha evaluación es recomendable que se lleve a cabo “por un audiólogo con experiencia en evaluación de

niños muy pequeños y en poblaciones difíciles de evaluar” (Filipek et al), opinión que es respaldada por Brock en su propio protocolo. También se debe hacer laboratorios para examinar los niveles de plomo en la sangre, pues hay evidencia que dicho metal “acelera la aparición de los síntomas” (Brock 2004).

Si los datos acumulados apuntan a la presencia de autismo, se deben aplicar entonces cuestionarios específicos de autismo. Estos instrumentos son considerados de avalúo o cernimiento, lo que significa que resultados positivos no son usados para emitir un diagnóstico; sino para tener mayor certeza de la necesidad de una evaluación diagnóstica de autismo. Las pruebas recomendadas para el Nivel 1 son el Cuestionario para el Autismo en Niños Pre-escolares (CHAT) y el Cuestionario para el Autismo en Niños Pre-escolares Modificado (M-CHAT) (Albores-Gallo et al., 2008, Caretti Giangaspro et al 2007; Hernández et al., Filipek et al.).

De los resultados en el Nivel 1 sugerir la presencia de un TEA, entonces los menores pasan al Nivel 2. Aunque el diagnóstico se puede realizar con confianza en preescolares y por todo profesional de la salud mental, Filipek et al., Brock y Hernández et al (2004), recomiendan que sea alguien experimentado con dicha población quien se encargue del proceso. Lo principal del Nivel 2, es el uso obligatorio del DSM vigente durante la evaluación diagnóstica, además de la asistencia de otros profesionales como neurólogos/as, genetistas, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, audiólogos/as, patólogos/as del habla y especialistas en educación especial. A este equipo multidisciplinario Brock agrega al psicólogo escolar. Aunque no es necesario, lo recomendable es que todos los integrantes del equipo tengan experiencia con la población que padece de Autismo, el Asperger y los PDD.

Uno de los aspectos más importantes del Nivel 2, es obtener un buen historial familiar y médico. Parte de este historial familiar involucra examinar la presencia de condiciones como el mismo autismo, la epilepsia, el retraso mental, el síndrome de X frágil, la esclerosis tuberosa, trastornos del estado ánimo, esquizofrenia, desorden bipolar y desordenes de ansiedad, pues todos estos trastornos están fuertemente asociados con el autismo. Por su parte, el historial médico debe incluir toda condición que ha sido asociada con el autismo. Esto incluye problemas visuales, problemas auditivos, infecciones de oído, disfunción del sistema inmunológico, desordenes auto-inmunológicos, historial de alergias, y síntomas gastrointestinales. Datos que Filipek et al. (1999), no entra en detalles pero que son importantes, son los factores pre, peri, y posnatales asociados al autismo. De acuerdo con Brock (2004), entre los factores pre y perinatales están la edad de la madre<sup>24</sup>, infecciones durante la gestación y el uso de drogas como los anti-convulsivos. A estos, Abad Sanz et al., agrega consumo de alcohol durante el embarazo. Entre los factores posnatales, se encuentran la encefalitis causada por el herpes, la meningitis, la varicela y las paperas. Otras infecciones tanto pre como posnatales que ponen en riesgo son la “rubéola congénita, influenza haemophilus, y citomegalovirus” (Abad Sanz et al 2009). Asimismo, los ataques epilépticos en el primer año, la edad avanzada de los padres, bajo peso al nacer, nacimiento antes de la semana 35, tamaño pequeño para la edad gestacional, padres con historial de esquizofrenia o trastorno afectivo y tener un hermano con autismo, parecen estar asociados con un diagnóstico posterior de autismo. Estos factores predisponen al menor a desarrollar la condición.

---

<sup>24</sup> Entre más joven la madre y más adulto el padre (Linares 2011).

Para medir y diagnosticar Autismo o Asperger, se usan instrumentos que están exclusivamente diseñados para tales propósitos. Entre ellos están la Entrevista Diagnostica de Autismo Revisada (ADI-R), y la Escala de Observación Diagnostica del Autismo Genérica (ADOS-G), que son considerados como el estándar de oro en la evaluación del autismo, el Asperger y los demás ASD (Brock, Allen, Robins y Decker 2008; Albores-Gallo et al., 2008; Tomanik et al. 2007). Otra prueba que pueden utilizarse es la Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS), que de acuerdo con Albores-Gallo et al (2008), posee una alta sensibilidad y especificad. También se realizan evaluaciones neurológicas para determinar la presencia de dificultades neurológicas comunes al autismo. Por último, se debe realizar una evaluación del funcionamiento adaptativo y cognoscitivo del menor; tomando en consideración que en la población con autismo el funcionamiento cognitivo suele ser mayor que el adaptativo (Perry, Flanagan, Geier y Freeman 2009; Klin et al. 2007).

El protocolo de Filipek fue adaptado por Brock para los psicólogos escolares. Este autor divide el protocolo en cuatro niveles, cada uno con un proceso bien definido y que sigue de cerca las recomendaciones de Filipek et al. Estos elementos son: a) búsqueda de casos, b) cernimiento, c) evaluación diagnostica y d) evaluación psicoeducativa. El primer elemento es la “observación de todos los estudiantes de la población general, para identificar patrones atípicos de desarrollo”, proceso informal diseñado para identificar factores de riesgo y/o señales de alarma, que en conjunto ameritan mayor exanimación. Las estrategias para esta fase son el observar, escuchar y cuestionar, y atender las preocupaciones de los encargados del menor, junto a las del maestro. En cuanto este nivel, Brock (2004) expresa que “se espera que todos los

psicólogos escolares se involucren en la búsqueda de casos”, además de poder identificar los factores de riesgo.

Aquellos identificados en la búsqueda de casos, pasan al nivel de cernimiento, que es idéntico al Nivel 1 del protocolo de Filipek. Brock agrega a esta parte del proceso, el uso de cuestionarios para que sean llenados por los maestros del menor. Para esta fase, Brock recomienda las mismas pruebas que el protocolo de Filipek, junto a las demás recomendaciones que ofrece. Durante todo el proceso, el psicólogo escolar debe indagar acerca del desarrollo social del menor, además de ser capaz de realizar preguntas enfocadas en la identificación de conductas autistas. Con los resultados del cernimiento, el psicólogo escolar decide si el menor amerita una evaluación diagnóstica, proceso que según Brock, todo psicólogo escolar debe ser capaz de realizar, aun si no posee adiestramiento especializado en autismo.

El proceso de evaluación diagnóstica que propone Brock, no difiere significativamente del protocolo de Filipek. Recomienda el uso de las mismas pruebas, haciendo la advertencia que “ni una sola prueba por sí sola, va a identificar confiablemente el autismo”. Es por esta razón que Brock recalca que todos los datos adquiridos en el historial de desarrollo, familiar y en el cernimiento deben combinarse con los criterios del DSM. También es importante que el profesional no olvide, que la edad del/la menor va a influir en la expresión de los síntomas. Por lo tanto, el proceso de evaluación debe ser uno sensible a las etapas del desarrollo. Del mismo modo, el diagnóstico diferencial es de suma importancia, pues el profesional debe ser capaz de descartar condiciones con sintomatología similar antes de emitir el diagnóstico de autismo. Estos desordenes son el síndrome de Rett, el desorden desintegrativo de la

infancia, Asperger, esquizofrenia, mutismo selectivo, desordenes del lenguaje, el retardo mental, el trastorno obsesivo compulsivo, desorden de apego, y el déficit de atención e hiperactividad.

Brock (2004) y Filipek et al (1999) ofrecen una manera sencilla para poder guiar el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, la diferencia principal del síndrome de Rett, es que afecta exclusivamente a las niñas. Además, hay pérdida de destrezas motoras finas, movimientos torpes del tronco y tamaño pequeño de la cabeza. En cuanto al desorden desintegrativo de la infancia, las regresiones ocurren luego de dos años de desarrollo normal. La característica distintiva del Asperger, es que no hay atrasos en el lenguaje, hay una inteligencia normal y los síntomas surgen más tarde, aunque como se mencionó anteriormente, no son notados hasta la pre-adolescencia. Por su parte, en la esquizofrenia hay varios años de desarrollo normal antes de que aparezcan los síntomas. Además que experimentan alucinaciones y delirios, mismos que no se encuentran en el autismo, ni en el Asperger. En el mutismo selectivo hay un desarrollo normal del lenguaje y no hay un patrón de conductas restrictivas, además de que las destrezas sociales están intactas. En los desórdenes del lenguaje no hay impedimentos severos en las interacciones sociales, ni un patrón restrictivo de conductas. El déficit de atención e hiperactividad se diferencia en que la distracción se debe a estímulos externos y hay un deterioro en el nivel de atención a través del tiempo. En la retardación mental hay un desarrollo relativamente normal y las interacciones sociales no se ven afectadas. Del mismo modo, no hay un patrón restrictivo de conductas. En el desorden obsesivo compulsivo, hay un desarrollo normal del lenguaje y la comunicación, además de que las destrezas sociales no se ven afectadas. Por último, en el desorden de apego, hay un historial de abuso o negligencias

y las deficiencias sociales tienden a remitir si el menor es cambiado a un ambiente más apropiado.

Otra herramienta importante en esta parte del proceso, es la evaluación tanto cognoscitiva como del funcionamiento adaptativo. El funcionamiento intelectual provee información útil que “ayudara en la creación de un programa educativo” (Brock 2004) acomodado a las limitaciones y fortalezas del menor en cuestión. Dicho funcionamiento variara según el ASD. Así, aquellos con síndrome de Rett y Desorden Desintegrativo muestran serios déficits en el coeficiente intelectual (C.I.), mientras que aquellos con autismo clásico sus deficiencias son moderadas. En contraste, aquellos con Asperger usualmente no muestran retrasos en esta área. La puntuación obtenida en las pruebas de inteligencia puede ser utilizada como un predictor de la severidad de los síntomas del autismo y demás TEA. Entre más alto el C.I. menos intensos serán los síntomas. Es importante que el profesional tome en cuenta que en ocasiones, aquellos que tuvieron un desempeño pobre cuando pequeños, mejoraron notablemente luego del proceso terapéutico. Lo que se recomienda es solamente utilizar el C.I. para emitir una prognosis cuando el/la menor esta en edad escolar, y no en pre-escolar.

El proceso de evaluación debe planificarse con cuidado y tomando en cuenta las habilidades del menor. Así, para aquellos que son verbales, Brock (2004) expresa que los datos apoyan el uso de una de las escalas Weschler y el Standford-Binet. Es importante que al utilizar una de estas dos pruebas, el clínico tenga presente que las personas con autismo tienden a desempeñarse mejor en la escala de ejecución, pues no requiere del uso del lenguaje ni de mentalizar (Frith 2006, Koegel et al 2004). Para aquellos con

habilidades verbales limitadas, o que no son verbales, se recomienda la Escala Internacional de Ejecución Leiter.

Además del funcionamiento cognitivo, el proceso evaluativo tiene que incluir una evaluación del funcionamiento adaptativo. Este tipo de evaluación, es recomendado como la mejor practica en la evaluación de autismo, en especial para ayudar en el proceso de emitir un diagnóstico y planificar el tratamiento (Perry, Flanagan, Geier, y Freeman 2009; Albores-Gallo et al 2008; Klin et al. 2007) Para dicha fase del proceso, tanto el protocolo Filipek como Brock concuerdan que lo recomendable es el uso de la Escala de Conducta Adaptativa Vineland (VABS).

Como se ha mencionado anteriormente, las recomendaciones del protocolo Filipek aplican a los psicólogos clínicos. (Filipek et al; Caretti Giangas et al.). Del mismo modo, las recomendaciones de Brock también son aplicables a la psicología clínica. Ambos protocolos exponen de manera clara lo complicado y lo serio del proceso diagnóstico del autismo. Este proceso exige a los psicólogos, que sean cautelosos a la hora de emitir un diagnóstico de autismo, Asperger u otro de los TEA. También insta cautela al momento de realizar una evaluación enfocada en el autismo. Dicha evaluación debe evitar basarse solamente en observaciones clínicas, pues los PDD se pueden confundir con diversos desordenes. Asimismo, expone lo importante del uso de varios profesionales en el proceso. Cada uno de estos evaluara un área específica que esta fuera del conocimiento de los psicólogos y reforzara todo hallazgo del mismo. Sin embargo, el proceso sugerido es uno extenso que bien puede ser irreal llevarlo a la práctica. El dividir el proceso de evaluación de autismo en cuatro fases puede retrasar excesivamente el que se emita un diagnóstico, lo cual implica que el tratamiento llegara más tarde. Otro factor

que puede atrasar el proceso, es desconocimiento de los instrumentos para evaluar y diagnosticar los TEA.

### **Instrumentos para la evaluación del autismo y el Asperger.**

Durante este capítulo, se ha mencionado que el juicio clínico no es suficiente ni recomendable para la evaluación diagnóstica de los ASD, en específico el autismo. Para dicho proceso, además de utilizar el DSM, la literatura recomienda el uso de ciertos instrumentos (Abad Sanz et al. 2009; Papanikolaou et al. 2009; Gotham, Pickles y Lord 2009; Luyster et al. 2009; Albores Gallo et al. 2008; Frazier, Youngstrom, Kubu, Sinclair y Rezai 2008; Gray, Tone y Sweeney 2008; Gray, Tonge, Sweeney y Einfeld 2008; Moss, Magiati, Charman y Howlin 2008; Caretti Giangaspro et al 2007; Magyar y Pandolfi 2007; Gotham, Risi, Pickles y Lord 2007; Hernández et al., 2005), como la Entrevista Diagnóstica de Autismo Revisada (ADI-R), el Cuestionario para el Autismo en Niños Preescolares (CHAT), el Cuestionario para el Autismo en Niños Preescolares Modificado (M-CHAT), la Escala de Evaluación de Autismo Infantil (CARS), la Escala de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS), la Escala de Observación Diagnóstica del Autismo Genérica (ADOS-G), y el Test de Detección de los Trastornos Generalizados del Desarrollo-Nivel 2 (PDDST), la Prueba del Síndrome Infantil de Asperger (CAST), la Entrevista Diagnóstica de Asperger (ASDI).

El CHAT es uno de los más utilizados, y su objetivo es “discriminar de forma adecuada entre niños con neuro-desarrollo normal y niños con trastorno del espectro autista antes de los dos años de edad” (Abad Sanz et al. 2009). De acuerdo con Albores et al., el CHAT está diseñado para usarse a partir de los 18 meses de edad, y requiere 15 minutos para su administración. Tiene una parte que es realizada por los padres y una

que es realizada por el evaluador. El CHAT combina las respuestas de los padres con la del examinador, pues ambos componentes proveen el nivel de funcionamiento en áreas como el señalamiento protodeclarativo, el seguimiento con la mirada y el juego simbólico. Fracasar en dos o en las tres, significa que es imperativo una evaluación diagnóstica. Este instrumento posee una especificidad de 99 por ciento, pero una sensibilidad del 38 por ciento. Además, no es sensible al Asperger o al PDD-NOS.

Dada la baja sensibilidad del CHAT, se creó el M-CHAT. Las modificaciones realizadas “aumenta la capacidad de discriminación entre el autismo y los problemas de desarrollo” (Albores-Gallo et al 2008). Otra modificación importante, es que se eliminó la parte de las observaciones del examinador. A diferencia de su predecesor, el M-CHAT se aplica desde los 24 meses, edad donde los síntomas suelen ser más estables. Se considera significativo el fracaso en las premisas que exploran el interés por otros niños, imitación, atención conjunta, traer objetos para mostrar a los padres y contestar a una llamada. Con las modificaciones realizadas, la sensibilidad del instrumento aumento a un 97 por ciento y la especificidad a un 95. Al presente, se considera al M-CHAT superior al CHAT, por lo que se recomienda su uso por encima de su antecesor.

El CARS es un instrumento que de acuerdo con Magyar y Pandolfi (2007), fue creado para ayudar a diferenciar el autismo de otros desordenes del desarrollo. Es una escala Likert que puede utilizarse en la escuela, el hogar e incluso en el hospital por un observador y requiere de poco adiestramiento. Se puede administrar a cualquier niño/a de 24 meses en adelante. Los reactivos del CARS “miden la severidad de las conductas asociadas al autismo” (Magyar et al 2007), donde el 1 es normal, y el 4 severamente anormal. Una puntuación de 30 o más sugieren la presencia de autismo. El total permite

distinguir entre autismo grave, moderado, leve y no autista. A pesar de haber sido creado previo al DSM-IV, continua siendo vigente, por lo que puede continuarse utilizando (Albores-Gallo et al 2008; Magyar et al. 2007).

El ADI-R, como sugiere su nombre, es una revisión del ADI y reemplaza a este último en el proceso diagnóstico de los TEA. Es una entrevista semi-estructurada para padres, compuesta por tres escalas, que a su vez se dividen en cuatro sub-escalas. Las tres escalas poseen preguntas acerca del historial de los síntomas, del aspecto social y de la comunicación. Los resultados se agrupan en tres áreas que corresponden a la triada autista. Esta prueba “permite el diagnóstico dentro del espectro autista” (Filipek et al 1999). A pesar de que fue construida usando el DSM-IV de base teórica, aun preserva su validez. De acuerdo con Frazier et al., la única necesidad que presenta es la de revisar las relaciones entre las sub-escalas de la prueba. Este instrumento requiere de adiestramiento específico para poder ser utilizado adecuadamente.

Un instrumento que usualmente se utiliza en conjunto con el ADI-R, es el ADOS-G, el cual es una modificación del ADOS y substituye a éste en el proceso diagnóstico. La diferencia primordial es que el ADOS-G es útil para “evaluar la conducta de sujetos con sospecha de autismo dentro de un amplio rango de síntomas a lo largo del desarrollo” (Albores-Gallo et al 2008). Mide el funcionamiento actual de la persona, contrario al CARS y el ADI-R que es una exploración retrospectiva. Además, no se limita al autismo, sino que puede medir los demás trastornos dentro del espectro autista. Es una entrevista de juego semi-estructurada, donde surgen situaciones donde se examina la triada autista. Hay cuatro formas de realizar la entrevista, de las cuales solamente se aplica una, basado en el nivel de desarrollo cognoscitivo y del lenguaje. Es aplicada por

el evaluador, que debe estar adiestrado para poder administrarla. Al igual que el ADI-R, fue creado en la época del DSM-IV, sin embargo, aún posee validez para el proceso diagnóstico (Papanikolaou et al).

Para la evaluación del Asperger, está el CAST, una escala compuesta por 39 preguntas de SI/NO y contestada por los padres. La prueba se aplica de los cuatro hasta los once años de edad. Otro instrumento es la Escala Australiana para el Síndrome de Asperger. La edad mínima a la que se administra son los seis años cronológicos, que sea verbal y sea de alto funcionamiento. La prueba se divide en una parte de 24 preguntas que se puntúan del 1 al 6, y otra compuesta de 10 preguntas de sí o no. Si la mayoría de las preguntas se contesta con si, y las puntuaciones están entre 2 y 6, se debe referir al menor a una evaluación diagnóstica. Por último está el ASDI, que consta de 27 preguntas dirigidas a padres o maestros, y se administra de 6 a 16 años de edad.

Como se mencionó anteriormente, una evaluación diagnóstica de autismo, Asperger o uno de los TEA, requiere evaluar el funcionamiento adaptativo. Para tales fines, la prueba recomendada es la Escala Vineland de Conducta Adaptativa o VABS (Brock 2004; Perry, Flanagan, Geier y Freeman 2009). La evaluación del funcionamiento adaptativo busca determinar cuán bien el individuo funciona en su vida diaria, en específico en las áreas de comunicación social, llevarse bien con los demás, auto-ayuda y destrezas de vida independiente. La evaluación del funcionamiento adaptativo “es recomendado como la mejor práctica en el diagnóstico del autismo para ayudar en el proceso diagnóstico y en la planificación del tratamiento” (Perry et al). El VABS examina el funcionamiento adaptativo en las áreas de comunicación, destrezas del diario vivir, socialización y destrezas motoras. Los puntajes de las personas con autismo,

sugieren la existencia de un perfil autista en el VABS. Frith (2006) por ejemplo, reporta resultados que muestran que los que padecen de autismo, tienden a salir cuatro años por debajo de lo esperado a su edad mental. Asimismo, éste autor reporta que los menores con autismo tuvieron un pésimo desempeño en la comunicación interpersonal, cooperación, compartir, pedir disculpas, hacer y mantener citas, tomar prestado y devolver lo prestado, control de impulsos, y responder apropiadamente personas conocidas y desconocidas.

Al momento de la redacción del presente trabajo, no se han identificado instrumentos para la población puertorriqueña. Todo profesional que desee hacer una evaluación en un caso donde se sospecha la presencia de autismo, se verá obligado a utilizar uno de los anteriormente mencionados, u otros, dado que la lista no es exhaustiva. Por lo tanto, el evaluador está obligado por el código de ética informar sobre esta limitación a los padres o agencias que solicitan la evaluación.

### **Dificultad en el diagnóstico y desconocimiento en los profesionales.**

No obstante la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano para la condición de autismo y los PDD, éstos presentan un reto para los profesionales de la salud mental. El proceso de evaluación y diagnóstico en sí mismo, es uno difícil, complicado y sujeto a errores (Frith 2006; Hernández, et al. 2005; Soto Calderón 2001). Basado en estos problemas, Soto Calderón expresa que es imperativo que el proceso evaluativo no se limite al juicio clínico del psicólogo, pues basarse exclusivamente en éste, es “poco profesional, pues se considera necesario para poder elaborar y aplicar un buen plan de intervención, contar con un diagnóstico profesional y un análisis detallado de cada persona y de la calidad de su funcionamiento...”. Para promover dicho

profesionalismo, éste autor recomienda que se utilicen instrumentos que sean confiables, válidos y adecuados al trastorno autista y de asperger. Los problemas relacionados al juicio clínico no se limitan a los TEA. Bell y Mellor (2009), dedican un artículo completo exponiendo los problemas asociados en basarse exclusivamente en el uso del juicio clínico, en el ambiente psiquiátrico y psicológico en el proceso de toma de decisiones. Asimismo presenta la superioridad de un proceso que combina los métodos estadísticos al juicio clínico. Para tales propósitos utilizan el meta-análisis de Meehl, que de acuerdo con ellos es considerado un clásico. La conclusión de dicho trabajo establece que “hay evidencia abrumadora que el acercamiento estadístico a la predicción es más certero que el clínico en diferentes áreas profesionales” (Bell et al 2009), resultados que han sido reproducidos en varias ocasiones. Más reciente fue el estudio de Grove, el cual se enfocó en los profesionales de la salud mental, encontrando que el uso de métodos estadísticos era preferible que el juicio clínico. Dicho estudio acompañada a una larga historia de estudios que confirman los hallazgos de Meehl. Sin embargo, Bell et al., exponen que por sí solos, dichos métodos estadísticos no son suficientes. Es necesario combinar la experiencia y el análisis que provee el profesional de la salud mental.

Parte del problema en basarse exclusivamente en el juicio clínico, se puede explicar con el análisis de Gladwell (2005). Basándose en múltiples investigaciones, éste autor expone que en ocasiones, el ser humano en general se enfoca en lo más sobresaliente, en lo grande y tiende a ignorar lo pequeño, lo particular. Se toman malas decisiones porque no siempre es útil acumular grandes cantidades de información, o mucho tiempo deliberando sobre el uso o como se conectan los datos. No siempre un análisis exhaustivo y lógico es útil para el proceso de toma de decisiones. Toda la

información extra que se acumula “no es una ventaja, de hecho, se necesita saber poco para encontrar la causa subyacente de un fenómeno complejo” (Gladwell 2005). Así, entre más datos obtiene un psicólogo, menos seguridad tiene en su decisión. Otro factor que contribuye en tomar decisiones equivocadas es el Error Warden Harding. Dicho error establece que las personas le presten demasiada atención a la primera impresión al punto de ignorar información adicional que refuta dicha información (Gladwell 2005). Los profesionales de la salud mental no están exentos de dicho error. A esto se le agrega lo que Bell et al. (2009), llaman las fuentes de error clínico. El primero de estos es la falta de fiabilidad. Según Bell et al., el juicio clínico sólo, es tan ineficiente que “herramientas estadísticas sencillas trabajan mejor que los profesionales”. La otra fuente de error es el marco teórico que se adscribe el profesional. Según sea la inclinación del clínico (conductista, psicoanálisis, humanista, etc.), será la información en la que se enfocara. El marco teórico funciona como un obstáculo en la adquisición de información relevante. La siguiente fuente de error según Bell y colaboradores, son las heurísticas cognitivas y otros prejuicios. Esta fuente de error se basa en que “las personas pocas veces hacen juicios basándose exclusivamente en las reglas de probabilidad y estadísticas, prefiriendo usar heurísticas que reducen el tiempo y el esfuerzo que requiere hacer un juicio” (Bell et al 2009). Aunque las herramientas heurísticas tienen su lugar en el proceso de toma de decisiones, estas no siempre ayudan a realizar una buena labor. Quizás la fuente de error más importante, es el confiar demasiado en la entrevista clínica. De acuerdo a los datos adquiridos por Bell et al., hay información suficiente para concluir que la validez de los juicios clínicos basados en entrevistas no estructuradas es poca.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Aunque enfocado en la medicina, Foucault (2003) habla sobre la importancia del balance entre el juicio clínico, el uso de instrumentos y el análisis del clínico. Una falta de balance entre estos tres elementos,

En segundo lugar está el problema de la heterogeneidad en la expresión de síntomas, pues “la diversidad de manifestaciones clínicas que pueden presentarse en el TEA dificulta la detección precoz de sintomatología compatible con dichos trastornos y como consecuencia se ve retrasado su diagnóstico” (Abad Sanz et al 2009). Esto implica que el profesional debe analizar y poder diferenciar entre los diferentes ASD, y determinar cuál es el que presenta un determinado cliente. El proceso se complica más aun pues existe solapamiento con otros trastornos, lo que hace necesario que el autismo sea debidamente diferenciado de otros desórdenes con los que comparte características similares (Tomanik, Pearson, Loveland, Lane, y Shaw 2007, Brock 2004, Soto Calderón 2001), o por el contrario, identificar trastornos concurrentes. Otro problema que presenta el proceso, es lo difícil que resulta diagnosticar la condición en pre-escolares, o en los primeros 36 meses de vida del menor (Fonagy et al., 2002).

En tercer lugar, Caretti Giangaspro et al., menciona como una de las causas de la demora en el diagnóstico la “gran dificultad que entraña el diagnóstico de estos trastornos a edades muy tempranas”. Dicha dificultad es más notable en relación con los déficits sociales, pues estos no se pueden identificar adecuadamente hasta que el menor está en la escuela, donde se relaciona con otros menores y otros adultos que no son parte de la familia inmediata.

A pesar de que usualmente son los padres o encargados, los primeros en percatarse de un desarrollo atípico<sup>26</sup>, (Abad Sanz et al. 2009, Albores-Gallo et al. 2008; Goin et al. 2007; Caretti Giangaspro et al. 2007; y Hernández et al. 2005), en ocasiones

---

puede llevar a varios errores clínicos, o a “...una tarea sin fin”, de mediciones y observaciones sin llegar a un diagnóstico o a modificarlo varias veces.

<sup>26</sup> Este reconocimiento se da entre los 12 y 22 meses.

pasan aproximadamente hasta tres años antes de obtener un diagnóstico. Situación que según Hernández et al., se ha observado en España e Inglaterra. Dicho atraso en emitir un diagnóstico, también se ha observado en los Estados Unidos (Carlson et al). En el caso del Asperger el atraso puede ser más prolongado, e incluso algunos del espectro autista, nunca llegan a ser diagnosticados. Esta situación se agrava pues hay profesionales que ignoran o minimizan las preocupaciones de los padres.

De acuerdo con Hernández et al., los obstáculos para la identificación temprana se encuentran en lo que ellos llaman, los canales de detección. El primero es la familia, que si bien pueden tener dificultades identificando los problemas de lenguaje, si son capaces de notar señales como lo son la tranquilidad excesiva, la pasividad, la ausencia de comunicación intencionada entre el noveno y el decimoséptimo mes, y “una marcada alteración cualitativa del desarrollo, que suele coincidir... con el comienzo... del desarrollo del lenguaje”. El problema radica en que un grupo de padres buscan ayuda cuando se han acumulado muchas señales, que por sí solas no son significativas.

El segundo obstáculo se encuentra en el ámbito de la salud, pues tanto los pediatras como los psicólogos “a menudo carecen de la información necesaria y la formación necesaria” (Hernández et al., 2005), llevándolos a no poder identificar el desarrollo atípico asociado con el autismo o el Asperger. Algunos optan por esperar a que pase el tiempo, pensando que el/la menor se está desarrollando de manera lenta. El tercer obstáculo que estos autores identifican es el ámbito de los servicios sociales, que se refiere a los servicios de atención temprana. En el caso de España, el problema principal que presentan estos servicios es que tienen dificultad en identificar condiciones específicas como el autismo.

En adición a estos tres obstáculos, Hernández et al (2005), advierte que “no todos los niños presentan todos los síntomas descritos como clásicos”. Situación que lleva a algunos profesionales a descartar una evaluación más profunda con sus implicaciones en el diagnóstico y tratamiento. Para evitar dicha situación, Hernández et al., recomienda que el profesional debe conocer las cinco señales de alarma que se dan en el 80 por ciento de los casos de autismo. Estas son: no mirar de manera normal a la cara de los demás, no compartir el interés o el placer con los demás, no mostrar respuesta cuando se le llama por su nombre, no señalar con el dedo índice y no traer cosas para mostrarlas a los demás. Asimismo, todo profesional debe saber que los síntomas del autismo se manifiestan siempre antes de los tres años de vida, aunque con “un menor grado de afectación en aquellos con niveles cognitivos normales o superiores a la media, frecuentemente no se identifican hasta la edad escolar”.

Dos de los diagnósticos erróneos que suelen otorgarse con mayor frecuencia, son Desorden de Déficit de Atención con Hiperactividad y Retardo Mental. Esto surge debido a que el evaluador puede concentrarse en los síntomas que estos entes diagnósticos comparten con el autismo, como la impulsividad y atrasos en el desarrollo; y obviar las características exclusivas del autismo. El problema se agrava cuando el menor no presenta un cuadro claro por la variedad en la expresión de los síntomas y funcionamiento adaptativo, o sea, que no presenta las señales clásicas de la condición (Tomanik et al. 2007, Fonagy et al 2002). Este problema se complica pues en el 75 por ciento de los casos de autismo presentan un diagnóstico dual de retardo mental y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (Abad Sanz et al. 2009; Perry, Flanagan, Geier y Freeman 2009; Albores-Gallo et al. 2008; Layne 2007; Turner et al.

2007; Tomanik, et al. 2007; Brock 2004; Goin et al. 2004; Soto Calderón 2001;). Otras condiciones que de acuerdo con Abad Sanz y colaboradores, pueden estar presentes junto a los TEA son la epilepsia, problemas motores, alteraciones oculares y auditivas; insomnio, desorden obsesivo compulsivo, ansiedad y depresión. Esto afecta el proceso diagnóstico, pues la mayoría de los profesionales poseen poca información o formación para detectar el Autismo, el Asperger, o los PDD. Dicha situación se agrava pues conocen o desconocen totalmente la existencia de escalas diseñadas para la detección precoz del Autismo y el Asperger, lo cual lleva a que el diagnóstico se atrase hasta los 11 años en el caso del Asperger. En el caso específico de España, Abad Sanz et al., reporta un estudio que reveló que el 62.5 por ciento de los casos en que el diagnóstico se atrasó, se debió al desconocimiento del trastorno por parte del profesional. A esto se le agrega que el 80 por ciento de los encuestados admiten conocer poco acerca del autismo y los ASD. Hallazgos similares encontró Albores-Gallo et al., en México.

Los problemas en el diagnóstico se observan claramente en el caso del trastorno de Asperger. En su estudio, Carlson et al. (2007), presenta información que apunta que la presencia de mucha inconsistencia de parte de los psicólogos al momento de diagnosticar dicha condición. Parte de dicho problema lo atribuye a las controversias acerca de la validez del Asperger como un ente diagnóstico aparte del autismo. Dicha inconsistencia presenta un serio problema, pues como se ha mencionado con anterioridad, "...el diagnóstico temprano es esencial para ser tratado de manera efectiva" (Carlson et al. 2007).

Otro problema serio, es que el Asperger, suele ser confundido con Desorden de Conducta, Desorden Obsesivo Compulsivo, Trastorno por Déficit de Atención e

Hiperactividad, Desorden Oposicional Desafiante, Desordenes del Estado de Ánimo, esquizofrenia, bipolaridad y depresión. Esto se debe a que "...las características de Asperger son compartidas con otros trastornos" (Carlson et al., 2007), lo que lleva al profesional a impresiones diagnosticas equivocadas.

En su estudio, Carlson et al. (2007), reporta que dentro de la especialidad de terapia de familia, hay pocos artículos publicados en relación al diagnóstico y tratamiento del Asperger. Además de esta información, estos autores reportan que hay quejas de familias que al acudir a los terapeutas de familia, sus preocupaciones eran minimizadas, además de que las conductas disruptivas eran consideradas como consecuencia de los métodos de crianza usados en el hogar. El estudio de Carlson et al., examino el grado en que los miembros de la Asociación Americana de Terapia Matrimonial y de Familia (AAMFT), "podía diagnosticar con precisión el desorden de Asperger" (2007). Los participantes de dicho estudio eran todos miembros de la AAMFT. La muestra estuvo integrada por 171 profesionales que se especializaban en terapia de familia y de pareja. De su muestra, más de la mitad tenía 16 años o más de experiencia. Para examinar las destrezas de diagnóstico y tratamiento de Asperger, a los 171 participantes se les brindo un caso para que analizaran y realizaron un diagnóstico. Cuando Carlson et al., examinaron los resultados del estudio, hallaron que cuatro de cada cinco profesionales de la AAMFT, fueron incapaces de emitir un diagnóstico correcto y dicha dificultad se encontró incluso en aquellos terapeutas que se dedicaban a tratar niños/as. Al analizar sus datos, estos autores llegaron a la conclusión que sus resultados "...son consistentes con la literatura de Asperger, que realza la carencia de consciencia de parte de los clínicos en cuanto al Asperger y una seria dificultad en diagnosticarlo".

Otro profesional que también trabaja con la población autista y que presenta dificultad en su manejo, lo son los consejeros u orientadores escolares. Según Layne (2007), aunque no es necesario que dichos profesionales estén involucrados con el proceso de avalúo y diagnóstico, juegan un papel importante en proveer apoyo a las familias de estos menores. Dicho apoyo es importante en especial en el periodo previo al diagnóstico. Tanto los padres como los hermanos de estos niños/as, necesitan de ayuda para poder manejar las preocupaciones acerca de su familiar afectado. Asimismo, los orientadores pueden monitorear a los hermanos de los estudiantes con autismo, para vigilar si estos presentan síntomas. Del mismo modo, los consejeros puede servir de fuente de referido a profesionales con experiencia trabajando con el autismo y de contacto a recursos de la comunidad. Sin embargo, de acuerdo con Layne los orientadores no están adiestrados adecuadamente para identificar y trabajar con la condición de autismo y los otros ASD, en especial en escenarios escolares.

Además de los terapeutas de familia y los orientadores, otro profesional que presenta problemas a la hora de identificar, evaluar, diagnosticar y tratar a la población con PDD, lo son los psicólogos escolares. De acuerdo con Brock (2004), dichos profesionales por lo general no están adecuadamente adiestrados para reconocer los rasgos autistas, distinguir el autismo de otros desordenes con sintomatología similar, ni trabajar en el proceso de identificación, evaluación y diagnóstico. Aunque Brock aclara que no es necesario que el psicólogo escolar posea adiestramiento supervisado en el diagnóstico y tratamiento del autismo<sup>27</sup>, si se espera que “todos ayuden en el proceso de diagnosis”, que posean el conocimiento básico para ayudar en el proceso de evaluación, e

---

<sup>27</sup> Entiéndase a nivel postdoctoral, o que su programa doctoral se haya enfocado en los trastornos del desarrollo.

incluso poder realizar un diagnóstico. Asimismo, se espera que sean capaces de administrar evaluaciones psicoeducativas para determinar las fortalezas y retos<sup>28</sup> del menor, y la elegibilidad para los servicios de educación especial. En su artículo Brock expone la necesidad que tienen estos profesionales de prepararse mejor en el área de autismo y que necesitan “estar dispuestos para involucrarse en la búsqueda de casos, cernimiento, y referido para evaluación diagnóstica”.

Tomando en consideración que el adiestramiento de los psicólogos escolares y los psicólogos clínicos en Puerto Rico es bastante similar, y que la muestra del estudio de Carlson et al., se componía mayormente de psicólogos clínicos, el autor del presente trabajo sugiere que los hallazgos de Brock se pueden aplicar a la especialidad de psicología clínica. Estos hallazgos se repiten en los trabajos de Hernández et al., Abad Sanz et al., Albores-Gallo et al., que sugieren que los profesionales de la salud mental no están totalmente capacitados para trabajar con la población con autismo.

---

<sup>28</sup> Linares (2011) aclara que ya no se usa el término “debilidades”. Lo correcto es hablar de retos.

### Capítulo III

#### Metodología.

Como punto de partida de la presente investigación, está el autismo y los demás Desordenes Generalizados del Desarrollo, específicamente el Asperger. La presente investigación se dedicó a explorar, cual es el conocimiento que tienen los profesionales de la salud mental en Puerto Rico, acerca del autismo y del Asperger, específicamente en el área sur-oeste. Para estudiar el nivel de conocimiento del autismo y del Asperger en un grupo de profesionales, se utilizó el método cualitativo principalmente descriptivo utilizando el modelo de Wolcott para el análisis de contenido.

El método cualitativo es uno que se utiliza para “proveer una descripción a fondo de un lugar, programa, prácticas...” (Mertens 1998), es ideal para temas de los que se conoce poco o nada. Dicha metodología es utilizada para estudiar un problema, práctica o situación en su ambiente natural, con la idea de tratar de comprender mejor o interpretar un fenómeno, sin las manipulaciones del laboratorio típicas de los estudios cuantitativos. Esto se hace con la idea de obtener una mejor comprensión de lo que se investiga y brindar una interpretación (Savenye y Robinson 2001; Mertens 1998; Hoepfl 1997). Parte de las observaciones del investigador, quien trata de realizar un análisis lo más objetivamente posible de las historias y relatos provistos por los sujetos, tratando de no ser influido por expectativas pre-existentes. Es lo que Callon (1986) llama observaciones agnósticas, cuya característica es que son imparciales y se abstienen de censurar la información o emitir juicios acerca de las personas, sus opiniones y/o creencias. Sin embargo, según Wolcott (1995), el investigador lleva a cabo todo el proceso investigativo, reconociendo que nunca podrá alcanzar la objetividad absoluta. Otro distintivo que Wolcott (1995) atribuye a los estudios cualitativos es que “representan una

manera diferente de alcanzar un conocimiento diferente, uno que apela a aquellos que encuentran satisfacción en explicaciones parciales o tentativas de lo que está sucediendo sin la esperanza de alcanzar definitivamente la autoridad de los estudios de causa y efecto”. Éste autor expone que lo importante en un estudio cualitativo, es lo que pueden aprender los demás del mismo, una vez leen el producto final.

Los estudios cualitativos de acuerdo con Stake (2010) son interpretativos, además de que aceptan la posibilidad de múltiples explicaciones a un fenómeno dado. Enfatizan que cada situación es única, que aquello que se observa no es fácilmente generalizable, ni ese es el interés. Lo que busca son los relatos y puntos de vista de los sujetos que participan del estudio. También busca comprender mejor lo que es estudiado, que puede ser desde una sola persona, una institución, un grupo de personas o hasta una práctica profesional o social. Una mejor comprensión de lo estudiado, puede llevar a cambios en por ejemplo, prácticas profesionales. Del mismo modo, los resultados pueden llevar a la creación de nuevas preguntas e investigaciones.

Los estudios cualitativos son también experienciales, o sea, se alimentan de la experiencia del investigador y de los relatos recolectados de los sujetos. Es interpretativo, pues según Stake (2010), se alimenta de las interpretaciones tanto del investigador, como de aquellos que leen los resultados. O sea, aunque el investigador provee una interpretación en su reporte final<sup>29</sup>, esta no es única ni pretende serlo, está abierta la posibilidad y hasta se invita al lector a que provea una interpretación alterna.

El método cualitativo acepta la complejidad del mundo social, por lo que no busca crear

---

<sup>29</sup> Que de acuerdo con Wolcott, un trabajo cualitativo nunca es terminado, sino abandonado. O sea, no hay un producto final en el sentido literal de la palabra, pues este tipo de método permite nuevos análisis e interpretaciones con el pasar del tiempo. Lo que significa que es influido por la madurez profesional que adquiere su autor principal, que al retomarlo, puede llegar a un nuevo análisis e interpretación usando los mismos datos.

axiomas o leyes irrefutables ni generalizaciones (Hoepfl 1997, Wolcott 1995), sino y como se ha mencionado anteriormente, alcanzar una mejor comprensión o por lo menos, agregar información al conocimiento del fenómeno bajo investigación.

### **Sujetos bajo estudio.**

Para la presente investigación, se identificó a la profesión de la salud mental, en específico las siguientes especialidades: psicología clínica, psicología escolar, consejería psicológica, y psiquiatría. Se solicitó la participación de por lo menos cinco sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los criterios de inclusión son los siguientes: tener como mínimo dos años de experiencia ejerciendo su profesión. El/la profesional deberá poseer como mínimo un grado de maestría en aquellas especialidades que permitan ejercer con dicha formación académica. Asimismo, deben poseer la licencia de su respectiva especialidad vigente. En el caso de la psiquiatría, el/la profesional ya debe tener completada su especialidad. En adición, los sujetos que participen no deberán trabajar exclusivamente o con frecuencia con la población de autismo<sup>30</sup>. Del mismo modo, los sujetos no deben tener ningún tipo de certificación, grado post-doctoral en ASD, o haber obtenido su grado doctoral en una universidad cuyo programa se enfoque exclusivamente en desordenes del desarrollo o desordenes del espectro autista. En adición, se descartara aquellos que usen exclusivamente los enfoques humanista y psicoanalítico<sup>31</sup>. Finalmente, los/las participantes deben de trabajar con la población infantil y adolescente, aunque no en exclusividad.

---

<sup>30</sup> Lo que se entiende con frecuencia en este estudio es lo siguiente: que tenga varios clientes/pacientes que atiende con alguna consistencia por un periodo mayor de un mes.

<sup>31</sup> Smith (2008) reporta que la evidencia a punta a que dichos enfoques no tienen ninguna validez científica en el tratamiento del autismo.

Los participantes fueron seleccionados por disponibilidad y escogidos principalmente por medio de contacto personal, mensajes de texto y por llamada telefónica. En uno de los casos la participante pidió que se le enviara un correo electrónico con información escrita de la investigación antes de acceder a participar. La participación en el presente estudio fue voluntaria y cada participante podía abandonar la investigación en cualquier momento si así lo deseaba. La presente investigación no represento peligrosidad, daño físico, mental, emocional o psicológico para los participantes.

### **Descripción de los participantes.**

Partiendo de la descripción de los participantes, se obtiene que la edad promedio fue de 42 años. Dos de ellas poseen un doctorado académico, una poseía un grado en medicina y una de ellas posee una maestría en consejería psicológica. La psiquiatra recibió su especialidad en adultos y niños, en adición a una sub-especialidad en pre-escolares. Posee además un certificado de la universidad de Harvard en “Prácticas contemporáneas de psiquiatría” y otro en “Junta examinadora y actualización en psiquiatría general”. Asimismo posee otro postgrado en neurología, neurocirugía, y en “Profesor asistente de psiquiatría”.

La doctora en psicología clínica y la doctora en psicología escolar no poseen certificaciones adicionales. La consejera psicológica posee una certificación en evaluación, terapia y diagnóstico en Problemas Específicos de Aprendizaje y en Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. Las profesionales en psicología clínica y psiquiatría, ofrecen sus servicios profesionales a todas las edades. Por su parte, la psicóloga escolar se especializa en las edades entre pre-escolar hasta los adolescentes. Finalmente, la consejera psicológica trabaja con todas las edades menos los gerontes. El

método terapéutico de preferencia fue cognitivo-conductual. La psiquiatra utiliza el método psicoanalítico, pero dado que ella se concentra en el tratamiento farmacológico, el autor decidió dejarla en el estudio.

Las profesionales que participaron del presente estudio, firmaron una hoja de consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas por medio digital luego de que estas aceptaran y firmaran la hoja de consentimiento para grabar la entrevista. Luego del proceso, las respuestas de las participantes fueron transcritas verbatim. Las participantes fueron entrevistadas de forma individual en sus oficinas privadas. Cada participante se identificó con un código con el objetivo de salvaguardar su identidad y facilitar la redacción. Todas las profesiones identificadas en este estudio, se espera que ofrezcan sus servicios a la población que padece de uno de los ASD.

La inmersión inicial se realizó con el propósito de conocer y entender el conocimiento que poseen las participantes, en relación a los TEA, específicamente autismo y Asperger. Del mismo modo, dicho proceso estuvo enfocado en responder las preguntas de la entrevista y la información sociodemográfica, para desarrollar posturas acerca de cómo las personas se desempeñarían ante dichas medidas. Además, esto se realizó para determinar la adecuación de la entrevista semi-estructurada. En dicha inmersión inicial, se llevó a cabo una entrevista a una psicóloga clínica con grado de maestría, cuyo propósito fue el de revisar el lenguaje y evaluar la construcción, orden, claridad, y fluidez de cada una de las preguntas.

La inmersión inicial corresponde a la entrevista realizada a la psicóloga clínica, misma que no fue incorporada como parte de la información y las narrativas de las demás participantes para el análisis, pues acarrearía el efecto por cohorte. Dicho efecto es uno

de los aspectos sociales que se pueden presentar en una investigación evocando fuente de variación en el análisis. Un cohorte es conformado por un grupo de personas que nacen en una misma época o que comparten características similares como la edad o en este caso, la profesión de la salud mental. A partir de la inmersión inicial se destaca que la psicóloga clínica, trabajo brevemente con la población infantil y que actualmente aunque sigue brindando servicios a niños y adolescentes; la mayor parte de su clientela son adultos. En cuanto su experiencia trabajando con autismo, la misma consta de dos casos. En ambas ocasiones, los menores llegaron evaluados y diagnosticados, por lo que ella se dedicó exclusivamente al proceso terapéutico. Durante ese proceso, trabajo más con los padres que con los menores afectados. De acuerdo a su narrativa, durante su adiestramiento se enfatizó las condiciones de los adultos que a la de los niños y que no todas las condiciones recibieron la misma atención. En el proceso ella expresa que nunca ha tenido la experiencia de tener un caso del que se sospeche la presencia de autismo, por lo cual tenga que comenzar un proceso de cernimiento y/o evaluación. Asimismo, tampoco tuvo comunicación con otros profesionales por la naturaleza del centro donde trabajo brevemente. En su trabajo con los menores, se enfocó en ayudarlos a manejar mejor los cambios y a socializar adecuadamente. Asimismo les brindo a los padres estrategias cognitivo-conductuales para ayudar en el manejo de las conductas de sus hijos. Ella expresa que parte del éxito de la terapia depende del compromiso de los padres, quienes son los que más tiempo pasan con los menores. Es por esto que parte de su estrategia era orientar y psicoeducar acerca de la condición de los menores. Como profesional, ella posee el conocimiento que indica que tanto el autismo como el Asperger, son condiciones para toda la vida; que lo que se puede lograr en la mayoría de los casos

es una reducción en la sintomatología. En cuanto el proceso de evaluación, ella conoce la importancia de una buena entrevista inicial en combinación a las observaciones clínicas. No obstante, ella admite que haría un referido a otro compañero pues no conoce las pruebas necesarias para esta población. En general, esta profesional posee parte del conocimiento legitimado, mismo que le permite trabajar a nivel terapéutico con la población con autismo o Asperger. Sin embargo, su conocimiento no le permite trabajar a nivel de realizar un cernimiento ni una evaluación enfocada en autismo o Asperger. Durante el proceso se observó calmada y enfocada, comunicándose en un tono de voz bajo y claro. Asimismo su forma de contestar era fluida y sin uso de muletillas, lo cual denoto mucha seguridad de su parte.

Una vez completada la inmersión inicial, no se realizaron modificaciones a la entrevista semi-estructurada. Luego de concluido este proceso, se seleccionaron las participantes y se les invito a formar parte de la investigación. Las entrevistas fueron realizadas en las oficinas de las participantes luego de hacer el contacto inicial. Finalmente fueron entrevistadas cuatro profesionales.

Para llevar a cabo el análisis de la información recopilada, se desarrolló una lista de categorías, mismas que funcionaron como guías para la interpretación. Esta lista fue desarrollada en base a las preguntas de la entrevista semi-estructurada y la información existente en la literatura. Estas categorías ayudaron a imponerle estructura al análisis y facilitar su interpretación. Las categorías establecidas por el investigador son: experiencia durante el adiestramiento profesional, proceso de cernimiento, proceso de medición y evaluación; y tratamiento.

Las categorías se re-evaluaron con el propósito de determinar si eran las más adecuadas o si se debían modificar, sustituir, unir o crear nuevas. Inicialmente se consideró dividir la unidad de proceso de medición y evaluación en instrumentos de medición, evaluación del caso sospechoso y los colegas. Luego de una revisión se determinó que la categoría evaluación del caso sospechoso, resultaba repetitiva pues se obtenía información similar a la segunda unidad, que es el proceso de cernimiento. Por lo tanto se decidió eliminar evaluación de caso sospechoso y sustituirla por comunicación y juego.

### **Técnicas de recopilación de información.**

El método cualitativo, permite explorar fenómenos que son de carácter subjetivo. En la presente investigación, el fenómeno subjetivo que fue estudiado es el conocimiento que posee cada profesional acerca del Autismo y del Asperger. Durante la fase de investigación, se buscó desarrollar una conversación con los participantes, con el propósito de fomentar el que expresaran su propia realidad y de esta manera, adquirir una mejor comprensión de la misma.

#### *Hojas de consentimiento informado de participación*

La hoja de consentimiento dirigida a los participantes (Apéndice A), expone de manera clara y pormenorizada, el título y el propósito de la investigación. Igualmente la técnica principal de recolección de información, el tiempo requerido para la misma y aspectos éticos como la confidencialidad, participación voluntaria y derecho a retirarse del estudio aun después de haber comenzado su participación. Del mismo modo, se desarrolló una hoja de consentimiento autorizando la grabación de la entrevista (Apéndice C).

### *Información socio-demográfica*

Para el presente estudio, se desarrolló una sección de preguntas con el propósito de recopilar la información socio-demográfica (Apéndice D). La información que se inquieren son: edad, genero, grado académico, universidad donde adquirió dicho grado académico, especialidad, años de experiencia, enfoque psicoterapéutico, certificaciones que posee, si se especializa exclusivamente en niños o si atiende a todo tipo de población.

#### *La entrevista como método de recolección de información: guía de las preguntas de investigación*

El proceso de adquirir la información en los estudios cualitativos, parten de conversaciones y observaciones del fenómeno que se desea estudiar. La entrevista, es un método de organizar dicho proceso investigativo, que es “una forma especial asimétrica de conversación donde una parte busca información, y la otra la provee...” (Wolcott 1995). Con este proceso se buscan las propias palabras del entrevistado, su experiencia, su conocimiento, su percepción de la realidad. El investigador que utiliza la entrevista, pretende tener las explicaciones junto a las experiencias del entrevistado (Wolcott). La entrevista es la guía que se crea para enfocar el proceso de entrevista, pero no es una imposición.

En adición, la entrevista se utiliza para obtener información única, misma que guarda el entrevistado. También se emplea para reunir el agregado de las respuestas de varias personas y encontrar lo que el investigador no puede observar directamente (Stake 2010). Para recolectar la información, se utilizó la entrevista semi-estructurada (Apéndice D) como guía. Dicha entrevista fue desarrollada por el investigador en triangulación con la literatura, e información obtenida en comunicación personal con expertos en el área de

autismo y otros profesionales. El instrumento que se desarrolló se compone de dos partes, una para recolectar la información socio-demográficos, y una guía de entrevista dividida en cuatro partes. Dicha guía consiste de una lista de preguntas abiertas, que permitirán el dialogo con el/la entrevistado. El propósito de la investigación es explorar el nivel de conocimiento que tiene un grupo de profesionales acerca del Autismo y del Asperger. Las narrativas que se obtuvieron de las mismas fueron analizadas para obtener una mejor comprensión del fenómeno que motiva la investigación (Maxwell 2005).

Como se mencionó anteriormente, la entrevista fue diseñada en triangulación con la literatura. Estas preguntas están creadas para explorar si los participantes: 1) conocen los hitos básicos del desarrollo socioemocional humano para identificar un menor que no se esté desarrollando de manera esperada para la edad de desarrollo. 2) Si tiene el conocimiento de las señales básicas que sugieren un TEA. 3) Si posee el conocimiento necesario para, llevar a cabo un cernimiento con vías a realizar una evaluación diagnostica, o referir. 4) Explorar si puede llevar a cabo una evaluación enfocada en autismo. 5) Si conoce la composición del equipo interdisciplinario recomendada por la literatura<sup>32</sup>. 6) Determinar si sabe la existencia de los instrumentos que son exclusivos para usar en una evaluación de autismo. 7) Cómo adquirieron el conocimiento de los ASD. 8) Por último, si conoce las leyes que cobijan al/la menor con autismo.

### **Equipo.**

De acuerdo con la literatura (Stake 2010; Savenye y Robinson 2001; Hoepfl 1997; Wolcott 1995) el principal medio para recopilar información en una investigación

---

<sup>32</sup> Las únicas profesiones que pueden diagnosticar por sí mismas el autismo, lo son la psiquiatría y la psicología clínica. Sin embargo, el uso del equipo es recomendado, pues cada miembro del equipo observara áreas que están fuera del conocimiento de estos dos profesionales. Asimismo hace el proceso de evaluación más completo (Jiménez y Cruz 2011)

cualitativa, es el mismo investigador. Éste se sirve de otros medios para poder llevar a cabo su trabajo, que va desde sus notas de campo, anotaciones, etc. En la presente investigación una de las estrategias de recopilación que fue utilizada, es una grabadora de audio.

### **Procedimiento a seguir para realizar la investigación.**

Para poder llevar a cabo la presente investigación, primero se llevó a cabo una defensa de propuesta. Luego de haber cumplido con este paso, se solicitó autorización de la Junta de Revisión Institucional de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Una vez obtenida dicha autorización, el siguiente paso fue realizar una inmersión inicial utilizando la entrevista semi-estructurada. El propósito de la inmersión era evaluar las preguntas de la entrevista semi-estructurada y la información socio-demográfica, para desarrollar posibilidades acerca de cómo la persona se desempeñara o reaccionara a las mismas. Asimismo, se buscaba determinar la adecuación del instrumento, revisar el lenguaje, la claridad del mismo y fluidez de cada una de las preguntas.

Luego se contactaron los profesionales por los medios mencionados anteriormente. Cada miembro se obtuvo por disponibilidad y complemento la hoja de consentimiento que explica de manera clara y detallada la naturaleza del estudio. También se les facilitó la hoja de consentimiento para la grabación de la entrevista. Para garantizar la protección de los participantes se les aseguro que su nombre no aparecerá en ningún instrumento y que toda la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines educativos, pero que su identidad será protegida por los principios de la confidencialidad. Asimismo, se les explico a cada sujeto que su participación era voluntaria y que podían optar por retirarse del estudio en cualquier momento. Se discutió también con cada participante, la

naturaleza y el propósito del estudio; y que tenían la oportunidad de realizar preguntas, en adición de tener derecho a obtener los resultados de así deseárselo.

Una vez concluyeron las entrevistas, las mismas fueron transcritas y analizadas ad verbatim. Tanto las grabaciones como las transcripciones, han sido guardadas bajo la custodia del investigador. Las grabaciones serán borradas al cabo de un año por medio del programa de computadora File Shredder Version 2.0, para garantizar la confidencialidad de los participantes. Las transcripciones se guardarán por siete años, luego serán destruidos utilizando el programa anteriormente mencionado.

### **Análisis de contenido.**

Una vez se ha adquirido la información, es imperativo encontrar el sentido en los mismos. Para esto, Wolcott (1994) expone tres dimensiones que son la descripción, el análisis y la interpretación. Los tres se pueden utilizar en un estudio dado, aunque el énfasis puede variar. El presente estudio será principalmente descriptivo.

La descripción son observaciones hechas por el investigador, por los participantes del estudio o por ambos. Dichas descripciones son filtradas por las experiencias y percepciones del investigador, quien debe decidir que reportar y que describir, o sea, a que darle importancia. El análisis identifica los elementos presentes que son comparados con información previa o con un conocimiento ya aceptado. Del mismo modo, es un aspecto “más ordenado y menos especulativo” del proceso de transformar los datos cualitativos.

La interpretación es la parte de un estudio donde el investigador “trasciende los datos y análisis cauteloso, y comienza a explorar que se puede hacer con ellos” (Wolcott 1994). Contrario al análisis, no depende tanto de la descripción, pero tiene que mantener un

enlace con la misma. En ocasiones, observaciones casuales del investigador, usualmente basadas en anotaciones que realizó durante el proceso investigativo son necesarias en la interpretación. Pero, deben identificarse como tal y su relación con la interpretación.

El método de Wolcott se implementara para estudiar las dimensiones del estudio, que como se mencionó con anterioridad, son siete. Estas son:

- 1- Adquisición y nivel de conocimiento del Autismo y Asperger del grupo de profesionales entrevistados, en especial las señales básicas de alarma.
- 2- Las habilidades y destrezas de cernimiento, evaluación y diagnóstico del grupo.
- 3- Experiencia del grupo de profesionales, en relación con la población que padece de autismo y Asperger.
- 4- El conocimiento que tenga acerca de las terapias y tratamientos para el autismo.
- 5- Si los profesionales son capaces de diferenciar entre el autismo y el Asperger.
- 6- Conocimiento que poseen los profesionales sobre los hitos típicos del desarrollo socio-emocional.

## Capítulo IV

A continuación, el autor presenta la información que se desprende de las entrevistas que fueron realizadas, durante el proceso de investigación. En el mismo, se presenta la información sociodemográfica y la información que se obtuvo de las respuestas a la entrevista semi-estructurada. Del mismo modo, se exponen las codificaciones creadas, además de discutir las unidades de análisis junto a sus categorías correspondientes y fragmentos de las narrativas. Se presenta también la descripción, el análisis y la interpretación según el modelo del Wolcott (1994), y siguiendo el marco teórico de la sociología del conocimiento del Berger y Luckmann (2001).

La descripción como la expone Wolcott, permite organizar y describir la información obtenida de una manera organizada y que resulte accesible al lector. Para el presente trabajo el autor eligió el modo de focalización progresiva en combinación a adopción de un marco teórico. Estos dos modos de llevar a cabo la descripción brindan la flexibilidad necesaria para exponer la información recopilada en la entrevista semi-estructurada del presente estudio. El análisis, principalmente lo que hace es destacar los hallazgos que el autor considera más sobresalientes. Dentro de los modos de llevar a cabo el análisis se eligió adhesión a un marco teórico. Por último el proceso de interpretación es el que permite otorgarle significado a la información obtenida. Como modo de interpretación se utilizó el de referirse a la teoría para mantener la congruencia con el modo de análisis. El presente trabajo es principalmente descriptivo, no obstante toda investigación cualitativa de éste tipo posee los tres elementos.

### **Codificaciones, unidades y categorías de análisis:**

Los códigos son importantes pues ayudan en el proceso de análisis de la información. Del mismo modo, la creación de unidades y de categorías es importante pues ayudan a organizar dicha información. Para la presente investigación se crearon los siguientes códigos: Pst para identificar al psiquiatra, Ps.C para identificar a la psicóloga clínica, Ps.Ed para identificar a la psicóloga escolar y C.Psy para identificar a la consejera psicológica. Dichas codificaciones ayudan a simplificar la exposición de las narrativas.

Las unidades y las categorías de análisis provienen de las dimensiones de estudio, la entrevista semi-estructurada y la información recopilada en dicha entrevista, todo a la luz de lo que informa la revisión de literatura. La primera unidad de análisis es la experiencia durante el adiestramiento del profesional. Está conformada por dos categorías: la socialización del profesional y la primera experiencia con un cliente que padece uno de los PDD. La segunda unidad de análisis implica el proceso de cernimiento ante la presencia de un caso sospechoso, mismo que determinara si hace falta o no, una evaluación. Las categorías que componen esta unidad son características del autismo y del Asperger, diferencias entre el autismo y el Asperger, diagnóstico diferencial y posibles referidos a realizar. La tercera unidad de análisis hace referencia al proceso de medición y evaluación como tal de un caso del que se sospecha de autismo. Dicha unidad está compuesta por la categoría de comunicación, juego, colegas e instrumentos diagnósticos. La siguiente y última unidad, fue nombrada tratamiento, compuesta por las categorías estrategias, ayuda de otros profesionales y participación de los padres. A las unidades y sus categorías se le asignaron códigos para un mejor

manejo. El código para las unidades se utilizó la primera letra del nombre de la misma. Las categorías llevan las iniciales de su unidad acompañada por un número.

A continuación se presenta la información obtenida a través de las entrevistas a las profesionales, las cuales fueron organizadas desde las unidades de análisis anteriormente mencionadas. Del mismo modo, se presentan fragmentos de las narrativas para presentar la información obtenida en las entrevistas. Luego de los fragmentos, se presentan los hallazgos que se consideran más sobresalientes, partiendo de la sociología del conocimiento.

### **Unidad de análisis: Adiestramiento del profesional.**

El adiestramiento de los profesionales de la salud mental, específicamente el psico-diagnóstico, es una de las partes más fundamentales del proceso de socialización de dichos profesionales. Es el que le permite adquirir los signos, los símbolos y más importante; el lenguaje establecido como conocimiento legítimo por la institución. Sin esa experiencia, no es posible acceder a las rutinas en su totalidad, mismas que hace más fácil ejercer el trabajo psicológico. No obstante, está el problema de los que socializan: como y que enseñan; a que le van a dar énfasis en el tiempo limitado de un curso. Del mismo modo, está la experiencia del que es socializado, que se enfrenta a este mundo de entes diagnósticos que debe aprender para ser utilizados en el futuro inmediato de su adiestramiento y luego como profesionales, miembros de la institución.

### **Categoría: La socialización del profesional**

Basados en la sociología del conocimiento, se puede considerar a los que fueron socializados, como las personas más indicadas para evaluar el proceso. Primero están sus experiencias antes de ser miembros de la institución y luego las vividas cuando ya son parte de ésta. De los profesionales, a excepción de Pst y Ps.Ed, exponen un relato

similar: el de sentido de insuficiencia. Esto se puede apreciar en sus respuestas a la pregunta acerca de su experiencia en el curso de psico-diagnóstico y psicología anormal.

Ps.C: *“Entiendo que fue bueno. Este...específicamente en el área que tu estas investigando ahí la situación no sería la misma, no fue igual, si lo enfocamos específicamente al diagnóstico que tú estás investigando yo te diría que fue pobre.”*

C.Psy: *“Los trastornos de la niñez no se tocaron. Se tocaron vagamente durante una semana. ‘Esto es esto, esto es esto’ y ya.”*

Estas dos participantes, son profesionales que están actualmente ejerciendo su profesión<sup>33</sup>. En los relatos de C.Psy y Ps.C, describen como los profesores se enfocaron en brindarles los signos y el conocimiento legitimado de otros trastornos, como los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, ambas son claras en que los trastornos de la infancia, no recibieron el mismo trato. Especialmente en el caso del autismo y los demás TEA, recibieron un trato que se puede catalogar de pobre. Los ASD son signos que no fueron integrados al conocimiento legitimado de estas profesionales, dejándolas con un conocimiento problemático que puede afectar sus funciones como profesionales. No obstante, ambas reconocen dicha limitación. Durante esta fase de las preguntas, se observaron tranquilas y de afecto jovial. Se comunicaban de manera fluida y clara, además de ser directas en sus respuestas.

El caso de Ps.Ed, es distinto, pues ella describe una experiencia rica y satisfactoria, donde se le brindo el conocimiento legitimado. No obstante, su relato resulta contradictorio, pues ella expresa que vino a comprender mejor el trastorno una vez tuvo que ejercer su profesión, específicamente con el primer caso que atendió, donde “literalmente me tuve que leer un libro casi entero”. Esto refiere que el conocimiento que se le brindo no logro eliminar por completo el conocimiento no-problemático acerca de

---

<sup>33</sup> C.Psy esta actualmente cursando sus estudios doctorales en psicología clínica.

los ASD mientras estaba siendo adiestrada. Pero al igual que C.Psy y Ps.C, ella se movió a educarse a sí misma y adquirir los signos que le faltaban. Igualmente, se observó tranquila y relajada, pero contrario a las otras dos profesionales, se observó de afecto formal. Al contrario de las otras dos psicólogas, Ps.Ed elaboraba sus respuestas con muchos detalles y hablaba rápido pero comprensible.

C.Psy expresa como le explicaron de la manera más simple los trastornos del desarrollo, situación que le provoco risa durante su participación. Por su parte, Ps.C, hizo el énfasis que todo lo demás fue explicado de manera adecuada pero que los trastornos del desarrollo recibieron un trato desigual, mismo que la dejó con dudas como se apreciara más adelante. Contrario a C.Psy, se mantuvo seria, hablando en un todo de voz bajo pero claro. Ps.Ed expresa que le brindaron mucha información, discusiones de caso, ejemplos prácticos, mismos que le ayudaron a adquirir los signos y el lenguaje necesario, pero no fue hasta que estuvo frente a un caso donde realmente se propició un aprendizaje.

**Categoría: La primera experiencia con un cliente que padece de autismo o Asperger.**

La primera experiencia con un cliente que padece de autismo o Asperger para C.Psy y Ps.C, estuvo marcada por el conocimiento limitado que las participantes poseían. Este conocimiento problemático marco ese proceso de atender al cliente, pues no era la falta de experiencia, sino la ausencia de un conocimiento básico lo que se enfrentaron, por lo cual tuvieron que educarse a sí mismas. Curiosamente, para estas dos participantes no fue como profesional, sino en el proceso de adiestramiento donde tuvieron la oportunidad de por primera vez, atender un caso de autismo. La excepción nuevamente es Ps.Ed, quien su primera experiencia fue como profesional y desde entonces atiende con frecuencia la población con autismo y Asperger. Cuando Ps.Ed enfrente su primer

caso, a pesar de tener que leer y volver a estudiar, lo pudo manejar de manera positiva y sin la ansiedad que sus otras dos colegas enfrentaron. Su relato revela mucha seguridad, misma que estuvo ausente en las otras dos profesionales.

*Ps.C: “Fue bue...este, quizás lo más limitante fue en aquel momento no haber tenido una supervisión que tuviera ‘expertise’ en esa área. Pues yo tuve que por mi cuenta leer, consultar con compañeros que si iban a un centro especializado en autismo. Por ejemplo, el caso que yo tuve que hacer el diagnostico, pues en ese caso en particular yo...llegue a a pensar que esta era una de las posibilidades a través de una compañera que si estaba en un centro, en el Centro de Autismo de aquí de Ponce...Entonces yo hablando con ella y ella contándome de su experiencia fue como un switch que se me prendió y yo dije ‘espérate que yo creo que lo que le está pasando a este nene este es esto’. Y ahí ella entonces me proveyó de ciertas herramientas que me permitieron pues refinar un poquito y entonces hacer un referido al Dr. Olivera en aquel entonces para que determinara si realmente...”*

*C.Psy: “Pues la primera experiencia con autismo fue en la práctica ahora en nivel doctoral, ni en la maestría. Y pues estaban buscando que población yo no había trabajado y yo identifique pues yo nunca he trabajado con autismo no tengo idea de cómo se trabaja ni nada y ahí empecé. Y entonces según lo hacia la doctora que me estaba supervisando, ella era la que me iba diciendo como que... yo no tenía idea”.*

Se puede apreciar cómo estas profesionales se enfrentaron a su primer caso poseyendo únicamente un conocimiento problemático que tuvo que ser modificado en la medida que trabajaron con sus respectivos clientes. Ambas expresan un sentido de desconocimiento y curiosidad, mismo que les permitió buscar ayuda de otras fuentes. Al mismo tiempo, expresan que durante su socialización sintieron que algo faltaba, que la información estaba incompleta.

Ps.C recurre a una compañera que estaba realizando su internado en un centro dedicado exclusivamente al autismo, pues como ella misma afirma, no tuvo acceso a alguien con experiencia en el área, lo cual implica que el agente socializador (su supervisor) no le brindo la información necesaria para formar un conocimiento legítimo.

Dicha compañera le brindo signos adicionales que le permitió modificar su conocimiento problemático y acercarlo al legítimo. Esta ayuda y su decisión de auto-educarse, la llevaron a reconocer que su cliente con toda probabilidad, padecía de uno de los ASD. No obstante, decidió referirlo a uno de los profesionales del centro para que fuera este quien hiciera el diagnóstico final.

C.Psy por su parte, una profesional que regresa a adiestrarse a nivel doctoral, tiene su primera experiencia como un ejercicio de la práctica doctoral dos<sup>34</sup>. Buscando trabajar con casos de los que supiera poco o nada, C.Psy aprovecha la oportunidad que el centro de practica le ofrecía, pues al igual que Ps.C, su conocimiento acerca del autismo es limitado y problemático. Ante la opción, ella decide utilizar su primera experiencia como una oportunidad para mejorar su dominio de los signos y el lenguaje del autismo y de esta manera transformar su conocimiento problemático en uno legítimo.

Ambas profesionales fueron bien claras en describir este proceso, mismo que en ciertos momentos provoco risas en ellas y en el caso de C.Psy nerviosismo, reflejado en su lenguaje corporal y su dialogo interrumpido por el uso de muletillas. La cantidad de detalles que compartieron denota que fue una experiencia de suma importancia y que paso a formar parte de su conocimiento legítimo. De estos relatos emerge un detalle importante: como la figura del supervisor juega un papel importante. Dicha persona puede considerarse como el último agente socializador de la institución. El supervisor de C.Psy represento un agente de cambio, contrario al de Ps.C, quien tuvo que recurrir a una compañera de clases.

---

<sup>34</sup> Es importante aclarar que es una primera experiencia en tratamiento, en su trabajo como se vera más adelante tuvo la oportunidad de evaluar a una persona que ya estaba diagnosticada con autismo, pero no lo considera su primer caso.

### **Interpretación:**

De las categorías descritas en la unidad de análisis es posible ver la relación entre la experiencia durante el adiestramiento y el efecto al momento de atender un caso de autismo. Por medio de las narrativas de estas profesionales, es posible apreciar como sus instituciones no le brindaron información que puede considerarse conocimiento legítimo en el sentido más básico. Tanto C.Psy como Ps.C, estaban conscientes de que la información estaba incompleta y que no habían adquirido las destrezas necesarias para enfrentar un caso de autismo o Asperger. Sin embargo, el estar consciente de poseer un conocimiento problemático les permitió educarse a sí mismas, e ir más allá de lo que le brindo la institución y tratar de acercar su conocimiento al no-problemático. Evitaron la trampa de rechazar lo limitado de su conocimiento y trabajar para mejorarlo. Como lo expone la sociología del conocimiento, el proceso de creación de la persona no ocurre en el vacío, ni la persona es un ente pasivo. En vez de rechazar la realidad (su conocimiento es problemático), decidieron cambiar su situación. El conocimiento problemático es alterable y solamente necesita que las personas se muevan hacia ese proceso. Aun cuando el proceso de socialización este incompleto, la persona está en la libertad de transformar ese conocimiento.

### **Unidad de análisis: El proceso de cernimiento**

El trabajo psicológico depende en cierta medida de la capacidad de cernimiento<sup>35</sup> y dicha capacidad a su vez depende del adiestramiento de la persona. Es durante la adquisición del lenguaje, de los signos, los símbolos y de las rutinas; que el profesional va creando sus propias rutinas para poder diferenciar un ente diagnóstico de otro. Una de estas rutinas es la relacionada con los ASD, que permite a nivel básico poder determinar

---

<sup>35</sup> E igualmente importante, la destreza/habilidad de hacer un diagnostico diferencial.

si un caso amerita más estudio para descartar o confirmar la presencia de autismo o Asperger en específico. Dicho proceso depende de su conocimiento sobre el desarrollo humano típico, las destrezas sociales de la persona con un desorden generalizado del desarrollo y la parte más importante, reconocer la sintomatología básica del autismo y del Asperger.

**Categoría: Características particulares de la persona con autismo o Asperger.**

Para poder adentrarse en el proceso que involucra hacer un diagnóstico diferencial, comienza por la capacidad de hacer un cernimiento adecuado, el cual proviene de conocer las características esenciales de la persona con autismo o Asperger. Esto implica que un profesional necesita conocer por lo menos a nivel básico el lenguaje típico de los TEA. Las profesionales entrevistadas fueron capaces de identificar algunas de estas características. C.Psy, Ps.C y Pst, conocían algunos de los síntomas típicos de esta población. No obstante, poseían información que no necesariamente es exclusiva de los PDD y que puede tornarse problemática en el proceso de cernimiento. Este proceso depende principalmente de la información que brindan los padres y de la manera en que el profesional conduzca la entrevista acerca de los síntomas que presenta el/la menor. Al igual que en las otras partes de la entrevista, la excepción fue Ps.Ed. Basado en sus respuestas, su nivel de conocimiento no-problemático era menor, pero no ausente del todo.

*C.Psy: “El lenguaje. Cuando ellos tu sabes que ellos hacen su propio lenguaje, y tú los ves, a mí ya cuando ellos me vienen “es que él me habla raro, él me entiende pero usualmente habla raro como si estuviese hablando con él mismo. Porque hace los gestos y todo pero es un lenguaje que nadie entiende.” Lo que es el lenguaje, cuando me habla de los movimientos estereotipados que se pasa haciendo el que se mece, las rabetas cuando se pone bien agresivo...Mas bien era cuando le rompía los patrones, eso siempre...en eso más bien el lenguaje estereotipado y el movimiento estereotipado.”*

Ps.C: *“Pues las limitaciones en la interacción social, en el lenguaje, la parte sensorial, pero más sería la interacción social lo que me llamaría más la atención ... Lenguaje verbal, social”.*

Pst: *“Se podría decir que si uno ve un niño clínicamente verdad, que ha empezado hablar y a los 24 meses deja de pronunciar las palabras que decía y empieza a emitir ruidos guturales o llanto, llanto, irritabilidad, ya este niño tiene que ser visto por un profesional para que le haga un examen neurológico, porque si él hablaba y dejó de hablar, lo primero que hay que hacer es un examen pediátrico con fondo de ojo, porque uno podría imaginarse que si olvido lo que aprendió, podría tener un tumor en el cerebro, y eso...el autista...tiene cambios drásticos de estado de ánimo, este son bastante irritables, algunos lloran y uno no sabe, por lo menos la madre, no saben exactamente porque lloran. Entonces el autista...no duerme bien. Se despierta varias veces, este, evade la mirada...Ellos tienen algunos rituales, rituales son, primero son manierismos...no siguen todas las instrucciones que uno les da, y muchas veces uno piensa que son sordos...”*

Ps.Ed: *“...casi siempre obviamente aparte de decir lo del rezago lingüístico..., este muchas veces le añadimos el rezago motor, que el niño no socializaba mucho, que el niño caminaba en puntitas, que...este las comidas, que son demasiado selectivos, que el niño lo mojado le da asco, que de bebé era así, que lo de lo el roce...”*

Estas profesionales poseen parte del conocimiento legitimado. Las cuatro hablan de una limitación en el lenguaje como indicativo de problemas generalizados del desarrollo, lo cual es uno de los elementos esenciales del proceso de cernimiento. Ellas poseen este signo tan importante del conocimiento legitimado.

C.Psy habla por ejemplo, de aquellos que son verbales a veces su comunicación no es efectiva, solamente sus familiares más allegados los comprende. Del mismo modo habla de cómo esta población se aferra a las rutinas y lo difícil que resulta el que acepten los cambios. Otro de los detalles más importantes que el cernimiento necesita, es examinar la presencia de movimientos estereotipados, lo cual C.Psy menciona. Sin embargo, habla de estos niños que “hacen su propio lenguaje”, lo cual no es exclusivo de la población con autismo, signo cuyo uso puede ser problemático al momento de hacer un cernimiento.

Ps.C habla de las limitaciones sociales y problemas en el lenguaje, lo cual es conocimiento legítimo y de suma importancia en un proceso de cernimiento. Esta profesional posee parte del conocimiento no-problemático, pero está incompleto. Aunque en sí mismos, los signos que ella menciona son útiles, sin las dificultades con los patrones y rutinas resulta insuficiente.

Uno de los signos más importantes, es la pérdida de destrezas. Ps.C no menciona esto como parte esencial de un buen cernimiento, de hecho la calidad de su información es limitada en comparación con C.Psy. No obstante, posee uno de los signos más importantes dentro del autismo, que son problemas en la interacción social. Ella como profesional, reconoce que desconoce mucho del tema, pero que una queja acerca de problemas de interacción social en combinación con lenguaje y sensorial, la llevarían a sospechar del espectro autista.

En cuanto a Ptc, su conocimiento es útil y extenso, no obstante es en parte limitado dado que según expresado por ella misma, sólo trabaja con los síntomas del autismo clásico que describió Kanner. Finalmente, Ps.Ed posee un conocimiento amplio, conoce que uno de los signos más importantes en el cernimiento de autismo: la combinación de problemas en el lenguaje, con problemas motores y sociales. No obstante, no menciona uno de los signos más importantes: la pérdida de destrezas. Este es un patrón en las psicólogas, pues ninguna de ellas menciona este signo tan importante en el proceso de cernimiento.

En cuanto al Asperger, la situación es algo similar, pero se pueden apreciar diferencias significativas en la forma de expresarse de las participantes. Del mismo modo, su conocimiento es menor en cuanto al mismo autismo:

C.Psy: *“...el Asperger es más funcional. El...si tú lo...porque por ejemplo...bueno, mi opinión porque nunca he tratado con Asperger, pero por ejemplo, si por lo menos que tenga el diagnostico, el autista tú tienes que ser bien...el que tiene el trastorno autista tú tienes que reenfocar reenfocar reenfocar reenfocar, el que tiene Asperger, entiendo yo que no hay que renfocarlo tanto, que una vez tú se lo dices, paulatinamente él lo puede ir cambiando. No muestra tanta resistencia yo creo a los cambios... El Asperger no es que a la primera te lo vaya hacer pero tal vez paulatinamente va aceptar...que el contacto visual.”*

Ps.C: *“No te sabría contestar [riéndose]. Sé que con Asperger... o sea quizás el lenguaje verbal la parte verbal es quizás mejor que en el autista verdad, pero sí que siempre existe la limitación en la interacción social apropiada”.*

Ps.Ed: *“...los Asperger que han venido aquí, que por ejemplo si hay situaciones lingüísticas, casi siempre, pero motor me ha pasado que dos o tres veces pues el niño la ha afinado o la ha desarrollado, y en el área social, no que sean los más panas, pero tienen los selectivos, y entonces muchas veces en las forma de captar las destrezas es mucho más rápida, obviamente la inteligencia está ahí porque hay una capacidad intelectual es mayor... ¡ah! y la forma de hablar ni te cuento.”*

Durante esta parte de la entrevista, C.Psy aparenta estar más insegura. Ella sabe que el Asperger es más funcional y que tienden a tener mejores destrezas de interacción. Pero de lo que expreso, se infiere que desconoce que a pesar de aislarse menos que aquellos diagnosticados con autismo, siguen presentando problemas en las interacciones sociales. Por su parte, Ps.C contesto con una honestidad sorprendente. Algo nerviosa, y entre risas, ella expresa algunos signos que son importantes para poder diferenciar el autismo del Asperger: la parte verbal es mejor y lo social está afectado en menor grado. Pero fue tajante en que ella realmente no estaba segura y que si surgiera un caso lo que haría es referir a un compañero con mayor “expertise”.

Ptc por su parte expresa que ella sólo trabaja con los casos severos que ella describe como los de autismo clásico de Kanner. En relación a este punto, Ps.Ed revela un conocimiento amplio. Ella conoce que se siguen presentando la misma sintomatología que en el autismo, pero en menor grado. Incluso conoce que en ocasiones los casos pasan

desapercibidos y tienden a ser diagnosticados más tarde, o son mal diagnosticados; pues sus limitaciones son menos severas. Uno de los signos más útiles, es que en su mayoría, su nivel de inteligencia tiende a ser mayor.

Tanto C.Psy como Ps.C reaccionaron con nerviosismo ante la pregunta sobre diferenciar el autismo del Asperger. En el caso de C.Psy, su dialogo se tornó confuso, poco fluido y usando muchas muletillas, hasta el punto de tartamudear. Mientras hablaba cambiaba constantemente la mirada, al tiempo que sonreída y trataba de organizar sus ideas. Ps.C por su parte fue más controlada, su dialogo era interrumpido por risas breves, pero pudo mantener la fluidez de su dialogo. Ambas profesionales poseen parte del conocimiento legitimado que sirve para distinguir el Asperger del autismo, no obstante el mismo es limitado y en el caso de Ps.C, insuficiente para tratar un caso sin la ayuda de un/a colega más experimentado en el área.

Ptc por su parte expreso con una gran parsimonia, llena de detalles y con fluidez. Su experiencia didáctica era apreciable en la manera que se detenía en algunos detalles y como elaboraba ejemplos para explicarle al entrevistador, mientras hablaba en un tono de voz pausado y suave. Se puede apreciar una diferencia significativa en su socialización en cuanto al autismo y en el Asperger. En cuanto a Ps.Ed, se expresó con seguridad e intensidad. Hablaba rápido<sup>36</sup> y con muchos gestos físicos como el chocar las manos o chascar los dedos, y en varias ocasiones gestos faciales. Se podía apreciar una vasta experiencia en estos casos, al igual que una comprensión de que la presentación puede ser variada tanto en autismo como en Asperger. También se observan diferencias al explorar atrasos en el desarrollo entre las profesionales.

---

<sup>36</sup> Tan rápido que en ocasiones era difícil realizar la transcripción sin escuchar la misma parte en varias ocasiones.

C.Psy: *“Bueno lo más que yo he visto ha sido retardo mental. Pero no todos porque hay otros que son [hace gesto facial y manual indicando que son con un C.I. sobre el promedio]”.*

Ps.C: *“Si este como la...vuelve a ser parte de la comunicación, la respuesta a estímulos externos, a la mirada, la proximidad física, o sea el responder a los estímulos externos a través de quizás miradas, sonrisa, y este tipo de cosas en términos de desarrollo, pienso que...que es una de las cosas que...primeras señales del autismo. De alarma, de prestarle atención. Un menor que no responde a la voz de sus papas, que no responde a las cucasmonas que uno le hace a un bebé, que no se ría, que aparente aparenta estar enajenado completamente, o sea que no logra ese ese vínculo con la figura de los papas o las personas más cercanas. Eso en desarrollo donde llamaría este...la atención, o también como los retrocesos, de niños que han alcanzado unos niveles de desarrollo, y eventualmente los van perdiendo. Como el habla y demás... En vez de ir mejorando como que retrocede”.*

Ps.Ed: *“Habla, habla, destrezas motoras, como ha adquirido los conceptos básicos. Un niño de...aunque puede tener otros problemas, pero básicamente estos dos, y que el niño se aísle en un cuidado, que haya un grupo en un cuidado y el niño siempre quiera estar solo y se le acerca alguien y como que reacciona, muchas veces eso me ayuda a ver como que esto como que me parece...”*

A pesar de expresar desconocer del tema, Ps.C posee parte del conocimiento legitimado necesario para identificar los atrasos en desarrollo que son afines con el autismo. Estos factores, como los atrasos en la comunicación, son importantes durante el cernimiento pues ayudan a enfocar el proceso de un caso del que se sospecha la presencia de esta condición. Asimismo, menciona las regresiones, mismas que en la sección anterior no menciono. No obstante, estos factores solamente se pueden aplicar al autismo, y de por sí son limitados. Estas participantes no mencionaron otros atrasos importantes que las instituciones han establecido como los necesarios para establecer un proceso de cernimiento. Para el trastorno del Asperger otros factores requieren atención, dado que usualmente la parte del lenguaje no está tan afectada. C.Psy por su parte se enfocó en el retardo mental, el cual es importante pero no esencial. Al igual que Ps.C, ella no habla de los atrasos que son más usuales en los que padecen de Asperger.

Estas profesionales poseen un conocimiento problemático, pues es incompleto. No obstante, poseen parte de los signos legítimos, mismos que las pueden ayudar en un proceso de cernimiento. Este problema está ausente en Ptc y Ps.Ed, quienes conocen del tema. Entre estas dos, Ps.Ed se puede considerar más amplio, pues contrario a Ptc, no se limita a los casos del autismo clásico. Especialmente porque ella atiende uno de los signos más importantes al explorar atrasos en el desarrollo: si un/a niño/a socializa o no con sus pares.

### **Categoría: diagnóstico diferencial**

El proceso de cernimiento está incompleto sin el proceso de hacer un diferencial. Dicho proceso adquiere mayor importancia ante la realidad de que los ASD tienen síntomas que se solapan con otros trastornos de la infancia e incluso del Eje II. Este proceso es uno que al igual que el cernimiento, se ve afectado por el adiestramiento del profesional. Es importante poseer los signos adecuados pues estos le guiarán en este proceso.

*C.Psy: “Bueno, para establecer el diferencial yo creo que es más bien la manera que tú lo puedes observar es el historial que te traiga la mamá, porque por ejemplo, un niño que tiene retardo mental nunca aprendió. O sea, tú no vas a ver el cambio de que él si lo sabía antes y ahora no lo sabe. Es que nunca lo aprendió. Y el que tiene autismo si lo pudo haber aprendido pero lo perdió, hubo ese lapso de atención que perdió destrezas que ya había desarrollado. Eso sería una. Otra sería como te digo, si es niño niño, pues el lenguaje, el contacto visual, porque por ejemplo el que tiene retardo mental tiene contacto visual...tú lo tocas y eso y el este, él te va a mirar. El que tenga autismo probablemente no lo haga. ...igual con déficit de atención...aunque los de déficit de atención si tienen un alto nivel de agresividad, pero te van a tener contacto visual, se van a integrar al grupo van a ser más sociable, so el criterio no va hacer...no...”*

*Ps.C: “Pues agarro el DSMIV en un momento, inmediatamente [riéndose], o sea, vuelvo y te digo, o sea, no es algo que yo entienda que....o sea tendría que hacerlo completamente asistida del DSMIV para poder este hacer lo que me estás diciendo, este ver los diferentes diagnósticos diferenciales que pudieran aplicar, y*

*supervisarlos. O sea buscaría la asesoría y la supervisión de alguien que yo si conozca que si conozca el caso”.*

*Ps.Ed: “...el punto es que los autistas tiene el diagnóstico erróneo, pueden ser tag, los tag yo aquí les digo así, pero son los trastornos de ansiedad generalizada. El niño que se preocupa constantemente y de repente está en su propio mundo... Pero anyway, el déficit de atención. Con hiperactividad impulsivo, el nene le da a la gente se agrede y por eso es impulsivo... La depresión, la distimia en los nenes, tu sabes, todas esas cosas muchas veces yo he visto que el diagnostico que han traído o que se pueda confundir es ese, incluso el trastorno de conducta, el trastorno de conducta y el negativista desafiante, todos esos van mira, que muchas veces se han confundido el diagnóstico y lo que se ve así es esto pero cuando se ve así es esto pero cuando vienes a ver no, este nene lo que tiene es autismo, es lo que tiene es un Asperger...”*

En cuanto al diagnóstico diferencial, nuevamente el conocimiento de C.Psy se mostró superior al compararla con Ps.C, incluso mostro más conocimiento que Ps.Ed. Aunque su dialogo aún era interrumpido, se notaba más segura y sus ideas fluían mejor. Al hablar, se puede apreciar que ella conoce algunos de los elementos básicos que pueden utilizarse para realizar un diferencial ante un caso que presenta síntomas compartidos por más de una condición. Por su parte, Ps.C no posee este conocimiento legítimo, necesita consultar el DSM actual para poder comenzar el diferencial. En esto supera a C.Psy, pues el conocimiento legitimado establece que el DSM es parte esencial del proceso de cernimiento y diferencial. En esta parte se notó más tranquila, aunque era posible observar un grado de nerviosismo en su dialogo interrumpido, repetición de la misma palabra y oraciones comenzadas para luego ser abandonadas. Ps.Ed por su parte se limitó a enumerar las condiciones que suelen ser confundidas con el autismo y el Asperger, casos que ella misma ha atendido con un diagnóstico erróneo. Incluso ella posee un signo muy importante: que en ocasiones el trastorno de ansiedad generalizado puede ser confundido con autismo. Más importante aún, ella posee el signo que le permite ir más allá de una presentación inicial de hiperactividad y falta de atención; y de esta manera

evitar en caer en el problema de diagnosticar trastorno de déficit de atención con hiperactividad a un menor que en realidad tiene autismo o Asperger. No obstante, no específico como es que ella lleva a cabo dicho diferencial. Como en otras partes de la entrevista se expresó con suma seguridad, muy rápido, llena de energía y con muchos gestos físicos. Además, comenzó hacer comentarios jocosos, mismos que estuvieron ausentes hasta este momento.

### **Categoría: Referidos.**

Dentro del proceso clínico para confirmar o descartar la presencia del autismo y el Asperger, las instituciones han establecido unos referidos como los obligatorios en el proceso. Estos son el audiólogo, el neurólogo, el genetista, el patólogo del habla y ocupacional. Este conocimiento legítimo es esencial dentro del proceso de atender los TEA, pues dicha condición necesita atención en áreas que están fuera de la pericia de la psicología y la psiquiatría.

*Ptc: "...lo primero que yo hago es mandárselo a un neurólogo para ver como esta su aparato neurológico.... Y también debe ser referido a un geneticista, porque los geneticistas ahora están viendo estos casos porque ellos pueden ver si hay alguna anomalía cromosómica. Audiólogos".*

*Ps.C: "A un neurólogo, creo que haría un referido si hay muchos problemas del habla a un patólogo del habla, a un terapeuta ocupacional también si hay limitaciones en esa área, pues eso, neurólogo, terapeuta ocupacional, terapeuta del habla. Este también las terapias sensoriales, si hay problemas en esa área y un neuropsicólogo que sepa lo que está haciendo".*

*Ps.Ed: "Geneticista para ver si hay problemas metabólicos. Un neurólogo pediátrico. Este si vienen acompañado de alguna otra cosa cuando son más grandecitos como diagnósticos que pueden ser comorbidos con depresión...un psiquiatra. Terapia física para los que tienen debilidad motora. Terapia ocupacional, terapia del habla, eso va con el paquete. Y muchas veces entre las recomendaciones que yo doy cuando son por ejemplo de educación, yo trato de modificar el PEI de ellos por medio de las recomendaciones aquí...Y el referido a la terapia funcional que te dije sensorial..."*

En cuanto al área de los referidos, Ptc, Ps.C y Ps.Ed poseen el conocimiento legitimado. Ellas expresan de manera segura y fluida cuales son los otros profesionales que son necesarios en el proceso de evaluación. En esta parte de la entrevista se observó a Ps.C más relajada y segura. Su dialogo dejo de ser interrumpido para tornarse más fluido. Ps.Ed por su parte incluye un referido interesante, la terapia funcional sensorial del habla, una especialidad que de acuerdo a ella ha mostrado ser muy útil en el tratamiento del autismo y del Asperger. Entre ellas, Ptc es la que posee menos conocimiento legitimado, pues obvio mencionar a los profesionales que trabajan con los problemas del habla, los motores y psicológicos.

### **Interpretación:**

En los relatos de esta unidad de análisis se puede apreciar una mezcla de conocimiento no-problemático con el problemático. Aunque hubo unas limitaciones en su proceso de socialización, ellas poseen algunos signos que les permiten ejercer sus funciones. El hecho de que en su mayoría sabían cuáles eran los referidos importantes, implica que este conocimiento legítimo es parte de su trabajo como profesionales de la salud mental. Asimismo, conocen la importancia de integrar a otras profesiones en el proceso de cernimiento con personas de las que se sospecha, padecen de autismo o Asperger. En cuanto al diagnóstico diferencial se observan limitaciones en su conocimiento, el cual puede afectar el proceso de cernimiento. No obstante, ellas saben que hay ciertas condiciones con sintomatología similar, por lo que es necesario el análisis a fondo de la sintomatología que presenta el menor. Esto indica que poseen parte del conocimiento legítimo, lo que a su vez implica que ellas pueden trabajar con dicho

proceso. Lo mismo se observa en cuanto a las características particulares de las personas con autismo o con Asperger.

En general, este grupo de profesionales poseen parte del conocimiento legitimado, y también están conscientes de sus limitaciones. Las participantes saben que hay unos elementos específicos de estas condiciones y que hay unos signos que en conjunto ayudan a refinar el proceso de cernimiento con vías al proceso evaluativo y diagnóstico. Asimismo, estas profesionales saben que hay varias condiciones con sintomatología diferente, lo cual indica que también posee este conocimiento legitimado por la institución.

### **Unidad de análisis: Proceso de medición y evaluación**

Una vez el profesional ha hecho el cernimiento, lo siguiente es el proceso de evaluación, mismo que en combinación con toda la información recolectada y el DSM, ayudara a realizar un diagnóstico. Esta parte del proceso, al igual que las anteriores, es una que se adquiere por medio de la socialización, sea la oficial de la institución, o se extra-oficial, por medio de la ayuda de otros o del mismo interés del profesional. Algunas de las profesionales revelaron que su conocimiento en esta área se compone de elementos tanto problemáticos como no-problemáticos.

#### **Categoría: Comunicación verbal.**

Parte del proceso de evaluación incluye el examinar las habilidades de comunicación del menor, lo cual se realiza a través de todo el proceso desde el primer contacto. Las personas que padecen de autismo y de Asperger, muestran una forma inusual de comunicación, por lo que es importante que el profesional conozca acerca de las limitaciones en dicha área. El conocimiento legítimo establece, que para poder

realizar una buena evaluación, el profesional necesita conocer los elementos básicos de la comunicación de la persona que padece de autismo y Asperger.

*C.Psy: “Ellos te hablan en palabras. Como que ellos no te hacen...por lo menos los que me han tocado a mí no...obviamente cuando te hablan no te miran, pero cuando lo hacen es como que...en tercera persona...es que es que ahora mismo no recuerdo bien, no sé si es en tercera persona o es que te hablan...no te hablan en oraciones ni en párrafos, sino en frases. Como que ya. Lo acortan...tienen lenguaje estereotipado.”*

*Ps.C: “Era como incompleta, diría yo...como que la idea estaba, este, y y era correcta, o sea la idea de que estos muchachos tenían era correcta pero era como si no pudieran tener las herramientas para así poder ponerla en palabras, de una manera socialmente aceptado o apropiado, porque a veces se entendía...el muchacho que era mayor que tenía como 15 años, el como que tenía ideas, o sea, y él como que sabía que era lo que debía responder, pero era algo como que se quedaba atrapado en algún lugar, verbalmente no le salía. Entonces se frustraba, y prefería no seguir hablando, o cambiar el tema, o asumir que yo lo había entendido.”*

*Ps.Ed: “Yo los describo como son ecolálicos, como robóticos como telegramas, la mayoría de los que tengo. Y si no es que tienen una verborrea terrible. Empiezan a decir algo y te lo adornan tanto porque saben tanto, en el caso de los asperger, pero en el caso de autistas que yo he visto que tienden hablar con palabritas que casi no se le entienden...”*

En cuanto a la comunicación, el análisis de las respuestas expone, que las participantes poseen parte del conocimiento legitimado. A nivel general, las participantes saben que la comunicación es confusa y difícil para esta población. Ps.C conoce los signos que indican que para algunos, la dificultad principal es la pragmática, misma que puede afectar directamente el área social. C.Psy comenta acerca de hablar en tercera persona, mismo que es usual en los casos de autismo. De las entrevistadas, C.Psy es la única que aparenta poseer el signo del lenguaje estereotipado, mismo que es usual en la mayoría de los casos. Por su parte, Ps.Ed posee el conocimiento acerca de la ecolalia, problema comunicológico típico de la población con autismo. De sus narrativas se

desprende que poseen parte del conocimiento legitimado acerca de la comunicación de las personas con autismo o Asperger.

### **Categoría: Juego**

Una de las áreas que resulta imperativo auscultar con un caso del que se sospecha la presencia de autismo o Asperger, es el juego. El conocimiento legitimado establece que, la manera de jugar de un/a menor con autismo o Asperger, es diferente a la del/la menor neurotípico, y que dicha diferencia es útil en el proceso de evaluación. Las limitaciones en el juego se pueden utilizar del mismo modo para ayudar en el proceso de diagnóstico diferencial. Es por esto que conocer las diferencias en la forma de jugar resulta tan importante.

*C.Psy: “Si, ellos juegan solos, ellos como que cogen el juguete y lo llevan a parte jugamos solo, y tú te acercas y ellos vienen y te sacan la mano, como que ‘no’... ellos cogían su juguete y se iban a parte a jugar y no te metas con mi juguete y dame acá...”*

*Ps.C: “...era como ausente. O sea, este, él jugaba pero, no había una interacción, por ejemplo, si era conmigo, yo podía sacar sus juguetes y él se iba a jugar, y reaccionaba al juguete, pero no interactuaba. Con el tiempo ya este, pues si, alzaba la mirada, a veces jugando me quedaba sin jugar, y el en algún momento alzaba la mirada, como... yo ahí, no estaba”*

*Ps.Ed: “Pues mira, la única diferencia que he notado es que la famosa fila esta que ponen los carritos y las cosas los de Asperger, en el caso de los autista la queja que más me han dado es que cogen todo o lo tiran, lo destrozan o lo rompen, o lo ponen dando vuelta todo el tiempo, a todo lo que ven le dan vuelta, es es la única diferencia que te puedo decir que yo he notado aquí, es la única he notado más nada.”*

El nivel de conocimiento de las participantes en cuanto al juego de la persona con autismo o Asperger, es similar. Las tres se concentran en el juego solitario y la falta de interacción con los demás. En cuanto a la conducta de alinear los juguetes o ponerlos a dar vueltas, solamente Ps.Ed posee dicho conocimiento. A nivel general, el conocimiento

de las participantes en cuanto el juego de la persona afectada con autismo o Asperger, es limitado. Ninguna de las entrevistadas hablo de la falta de creatividad o imaginación en el juego del menor con autismo o Asperger. No obstante, el factor del rechazo al otro o el que aparentemente ignora la presencia de otra persona, es un signo de suma importancia que puede ayudar en el proceso de evaluación.

### **Categoría: Instrumentos de medición.**

El proceso de evaluación formal de una persona que se sospecha padece de autismo, es uno parecido al de un neurotípico. No obstante, hay unas diferencias significativas, mismas que dependen del proceso de cernimiento y del conocimiento legítimo acerca de dicho proceso. Como elegir los instrumentos adecuados depende de que la persona posea el conocimiento legítimo en dicha área. Dicho conocimiento establece lo importante de utilizar una prueba no-verbal para examinar las destrezas cognitivas en menores no verbales o con pobres destrezas de comunicación, un instrumento que mida sus destrezas sociales e instrumentos exclusivos para la evaluación de los TEA.

*C.Psy: “No no sabría decirte. Pero si yo usaría más bien el juicio...o sea, no es que este bien, pero por el conocimiento que tengo, yo en todo caso haría una evaluación por la, por lo que uno pueda observar conductualmente. Pero no...entiendo que no es lo idóneo, no es lo que se deba hacer. Entiendo que hay que referir a evaluación..., referir a la evaluación creo que neurológica si no me equivoco, pero ahí de verdad que no se mucho”.*

*Ps.C: “Mira, lo que use en ese momento fue...yo no me acuerdo del nombre bien, creo q era el CREQ, un instrumento de cernimiento y de entrevista a los papas, de verdad no conozco ninguna prueba, al psicodiagnóstico como tal”.*

*Ptc: “...entonces tengo esto aquí, historial prenatal. Madre después de los 35 años, niño deprimido. Madre de niño deprimido. Una mujer de 41 se ponga a tener hijos, ¡si ya no tiene hormonas! Entonces, diabetes, hipertensión, epilepsia, asma bronquial, anemia, problema de tiroides, sangrado vaginal, contracciones recurrentes, preclampsia, eclampsia, infecciones urinarias, infecciones vaginales,*

*VIIH, ingestión de alcohol, sarampión, varicela, cigarrillos, drogas, estrés en el embarazo...todo esto...esta es la forma que yo lo evaluó...perinatal, parto prolongado, anoxia, [ ] cesárea, prematuridad, generalidad, vuelta de cordón, si hay vuelta de cordón no llega oxígeno, posnatal, si nació menos de 5 libras, es mas, no es bueno, incubadora, intensivo, intolerancia a la lactosa, lo que yo le dije, cólico, convulsiones, sepsis, esto es bueno para un autista, esto”.*

*Ps.Ed: “...uso el DSM4 obviamente siempre, este pues el Gillian, el CARS-2, el BASC-2, el Toni-3 y a veces doy el el P-Toni también para ver cómo están esas puntuaciones entre los dos, el Vineland como te dije y el...a veces le he dado hasta el Slooson, y el Railey”*

Las profesionales varían en su nivel de conocimiento en cuanto a instrumentos de evaluación, con algunas de ellas ubicadas más para el lado problemático. C.Psy no sabe que pruebas utilizar específicamente para el autismo. No obstante, posee suficiente información del conocimiento legítimo para utilizar las observaciones clínicas en dicho proceso. Más importante aún, sabe que no es lo idóneo y que no es suficiente para emitir un diagnóstico. Esto es conocimiento legitimado, mismo que le permitirá referir ante un caso sospechoso. En esta etapa se notó más tranquila, y su dialogo retorno a la fluidez normal.

En cuanto a Ps.C, ella admite que no sabe sobre ninguna prueba específica de autismo. Indirectamente, ella sabe que hay cuestionarios e instrumentos, dado que llevo a utilizar uno. Pero su nivel de conocimiento en esta área es problemático. Desconoce que las instituciones han declarado una serie de instrumentos como los imperativos a utilizar en una evaluación. Al igual que en al inicio, contesto con suma honestidad y sin titubeos. Como C.Psy en esta sección, se mostró tranquila, hablando pausadamente. Ptc solamente utiliza un instrumento desarrollado por ella misma a partir de sus experiencias. Dicho instrumento revela que conoce muchos elementos del desarrollo pre-natal asociado al autismo y el Asperger, como el historial psiquiátrico en la familia e infecciones durante la gestación, lo cual es parte del conocimiento legitimado. Esto le resulta de mucha ayuda

en combinación con las preocupaciones que le traen los padres del menor y las observaciones clínicas que realiza. No obstante, es un instrumento hecho basado en sus experiencias y no uno reconocido por las instituciones como un válido. De estas quien conoce más acerca de la evaluación y los instrumentos es Ps.Ed. Como profesional posee una gran cantidad de conocimiento legítimo acerca de cuáles instrumentos utilizar. Le falta mencionar el ADI-R que es el estándar reconocido, pero el poseer los signos que establecen que el uso de la Vineland es esencial en el proceso junto al CARS, en opinión del autor compensa su ausencia.

### **Categoría: Los Colegas**

De acuerdo con el conocimiento legítimo, el trabajo psicológico es más llevadero cuando el psicólogo o el psiquiatra, consulta con colegas y otros profesionales de la salud. Aun cuando una persona termina su adiestramiento oficial, hay temas que no son relevantes, por lo que habrá ocasiones en las que el consultar será esencial. Asimismo, hay conocimiento que no es parte del canon de la profesión, por lo que es indispensable el mantener los canales de comunicación con otras especialidades.

C.Psy: *“Si. Si, si no lo hubiese hecho”.*

Ps.C: *“Siempre, yo creo que esta profesión llevarla solo... No no, yo de verdad. Y por eso cuando trabajaba en hospital me gustaba tanto más que la práctica privada, porque tienes los recursos ahí”.*

Ps.Ed: *“Si, siempre lo hago porque yo sé que yo no soy un libro que me lo sé todo, y siempre siempre consulto...Pero siempre por ejemplo con esta que te estoy diciendo, yo he llegado a llamar a mi mentora en ocasiones, sí, me ha ayudado mucho”.*

Estas profesionales conocen lo importante del consultar. Un proceso útil especialmente cuando se conoce poco del tema. C.Psy afirma que sin la posibilidad de consultarle a otro colega, no haría una evaluación o cernimiento. Por su parte, Ps.C

expresa la necesidad de buscar ayuda con otros colegas, pues como dice, la profesión de la salud mental no es posible llevara en solitario. Ps.Ed a pesar de su vasto conocimiento también expresa lo necesario de consultar a otras personas, especialmente en casos dudosos. Las tres se expresaron con mucha claridad y parsimonia, en el caso de C.Psy y Ps.C se redujo su nerviosismo y sus palabras fluían con mayor claridad. Ps.Ed mantuvo su nivel de comunicación intenso, rápido y seguro que la caracterizo durante todo el proceso.

### **Interpretación:**

De las narrativas en esta sección, se puede observar que estas profesionales en su mayoría, poseen un conocimiento limitado en relación a los instrumentos de evaluación. Ellas saben que hay unos instrumentos específicos para el autismo y el Asperger, pero desconocen cuáles son en específico. Esto se remonta a su socialización, y como sus instituciones no les brindaron estos signos tan importantes. Sin embargo, esto no las limita en su proceso. El conocimiento legítimo que poseen les permite hacer unas observaciones clínicas útiles, mismas que a su vez les permiten hacer un referido específico a otro colega. El utilizar la ayuda de un colega más experimentado, es parte del conocimiento legítimo. Por eso la importancia de consultar con otros colegas, acto que todas expresaron que han utilizado en algún momento. La capacidad de consultar es una forma de crecimiento, de reducir el conocimiento problemático. Como profesionales saben de lo importante que es buscar ayuda ante un caso que le resulta difícil diagnosticar o evaluar. Especialmente cuando se desconocen cuáles pruebas utilizar para un caso de autismo o Asperger. Finalmente, de las narrativas se desprende que el conocimiento en cuanto al lenguaje y el juego de la persona con autismo o Asperger, es limitado pero

eficiente. Las participantes conocen algunos de los signos que son típicos en una persona con una de las dos condiciones anteriormente mencionadas.

### **Unidad de análisis: Tratamiento**

De acuerdo con el conocimiento legitimado, el último paso luego de un buen cernimiento y evaluación, es la creación de un plan de intervención y el establecimiento del tratamiento. El tratamiento es algo que se adquiere en el proceso de socialización, y en el caso específico de los ASD posee unos signos particulares. En esta parte, las respuestas fueron variadas revelando diferencias significativas entre las profesionales.

### **Categoría: Estrategias**

El autismo y el Asperger son trastornos que requieren una atención especial. Las instituciones han establecido diferentes estrategias terapéuticas a utilizar con estas personas. Para establecer cuales utilizar, el profesional necesita realizar un buen proceso de evaluación para determinar las fortalezas y necesidades del cliente.

*Ps.Ed: “No he dado terapia a personas con autismo...Bueno, yo no he trabajado mucho con ellos, pero con lo que he trabajado en las evaluaciones y haciendo las evaluaciones e interviniendo con ellos, yo creo que lo primero, ganárselo con distancia y con respeto para empezar, y lo otro es, yo creo que si nosotros trabajamos con ellos desarrollar destrezas interpersonales el niño puede salir adelante en muchas cosas”.*

*C.Psy: “Lo más que me funciona con ellos fue establecerle y romperle los patrones. Que fueran tolerantes...yo creo que lo más lo más [] lo trabaje fueron dos meses, pero lo que yo más encontré fue eso, este como que establecerle patrones y rompérselos...Estímulos visuales me ayudaba también...que más...estoy pensando...si yo creo que eso, estímulos visuales. El me respondía muy bien a estímulos visuales. Por ejemplo si íbamos a trabajar figuras o si íbamos a trabajar números...”*

*Ps.C: “O sea, yo he leído que nada es efectivo, que nada es efectivo. O sea realmente este cuando lo poco que nos enseñaron en la clase verdad en la clase de neurociencia, la realidad era que todo lo que anunciaban por ahí, este no era real no era efectivo. Pero nunca nos dijeron que era efectivo. O sea, recuerdo*

*ese curso, que todo el mundo se quedó así, 'esto no sirve esto no sirve', y ¿qué hago?"*

De la información recopilada se puede apreciar que el conocimiento de estas profesionales aún carece de elementos para que sea completamente no-problemático. El caso de Ps.C es el más dramático. Su institución además de no brindarle los signos necesarios, le dijo que nada era efectivo. Los pocos signos que ella posee, como el trabajar con las destrezas sociales en los más grandes y funcionales, los fue adquiriendo por su cuenta en su internado, pero el mismo sigue siendo problemático. En cuanto a niños pequeños posee la mitad del conocimiento legítimo que es, psicoeducar a los padres.

C.Psy posee las mismas limitaciones que Ps.C, pero está en una mejor posición. Ella sabe que parte del tratamiento implica tratar de eliminar o reducir patrones no funcionales y ayudar a adquirir otros que sean más saludables y útiles. Aunque no lo menciono por nombre, algunas de las estrategias que ella utilizo son en el formato A-B-A, lo cual implica que uso métodos conductistas. Aun así, su conocimiento todavía no se acerca por completo al legitimado.

Ps.Ed no ha tenido la oportunidad de trabajar con personas con autismo o Asperger en terapia. Sin embargo, posee parte del conocimiento legítimo, que es ayudar al desarrollo de las destrezas sociales, además de integrar a otros profesionales en el plan de intervención y a los padres. Sin embargo, no menciono estrategias específicas ni el método cognitivo-conductual. Finalmente, Ptc expreso que ella no facilita psicoterapia a personas con autismo, que se limita al tratamiento psicofarmacológico y orientar a los padres.

Durante esta fase de la entrevista, tanto C.Psy como Ps.C se mantuvieron relajadas, expresándose de manera concisa y clara. Ps.C específicamente se notó más animada y expresiva físicamente. En su dialogo, se puede apreciar como aun le parece sorprendente que durante su adiestramiento, se limitaran a decirle las estrategias que no funcionan sin suplir información de lo que sí es efectivo. En un momento dado ella expreso “Yo no recuerdo que ese señor hubiera dicho algo concreto que yo pudiera poner en práctica”. C.Psy por su parte se notó más confiada y segura. Incluso llego a describir algunas de sus sesiones en detalle, revelando que fue una experiencia enriquecedora. En esta parte hubo un cambio en Ps.Ed, quien se expresó de una forma más calmada, pero con la fluidez y seguridad característica en ella en todo el proceso. Ptc se mantuvo con su parsimonia usual y su dialogo extenso lleno de, elaborando en su contestación.

### **Categoría: Participación de los padres:**

Parte del conocimiento legitimado establece claramente, que integrar a los padres en el tratamiento de la persona con autismo o Asperger, lo hace más efectivo. Desde psicoeducarlos en lo que implica la condición, brindarle estrategias efectivas de manejo, e incluso brindarles estrategias de intervención terapéuticas para que usen en el hogar. Estas profesionales revelan que poseen dicho conocimiento.

*Ps.C: “...los padres es bien importante lo que ellos ven, lo que ellos están viviendo en la casa, o sea...pero son ellos los que realmente lo están viviendo y y te lo pueden decir de primera mano, y también psicoeducarlos, o sea, porque no saben lo que están pasando y si tu no conoces no sabes lo que vas a esperar...como manejarlo como...Y también el proceso de aceptar la condición como algo pues que existe y que...”*

Todas las profesionales integraron a los padres de alguna manera, lo cual es parte del conocimiento legítimo. Tanto Ps.C como Ptc le brindaron información a los padres sobre la condición, lo que esta implica que es algo de por vida. Específicamente Ps.C le

explico a la mamá del caso que atendió que era importante que el menor supiera de su condición. Ptc orienta a los padres de los casos que atiende específicamente que la agresión es consecuencia de la condición, y no falta de amor de sus hijos o un fallo en la crianza. Pero su intervención se limitó a ese factor. No brindaron estrategias específicas a usar en el hogar.

Ps.Ed y C.Psy estuvieron mencionando a los padres a través de la entrevista, por lo que no se hizo la pregunta. C.Psy hablo específicamente de un caso. En el mismo, ella le recomendó a la madre, el uso de tarjetas para ayudar en la comunicación y enseñar patrones al menor, un método terapéutico aprobado por las instituciones como efectivo. Por su parte Ps.Ed durante toda la entrevista expresaba como manejaba y orientaba a los padres, especialmente brindándoles recomendaciones para el manejo del menor. Estas dos profesionales poseen un conocimiento no-problemático mayor que las otras dos, pues más allá de orientar a los padres sobre lo que implica el autismo y el Asperger, el conocimiento legitimado establece que necesitan de estrategias para usar en el hogar, que no dependan exclusivamente de las sesiones terapéuticas.

### **Categoría: Ayuda de otros profesionales**

El conocimiento legitimado establece que un tratamiento efectivo de autismo y Asperger, integra a otros profesionales. El psicólogo y el psiquiatra deben trabajar con conjunto con las otras personas que estén brindándole servicios al menor, en áreas que están fuera del alcance y preparación de los profesionales de la salud mental.

*Ptc: “Bueno, sí, yo he mandado casos. Hay unos que quieren que le de psicoterapia, yo conozco psicólogos y ellos tienen sus métodos allá...yo digo que los psicólogos hacen lo que nosotros no hacemos, que ustedes tienen una gama de ideas sicoterapéuticas...”*

Ps.C: *“Claro, a través de la consulta verdad, de la opinión profesional de cada uno en su expertise, este, o sea, multidisciplinariamente. Yo te digo lo que yo estoy viendo, lo que yo creo, lo que quizás tú en tu disciplina este me pudieras colaborar, y tu igualmente, o sea a través de la comunicación constante, este, estemos en la misma sintonía, no yo trabajando una cosa sin tomar en cuenta lo que tú has observado verdad, o has podido evaluar en tu área, que seguramente se relaciona con lo que yo estoy viendo acá, pero estoy a medias si no se tu explicación y tú y tu, o sea, que se yo, de terapia ocupacional yo no sé nada, de patología del habla tampoco, o sea, así que hay que estar bien abierto y bien receptivo a las sugerencias y a las recomendaciones que los demás profesionales nos hagan.”*

C.Psy: *“Pues la realidad es que como no estuve mucho tiempo no los pude integrar muy bien pero si hablaba mucho con la terapeuta del habla en algunos de los casos entonces ella me indicaba como que ‘estamos trabajando las partes del cuerpo’... Con la ocupacional nunca tuve relación y no sé qué trabaja. La ocupacional trabaja como con 1 o 2 de mis neños pero no sé qué hacía con ellos, de verdad”.*

En relación al trabajo multidisciplinario, todas las profesionales estuvieron de acuerdo en su utilidad, pero su nivel de conocimiento legitimado en esta área, vario notablemente. Ptc aparenta poseer el menor grado de los signos correspondientes, pues el único profesional que menciona como aliado es el psicólogo (y no especifico cual especialidad y si mantiene comunicación con el/la mismo/a). Tanto C.Psy como Ps.C reconocen la importancia del trabajo en equipo junto al terapeuta ocupacional y del habla. Se puede observar en sus respuestas que tienen consciencia de lo importante de estar informado lo que está trabajando cada profesional y como, además de buscar la forma de integrar dicha información en su plan de tratamiento. Del mismo modo, poseen el conocimiento legitimado que establece que debe de existir una comunicación activa entre las personas que están trabajando con el menor. Sin embargo, no incluyen al psiquiatra entre los profesionales a los que se debe consultar en la fase de tratamiento. Ps.Ed por su parte, no se le hizo la pregunta directa, pues a través de la entrevista estuvo hablando de otros profesionales a los cuales ella consulta, como un neuropsicólogo, otros colegas

psicólogos, la psiquiatría, la terapia del habla y la ocupacional. Entre las entrevistadas fue la que poseía mayor conocimiento legítimo en relación al trabajo multidisciplinario.

**Interpretación:**

De la información recopilada se puede apreciar que esta área es la que más conocimiento legitimado, estas profesionales poseen. A excepción de una de ellas que expreso que no le brindaron ningún tipo de estrategia, las profesionales expresaron diferentes técnicas, todas ellas útiles, y parte del conocimiento legitimado. No obstante, aún carecen de elementos importantes, como lo es el integrar estrategias conductistas al plan de tratamiento.

Del mismo modo, se observó un nivel adecuado de conocimiento legitimado en relación a integrar a los padres al proceso de tratamiento. Aunque a niveles diferentes, todas las profesionales integraron a los padres al proceso. Esto es importante, ya que las instituciones establecen que es imperativo integrar a los responsables del menor al proceso de terapia. Aquí se puede observar la diferencia de los agentes socializadores, pues mientras la mitad se limita al proceso de orientación, la otra mitad incluía estrategias específicas. Estas profesionales saben lo importante que es brindarle a los padres herramientas para poder manejar la condición de su hijo, además de poseer el conocimiento legítimo que establece que el proceso de terapia no se limita a la psicoterapia, sino que es uno que incluye el tiempo con los padres.

Finalmente, todas estas profesionales poseen el conocimiento legítimo de los referidos importantes a realizar con la persona con autismo o Asperger. Esto sugiere que como profesionales, reconocen que el autismo y el Asperger no pueden ser tratados solamente desde el punto de vista psicológico. Dicho conocimiento a su vez implica que

las participantes poseen el signo que estipula, que el autismo y el Asperger son condiciones que afectan diferentes áreas del desarrollo, mismas que no están dentro de la preparación del/a psicólogo/a.

## Capítulo V

### Discusión, conclusión y recomendaciones

La presente investigación se propuso examinar el nivel de conocimiento de un grupo de profesionales, en relación al cernimiento, evaluación, diagnóstico y tratamiento del autismo y del trastorno de Asperger. A continuación se va a discutir la información que fue recopilada, las conclusiones, las limitaciones y las recomendaciones para futuros estudios. Del mismo modo, este capítulo va a incorporar las recomendaciones para la disciplina de la psicología clínica y hallazgos adicionales que se desprenden de la investigación. Los hallazgos y las conclusiones basadas en la información recopilada y analizada, solamente se pueden aplicar a las cuatro profesionales que participaron del estudio.

La discusión de la información se realizó en base al modelo de Wolcott (1994), utilizando los componentes que lo integran, que son descripción, análisis e interpretación. Como se ha mencionado anteriormente, estos elementos ocurren de manera simultánea en todo estudio que use dicho modelo. Para lograr una integración entre estos componentes, se expondrán las unidades de análisis y las categorías que las integran. Dicha integración posibilita profundizar y entender las experiencias de las profesionales que participaron del estudio y las implicaciones para ellas, el investigador, la profesión misma de la salud mental; y el conocimiento acerca de los PDD.

Los ASD son un grupo de condiciones cuya prevalencia está en aparente aumento. Dichas condiciones son catalogadas como trastornos del desarrollo, pues están presentes durante toda la vida del/la afectado/a. Específicamente, el autismo presenta un cuadro sintomatológico severo que afecta la comunicación, las interacciones sociales, el

cuidado de sí mismo, entre otros elementos. Además, afecta el desempeño académico y social del afectado. Suele detectarse desde temprana edad y requiere de atención en múltiples áreas, como lo es la mental, la neurología, el habla, motora, entre otras. El Asperger por su parte, posee los mismos síntomas pero en menor intensidad, al punto que en ocasiones no son diagnosticados o lo son en la pre-adolescencia. A pesar que su sintomatología es la misma que el autismo pero en menor intensidad, la persona sigue experimentando problemas en las relaciones sociales, comunicológicos, conductuales y de salud mental, mismos que necesitan ser atendidos.

Las personas afectadas por estas condiciones necesitan de la atención de varios profesionales, por lo que es importante que dichos profesionales estén adecuadamente adiestrados. Especialmente, porque algunos de los síntomas son compartidos con otras condiciones. No obstante, surge el problema que muchos profesionales no saben de la existencia de dicha condición, o no están adecuadamente preparados para manejar lo más básico, que es el cernimiento. El proceso de cernimiento es importante, el mismo ayuda al profesional a determinar si el menor necesita o no una evaluación para descartar o confirmar autismo. De la misma manera, los profesionales de la salud mental, necesitan integrarse en grupos multidisciplinarios e interdisciplinarios, para lograr un mejor proceso diagnóstico y terapéutico.

La sociología del conocimiento establece que las personas tienen una socialización secundaria y que dicho proceso ocurre dentro de una institución. Es la institución la que ha organizado el conocimiento considerado como legítimo y la que imparte toda la información que la persona va a necesitar para ser integrante de la institución. Este conocimiento legítimo está conformado por signos y un lenguaje que el

neófito tiene que aprender para poder eliminar la información que le puede afectar cuando ejerce sus funciones como miembro de la institución, o sea, el conocimiento problemático. Este es un proceso activo, la persona necesita participar en dicho proceso, debe ir aceptando la información que se le sule, integrarla, hacerla propia de una manera consciente y activa para que se transforme en parte de el/ella. Es un proceso donde el que está siendo adiestrado, confía en quien lo adiestra, de que le va a suplir lo que necesita para ser miembro de la institución, que lo ayudara a obtener el conocimiento legitimado.

En base a la información que se obtuvo en las entrevistas a las participantes, el análisis de las mismas y la información que sule la literatura, se desarrollaron cuatro unidades de análisis. Estas son: experiencia durante el adiestramiento profesional, el proceso de cernimiento, proceso de medición y evaluación; y tratamiento. Con estas unidades se analizó la información que se obtuvo por medio de los relatos de las participantes.

### **Interpretación de la unidad de análisis experiencia durante el adiestramiento del profesional.**

De la información recopilada se desprende que la mitad de las profesionales opina, que las instituciones que adiestraron a las participantes no les brindaron todo el conocimiento legítimo. Una de ellas aunque expreso que considera haber recibido un buen adiestramiento en relación al autismo, luego lo refuta con un comentario que realizo más adelante en la entrevista. Esta situación donde la institución, en este caso la universidad, no brinda el suficiente adiestramiento para el manejo del autismo y los ASD es sustentado por Hernández et al (2005), quien expone que en España y en Inglaterra, tanto médicos pediatras como psicólogos no tienen la formación necesaria para detectar

los PDD. Estos datos son respaldados por Abad Sanz et al (2009) quien estipula que 62.5 por ciento de los diagnósticos que son emitidos tarde, se deben al desconocimiento del profesional, y 80 por ciento de los encuestados admitieron conocer poco de los TEA. Problemas similares reportan Albores-Gallo y colaboradores (2008) en México. En Estados Unidos Lyane (2007), Carlson et al. (2007) y Brock (2004) encontraron un patrón similar, donde profesionales de diferentes especialidades de la psicología tenían problemas en identificar y diagnosticar el autismo o uno de los otros TEA. Esto apunta a un adiestramiento que obvió conocimiento problemático, dejando al profesional con un conocimiento que no es del todo legítimo.

Las participantes del presente estudio, poseían un nivel variado del conocimiento legítimo, en esto superan a los encuestados de Abad Sanz et al. Específicamente, Ps.Ed muestra un conocimiento más amplio y por lo tanto más cercano al legítimo, al compararla con sus colegas. Su nivel de conocimiento sigue de cerca el que Brock recomienda en su protocolo. A partir de las narrativas, se puede observar que estas profesionales, a pesar de poseer un conocimiento limitado, el mismo les pueden permitir trabajar dentro de las limitaciones que cada una de ellas reconoce.

### **Interpretación de la unidad de análisis el proceso de cernimiento**

Según se desprende de la información adquirida, estas profesionales en un proceso de cernimiento, examinarían el lenguaje del menor y comentarios de los padres en relación a como se comunica. Específicamente, que el menor no hable a la edad esperada, un vocabulario limitado para la etapa del desarrollo, o la falta total del habla ante la ausencia de un impedimento en dicha área. Esto es respaldado por varios autores (Charleman 2010; Cashin y Barker 2009; Abad Sanz et al. 2009; Allen et al. 2008;

Preissler 2008; O'Neil 2008; Albores-Gallo et al. 2008; Smith 2008), quienes indican que el autismo (y el Asperger en menor grado) va acompañado por problemas del habla y del lenguaje. Esto implica que las entrevistadas poseen este conocimiento legítimo.

Otra área que estas profesionales examinarían en el proceso de cernimiento, son las relaciones sociales. De acuerdo a su conocimiento no-problemático esto es importante pues el menor con autismo o Asperger, mostrara limitaciones en dicha área. Dentro del cuadro sintomatológico, un menor que no le interese o muestre poco interés en compartir con otros niños de su edad, es un dato importante para el proceso de cernimiento. En adición, menores que tienen problemas estableciendo amistades, o que no deseen jugar con otras personas, incluyendo los padres, es un signo reconocido por las instituciones, como las universidades y organizaciones profesionales. De forma similar, menores que presentan dificultad en expresar sus necesidades, de una manera que otras personas que no sean miembros de su familia los comprendan, es otro signo útil en el proceso de cernimiento. Todos estos datos serían recolectados por estas profesionales ante la presencia de un caso sospechoso. Esta información es respaldada por diversos estudios (Linares 2011; Charleman 2010; Abad Sanz et al. 2009; Allen et al. 2008; Preissler, 2008; O'Neil, 2008; Albores-Gallo et al. 2008; Smith 2008; Tomanik et al. 2007; Brimacombe et al. 2007; Frith 2006; Hernández, et al. 2005; Soto Calderón 2001). Esto apunta a que las participantes poseen el conocimiento legitimado en cuanto a la importancia de explorar las interacciones sociales en el proceso de cernimiento.

Al analizar las entrevistas, el investigador observo que hubo información que solamente una de las profesionales poseía. Por ejemplo, en cuanto a los intereses limitados, solamente Ptc mostro poseer este conocimiento, mismo que Szatmari (2006)

establece como uno integral del espectro autista. En cuanto a la alimentación, solamente Ps.Ed expreso esto como parte del patrón de la persona con autismo y que exploraría en un cernimiento. De acuerdo con Palomo, Belinchón y López (2004), Virola (2003) y Kanner (1943), los problemas en el área de la alimentación son parte de la presentación diagnóstica, mismos que son necesarios indagar en el proceso de cernimiento. Aunque solamente dos de las entrevistadas lo mencionan, otra conducta que considerarían importante son los movimientos estereotipados. Este signo apoyado por las instituciones y por autores como Linares, (2011), Albores-Gallo et al (2008) y Frith (2006).

Es importante destacar que solamente una de las entrevistadas hace mención de los intereses limitados como parte del cuadro autista. En adición, ninguna de las entrevistadas hablo de la auto-estimulación, reacciones exageradas a los estímulos sensoriales, hiper o hiposensibilidad al dolor, falta de reciprocidad cuando el juego es iniciado por otra persona, e intereses limitados. De acuerdo con algunos autores (Linares 2011; Frith 2006; Szatmari 2006; Viloca 2003; American Psychiatric Association 2000; Kanner 1943), estos indicadores están presentes en la mayoría de los casos con autismo y en menor grado, en los de Asperger, lo cual los hace parte esencial del proceso de cernimiento. Esto implica que este grupo de profesionales no posee este conocimiento legitimado, siendo esto una fuente de conocimiento problemático.

En cuanto a los atrasos en el desarrollo, la información que presentaron las participantes fue limitado. Ellas reconocen algunos de las señales de atraso que suelen asociarse con el autismo o el Asperger. Por ejemplo, algunos no reaccionan a la voz de los padres, ausencia de la sonrisa social, que no hable a la edad esperada, socialización inadecuada a la edad de desarrollo y problemas en las destrezas motoras. Según

Hernández y colaboradores (2005), la falta del habla es un problema del desarrollo típico, que comienza desde la ausencia del balbuceo. Este autor también habla de la socialización y como la ausencia de la misma es una señal de alerta. No obstante, estos signos están incompletos pues el conocimiento legítimo establece un grupo de atrasos como los que en conjunto indican la presencia de un TEA. Por ejemplo, Palomo et al. (2004) establecen los siguientes atrasos en el desarrollo como importantes: que un menor que no responda a su propio nombre, que no sea capaz de pedir un objeto, y que evite el contacto visual. Además, tanto Hernandez et al., como Polomo et al., señalan la falta de la sonrisa social, falta de interés por la voz humana, ausencia del juego imaginativo y el que aparentemente ignora la presencia de otras personas como atrasos en el desarrollo que son particulares del autismo. Estos atrasos son parte del conocimiento legitimado, mismos que las entrevistadas aparentemente no poseen.

En cuanto al diagnóstico diferencial, las entrevistadas establecen las diferencias importantes entre las condiciones. Por ejemplo, un menor con retardo mental nunca adquiere ciertas destrezas, mientras que el neuroatípico las tuvo en un momento dado y luego las fue perdiendo. El trastorno de déficit de atención e hiperactividad no presenta usualmente atrasos comunicológicos, además de mostrar interés social por los demás niños. En adición, se observó que ellas conocen varias de las condiciones que suelen confundirse con un ASD, como el Trastorno Oposicional Desafiante, Desorden Obsesivo Compulsivo, Desorden de Conducta, ansiedad y depresión, que de acuerdo con Carlson et al. (2007), son los que poseen unos síntomas similares.

Como se ha analizado en otras áreas, a pesar de poseer parte del conocimiento legitimado, el mismo es incompleto. Por ejemplo, el autismo puede presentarse junto al

retardo mental y al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Abad Sanz et al. 2009; Albores-Gallo et al. 2008, Brock 2004). De sus relatos se puede observar la ausencia de algunos de los signos del conocimiento legitimado, que les ayude a realizar un diferencial. Por ejemplo, Brock (2004) establece que para el diferencial entre autismo y Asperger, es importante tomar en consideración que en éstos últimos, usualmente no hay problemas intelectuales, mientras que es normal que el retardo mental este presente junto al autismo. Según, la Asociación Americana de Psiquiatría (2000), la diferencia entre autismo y Asperger por ejemplo, radica en que no hay atrasos significativos en el lenguaje en los que padecen de Asperger. Si los problemas en la comunicación no van acompañados por problemas sociales, ni hay la presencia de intereses limitados, entonces un trastorno del lenguaje es lo más certero. Filipeck y colaboradores (1999), establecen que la diferencia clave entre el autismo y el mutismo selectivo es que en el último, el menor limita su comunicación pero puede comunicarse en otras situaciones. Asimismo no hay limitaciones sociales ni con los intereses. Estos autores establecen también que la diferencia entre esquizofrenia y autismo radica en que en el primero, hay un historial normal de desarrollo, especialmente en lo social, con la eventual aparición de alucinaciones. Aunque las personas con autismo, pueden desarrollar trastorno obsesivo compulsivo (Linares 2011), de acuerdo con Filipeck et al., el diferencial es que la persona diagnosticada con el trastorno obsesivo compulsivo, a pesar de tener intereses y conductas inusuales, no tiene problemas en la comunicación ni en las destrezas sociales. Estos signos fueron nuevamente legitimados por Brock (2004) como la manera más sencilla de realizar un diferencial ante la sospecha de autismo o Asperger. Ante esta

información se analiza que el conocimiento de las entrevistadas está compuesto por elementos no-problemáticos y problemáticos.

Finalmente, en cuanto al conocimiento de los referidos importantes a realizar en un proceso de cernimiento, las entrevistadas mostraron poseer conocimiento legitimado en diferentes grados. Sin embargo, es aquí donde se identificó un mayor número de signos legitimados, lo cual hace que el conocimiento para tres de las participantes sea completamente no-problemático. Entre los referidos que las participantes mencionan está el audiólogo, el neurólogo, patóloga del habla, terapia ocupacional, neurólogo y genetista. De acuerdo al Protocolo de Filipeck (Filipeck et al), estos son los referidos necesarios en el proceso de cernimiento de un caso sospechoso. Se puede observar que a pesar de sentir que no fueron adiestradas adecuadamente, estas profesionales poseen parte del conocimiento legitimado. Ante la presencia de un caso sospechoso, poseen elementos que les pueden ayudar a guiar ese proceso de cernimiento.

### **Interpretación de la unidad de análisis proceso de medición y evaluación.**

El proceso de medición y evaluación de la persona con autismo o Asperger, es similar en algunos aspectos al del neurotípico (Frith 2006, Brock 2004). Las participantes mostraron en su mayoría, una carencia de dicho conocimiento legitimado. Un factor importante es que dos de las participantes, señalan la asistencia del juicio clínico, pero que no se basan en el para otorgar un diagnóstico, pues de acuerdo con las narrativas no es lo correcto ni lo ideal. Dicho signo es uno apoyado por las instituciones y por la literatura (Bell y Mellor 2009; Gladwell 2005; Soto Calderón 2001), quienes establecen que el uso exclusivo del juicio clínico sin instrumentos de medición validados, es contra-indicado. Las profesionales que fueron entrevistadas poseen este conocimiento

legítimo, el mismo que les permite a las que desconocen la existencia de los instrumentos, hacer un referido si hace falta una evaluación como tal.

Del grupo de entrevistadas, solamente una logro identificar instrumentos de medición para utilizar en una evaluación enfocada en autismo, Ps.Ed. A diferencia de las otras participantes, su institución le brindo una parte esencial del lenguaje psicológico: los instrumentos de medición. De acuerdo a su narrativa, Ps.Ed utiliza el CARS-2, BASC-2, Toni-3, P-Toni y Escala de Conducta Adaptativa Vineland (VABS) en el proceso de evaluación; junto a escalas cognitivas como la EIWNR-PR para los casos que son verbales. En cuanto al CARS, Albores-Gallo et al., indica que posee una alta sensibilidad para el autismo. El uso de las escalas Wechsler es respaldado por Brock (2004), quien establece que al presente es una de las mejores escalas para medir las habilidades cognitivas de la población con ASD. Igualmente, tanto Filipeck et al., como Brock, Perry, Flanagan, Geier, y Freeman (2009) exponen que todo proceso de evaluación de un caso sospechoso tiene que incluir la VABS para poder medir como están las capacidades de funcionamiento adaptativo. Aunque el BASC no es para diagnosticar autismo, es parte del proceso de evaluación según lo establece Brock en su protocolo.

No obstante, en las narrativas de las participantes, especialmente la de Ps.Ed están ausentes el M-CHAT y el ADI-R, que de acuerdo con Albores-Gallo et al., (2008), Allen, Robins y Decker (2008); Caretti Giangaspro et al (2007); Hernández et al., Brock (2004) Filipek et al., son parte esencial del proceso de medición y evaluación. A pesar de esto, se puede considerar que el conocimiento de Ps.Ed es el más cercano al legítimo. La información obtenida de las narrativas, implica que la mayoría de las instituciones no

brindaron el conocimiento no-problemático necesario para el proceso de evaluación, específicamente ante la presencia de una persona con un TEA.

De las narrativas se obtuvo que todas las participantes, expresaron lo importante de consultar con otros colegas y profesionales. Sin excepción, cada una de las participantes expuso que es parte esencial de su trabajo tanto con el autismo como con otras condiciones. Aunque la literatura revisada no hace referencia específicamente de esto, si elabora en la importancia de integrar otros profesionales al proceso de evaluación (Filipeck et al). Es Linares (2011) quien elabora en lo importante de que diferentes profesionales que atienden distintas áreas del cliente con autismo o Asperger, mantengan los canales de comunicación abiertos.

Basado en sus narrativas acerca del uso de instrumentos específicos para el autismo y el Asperger, el análisis apunta a que en su mayoría, el grupo entrevistado no posee todo el conocimiento legítimo. El mismo está limitado aunque contrario en otras partes, no está rodeado de conocimiento problemático. Las participantes saben de la existencia de instrumentos específicos, esto es conocimiento no-problemático, lo que desconocen es cuales son. No obstante, compensan esto con el uso de las observaciones clínicas, conscientes de que este proceso no puede utilizarse para emitir diagnóstico. Estas profesionales han sabido manejar la falta de conocimiento no-problemático.

### **Interpretación de la unidad de análisis tratamiento.**

Las narrativas de las participantes, revelan una continuidad de lo que se ha estado identificando a través del proceso. Esto es, una combinación entre el conocimiento no-problemático y legítimo con el conocimiento problemático. En cuanto a Ptc, ella expresa que se concentra en la parte farmacológica del tratamiento y que no brinda psicoterapia.

Dicha participante, lo explica cuando refiere que el psicoanálisis requiere una participación activa de parte del cliente, misma que no es posible por completo con la persona neuroatípica. Esto es importante, pues de acuerdo con Smith (2008), dicho método no tiene utilidad con este grupo de clientes.

Una narrativa constante con las profesionales, fue incluir a los padres como parte integral del tratamiento. Esto es respaldado por Stahmer (2007), quien explica lo importante de involucrar a los padres, para aumentar la efectividad del proceso terapéutico. Sin embargo, dos de las entrevistadas fueron más allá de solamente psicoeducar, brindándoles a los padres estrategias a usar, mismas que ayudan a intensificar el tratamiento. Esto es uno de los aspectos que Linares (2011) expone como integral del trabajo terapéutico de los neuroatípicos.

En su mayoría, las profesionales participantes del estudio, estaban conscientes de que el método cognitivo-conductual es el que muestra mayor efectividad para el tratamiento de las personas con autismo y Asperger. La superioridad de dicho método fue establecida por Smith, quien elabora todo un análisis sobre las terapias y estrategias terapéuticas más efectivas para el tratamiento del autismo y del Asperger. Hallazgos similares presenta Kincade (2009) en su trabajo de disertación. No obstante, la manera en que utilizaban el método cognitivo-conductual no era estructurada como recomienda Linares, sino más bien el uso de técnicas para manejar por ejemplo, rutinas diarias. El lograr adquirir rutinas y patrones funcionales, mientras se eliminan o reducen los disfuncionales, es de acuerdo a Linares y Stahmer parte del proceso terapéutico con esta población.

De las narrativas de Ps.Ed, C.Psy y Ps.C se desprende, el trabajar con las destrezas sociales como parte del plan de tratamiento. Aunque lo hacían sin seguir un protocolo como tal, ellas demostraron poseer el conocimiento legítimo que apunta a que es imperativo, incluir las destrezas sociales al proceso psicoterapéutico (Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., y Fombonne, E., 2007; Reynhout, G. y Carter, M. 2007; Epp, K.M., 2008). Estas participantes poseen estos elementos que les permiten trabajar con la población con autismo y con Asperger. A nivel general, las participantes poseen algunos de los signos importantes del conocimiento legítimo en cuanto al tratamiento de las personas con autismo o Asperger.

### **Resumen y conclusiones.**

El concepto de autismo, la palabra en sí, es una abstracción, creada para llevar a la mente el conjunto de elementos que conforman el ente diagnóstico y que ha sido abalada por la(s) institución(es). Es una simplificación que le dice al profesional los síntomas sin tener que nombrarlos uno a uno y poder comunicarse con otros profesionales de una forma efectiva, sencilla y eficaz. El describir queda eliminado, al menos que se busque aquello que distingue un cliente de otro con la misma descripción, con una creación lingüística similar. El autismo como las demás condiciones psicológicas y las enfermedades biológicas, es “meramente un nombre en relación a los elementos aislados de los cuales está compuesto, que tiene toda la rigurosidad de la construcción de la designación verbal” (Foucault). La palabra o la construcción gramatical *autismo*, está dotada del conjunto de elementos que sirven para designar a una persona como que padece de autismo. En sí misma no significa nada si no se conocen los elementos que la

componen y la relación específica entre estos y la capacidad de distinguirlo de otros entes diagnósticos.

Este proceso de conocer los elementos que conforman tanto el autismo como el Asperger, es una construcción social que ha sido forjada por las instituciones y que a pesar de las modificaciones a través de las décadas, es parte del conocimiento legítimo que conforma el adiestramiento de los profesionales. Pero sin una socialización adecuada, se torna en una mera descripción lingüística que no tiene utilidad, que no llega a transformarse en una relevancia.

Lo que se ha identificado en las narrativas de las participantes, es que para C.Psy y Ps.C, los TEA, específicamente el autismo y el Asperger; fueron unas construcciones que fueron discutidas durante su adiestramiento, tuvieron contacto con esa verdad que expone la institución, pero la misma no paso a ser parte de su conocimiento no-problemático. A pesar de que ellas se transformaron en su proceso de aceptar las verdades de la institución, no obtuvieron el conocimiento legítimo por completo. El autismo, paso a ser meramente un nombre, la descripción de algo que se sabe que existe, pero nada más. Un término que agrupa unos signos que no son parte de las relevancias y por lo tanto, no son parte del conocimiento no-problemático, no se convirtió en una rutina, formando parte del conocimiento problemático.

No obstante, estas profesionales han mostrado apertura a transformar su conocimiento, y dicha apertura las llevo a acercar su conocimiento a lo legitimado; o por lo menos a los elementos básicos del mismo. Esto se evidencia específicamente en Ps.C en su gesto de consultar con una colega, quien paso de manera extraoficial a ser un agente socializador de la institución. En el caso de C.Psy, ante la interrogante de que

casos ella nunca había trabajado, opta por reconocer su conocimiento problemático, hubo un interés por obtener los signos y mejorar el lenguaje. En las participantes, se da un proceso de transformación que les abre la puerta a adquirir otros signos que a su vez le proporcionarían parte del conocimiento legítimo.

La información adquirida a través de las entrevistas, apuntan a que para estas profesionales, su socialización no fue completa, sin embargo poseen parte del conocimiento legítimo. Aunque Ps.C expresa que no trabajaría un caso de autismo sin la ayuda de un colega experto en el tema, tiene algunos de los elementos necesarios para por lo menos, hacer un referido a una evaluación específica de autismo. C.Psy por su parte, conoce elementos importantes, como los necesarios para realizar un diagnóstico diferencial. Ambas desconocen los instrumentos específicos para el autismo y el Asperger; y ambas desconocen estrategias específicas de tratamiento, aunque saben lo útil del modelo cognitivo-conductual. Asimismo, ambas poseen el conocimiento de lo importante que es integrar a los padres y otros profesionales en el servicio.

En cuanto a Ptc, ella posee una gran cantidad de conocimiento legítimo, no obstante se limita a trabajar los casos clásicos de Kanner. Del mismo modo, desconoce los instrumentos especializados y lo importante de integrar a otros profesionales. Las tres participantes conocen los referidos más importantes dentro del proceso de evaluación, pero Ptc no menciona lo necesario del referido a la patóloga del habla y a la ocupacional.

La diferencia la establece Ps.Ed, quien posee unas experiencias diferentes. Su adiestramiento le suplió una gran cantidad de signos, mismos que hacen de su conocimiento lo más cercano al legitimado. Aun así posee elementos problemáticos, pero en menor cantidad que sus compañeras.

En conclusión, para C.Psy y Ps.C, su nivel de conocimiento acerca del autismo y del Asperger es limitado, pero en diferentes niveles. Basado en sus expresiones y recuerdos, sus instituciones no le dedicaron mucho tiempo al tema de los ASD, su conocimiento, evaluación, diagnóstico y tratamiento. Específicamente al tema de tratamiento, Ps.C expresa que su profesor les comentó que nada era efectivo, lo que va en contra de la literatura que apunta al método cognitivo-conductual como el ideal, junto a otras estrategias para el manejo de destrezas sociales. No obstante poseen relevancias que le pueden ayudar en el proceso de conocimiento inicial, y con la asistencia de un colega con mayor conocimiento en el tema, una evaluación diagnóstica para confirmar o descartar la presencia de un PDD. Por último, estas profesionales en un momento decidieron encarar el conocimiento problemático. Parafraseando a Foucault, decidieron transformarse a sí mismas con el fin de obtener la verdad, de acercar su conocimiento al conocimiento legítimo y reducir su conocimiento problemático. Problema que basado en la información, no confrontaron Ps.Ed y Ptc.

### **Hallazgos adicionales.**

Durante el proceso de selección de los participantes, se hizo contacto con una oficina en el área Sur. Dicho profesional posee un grado doctoral Psy.D. En dicho contacto inicial, no fue posible hablar personalmente con Ps.C-2, por lo que se hizo entrega a su secretaria de una carta, en la cual se explicaba la investigación, su propósito académico y el tiempo que iba a consumir la entrevista.

La respuesta Ps.C-2 fue negativa. De acuerdo con el mensaje que dejó con su secretaria, no podía participar de la investigación pues "...no trabaja con niños y no sabe nada de autismo". Desde un punto de vista pragmático-profesional, el que no trabaje con

menores es algo totalmente irrelevante. Cada profesional decide con cual grupo edad trabajara o si dedica exclusivamente a uno. No obstante, es posible hacer un análisis e interpretación de dicha situación.

El comentario "...no sabe nada de autismo" encierra una contradicción que la revisión de literatura menciona. En teoría, toda persona que fue socializada por la institución y adquirió el conocimiento legitimado (en este caso, la universidad), conoce o deben conocer los signos que forman parte del canon. En otras palabras, todo profesional de la salud mental debe conocer algo acerca de todos los entes diagnósticos, en este caso los PDDs.

Sin embargo, la realidad es diferente en el caso de Ps.C-2. Esta persona expresa abiertamente que no sabe nada de autismo (es debatible si esto también aplica al Asperger). ¿Una socialización secundaria deficiente? ¿La institución en la que se adiestro obvio ese signo como parte del lenguaje psicológico? El que trabaje exclusivamente con adultos, ¿debe tomarse como indicio de un desconocimiento mayor? Dichas interrogantes no pueden ser contestadas.

Como profesional, Ps.C-2 ha decidido laboral exclusivamente con adultos, lo que bien puede entenderse como una falta de socialización apropiada, o puede ser el resultado de un proceso de autoconocimiento, o simplemente que no le agrada trabajar con niños. Ahora, su desconocimiento del autismo implica, que ella puede brindar un tratamiento inadecuado a un adulto con uno de los PDD. ¿Ignora ella que los TEA son trastornos del desarrollo que continúan durante toda la vida? ¿O es un reflejo de su socialización? ¿Se debe entender que no le brindaría tratamiento a un adulto con ASD? De esta información es posible establecer unas interpretaciones limitadas. Una es que su institución no la

preparo para la realidad de los PDDs, específicamente que no son un trastorno exclusivo de la niñez. Así, en vez de integrar ese conocimiento problemático, opto por rechazarlo, evitando así que enriqueciera sus rutinas y ampliara su lenguaje psicológico. Es un conocimiento que pertenece a la zona alejada y que no posee relevancia. Dicha institución ha forjado un miembro con un dominio deficiente de los signos y del lenguaje legitimado como parte del quehacer psicológico. En este aspecto, Ps.C-2 se acerca a los hallazgos de otros países, cuyos profesionales expresan desconocer los PDD.

Un segundo hallazgo es en relación a la entrevista. Tanto Ps.C como la profesional que se entrevistó en la inmersión inicial, confrontaron dificultades con la primera pregunta. Al escucharlas su expresión facial cambiaba a una de no entender, lo cual confirmaban cuando le preguntaron al investigador a que se refería. Tomando en cuenta que tres de las entrevistadas contestaron inmediatamente sin necesidad de elaborar en la pregunta, es poco probable que sea un problema de redacción.

### **Limitaciones.**

Los hallazgos de la presente investigación han ampliado el conocimiento acerca del autismo en la literatura psicológica puertorriqueña. Además, ha aportado evidencia que sugiere, que la situación en Puerto Rico es diferente a la europea, mexicana, argentina y la estadounidense; y que nuestros profesionales poseen un mejor conocimiento acerca del autismo y el asperger. No obstante, como toda investigación posee limitaciones.

La primera limitación del presente estudio es que sus resultados no pueden ser aplicados a todos los profesionales de la salud mental de Puerto Rico. El número de participantes fue limitado por lo que la información obtenida, solamente es válida para las

participantes. Sin embargo, siendo un trabajo cualitativo, su propósito no es crear normas ni establecer generalizaciones, sino crear otros cuestionamientos, más preguntas, fomentar el análisis y promover la creación de otras propuestas investigativas.

### **Aportaciones de la presente investigación.**

Luego de analizar las entrevistas, el investigador expone que el presente estudio presenta un panorama diferente al analizado en otras partes del mundo. Aunque los hallazgos no son generalizables al resto de la comunidad de profesionales de la salud mental en Puerto Rico, se observó un mejor conocimiento del autismo que en México, Argentina, Inglaterra, España y Estados Unidos. Esto sugiere que las instituciones de Puerto Rico están brindando una mayor cantidad del conocimiento legítimo en comparación con estos países anteriormente mencionados.

La principal aportación de la presente investigación, es que el texto crea una fuente importante de información acerca de los TEA, misma que resulta difícil de hallar de manera individual, especialmente en relación a otros países de Latinoamérica y Europa. Asimismo, crea una base de datos cibernéticos útiles, tanto del ambiente estadounidense, como el europeo y el latinoamericano. Esto crea una fuente de referencia para futuras investigaciones y/o proyectos universitarios acerca de los PDD. Entre estas referencias, se encuentran enlaces cibernéticos a los artículos originales de Kanner, autor clásico en la literatura del autismo y esencial para cualquier investigación relacionada a los ASD. De la misma forma, la investigación aporta a la literatura información sobre estadísticas del Departamento de Educación de Puerto Rico, información que basado en la experiencia del investigador es difícil de adquirir. Estas estadísticas son útiles ante la ausencia de un censo del Departamento de Salud de Puerto

Rico. Aporta además una entrevista semi-estructurada, misma que puede ser herramienta para la creación de otras investigaciones. Por último, es una investigación en un tema del que la revisión de literatura apunta, no hay mucho en Puerto Rico. Más allá de exponer información amplia de los TEA, la presente investigación toca el tema de los profesionales que trabajan con dicha población y cuál es su nivel de conocimiento, tema que en consideración del autor de esta investigación, necesita más atención.

### **Recomendaciones a la disciplina.**

Basado en los hallazgos de la presente investigación y en la revisión de literatura, lo primero que se recomienda es revisar el diseño de las secuencias curriculares. Las experiencias de las profesionales, en combinación con lo que revela la literatura, exponen que la secuencia de las universidades no está presentando el tema de los PDD de manera adecuada. Una segunda recomendación es el desarrollo de educaciones continuas en torno al tema de los ASD, específicamente el proceso de evaluación de los casos sospechosos, las pruebas e instrumentos diagnósticos y estrategias terapéuticas. También se recomienda la validación de los instrumentos de cernimiento y diagnóstico existentes para la población de Puerto Rico. Especialmente los instrumentos que son reconocidos internacionalmente como los estándares del proceso evaluativo, como el ADI-R, el M-CHAT y el CARS. Asimismo se recomienda la promoción de la creación de instrumentos nuevos desde las universidades o desde las organizaciones profesionales locales. Se recomienda además que la profesión se una a la educación de otros profesionales como los pediatras, además de fomentar el diálogo interdisciplinario con dicha profesión y otros profesionales de la salud como lo son los/las patólogos y terapeutas del habla, los/las terapeutas ocupacionales y terapeutas físicos.

Del mismo modo, se recomienda que se fomente la investigación y la publicación de los diversos temas relacionados al autismo y los demás ASD, como lo es la adquisición del lenguaje, estrategias para el desarrollo de destrezas sociales, estrategias para el manejo adecuado de esta población para los maestros y encargados del/la menor, estrategias conductuales, entre otros. Se recomienda también el fomentar el adiestramiento de profesionales en los diversos métodos de terapia existentes y avalados por la literatura, como el TEACHH, Social Stories, PECS y el ABA. Además, se recomienda que la Asociación de Psicología de Puerto Rico, la Asociación de Psicólogos Escolares de Puerto Rico y otras instituciones del quehacer psicológico y creadores del conocimiento legítimo, funden una división dedicada a los PDD y a la educación tanto del pueblo, los políticos y otros profesionales en torno al tema de los TEA. En adición, se recomienda una mayor comunicación entre las diversas organizaciones profesionales de psicología y organizaciones especializadas en autismo como lo es FILIUS y con otras organizaciones profesionales.

### **Recomendaciones para futuras investigaciones.**

Como parte de las recomendaciones para futuras investigaciones, está el elaborar el presente tema en un proyecto que combine los métodos cuantitativos y cualitativos, con una muestra que sea estadísticamente significativa. De este modo, es posible obtener un panorama más amplio del nivel de conocimiento de la profesión en torno a una condición que va en aparente aumento. Dicho tema se puede ampliar y modificar para incluir otras profesiones de la salud y que también trabajan con la población que padece uno de los ASD. Por ejemplo, los pediatras, los patólogos y terapeutas del habla, entre otros. Asimismo se puede realizar un proyecto investigativo que examine el

conocimiento del autismo en los maestros tanto de la corriente regular como los de educación especial, dado que estos profesionales son los que más tiempo están con los/las menores después de los padres. Tomando esto último en consideración, se puede desarrollar investigaciones para el desarrollo de estrategias por ejemplo, de modificación y manejo de conducta, diseñadas para el maestro y el ambiente escolar. Asimismo, la psicología clínica en alianza con la psicología escolar, puede desarrollar proyectos investigativos que impacte la escuela con una población de autismo o uno de los TEA.

Otro tema importante que se recomienda para futuras investigaciones, es en torno a los métodos terapéuticos como el Bernard, la cámara hiperbárica, el programa Son-Rise, las dietas, entre otros; los cuales son fuente de debate en la comunidad científica sobre su efectividad, precisamente por la falta de investigaciones controladas. Estos sistemas de tratamiento han incluso alegado que curan el trastorno, lo cual es importante que sea estudiado a fondo no por sus deponentes sino por investigadores ajenos a dichos programas. En adición, otra posibilidad investigativa es tomar un grupo de los métodos terapéuticos más efectivos, como el TEACHH y hacer un estudio con la población de personas con autismo en Puerto Rico y determinar su efectividad en la cultura puertorriqueña. Finalmente, se recomienda que estos o cualquier proyecto investigativo, se haga en alianza con otras áreas de especialidad dentro de la psicología. Cada una de las especialidades (clínica, escolar, consejería) se beneficiaría de la visión y el conocimiento de la otra, lo cual en opinión del autor de esta investigación, beneficiaría a la ciencia de la psicología en general y a las personas que buscan de sus servicios.

## Revisión de literatura

- Abad Sanz, C., Artigás Pallares, J., Bohórquez Ballesteros, D.M., Canal Bedia, R., Díez Cuervo, Á., Dorado Siles, M.I., Espeso Sanz, C., Sánchez-Ventura, J., Gracia San Román, J., Hernández Rodríguez, J.M., Luengo González, R., Menchero Pinos, F., y Vidriales Fernández, R. (2009) *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos del espectro autista en atención primaria: Versión resumida*. Guías de práctica clínica en el SNS, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación  
Recuperado en [http://www.aetapi.org/biblioteca/documentos2010/gpc\\_manejo\\_autismo.pdf](http://www.aetapi.org/biblioteca/documentos2010/gpc_manejo_autismo.pdf)
- Albores-Gallo, L., Hernández-Guzmán, L., Díaz-Pichardo, J.A., y Cortes-Hernández, B. (2008) Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo. Una discusión *Salud Mental* 31(1):37-44 Recuperado en <http://www.mediagraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam081f.pdf>
- Allen, R.A., Robins, D.L., y Decker, S.L. (2008) Autism spectrum disorders: neurobiology and current assessment practices *Psychology in the Schools* 45(10):905-917 DOI: 10.1002/pits.20341
- Balbuena, F. (2009) Una revisión del autismo desde el psicoanálisis *Clínica e Investigación Relacional* 3(1):184-199 Recuperado en <http://www.psicoterapiarelacional.es/LinkClick.aspx?fileticket=tAVvc%2FSEbQU%3D&tabid=442>
- Baron-Cohen, S. (1990) Autismo: un trastorno cognitivo específico de “ceguera de la mente” *International Review of Psychiatry* 2:81-90 Recuperado en [http://www.aetapi.org/congresos/salamanca\\_93/sindrome\\_02.pdf](http://www.aetapi.org/congresos/salamanca_93/sindrome_02.pdf) Traducción de María Eugenia Alonso
- Begeer, S., Bouk, S.E., Boussaid, W., Terwogt, M.M., y Koot, H.M. (2009) Underdiagnosis and referral bias of autism in ethnic minorities *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39:142-148 DOI: 10.1007/s10803-008-0611-5
- Bell, I., y Mellor, D. (2009) Clinical judgments: research and practice *Australian Psychologist* 44(2):112-121 DOI: 10.1080/00050060802550023
- Berger, P.L. y Luckmann, T. (2005) *La Construcción Social de la Realidad* Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Bettelheim, B. (2001) *La Fortaleza Vacía: Autismo infantil y el nacimiento del yo* Barcelona: Paidós Traducido por Ángel Abad.

- Brimacombe, M.B.; Pickett, R.; y Pickett, J. (2007) Autism post-mortem neuroinformatic resource: The Autism Tissue Program (ATP) informatics portal *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37:574-579 DOI: 10.1007/s10803-006-0188-9
- Boomsma, A.; Van Lang, N.D.J.; De Jonge, M.V.; De Bildt, A.A.; Van Engeland, H.; y Minderaa, R.B. (2008) A new symptom model for autism cross-validated in an independent sample *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(8):809-816 DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01897.x
- Caretti Giangaspro, E., Alcamí Pertejo, M. (2007) Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista *Revista Pediatría de Atención Primaria* 9(34):301-315 Recuperado en <http://pap.es/files/1116-687-pdf/716.pdf>
- Carlson, T.M., McGeorge, C.R., y Halvorson, S. (2007) Marriage and family therapists' ability to diagnose Asperger's syndrome: a vignette study *Contemporary Family Therapy* 29, 25-37 DOI: 10.1007/s10591-007-9026-2
- Cashin, A., y Barker, P. (2009) The triad of impairment in autism revisited *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22(4):198-193 DOI: 10.1111/j.1744-6171.2009.00198.x
- Charleman, R. (2010) *Hablemos de...autismo* Puerto Rico:Dra. Rosaura Charleman
- Charleman, R. (2003) "Cuando el niño es especial...y diferente: Salud mental en los niños" Caguas:Serie Carolyanne
- Colle, L., Baron-Cohen, S., y Hill, J. (2007) Do children with autism have a theory of mind? A non-verbal test of autism vs. specific language impairment *Journal of Autism and Developmental Disorder* 37:716-723 DOI: 10.1007/s10803-006-0198-7
- Cukier, S.H. (2005) Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora *Revista Argentina de Psiquiatría* 16:273-278 Recuperado en [http://www.editorialpolemos.com.ar/articulo\\_cukier.pdf](http://www.editorialpolemos.com.ar/articulo_cukier.pdf)
- Díaz Atienza, J. (2005) La epidemia del autismo y expectativas en los próximos 15 años *Programa de Trastornos del Desarrollo* Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil Hospital Torrecardenas Almería Recuperado en <http://www.psicodiagnosis.es/downloads/epidemiologiaautismo.pdf>
- Elder, J.H., Shankar, M., Shuster, J., Theriaque, D., Burns, S., y Sherrill, L. (2006) The gluten-free, casein-free diet in autism: results of a preliminary double blind clinical trial *Journal of Autism and Developmental Disorders* 36(3):413-420 DOI: 10.1007/s10803-006-0079-0

- Emmens, C. (2007) "The role of relationship in the treatment of autism: Perspectives from Relationship Development Intervention and Psychotherapy"  
Dissertation:Auckland University of Technology Recuperado en [http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/10292/705/2/EmmensC\\_a.pdf](http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/10292/705/2/EmmensC_a.pdf)
- Epp, K.M. (2008) Outcome-based evaluations of a Social Skills Program using art therapy and group therapy for children on the Autism Spectrum. *Children & Schools* Vol. 30 (1) 27-36
- Filipek, P.A., Accardo, P.J., Baranek, G.T., Cook Jr, E.H., Dawson, G., Gordon, B., Gravel, J.S., Johnson, C.P., Kallen, R.J., Levy, S.E., Minshew, N.J., Prizant, B.M., Rapin, I., Rogers, S.J., Stone, W.L., Teplin, S., Tuchman, R.F., y Volkmar, F.R. (1999) Diagnóstico y la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29(6) Recuperado en [http://www.equipoiridia.es/Documentos/FILIPECK\\_ESP.pdf](http://www.equipoiridia.es/Documentos/FILIPECK_ESP.pdf) Traducido por Pedro Luis Nieto del Rincón
- Fonagy, P.; Target, M.; Cottrell, D.; Phillips, J.; y Kurtz, Z. (2002) "What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents" N.Y.:The Guildford Press
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A., Kubu, C.S., Sinclair, L., y Rezai, A. (2008) Exploratory and confirmatory factor analysis of the Autism Diagnostic Interview-Revised *Journal of Autism and Developmental Disorder* 38:474-480 DOI 10.1007/s10803-007-0415-z
- Frith, U. (2006) *Autism: Explaining the enigma* 2<sup>nd</sup> ed USA:Blackwell Publishing
- García-Peña, J.J. (2009) Autismo, epilepsia y patología del lóbulo temporal *Revista Neurológica* 48(2):S35-S45 Recuperado en <http://ampacarrilet.org/archivos2/articulos/autismoepilepsia.pdf>
- Giulivi, C.; Zhang, Y.; Omanska-Kluesek, A.; Ross-Inta, C.; Wong, S.; Hertz-Picciotto, I.; Tassone, F.; y Pessah, I.N. (2010) Mitochondrial dysfunction in autism *Journal of the American Medical Association* Recuperado en <http://jama.ama-assn.org/content/304/21/2389.abstract>
- Gladwell, M. (2005) *Blink: the power of thinking without thinking* N.Y.:Back Bay Books
- González, W. (2011) Comunicación personal
- Gotham, K., Pickles, A., y Lord, C. (2009) Standardizing ADOS Score for a measure of severity in Autism Spectrum Disorders *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39:693-705 DOI 10.1007/S10803-008-0674-3

- Golan, O., Baron-Cohen, S., Hill, J.J., y Rutherford, M.D. (2007) The 'reading the mind in the voice' test-revised: a study of complex emotion recognition in adults with and without autism spectrum conditions *Journal of Autism and Developmental Disorder* 37:1096-1106 DOI: 10.1007/s10803-006-0252-5
- Gotham, K., Risi, S., Pickles, A., y Lord, C. (2007) The Autism Diagnostic Observation Schedule: Revised algorithms for improved diagnostic validity *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37:613-627 DOI 10.1007/s10803-006-0280-1
- Gray, K.M., Tonge, B.J., Sweeney, D.J., y Einfeld, S.L. (2008) Screening for autism in young children with developmental delay: an evaluation of the Developmental Behavior Checklist: early screen *Journal of Autism and Developmental Disorder* 38:1003-1010 DOI 10.1007/s10803-007-0473-2
- Gray, K.M., Tonge, B.J., y Sweeney, D.J. (2008) Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule with young children with developmental delay: evaluating diagnostic validity *Journal of Autism and Developmental Disorder* 38:657-667 DOI 10.1007/s10803-0432-y
- Goin, R.P., y Myers, B.J. (2004) Characteristics of infantile autism: Moving toward earlier detection *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* 19(1) 5-12
- Heath, A.W. (1997) The proposal in qualitative research *The Qualitative Report* 3(1) Recuperado en <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-1/heath.html>
- Hernández, J.M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., Canal-Bedia, R., Díez-Cuervo, A., Ferrari-Arroyo, M.J., Hervás-Zúñiga, A., Idiazábal-Alecha, M.A., Mulas, F., Muñoz-Yunta, J.A., Tamarit, J., Valdizán, J.R., y Posada-De la Paz, M. (2005) Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista *Revista Neurológica* 41(4) 237-245 Recuperado en <http://www.psyncron.com/es/docs/buenapRACTICAdeteccion.pdf>
- Hernández, J.M., Alvarez, R., León, E., Márquez, C., Odriozola, C., Palomo, R. y Zamora, M. (2004) Evaluando la evaluación: acciones de mejora *XII Congreso AETAPI* Recuperado en [http://www.aetapi.org/congresos/canarias\\_04/evaluación.pdf](http://www.aetapi.org/congresos/canarias_04/evaluación.pdf)
- Hoepfl, M.C. (1997) Choosing qualitative research: a primer for technology education researchers *Journal of Technology Education* 9(1) Recuperado en <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JTE/v9n1/hoepfl.html>
- Houzel, D. (2004) The psychoanalysis of infantile autism *Journal of Child Psychotherapy* 34 (2) 225-237 DOI: 10.1080/0075410001727789

- Jones, C.D., y Schwartz, I.S. (2009) When asking questions is not enough: an observational study of social communication differences in high functioning children with autism *Journal of Autism and Developmental Disorder* 39:432-443 DOI: 10.1007/s10803-008-0642-y
- Kanner, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact *Nervous child* 2, 217-250 Recuperado en [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1943.html](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1943.html)
- Kanner, L. (1951) The conception of wholes and parts in early infantile autism *American Journal of Psychiatry* 8 (1) 23-6 Recuperado en [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1951.pdf](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1951.pdf)
- Kanner, L. (1965) Infantile autism and the schizophrenias *Behavioral Science* 10 (4) 412-20 Recuperado en [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1965.pdf](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1965.pdf)
- Kanner, L. (1971) Follow-up study of eleven autistic children originally reported en 1943 *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* 1 (4) 363-367 Recuperado en [http://www.neurodiversity.com/library\\_kanner\\_1971.html](http://www.neurodiversity.com/library_kanner_1971.html)
- Kincade, S.R. (2009) "CBT and Autism Spectrum Disorders: a comprehensive literature review." Dissertation:University of Lethbridge, Faculty of Education. Recuperado en <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED506298.pdf>
- Klin, A., Saulnier, C.a., Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., Volkmar, F.R., y Lord, C. (2007) Social and communication abilities and disabilities in higher functioning individuals with Autism Spectrum Disorders: The Vineland and the ADOS *Journal of Autism and Developmental Disorder* 37:748-759 DOI: 10.1007/s10803-006-0229-4
- Koegel, L.K., y LaZebnik, C. (2004) *Overcoming autism: finding the answers, strategies, and hope that can transform a child's life. A state-of-the-art approach to reducing the symptoms of autism spectrum disorders* USA: Penguin Books
- Kogan, M.D.; Blumberg, S.J.; Schieve, L.A.; Boyle, C.A.; Perrin, J.M.; Ghandour, R.M.; Singh, G.K.; Strickland, B.B.; Trevathan, E. y van Dyck, P.C. (2009) Prevalence of parent-reported diagnosis of Autism Spectrum Disorder among children in the US *Pediatrics* 124(4):1-9 DOI: 10.1542/peds.2009-1522
- Layne, C.M. (2007) Early identification of autism: Implications for counselors *Journal of Counseling and Development* 85, 110-114
- Leaf, R., y McEachin, J. (1999) "Esperanza para el autismo: Estrategias para el manejo de problemas de comportamiento y de aprendizaje y plan de estudio para el tratamiento intensivo de comportamiento autistas" New York: DRL Books, Inc.
- Linares, N. (2011) Comunicación personal, Academia de Autismo Instituto FILIUS.

- Luster, R., Gotham, K., Guthrie, W., Coffing, M., Petrak, R., Pierce, K., Bishop, S., Esler, A., Hus, V., Oti, R., Richler, J., Risi, S., y Lord, C. (2009) The Autism Diagnostic Observation Schedule-Toddler Module: a new module of a standardized measured for Autism Spectrum Disorders *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39:1305-1320 DOI 10.1007/s10803-009-0746-z
- Luyster, R.J.; Kadlec, M.B.; Carter, A. y Tager-Flusberg, H. (2008) Language assessment and development in toddlers with autism spectrum disorders *Journal of Autism and Developmental Disorder* 38:1426-1438 DOI: 10.1007/s10803-007-0510-1
- Magyar, C.I., y Pandolfi, V. (2007) Factor structure evaluation of the Childhood Autism Rating Scale *Journal of Autism and Developmental Disorder* 37:1787-1794 DOI: 10.1007/s10803-006-0313-9
- Maimburg, R.D. y Væth, M. (2006) Perinatal risk factors and infantile autism *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114:257-264 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00805.x
- Maxwell, J.A. (2005) *Qualitative research design: an interactive approach* 2<sup>nd</sup> ed  
Thousand Oaks: SAGE Publications
- Mertens, D.M. (1998) *Research methods in education and psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches* London:SAGE Publications
- Moss, J., Magiati, I., Charman, T.,y Howlin, P. (2008) Stability of the Autism Diagnostic Interview-Revised from pre-school to elementary school age in children with Autism Spectrum Disorders *Journal of Autism and Developmental Disorder* 38:1081-1091 DOI 10.1007/s10803-007-0487-9
- O'Neil, S. (2008) The meaning of autism: beyond disorder *Disability and Society* 23(7):787-799 DOI: 10.1080/09687590802469289
- Papanikolaou, K., Paliokosta, E., Houliaras, G., Vgenopoulou, S., Giorouku, E., Pehlivanidis, A., Tomaras, V., Tsiantis, I. (2009) Using the Autism Diagnostic Interview-Revised and the Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic for the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in a greek sample with a wide range of intellectual abilities *Journal of Autism and Developmental Disorders* 39:414-420 DOI 10.1007/s108803-008-0639-6
- Perry,A., Flanagan, H.E., Geier, J.D., y Freeman, N.L. (2009) Brief report: The Vineland Adaptive Behavior Scales in young children with autism Spectrum Disorders at different cognitive levels *Journal of Autism and Developmental Disorder* 39: 1066-1078 DOI: 10.1007/s10803-009-0704-9

- Peterson, C.C., Slaughter, V.P., y Paynter, J. (2007) Social maturity and theory of mind in typically developing children and those on the autism spectrum *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(12):1243-1250 DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01810.x
- Preissler, M.A. (2008) Associative Learning of pictures and words by low-functioning children with autism *Autism* 12(3):231-248
- Reyes, M. (2011) Comunicación personal, Academia de Autismo Instituto FILIUS
- Reynhout, G., y Carter, M. (2007) Social Story efficacy with a child with Autism Spectrum Disorder and Moderate Intellectual Disability. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* Vol. 22 (3) 173-182
- Rimland, B. (1981) Infantile autism: the syndrome and its implications for a neural theory of behavior *This Week's Citation Classic* 22
- Rivière Gómez, A. (1983) Interacción y símbolo en autistas *Infancia y Aprendizaje* 2:3-26 Recuperado en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=668626>
- Savenye, W.C., y Robinson, R.S. (2001) "Qualitative research issues and methods: an introduction for educational technologists" En D.H. Jonassen (ed) *The Handbook of research for educational communications and technology: a project of the association for educational communications and technology* Recuperado en <http://www.aect.org/edtech/ed1/pdf/40.pdf>
- Scahill, L., y Bearss, K. (2009) The rise in autism and the mercury myth *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22(1):51-53 DOI: 10.1111/j.1744-6171.2008.00152.x
- Shattuck, P.T., y Grosse, S.D. (2007) Issues related to the diagnosis and treatment of autism spectrum disorders *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 13: 129-135 DOI:10.1002/mrdd.20143
- Sicile-Kira, C. (2004) *Autism Spectrum Disorders: The Complete Guide to Understanding Autism, Asperger's Syndrome, Pervasive Developmental Disorder, and other ASDs* New York:A Perigee Book
- Smith, T. (2008) Empirically supported and unsupported treatments for autism spectrum disorders. *The Scientific Review of Mental Health Practice* 6(1):3-20
- Soto Calderón, R. (2001) La evaluación de las personas con autismo *Educación* 25(001) 103-110 Recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/440/44002510.pdf>

- Stahmer, A.C. (2007) The basic structure of community early intervention programs for children with autism: provider descriptions *Journal of Autism and Developmental Disorders* 37:1344-1354 DOI: 10.1007/s10803-006-0284-x
- Stake, R.E. (2010) *Qualitative research: studying how things work* New York: The Guildford Press
- Szatmari, P. (2006) *Una Mente Diferente: Comprender a los Niños con Autismo y Síndrome de Asperger* España:Paidós Traducido por Ferrán Meller-Ortí
- Tager-Flusberg, H. (2007) Evaluation the theory-of-mind hypothesis of autism *Current Directions in Psychological Science* 16(6):311-315
- Tomanik, S.S., Pearson, D.A., Loveland, K.A., Lane, D.M., y Shaw, J.B. (2007) Improving the reliability of autism diagnoses: examining the utility of adaptive behavior *Journal of Autism and Developmental Disorder* 37, 921-928 DOI: 10.1007/s10803-006-0227-6
- Trochim, W. (2006) Qualitative validity Recuperado en <http://www.socialresearchmethods.net/kb/qualval.php>
- Tse, J., Strulovitch, J., Tagalakis, V., Meng, L., y Fombonne, E. (2007) Social Skills training for adolescents with Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* Vol. 37, 1960-1968 DIO: 10.1007/s10803-006-0343-3
- Turner,L.M., y Stone, W.L. (2007) Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2 *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(8) 793-802 DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01744.x
- Viloca, L. (2003) *El niño autista: detección y tratamiento* Ediciones ceac:España
- Watson, L.R.; Baranek, G.T.; Crais, E.R.; Reznick, J.S.; Dykstra, J.; y Perryman, T. (2007) The first year inventory: Retrospective parent responses to a questionnaire designed to identify one-year olds at risk for autism *Journal of Autism and Developmental Disorder*37:49-61
- Wolcott, H.F. (1995) *The art of fieldwork* Walnut Creek: Altamira Press
- Wolcott, H.F. (1994) *Transforming qualitative data: description, analysis, and interpretation*. California:SAGE Publications Inc.
- Wolff, S. (2004) The history of autism *European Journal of Childhood and Adolescence Psychiatry* 13:201-208 DOI 10.1007/s00787-004-0363-5

## Apéndice A

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
Instituto de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad  
Consentimiento informado participantes

Estimado/a participante:

Soy estudiante candidato al grado doctoral en psicología clínica del Instituto de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad de la Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico, Recinto de Ponce. Como requisito de graduación del programa doctoral, se realizara un investigación acerca del CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁREA SUR-OESTE DE PUERTO RICO EN RELACIÓN AL CERNIMIENTO, EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE AUTISMO Y TRASTORNO DE ASPERGER.

Para dicho trabajo, solicito su participación para un proceso de entrevista semi-estructurada, cuyo fin es académico y didáctico. Dicha investigación tiene como propósito auscultar el conocimiento que poseen los profesionales entrevistados, acerca del proceso de cernimiento, evaluación y diagnóstico del Trastorno de Autismo y Trastorno de Asperger. Como parte de la investigación me reuniré con usted en una ocasión. Dicha reunión tiene como propósito llevar a cabo un entrevista que permita conocer y entender su experiencia trabajando con la población que padece dos de los anteriormente mencionados trastornos generalizados del desarrollo. El tiempo aproximado de la misma será de 60 a 90 minutos. Usted puede responder solamente a las preguntas que desee. Del mismo modo puede dar por terminada su participación si así lo dispone aún después de haber comenzado.

Su participación es completamente voluntaria y confidencial. Su nombre no será revelado y los datos que provea serán utilizados en un documento escrito de tal forma que no pueda ser identificado. No habrá violación de confidencialidad y la participación no conlleva ningún riesgo que le afecte a usted como persona.

Una vez concluido el estudio los resultados estarán disponibles si así lo desea. De tener alguna duda sobre este estudio se puede comunicar con el investigador principal al 787-475-9524. Preguntas o dudas referentes a su derecho como participante pueden ser dirigidos a la Vicepresidencia para Asuntos Académicos, Junta de Revisión Institucional, 2250 Ave. Las Americas Suite 545 Ponce P.R. 00717-9997

Le agradezco su cooperación y su tiempo.

Yo \_\_\_\_\_ certifico que voluntariamente y bajo consentimiento, hoy \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Puerto Rico, participo completando el proceso de entrevista semi-estructurada que está realizando Iván J. Vázquez Torres.

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice B

Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
Instituto de Estudios Graduados en Ciencias de la Conducta y Asuntos de la Comunidad  
Consentimiento para grabar entrevista

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo la grabación de la entrevista en formato digital para el estudio titulado CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL EN EL ÁREA SUR-OESTE DE PUERTO RICO EN RELACIÓN AL CERNIMIENTO, EVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DE AUTISMO Y TRASTORNO DE ASPERGER, la cual será conducida por el Sr. Iván J. Vázquez Torres, estudiante doctoral en psicología clínica. Este proceso podrá durar entre 60 a 90 minutos.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del investigador

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Apéndice C

### Información socio-demográficos:

- 1- Género:
  - a. M \_
  - b. F \_
- 2- Edad: \_\_
- 3- Especialidad:
  - a. \_\_ Psicología clínica
  - b. \_\_ Psicología escolar
  - c. \_\_ Consejería psicológica
  - d. \_\_ Psiquiatría
- 4- Años de experiencia: \_\_
- 5- Grado académico:
  - a. \_\_ Maestría
  - b. \_\_ Doctorado Ph.D
  - c. \_\_ Doctorado Psy.D
  - d. \_\_ Medicina con especialidad en psiquiatría.
- 6- Universidad en la que obtuvo el grado: \_\_\_\_\_
- 7- De poseer certificaciones profesionales, indique cuales:
  - a. \_\_\_\_\_
  - b. \_\_\_\_\_
  - c. \_\_\_\_\_
- 8- Población a la que ofrece servicios:
  - a. \_\_ Niños
  - b. \_\_ Adolescentes
  - c. \_\_ Niños y adolescentes
  - d. \_\_ Adultos
  - e. \_\_ Gerontes
  - f. \_\_ Todas las edades
- 9- Enfoque terapéutico de predilección si posee alguno: \_\_\_\_\_

## Apéndice D

### Entrevista Semi-estructurada:

La entrevista posee cuatro partes que van enfocadas en diferentes áreas. La primera, es para indagar su experiencia académica con los cursos de desarrollo humano y psicología anormal. En parte, esto se hará con el propósito de bajar los niveles de estrés. Del mismo modo, para explorar como fue que adquirió su conocimiento psicológico. Luego se pasara a preguntas de cernimiento, evaluación y tratamiento.

Adiestramiento universitario y conocimiento del autismo:

- 1- Describa su experiencia durante su adiestramiento.
- 2- ¿Dónde escucho por primera vez acerca del autismo?
- 3- Hábleme de su primera experiencia con el autismo o el asperger.

Cernimiento:

1. ¿Me podría decir cómo lleva a cabo un cernimiento de autismo? ¿Uno de Asperger?
2. Durante una entrevista, ¿qué preocupaciones de los padres le hacen pensar en autismo o asperger?
3. Dígame, ¿Cuáles son las áreas que usted evalúa para determinar que hay autismo? ¿Asperger?
4. Basado en lo que usted ha observado, ¿Qué atrasos en el desarrollo le hacen sospechar de la presencia de autismo/asperger?
5. ¿Me podría explicar cómo logra diferenciar autismo del asperger?
6. Considerando que hay solapamiento con otros desordenes de la infancia e incluso del Eje II, ¿cómo hace el diferencial?
7. Tomando en consideración sus observaciones, ¿qué referidos adicionales usualmente hace con los casos de autismo/asperger?
8. Hábleme de lo que ha observado en relación a la empatía en niños/as con autismo/asperger.
9. ¿Qué comportamientos no verbales ha observado son característicos del autismo/asperger?
10. ¿Me podría explicar cómo es la comunicación de las personas con autismo/asperger?
11. En su experiencia, ¿cómo se diferencia el juego de un/a niño/a con autismo/asperger de uno/a típico?

Evaluación:

1. ¿Me podría decir cómo lleva a cabo una evaluación de un caso que se sospecha de autismo?

2. ¿Qué instrumentos de diagnóstico de ASD utiliza en su proceso evaluativo? O ¿Qué instrumentos utiliza al evaluar un caso sospechoso?
3. Además del área cognitiva, ¿qué otras áreas evalúa cuando tiene un caso sospechoso de Desorden de Autismo o Asperger?
4. Cuando tiene un caso sospechoso, ¿utiliza la ayuda de otros profesionales en el proceso evaluativo? De ser así, ¿cuáles?
5. *Si en la primera pregunta menciona la EIWN-R:* Hábleme de los resultados que observa cuando administra una escala de inteligencia.
6. ¿Qué criterios utiliza para hacer un diagnóstico diferencial?

Manejo y tratamiento:

1. ¿Cuántos pacientes con Desorden de Autismo/ Asperger atiende?
2. ¿Qué método/estrategias utiliza en el tratamiento de una persona con autismo/asperger?
3. Cuando diseña un plan de tratamiento, ¿le resulta fácil mantener comunicación con los otros profesionales que trabajan con el/la cliente?
4. Me podría hablar de qué forma integra a los padres en el tratamiento del/la menor.
5. Hábleme de cómo maneja las dificultades en las destrezas sociales.
6. Cuando hay problemas de comunicación presentes, ¿cómo los trabaja?
7. En su experiencia, ¿qué características ha observado hacen más efectivo el tratamiento?
8. Aproximadamente, ¿cuántas horas de tratamiento contiene un plan? ¿Cuántas sesiones?

*Junta de Revisión Institucional*  
2250 Boulevard Luis A. Ferré Aguayo Suite 571  
Ponce, PR, 00717-9997

Tel. (787) 841-2000 Ext 1210  
Fax: 787-631-4029  
JRIInstl@email.puqpr.edu



15 de noviembre de 2011

Iván Javier Vázquez Torres  
Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico  
Colegio de Estudios Graduados  
2250 Boulevard Luis A Ferré Aguayo  
Ponce, PR 00717-9997

Estimado estudiante:

**PROTOCOLO: CEG-67-2011**

Deseo informarle que la solicitud de su investigación titulada "Conocimiento de los profesionales de la salud mental en el área sur-oeste de Puerto Rico en relación al cernimiento, evaluación y diagnóstico de Trastorno de Autismo y Trastorno de Asperger" sometida a la Junta de Revisión Institucional (JRI) y del Colegio de Estudios Graduados (CRC) ha sido aprobada.

Es necesario mantener la confidencialidad de los participantes, los permisos de consentimiento firmados y la seguridad de los documentos. Cualquier cambio que se realice en esta investigación tiene que ser notificado a la Junta a través del formulario IRB-F05, solicitud para cambios en la investigación/enmienda en una investigación previamente aprobada por la Junta de Revisión Institucional.

Esta aprobación es válida por un año a partir de la emisión de esta carta. Una vez que concluya la investigación deberá llenar el formulario IRB F-06, solicitud para cierre de investigación aprobada por la Junta de Revisión Institucional.

Le deseo éxito en su investigación.

Atentamente,

Carl B. Sauder  
Presidente, JRI

ita