

Necesidades de aprendizaje de los especialistas de Medicina General Integral sobre los trastornos del espectro autista

Learning needs on Autism Spectrum Disorders of Specialists in General Comprehensive Medicine

MSc. Víctor Tadeo Pérez Martínez^I; Dr. Oscar Antonio Alfonso Montero^{II}

^IPoliclínico Universitario "Ana Betancourt". La Habana, Cuba.

^{II}Policlínico Universitario "Comandante Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las necesidades de aprendizaje resultan de contrastar un desempeño ideal o propuesto con el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado. Constituyen el punto de partida para la búsqueda de una solución pedagógica, capacitante, a fin de contribuir a la transformación cualitativa de los servicios de salud, y su oportuna identificación una trascendental herramienta de la educación permanente.

Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje que sobre los trastornos del espectro autista, tienen los médicos que laboran en los Equipos de Atención Primaria de Salud, del municipio Playa.

Método: se aplicó un cuestionario con carácter anónimo, en forma de examen escrito, a 20 especialistas de MGI seleccionados al azar, que laboran en tres policlínicas del extremo Este, del municipio Playa.

Resultados: se puntualizaron las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales sobre los trastorno del espectro autista, fundamentalmente en lo que respecta a su detección temprana, diagnóstico precoz y escalas de evaluación psicoevolutiva.

Conclusiones: a pesar de que los principales problemas de salud de nuestros niños y adolescentes constituyen, en el primer nivel de atención, programas priorizados, sobre todo los que a salud mental infanto-juvenil se refieren, la mayoría de los especialistas exhibió dificultades en el tratamiento integral de estos pacientes, persistiendo el espectro autista como un desorden habitualmente mal explorado y tardíamente diagnosticado, cuya evaluación adolece, en ocasiones, de elementos de

obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta el adecuado seguimiento de los menores y su calidad de vida.

Palabras clave: necesidades, aprendizaje, espectro autista, cuestionario.

ABSTRACT

Introduction: the needs of learning come out when contrasting an ideal or proposed performance with actual one, either for an individual or a particular group. These needs constitute the starting point for finding a pedagogical, qualifying path to contribute to the qualitative transformation of health care solutions, and timely identification transcendental lifelong learning tool.

Objective: to identify the learning needs on the autism spectrum disorders of doctors working in primary Health care teams in Playa municipality.

Methods: an anonymous questionnaire was applied, in form of a written exam, to 20 specialists of General Comprehensive Medicine randomly selected, who work in three polyclinics at east of Playa municipality.

Results: the shortcomings and inadequacies of professional knowledge and skills on the autism spectrum are essentially pointed out in regard to early detection, early diagnosis and psycho-evolutionary scales of assessment.

Conclusions: although the major health problems of our children and adolescents are included in priority programs of the first level of health care, especially those regarding child and adolescent mental health, difficulties in the comprehensive treatment of these patients were exhibited by most specialists. Autism spectrum keeps on being a usually poorly explored and belatedly diagnosed disorder, whose evaluation sometimes suffers mandatory inquiry elements and knowledge, which affects the proper tracking of children and their quality of life.

Keywords: needs, learning, autism spectrum, questionnaire.

INTRODUCCIÓN

En el sector de la salud la identificación de necesidades de aprendizaje cobra mayor importancia, desde el primer nivel hasta el terciario, y la necesidad de búsqueda de nuevas vías de capacitación del personal, constituye una de las bases primordiales para la prestación de servicios de salud que resulten apropiados para enfrentar las necesidades de la población.¹

Las necesidades de aprendizaje se definen como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el Sistema de Salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. Por su forma de manifestarse se clasifican en manifiestas y encubiertas, mientras que por el alcance de las mismas pueden ser: organizacionales, ocupacionales, individuales, normativas, sentidas, expresas y comparadas.²

Las técnicas que se emplean para elaborar la identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) son muy variadas en dependencia de la oportunidad, la complejidad y el perfil de la investigación, entre ellas se encuentran la encuesta, la entrevista, la observación, las discusiones de grupo, los cuestionarios, entre otras.¹

Por otra parte, ante un desempeño insatisfactorio, es importante determinar en qué medida ello es atribuible a un problema cognitivo, y ello puede determinarse fundamentalmente, con la realización de exámenes o pruebas escritas, sobre todo cuando se trata de grupos grandes.^{2,3}

Teniendo en cuenta los crecientes esfuerzos que realiza nuestro país por incrementar los niveles de bienestar de todos los cubanos, conscientes además de la importancia social del médico de familia y su decisiva participación en el desarrollo de numerosos programas vinculados a la salud mental de nuestro pueblo, y en especial a la de la población infanto- juvenil, proponemos en el presente estudio, un acercamiento a la temática del espectro autista, que motiva la necesidad de atención de casos individuales y puede poner a prueba los conocimientos y habilidades de los Equipos Básicos de Salud, especialmente sobre su detección temprana, diagnóstico precoz y tratamiento integral, aspectos de obligatorio conocimiento por los profesionales del primer nivel de atención, los cuales constituyen la puerta de entrada para buena parte de estos enfermos, ocupando un lugar privilegiado en el manejo efectivo de este trastorno, pues conocen al paciente y su entorno socio- familiar, y pueden realizar un seguimiento longitudinal, utilizar, coordinar y racionalizar los recursos disponibles para su atención, rehabilitación y reinserción psicosocial.

Se agrupan dentro de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) un grupo de cuadros clínicos que se manifiestan durante la primera infancia por compromiso en el desarrollo de habilidades en la interacción social, en la comunicación o por la presencia de conductas motoras repetitivas, estereotipias e intereses inusuales y peculiares.⁴

Estos TEA tienen una alta prevalencia,⁵ de ahí la importancia de realizar el diagnóstico precoz, ya que abre las puertas a los programas de intervención temprana que son esenciales para el futuro de estos niños, por lo que es necesario que los especialistas de la atención primaria de salud conozcan a profundidad sobre el tema.

La presente investigación tiene como objetivo identificar las necesidades de aprendizaje que sobre los trastornos del espectro autista, tienen un grupo de médicos generales integrales del municipio Playa.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal, durante el primer semestre del año 2012.

El universo o población de estudio estuvo constituido por 58 especialistas de Medicina General Integral que laboraron, como titulares o reservas, en los Consultorios Médicos de Familia tipo 1 de las tres policlínicas implicadas en la investigación y que fueron escogidas utilizando el muestreo por conveniencia. Se confeccionó un listado con los especialistas ya referidos, a los que se les asignó un

número consecutivo, seleccionándose al azar los 20 médicos finalmente encuestados y que dieron su consentimiento de participar en la investigación.

Como método empírico se escogió el cuestionario (anexo), diseñado por el autor siguiendo la experiencia de investigaciones previas, validado previamente por especialistas del Centro Comunitario de Salud Mental de nuestro municipio y aplicado a la manera de un examen o prueba escrita, por personal calificado, con carácter anónimo, y previo consentimiento informado.

Su estructura constó de 8 interrogantes, la mitad de las cuales fueron diseñadas como preguntas estructuradas tipo test objetivo con respuestas alternativas de selección múltiple y de igualamiento, centradas fundamentalmente en la exploración del diagnóstico clínico y diferencial, así como en el proceso de evaluación que involucra a diferentes escalas validadas para este fin. Las restantes cuatro preguntas fueron de respuestas breves o restringidas y se dirigieron esencialmente hacia la detección temprana y el diagnóstico precoz, así como, finalmente, al tratamiento farmacológico. Todas las preguntas se elaboraron de forma organizada y sistematizada para lograr la información necesaria.

Los datos recogidos se procesaron manualmente. Para presentar la información se utilizaron frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

De los 20 médicos de familia encuestados, el 65 % (n=13) pertenece al sexo femenino y el 35 % (n=7) al masculino. La edad promedio de dichos galenos es de 41 años. El 100 % tiene más de 10 años de graduado, así como al menos una década de trabajo en la Atención Primaria de Salud. El 55 % (n=11) refirió estar actualmente vinculado a la enseñanza tutelar. Solo el 20 % (n=4) tiene categoría docente.

Si bien es cierto que el 100 % de los especialistas encuestados excluyó de forma acertada en su respuesta a la pregunta 1, los incisos b, d, f, h, que operan como distractores pues constituyen diagnóstico diferencial del autismo, la totalidad también dejó de señalar, de manera incorrecta, los incisos e, j, no reconociendo a estas dos entidades como parte integrante del espectro autista, por lo que dicha interrogante fue respondida de forma adecuada solo parcialmente.

La interrogante 2 aborda esencialmente aspectos conceptuales y de orden clínico en algunos ítems a manera de consideraciones globales, mientras que en otros se particulariza en determinados trastornos que conforman el llamado espectro autista. El 100 % de los encuestados respondió de forma satisfactoria dicha pregunta al señalar acertadamente 4 ítems o más. Sin embargo, es notorio que los ítems que más errores propiciaron, en más de la mitad de los encuestados, fueron el a y c.

En relación a la pregunta 3 ningún encuestado fue capaz de mencionar debidamente al menos una señal de alerta de autismo, hecho que traduce un total desconocimiento de los indicadores precoces de este trastorno.

Aunque la interrogante 4 fue respondida satisfactoriamente por la totalidad de los encuestados al hacer referencia de manera acertada, al menos dos de los dominios de la tríada sintomática del autismo: desarrollo deficiente de la interacción social;

problemas en la comunicación, que afecta al lenguaje comprensivo y hablado; y repertorios restringidos de conductas, intereses y actividades, es importante resaltar que este último dominio fue señalado íntegramente solo por la mitad de la muestra. El restante 50 % no lo incluyó en su respuesta o hizo alusión solo al comportamiento estereotipado, desconociendo la presencia de actividades e intereses peculiares e inusuales en estos pacientes, hecho que también resulta incorrecto.

Con respecto a la pregunta 5 ninguno de los especialistas encuestados fue capaz de mencionar correctamente al menos una de las etapas sugeridas para el diagnóstico del trastorno del espectro autista, las cuales constituyen la guía estándar para la detección del mismo.

La pregunta 6 explora los conocimientos de los médicos de familia acerca de las diferentes pruebas de carácter psico-evolutivo que se pueden aplicar, con juicio clínico, en un paciente con indicadores de sospecha de algún trastorno generalizado del desarrollo. Se comprobó que ninguno de los médicos encuestados fue capaz de enlazar de manera correcta ninguna de las herramientas validadas internacionalmente para la evaluación del autismo (columna A), con sus características más notables (columna B), lo que significa 100 % de enlaces fallidos, hecho que traduce un total desconocimiento sobre este tema.

La interrogante 7 explora los conocimientos de los especialistas sobre las formas de presentación, aspectos epidemiológicos y clínicos de los trastornos del espectro autista y de las entidades que constituyen sus principales diagnósticos diferenciales. Se evidenció que el 100 % de los encuestados respondió acertadamente esta interrogante, al excluir los incisos que funcionan como distractores (e, i) y efectuar la totalidad de enlaces posibles de manera correcta, no constatándose enlaces fallidos.

En la pregunta 8 a pesar de que la totalidad de los médicos nombró los tres grupos de fármacos más utilizados para el tratamiento de los síntomas centrales del autismo: antiepilépticos, antidepresivos y neurolépticos, al ejemplificar en cada uno se constató una respuesta desactualizada, fundamentalmente en lo referente a los dos últimos grupos donde no se hizo alusión a los inhibidores de la recaptación de serotonina ni a los anti-psicóticos atípicos con escaso perfil de síntomas extrapiramidales, respectivamente.

DISCUSIÓN

Contrario a lo que refirió la totalidad de los especialistas encuestados, la literatura médica consultada ⁴ plantea que los TEA comparten algunos de los síntomas clásicos del autismo, pero difieren en cuanto a la gravedad y la combinación de áreas afectadas en el curso y en el pronóstico. Es importante aclarar que no todos los niños presentan la totalidad de los síntomas descritos como "clásicos", consecuentemente, la ausencia de cualquiera de ellos no es excluyente del diagnóstico de TEA, error frecuentemente cometido por los profesionales poco informados.

Existen además anomalías asociadas a los problemas conductuales, tales como: retraso del lenguaje, retraso mental, déficits sensoriales y problemas motores. Síntomas como ausencia de la atención conjunta, no responder a su nombre y ausencia de juego simbólico deben ser valorados para la detección específica. Las

conductas estereotipadas y repetitivas, aunque características, pueden no aparecer en la edad temprana.

Algunas investigaciones ^{5,6} resaltan que las manifestaciones de los TEA son evidentes en los dos primeros años del nacimiento. El análisis de las frecuencias de los comportamientos entre los 2 y 3 años muestra que un alto porcentaje de síntomas se manifiesta en la población de 2 años de edad, lo que apoya la decisión de establecer esta edad como clave para la detección temprana de dichos trastornos.

En el momento actual, es posible realizar precozmente el diagnóstico de los TEA, pudiendo ser detectados alrededor de los 18 meses de vida, pero los padres y expertos en autismo pueden identificar los síntomas aún antes, ⁵ incluso aquellos considerados históricamente como "clásicos", como la ecolalia, o no levantar los brazos anticipando la interacción, aparecen consecutivamente en el desarrollo infantil como señales de alerta, y son identificables en al menos el 80 % de los niños de 2 y 3 años, que son diagnosticados finalmente con Trastorno del Espectro Autista.⁶

En nuestra investigación ningún encuestado fue capaz de mencionar debidamente al menos una señal de alerta de autismo, hecho que traduce un total desconocimiento de los indicadores precoces para este trastorno, los cuales obligan a realizar una evaluación diagnóstica más amplia, cuidadosa e inmediata, empleando diferentes fuentes de información, pruebas estructuradas y no estructuradas y evaluar principalmente las conductas no-verbales, como la atención conjunta, el juego y la imitación. Entre las señales de alerta se encuentran: * (Bravo M. Aspectos clínico epidemiológico del espectro autista. [Trabajo científico presentado en la XI Jornada Científica] Policlínico Ana Betancourt, 2009.)

- a) menor uso del contacto ocular,
- b) no compartir el interés o el placer con los demás,
- c) no mostrar respuesta cuando se le llama por su nombre,
- d) no señalar con el dedo índice,
- e) no traer cosas para mostrarlas a los demás.

Recordemos que el diagnóstico precoz se facilita mucho si es posible la detección temprana, la cual no se logra frecuentemente.

Muchas son las dificultades diagnósticas, algunas atribuibles al cuadro mismo, a la variabilidad de las características en diferentes puntos del espectro autista, la complejidad, heterogeneidad y cambio que pueden tener los síntomas a lo largo de los años y la elevada comorbilidad.

Entre las inherentes a las personas que rodean al niño son de primordial importancia el desconocimiento del cuadro, y particularmente del espectro autista, así como la falta de entrenamiento profesional adecuado para la identificación precoz, de ahí la importancia de la determinación de las necesidades de aprendizaje sobre esta temática.

Otra barrera humana que obstaculiza la detección y remisión apropiada del autismo entre el personal de salud es la negación o minimización, tanto del profesional

como de los propios padres. También en ocasiones, se asumen como ciertos muchos mitos del autismo que conducen a errores diagnósticos y aumentan la tensión del grupo familiar. El error en el diagnóstico es común y provoca costos elevados para las familias y los cuidadores de estos niños, quienes a menudo reciben tres o cuatro diagnósticos previos al de autismo. La falta de acceso a los servicios médicos especializados y la confusión del personal médico no informado, entre otros factores, retrasan el diagnóstico preciso.⁵

Algunos estudios ⁷⁻⁸ refieren que el período en que se realiza el diagnóstico definitivo como TEA está alrededor de los 5,5-6 años, edad que está relacionada con el nivel intelectual de los niños, la regresión que presentan en el desarrollo y la educación materna, entre otros. En pocas ocasiones la detección se realiza en forma relativamente temprana, y cuando ocurre se evidencian brechas importantes con el inicio de la intervención.

La investigación demostró que los conocimientos de los especialistas sobre la detección temprana y el diagnóstico precoz del espectro autista son nulos, sin embargo, la evidencia acumulada establece que una intervención temprana específica personalizada para cada niño y su familia, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los casos, en ello radica el interés por la identificación temprana de estos trastornos. El diagnóstico precoz es importante, ya que abre las puertas a los programas de intervención temprana que son esenciales para el futuro de estos niños.⁹

Según la literatura médica consultada ⁸⁻⁹ hasta un 40 % de los pacientes con diagnóstico de TEA no se les confirmó su diagnóstico posteriormente con las pruebas específicas. Existen diferentes escalas de evaluación del autismo, las cuales seguirán siendo necesarias mientras no se encuentren marcadores biológicos (metabólicos o genéticos) para diagnosticarlo.

Aunque pocos son los instrumentos específicos que se han validado en las lenguas castellana y portuguesa, con la utilización de algunas pruebas formales y estructuradas, en las diferentes edades, podemos no solo detectar síntomas típicos de autismo, sino incluso predecir el pronóstico, de ahí la importancia de conocerlas, aplicarlas e interpretarlas debidamente. Dichas escalas resultan de muy poca utilidad si el profesional no es sensible a las características del cuadro y a las necesidades de la familia, pues es probable que posea en su consultorio dichas pruebas pero no identifique que el niño que tiene delante se encuentra posiblemente dentro del espectro autista.

Ninguna de las escalas evaluativas existentes diagnostica por sí sola un trastorno generalizado del desarrollo o del espectro autista, sin embargo muchas permiten estudiar al paciente hasta los tres años de edad en tres dominios: mental, motor y conductual, demostrando las discapacidades persistentes en varias áreas del desarrollo, así como el deterioro cognitivo de severidad variable que frecuentemente suele asociarse. ⁹ Junto a otras pruebas de carácter biomédico se complementan la exploración del estado actual del paciente y apoyan o hacen dudoso el diagnóstico, por lo que resulta preocupante que la totalidad de los médicos encuestados en esta investigación, desconozcan las indicaciones, la utilidad y las características generales de las escalas más utilizadas y validadas internacionalmente para la evaluación del paciente con indicadores de sospecha de un TEA.

En la investigación también se constató que ninguno de los especialistas encuestados fue capaz de mencionar correctamente al menos una de las etapas sugeridas para el diagnóstico del TEA, las cuales constituyen la guía estándar para

la detección del mismo. Este desconocimiento repercute negativamente en el proceso de diagnóstico de los trastornos generalizados del desarrollo pues la clasificación y aplicación de las diferentes escalas evaluativas utilizadas en la práctica clínica se enmarca y obedece precisamente a la evidencia de los dos niveles o etapas diagnósticas propuestas.¹⁰

Nivel 1. Sondeo evolutivo rutinario, tamizaje específico para autismo.

Nivel 2. Diagnóstico y evaluación del autismo.

Entre las escalas que se aplican en el nivel 1 se hallan: la escala de desarrollo de Bayley (Bayley scales of infant development, BSID); Haizea- Llevant; ambas útiles para el sondeo evolutivo.

Checklist for autism in toddlers (CHAT) publicada desde 1992 constituye la principal herramienta para el tamizaje del autismo en niños entre los 18 y los 36 meses de edad.¹⁰ Enfatiza en cinco rubros referidos a tres aspectos claves patognomónicos de autismo: seguimiento atípico de la mirada, ausencia de gestos protodeclarativos y ausencia de juegos de simulación.

En el nivel 2 se pueden aplicar las siguientes escalas:¹⁰ la entrevista revisada para el diagnóstico de autismo (Autism diagnostic interview- revised, ADI-R), cuya primera versión fue publicada en 1989 y está correlacionada con la definición de autismo de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV), por lo que dicho instrumento es considerado como necesario y su uso se requiere en la mayoría de los protocolos de investigación; la escala genérica de observación y diagnóstico de autismo (The Autism Diagnostic Observation Scale- Generic, ADOS-G) que complementa a la herramienta anterior. La combinación de ambas proporciona mayor seguridad a la hora de ofrecer el diagnóstico.

La escala de clasificación de autismo infantil (The Childhood Autism Rating Scale, CARS), que también ayuda en la identificación y diagnóstico del niño autista; la herramienta de exploración para autismo a los dos años de edad (The Screening Tool for Autism in Two-Year Olds) que se encuentra dentro de los instrumentos que ayudan a determinar la severidad del autismo, por solo citar las más reconocidas internacionalmente en investigaciones y estudio de caso.

Entre las herramientas de diagnóstico adicionales que se recomiendan están las que implican los reportes de los padres tales como: la escala de clasificación de autismo de Gilliam (The Gilliam Autism Rating Scale, GARS) y la entrevista de padres para autismo (The Parent Interview for Autism).

No existe hoy en día, un algoritmo simple de tratamiento para el trastorno del espectro autista, y la evidencia disponible sobre la eficacia de la mayoría de las intervenciones es débil,^{5,7} no obstante, existe un firme acuerdo en que la educación, con énfasis en el fomento de habilidades sociales y comunicativas, y el apoyo comunitario son los principales medios de tratamiento.

En la actualidad, el tratamiento más importante para los TEA es la enseñanza estructurada de destrezas, a menudo llamada intervención conductual.⁵ El propósito del tratamiento farmacológico en estos niños es solamente facilitar la mejoría de la evolución global y evitar la presentación de dificultades añadidas en los aprendizajes y en el deterioro cognitivo. Debe considerarse el tratamiento a corto plazo para controlar problemas como conductas autolesivas o estereotipias, y a largo plazo, para mejorar el insomnio, la hiperactividad o incluso de existir, las

crisis epilépticas. Para ello los especialistas deben procurar una sistemática y responsable actualización farmacológica.

CONCLUSIONES

A pesar de que los principales problemas de salud de nuestros niños y adolescentes constituyen, en La Atención Primaria de Salud, programas priorizados, sobre todo los relacionados con salud mental infanto- juvenil, la mayoría de los especialistas exhibió dificultades en el tratamiento integral de estos pacientes, persistiendo los TEA como un desorden habitualmente mal explorado y tardíamente diagnosticado, cuya evaluación adolece en ocasiones, de elementos de obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta el adecuado seguimiento de los menores y su calidad de vida.

Los TEA permanecen como entidades subdiagnosticadas y subvaloradas.

RECOMENDACIONES

Elaborar una propuesta de intervención educativa como curso de superación, sobre los trastornos generalizados del desarrollo o del espectro autista, en el primer nivel de atención, para suplir el déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los Equipos Básicos de Salud del municipio Playa.

Anexo

Cuestionario: dirigido a los especialistas de MGI, que laboran en los Equipos de Atención Primaria de Salud, ofreciendo atención médica integral a pacientes con trastornos del espectro autista (TEA).

Estimado colega:

El presente cuestionario tiene como objetivo identificar sus necesidades de aprendizaje para la atención integral del paciente con trastornos del espectro autista. Rogamos conteste las preguntas con sinceridad. Preservamos su identidad y respetaremos su decisión de no cooperar con la investigación, si así lo desea.

Datos generales:

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____

Años de graduado: _____ Especialización: _____

Años de experiencia laboral en la Atención Primaria de Salud: _____

Vinculado actualmente a la enseñanza tutelar: Sí _____ No _____

Tiempo de experiencia como tutor (a) _____

Categoría docente: Sí_____ No_____ Profesor: _____

1. Marca con una X las entidades que se agrupan en el llamado espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo (selección múltiple).

- a. _____ Trastorno autista o autismo clásico
- b. _____ Déficit Mental
- c. _____ Síndrome de Asperger
- d. _____ Esquizofrenia infantil
- e. _____ Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- f. _____ Disfasia evolutiva
- g. _____ Trastorno de Rett
- h. _____ Privación ambiental
- i. _____ Trastorno desintegrativo del desarrollo
- J. _____ Trastorno hiperkinético con retardo mental y movimientos estereotipados

1- Seleccione Verdadero o Falso según corresponda:

- a. _____ Los trastornos del espectro autista (TEA) comparten todos los síntomas clásicos del autismo y no suelen diferir en cuanto a la combinación de áreas afectadas.
- b. _____ En el Trastorno de Rett y en el Trastorno desintegrativo del desarrollo se observa una regresión en el desarrollo después de un periodo de normalidad.
- c. _____ Para el diagnóstico del trastorno de Asperger son indispensables las alteraciones de la comunicación.
- d. _____ Los trastornos del espectro autista son usualmente evidentes desde los primeros años de vida y están asociados solamente a disfunción cognitiva de severidad variable.
- e. _____ El trastorno de Rett es más común en la población femenina.
- f. _____ El autismo es un trastorno neurodegenerativo.

3. El diagnóstico precoz de los TEA se facilita mucho si es posible la detección temprana. Mencione tres señales de alerta para autismo que indiquen la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica más amplia e inmediata.

_____, _____, _____

4. El diagnóstico clínico del autismo se basa en tres pilares sintomáticos básicos. Mencíonelos:

_____ / _____ / _____

5. Mencione las etapas que se sugieren para el diagnóstico del Trastorno del Espectro Autista y que constituyen, desde el año 2000, según las Academias Americanas de Pediatría y Neurología, la guía estándar para la detección del autismo.

6. En la Columna A se muestran una serie de herramientas validadas internacionalmente para la evaluación del autismo. La Columna B exhibe las características más notables de las mismas. Enlace ambas columnas, según corresponda.

Columna A. Herramientas

- a. La entrevista revisada para el diagnóstico de autismo (ADI-R) adicional
- b. La escala genérica de observación y diagnóstico de autismo (ADOS-G)
- c. La escala de clasificación de autismo infantil (CARS)
- d. La herramienta de exploración para autismo a los 2 años de edad
- e. La escala de clasificación de autismo de Gilliam (GARS)
- f. Checklist for autism in toddlers (CHAT)
- g. Escala de desarrollo de Bayley (BSID) (Bayley scales of infant development)

Columna B. Características

- 5 _____ Herramienta de diagnóstico que implica el reporte de los padres
- 6 _____ Principal herramienta para el tamizaje del autismo, para niños entre los 18 y los 36 meses. Tiene una alta sensibilidad con un valor predictivo entre el 83 y 99 %. De fácil y rápida aplicación
- 1. _____ Apropiado para niños y adultos con edades mentales de 18 meses en adelante. Estandarizado para determinar la calidad de la interacción social, lenguaje y comunicación y de comportamientos estereotipados. Contiene preguntas relacionadas con la autoagresión y la hiperactividad.
- 2. _____ Herramienta que combinada con el ADI-R proporciona mayor seguridad al diagnóstico.
- 3 _____ Evalúa 15 aspectos del comportamiento del niño. Hace un sondeo de su conducta en diversos ambientes, sin necesidad de entrenamiento exhaustivo. Permite hacer seguimiento a la evolución.
- 7. _____ Permite evaluar niños hasta los 3 años, en tres dominios: mental, motor y conductual. Detecta retardo en el desarrollo. Es muy confiable.

7. La columna A mezcla los trastornos del espectro autista con sus principales diagnósticos diferenciales. En la columna B se apuntan las características más notables que contribuyen a su adecuada identificación. Enlace ambas columnas, según corresponda.

Columna A. Entidades nosológicas

- a. Autismo clásico
- b. Esquizofrenia infantil
- c. Disfasia evolutiva.
- d. Retraso mental.
- e. Privación ambiental.
- f. Trastorno de Rett
- g. Trastorno de Asperger.
- h. Trastorno desintegrativo del desarrollo.
- i. Trastorno generalizado del Desarrollo no especificado.

Columna B. Características

h _____ exhibe un patrón de regresión profunda que implica pérdidas de habilidades además de la comunicación y la relación social. Lo precede un período de desarrollo normal largo (3-4 años)

g _____ la adquisición del lenguaje y el desarrollo cognitivo con frecuencia son normales. El principal obstáculo radica en la esfera social y la de los sentimientos.

a _____ desarrollo físico normal, conductas ritualistas estereotipadas, ensimismamiento característico,

b _____ inicio después de los 5 años, historia familiar de psicosis, alteración del pensamiento y percepción, responde al tratamiento psico-farmacológico.

f _____ desarrollo normal hasta los 6 u 8 meses, Microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento, Bruxismo, movimientos coreiformes y distonías. Trastorno exclusivo del sexo femenino.

c _____ retraso en la adquisición del lenguaje y la Articulación. Conservación de la comunicación por medio del lenguaje no verbal, manifiestan emociones y realizan juegos simbólicos.

d _____ pobre rendimiento en todas las tareas Intelectuales, conservan capacidad de interacción social y de comunicación. Afectación del desarrollo físico

8. El tratamiento de los trastornos del espectro autista incluye la atención a las alteraciones del lenguaje y el despliegue de estrategias de intervención conductuales, pedagógicas y farmacológicas, estas últimas para mejorar la sintomatología que acompaña al autismo. Cite los grupos de fármacos más utilizados y ejemplifique en cada uno.

Gracias por su colaboración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Martínez V., Nolla Cao N., Alerm González A. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010; 26(1):2-3.
2. Pérez Martínez V. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral, acerca de la conducta suicida. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011; 27(4):2-3.
3. Álvarez Sintés R. Educación Permanente. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 6(4):2.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ta. ed. Atención Primaria (DSM-IV-AP). Barcelona: Masson; 1997: 50-79.
5. Rodríguez Méndez O. Salud Mental Infanto-juvenil. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 2006: 233-50.
6. Otero Álvarez A. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008: 25-31..
7. Colectivo de autores. Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo. Ediciones Paidós, Barcelona, 2004:62-9.
8. Wing Perry L. El autismo en niños y adultos. Ediciones Paidós, Madrid, 2000: 33-8.
9. De la Vega OT. Dificultades en la evaluación y diagnóstico de los trastornos del espectro autista. [Trabajo científico presentado en la XIII Jornada Científica] Policlínico Ana Betancourt, 2011.

10. Díez Vals A. Características clínicas, diagnóstico electroencefalográfico y tratamiento de las crisis epilépticas en las personas autistas. In: Riviére A., Martos J., eds. Autismo: comprensión y explicación actual. Madrid: IMSERSO; 2001: 304.

Recibido: 20 de mayo de 2013.

Aprobado: 1 de julio de 2013.

MSc. Víctor Tadeo Pérez Martínez

Policlínico Universitario "Ana Betancourt". La Habana, Cuba. Correo electrónico: victorperez@infomed.sld.cu.