



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Carrera de Medicina

Conocimiento sobre Autismo en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Rosario.

- **Autor:** Andrea De Giulio.
- **Tutor:** Dr. Norberto Bassan.
- **Co-tutor:** Dra. Mónica Gustaffson.
- **Fecha de presentación:** 19 de diciembre de 2011.

Resumen.

El autismo comprende uno de los trastornos generalizados del desarrollo del niño, el cual en el último tiempo han aumentado las consultas a los especialistas.

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, en base a 195 encuestas realizadas a alumnos de 1ero, 2do, 5to y 6to año de la facultad de medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Rosario.

Objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre autismo de los alumnos.

Resultados: Se encontró diferencia estadísticamente significativa a favor de los alumnos de 5º y 6º año en el promedio de respuestas correctas y en relación a las respuestas correctas referidas a etiología del autismo y edad ideal del diagnóstico. No hubo diferencia en relación a la incidencia a nivel mundial, sobre la pregunta: siempre hay déficit mental?, quien hace habitualmente el diagnóstico presuntivo, si lo derivaría, a quien lo derivaría e indicación de tratamiento psicológico para los padres.

Se concluye que hay un conocimiento aceptable sobre el autismo en los alumnos de 1º y 2º año y que este se incrementa en los de 5º y 6º año. Ese incremento indica que nuestros alumnos, al momento de su egreso, contarán con las competencias necesarias para diagnosticar y actuar adecuadamente ante un niño autista.

Palabras claves:

- ❖ Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- ❖ Autismo.
- ❖ Multifactorial.
- ❖ Interdisciplinario.

- **Introducción.**

El trastorno autista comprende uno de los trastornos generalizados del desarrollo, de etiología desconocida, pero con una fuerte base genética. Aparece y suele diagnosticarse antes de los tres años de edad. Se caracteriza por un fenotipo conductista que comprende la alteración cualitativa de áreas del desarrollo del lenguaje o de las aptitudes de comunicación, las interacciones sociales, la reciprocidad, la imaginación y el juego. (1)

La tasa de prevalencia de todos los trastornos generalizados del desarrollo es de 58,7 por 10.000 niños. (1) En esta tasa de prevalencia se incluye el autismo (22/10.000).(1) Estos datos concuerdan con investigaciones previas que encontraron que la prevalencia de todos los trastornos generalizados del desarrollo es de 60/10.000. (1) Estudios realizados en países desarrollados como Inglaterra, Dinamarca y Estados Unidos, han señalado que de 3 a 5 niños de cada 10.000 tienen Autismo Infantil (2) En los Estados Unidos hay aproximadamente 60.000 niños autistas menores de 18 años, la mayoría en edad escolar. (2)

En Argentina todavía no hay cifras de cuantos son los afectados por este trastorno, si podemos afirmar que los expertos refieren que reciben cada vez mas pacientes, lo que puede traducirse en un aumento real de casos o que, en la actualidad, los exámenes se hacen con mayor frecuencia y son mas exhaustivos.(3)

Cuando esperan el nacimiento de un hijo, los padres de familia crean en torno a él elevadas expectativas sobre como va a ser, su futuro, los rasgos físicos y otros aspectos generados en la convivencia social. La familia también desarrolla expectativas que comparten con los padres, y ejerce sobre ellos una presión emocional, haciéndolos sentir que deben complacer

sus deseos de un hijo o hija sin discapacidad.

Al nacer un hijo con discapacidad, ocurre un gran impacto en la familia, ya que se derrumban los ideales formados antes del nacimiento. Los padres de familia entran en un conflicto emocional sobre el futuro de ellos y el de su hijo, desconocen qué es lo más adecuado por realizar para beneficio de ambos. La forma de convivir de la familia varía, ya que el hijo requiere de una mayor atención durante más tiempo, y esto implica un mayor sacrificio. La mayoría de ellos no recibe el apoyo y ayuda adecuados para enfrentar esta situación. Así, surgen, en los padres y madres, sentimientos de ambivalencia, rechazo, negación, pesimismo y ansiedad, que limitan en gran parte el desarrollo integral del niño. (4)

La incidencia del diagnóstico del autismo puede haber aumentado. Existen datos de que el aumento en el número de niños diagnosticados de autismo se relaciona probablemente con cambios en la definición y en los criterios diagnósticos de autismo, así como en el mejor reconocimiento del autismo en edades más tempranas. La mayor disponibilidad de servicios diagnósticos, centros terapéuticos y profesionales cualificados en los trastornos del desarrollo infantil ha aumentado enormemente la capacidad del sistema sanitario para identificar y tratar a niños con enfermedades del espectro autístico a edades más tempranas. (1)

Dada la importancia de este tema, se realizará la investigación en estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina ya que como médicos de la atención primaria o más allá de la especialidad que hagan serán los que deban realizar el diagnóstico precoz, que es fundamental en este síndrome, o al menos sospecharlo y saber donde derivar, para una mejor rehabilitación y pronóstico de los niños.

- **Objetivo**

- General:

Determinar el nivel de conocimiento sobre el autismo en los estudiantes de medicina de 1ero, 2do, 5to y 6to año de la Universidad Abierta Interamericana de Rosario.

- Específicos:

- 1) Indagar sobre el conocimiento del autismo como síndrome.
- 2) Indagar sobre los signos y síntomas que llevan al diagnóstico.
- 3) Indagar si ante la sospecha de este síndrome saben a que profesional derivar el paciente.
- 4) Entregar a los participantes material escrito, como actividad de extensión, con las características del síndrome.

- **Material y Métodos.**

Estudio prospectivo mediante una encuesta, referido al conocimiento de los alumnos de 1ero, 2do, 5to y 6to año sobre el autismo como síndrome y sus síntomas y signos.

La encuesta fue anónima y voluntaria. Se aplicó en forma personal.

La encuesta consta de un cuestionario de 10 preguntas. Se consideró respuestas correctas a:

- 1) Cuál es la incidencia del autismo a nivel mundial?: 3-5/10000.
- 2) Usted considera que la etiología del autismo es?: Multifactorial
- 3) Cuál es la edad de diagnóstico ideal?: menores de 3 años.
- 4) En todos los casos hay déficit mental?: No
- 5) Habitualmente el diagnóstico presuntivo lo hace: Maestras
- 6) Luego del diagnóstico presuntivo usted lo derivaría?: Si
- 7) En caso de derivar, a quien lo haría primero?: Psiquiatra Infantil
- 8) Le parece importante que los padres reciban también tratamiento psicológico?: Si
- 9) Quién o quienes considera que deben tratar a estos niños?: Psiquiatra Infantil, Fonoaudiólogo, Neurólogo.
- 10) Que síntomas y/o signos usted considera que están dentro del síndrome autista?:
 - a**-Insistencia en lo idéntico, resistencia a los cambios de rutina
 - b**-Risa y gorgoteos inapropiados
 - c**-Ningún temor a los peligros
 - d**-Juegos prolongados que son raros o repetitivos
 - e**-Agresividad hacia otras personas

f-Dificultad para juntarse con otros

g-Hiperexcitación

h-Ecolalia

i-Prefiere estar solo

j-Puede no querer abrazos de cariño o actuar en forma cariñosa

k-Da vueltas sobre sí mismo. Hace girar objetos.

l-No responde a indicaciones verbales, actúa como si fuera sordo

m-Apego inapropiado a objetos

n-Dificultad para expresar sus necesidades, emplea gestos o señala objetos en vez de usar palabras

o-Demasiada actividad física

p-Rabietas, exhibe extrema angustia sin ninguna razón aparente

q-No responde a métodos normales de enseñanza

Los datos se volcaron en una planilla de Microsoft Excel para su tabulación y se analizarán estadísticamente mediante el SPSS 15.0, mediante medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p < 0,05$.

Como actividad de extensión se entregará a cada alumno encuestado material informativo referido al autismo.

- **Resultados**

Se encuestaron 195 alumnos que respondieron en forma voluntaria al cuestionario.

De 1º y 2º año, 109 y de 5º y 6º, 86.

La edad promedio de los alumnos que participaron de la encuesta es de 22.95 años con un desvío estándar de 3.54 años. La edad varía entre 18 y 32 años.

Los alumnos de 5º y 6º año habían cursado las asignaturas Psicología, Pediatría y Psiquiatría.

Las respuestas de los alumnos a las distintas variables analizadas se muestran en las siguientes tablas.

TABLA 1

Respuestas de los alumnos a la variable Incidencia a Nivel Mundial.

Números absolutos y porcentajes. n = 195I

Incidencia a Nivel Mundial	Frecuencia	Porcentaje
1/10.000	61	31,3%
3 a 5/10.000	91	46,7%
50/10.000	38	19,5%
1000/10.000	5	2,6%
Total	195	100,0%

TABLA 2

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Incidencia a Nivel Mundial. Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Incidencia a Nivel Mundial	Correcto	50	45,9%	41	47,7%	91	46,7%
	Incorrecto	59	54,1%	45	52,3%	104	53,3%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

Diferencia no significativa $p = 0.802$

el año de cursado del alumno no está asociado con el conocimiento sobre la incidencia a nivel mundial.

TABLA 3

Respuestas de los alumnos a la variable Etiología. Números absolutos y porcentajes. n = 195

La Etiología es...	Frecuencia	Porcentaje
Hereditario	9	4,6%
Congénito	19	9,7%
Neurológica	48	24,6%
Multifactorial	119	61,0%
Total	195	100,0%

TABLA 4

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Etiología. Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
La Etiología es...	Correcto	43	39,4%	76	88,4%	119	61,0%
	Incorrecto	66	60,6%	10	11,6%	76	39,0%
	<u>Total</u>	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

p < 0.05

el año de cursado del alumno está asociado con el conocimiento de la etiología del autismo.

TABLA 5

**Respuestas de los alumnos a la variable Edad de Diagnóstico Ideal
Números absolutos y porcentajes. n = 195**

Edad de Diagnóstico Ideal	Frecuencia	Porcentaje
Recién nacido	24	12,3%
Menor a 3 años	108	55,4%
Ingreso escolar	60	30,8%
Adolescencia	3	1,5%
<u>Total</u>	195	100,0%

TABLA 6

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Edad de Diagnóstico Ideal Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Edad de Diagnóstico Ideal	Correcto	52	47,7%	56	65,1%	108	55,4%
	Incorrecto	57	52,3%	30	34,9%	87	44,6%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

p<0.05

el año de cursado del alumno está asociado con el conocimiento de la edad de diagnóstico ideal.

TABLA 7

Respuestas de los alumnos a la variable Siempre hay Déficit Mental? Números absolutos y porcentajes. n = 195

Siempre hay Déficit Mental?	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	10,8%
No	174	89,2%
Total	195	100,0%

TABLA 8

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Siempre hay Déficit Mental? Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Siempre hay Déficit Mental?	Correcto	96	88,1%	78	90,7%	174	89,2%
	Incorrecto	13	11,9%	8	9,3%	21	10,8%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

diferencia no significativa $p = 0.557$

el año de cursado del alumno no está asociado con el conocimiento sobre la pregunta: siempre hay déficit mental.?

TABLA 9

Respuestas de los alumnos a la variable El Diagnóstico Presuntivo lo Hace... Números absolutos y porcentajes. n = 195

El Diagnóstico Presuntivo lo Hace...	Frecuencia	Porcentaje
Madre/Padre	87	44,6%
Hermanos	3	1,5%
Pediatra	47	24,1%
Maestras	58	29,7%
Total	195	100,0%

TABLA 10

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable El Diagnóstico Presuntivo lo Hace...

Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
El Diagnóstico Presuntivo lo Hace...	Correcto	34	31,2%	24	27,9%	58	29,7%
	Incorrecto	75	68,8%	62	72,1%	137	70,3%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

diferencia no significativa. $p = 0.618$

el año de cursado del alumno no está asociado con quien hace habitualmente el diagnostico presuntivo

TABLA 11

Respuestas de los alumnos a la variable Lo Derivaría?

Números absolutos y porcentajes. n = 195

Lo Derivaría?	Frecuencia	Porcentaje
Si	185	94,9%
No	10	5,1%
Total	195	100,0%

TABLA 12

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Lo Derivaría?

Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Lo Derivaría?	Correcto	102	93,6%	83	96,5%	185	94,9%
	Incorrecto	7	6,4%	3	3,5%	10	5,1%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

diferencia no significativa. $p = 0.356$

el año de cursado del alumno no está asociado con si lo derivaría.

TABLA 13

Respuestas de los alumnos a la variable Lo Derivaría a...

Números absolutos y porcentajes. n = 195

Lo Derivaría a...	Frecuencia	Porcentaje
Fonoaudiólogo	9	4,6%
Psiquiatra Infantil	111	56,9%
Neurólogo	73	37,4%
Otorrinolaringólogo	2	1,0%
Total	195	100,0%

TABLA 14

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Lo Derivaría a?

Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Lo Derivaría a...	Correcto	57	52,3%	54	62,8%	111	56,9%
	Incorrecto	52	47,7%	32	37,2%	84	43,1%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

diferencia no significativa $p = 0.142$

el año de cursado del alumno no está asociado con a quien lo derivaría.

TABLA 15

Respuestas de los alumnos a la variable Padres en Tratamiento

Psicológico? Números absolutos y porcentajes. n = 195

Padres en Tratamiento Psicológico?	Frecuencia	Porcentaje
Si	182	93,3%
No	13	6,7%
Total	195	100,0%

TABLA 16

Respuestas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) a la variable Padres en Tratamiento Psicológico?

Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Padres Tratamiento Psicológico?	Correcto	102	93,6%	80	93,0%	182	93,3%
	Incorrecto	7	6,4%	6	7,0%	13	6,7%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

diferencia no significativa $p = 0.877$

año de cursado del alumno no está asociado a la indicación de tratamiento psicológico para los padres

TABLA 17

Respuestas de los alumnos a la variable Síntomas y/o Signos del Autismo. Números absolutos y porcentajes

Síntomas y/o Signos del Autismo	Casos	%
a -Insistencia en lo idéntico, resistencia a los cambios de rutina	95	48,7%
b -Risa y gorgoteos inapropiados	50	25,6%
c -Ningún temor a los peligros	47	24,1%
d -Juegos prolongados que son raros o repetitivos	126	64,6%
e -Agresividad hacia otras personas	85	43,6%
f -Dificultad para juntarse con otros	167	85,6%
g -Hiperexcitación	56	28,7%
h -Ecolalia	96	49,2%
i -Prefiere estar solo	153	78,9%
j -Puede no querer abrazos de cariño o actuar en forma cariñosa	114	58,5%
k -Da vueltas sobre sí mismo. Hace girar objetos.	78	40,0%
l -No responde a indicaciones verbales, actúa como si fuera sordo	140	71,8%
m -Apego inapropiado a objetos	94	48,2%
n -Dificultad para expresar sus necesidades, emplea gestos o señala objetos en vez de usar palabras	126	64,6%
o -Demasiada actividad física	12	6,2%
p -Rabietas, exhibe extrema angustia sin ninguna razón aparente	77	39,5%
q -No responde a métodos normales de enseñanza	134	68,7%

TABLA 18

Cantidad de Respuestas Correctas

	Promedio	Desvío Estándar	Mínimo	Máximo
Cantidad de Respuestas Correctas	8,46	3,43	0	17

Respuestas Correctas	Frecuencia	Porcentaje
0 (ninguna)	1	0,5%
1	2	1,0%
2	4	2,1%
3	7	3,6%
4	9	4,6%
5	14	7,2%
6	22	11,3%
7	17	8,7%
8	27	13,8%
9	24	12,3%
10	17	8,7%
11	11	5,6%
12	12	6,2%
13	10	5,1%
14	10	5,1%
15	4	2,1%
16	3	1,5%
17	1	0,5%
Total	195	100,0%

TABLA 19

Respuestas correctas de los alumnos de 1º y 2º año (n = 109) y de 5º y 6º (n = 86) en relación a la variable Síntomas y/o Signos del

Autismo

Números absolutos y porcentajes

		Año de Cursado					
		1ro y 2do año		5to y 6to año		Total	
		Casos	%	Casos	%	Casos	%
Respuestas	0	1	,9%	0	,0%	1	,5%
Correctas	1	2	1,8%	0	,0%	2	1,0%
	2	2	1,8%	2	2,3%	4	2,1%
	3	5	4,6%	2	2,3%	7	3,6%
	4	9	8,3%	0	,0%	9	4,6%
	5	11	10,1%	3	3,5%	14	7,2%
	6	12	11,0%	10	11,6%	22	11,3%
	7	11	10,1%	6	7,0%	17	8,7%
	8	17	15,6%	10	11,6%	27	13,8%
	9	10	9,2%	14	16,3%	24	12,3%
	10	7	6,4%	10	11,6%	17	8,7%
	11	4	3,7%	7	8,1%	11	5,6%
	12	7	6,4%	5	5,8%	12	6,2%
	13	2	1,8%	8	9,3%	10	5,1%
	14	4	3,7%	6	7,0%	10	5,1%
	15	3	2,8%	1	1,2%	4	2,1%
	16	2	1,8%	1	1,2%	3	1,5%
	17	0	,0%	1	1,2%	1	,5%
	Total	109	100,0%	86	100,0%	195	100,0%

$p < 0.05$

el promedio de respuestas correctas difiere con el año de cursado del alumno.

- **Discusión.**

No se encontró en la bibliografía trabajos similares al presente por lo cual no es factible comparar los resultados de esta investigación con los de otros autores.

En referencia a la variable incidencia a nivel mundial el 46,7 % de los alumnos conoce que es de 3 a 5/ 10000, esto coincide con la incidencia que cita Nelson en su libro (1) en cuanto a estudios realizados en países desarrollados y a lo propuesto por el Dr. Alejandro Molina López en una entrevista realizada el 19 de julio de 2010 en México (12). Existe un 31,3 % de alumnos que responde es de 1/10000 niños, esto coincide con lo descrito en 1985 por los doctores Rutter y Herrsov (15). Estos alumnos manejan cifras no actualizadas en cuanto a incidencia.

Según Nelson (1) el autismo tiene una alta base genética, según el pensamiento de Anchante Bejarano Gabriela, Burgos Ugaz Luz Maribel, Tarazona Ramos, Sandra Elizabeth, A humada Ledesma Elizabeth (5) existen trastornos neurológicos, El investigador Dr. Alejandro Molina López (12) especificó que una parte de este padecimiento es hereditario, aunque también influye la interacción con el ambiente. Se sabe que el factor genético interviene porque en los gemelos idénticos la concordancia del desarrollo del autismo llega a ser superior al 90 por ciento, y también su presencia es mayor en personas que tienen antecedentes familiares. Por todas estas miradas diferentes en cuanto a la etiología, podemos decir que se desconocen con exactitud las causas que lo originan y se están investigando nuevos métodos para detectarlo, por eso llegamos a la conclusión que es un síndrome multifactorial, con fuerte influencia genética, lo cual coincide con lo propuesto por Nelson (1). Los alumnos en un 61 % conocen que es multifactorial. Es

importante destacar que esta asociado el conocimiento de la etiología con respecto al año de cursado. De primero y segundo año un 39,4 % y de 5to y 6to un 88,4%.

La edad de diagnostico ideal es siempre directamente proporcional con el mejor resultado en el tratamiento, es por el ello que hay que conocer sobre sus signos y síntomas para realizar un diagnostico precoz, la edad ideal es en menores de 3 años, como indica Nelson (1), por lo que permite una mejor rehabilitación y una integración a la sociedad. Un 55,4% de los alumnos conoce que es la edad ideal para el diagnostico. Es importante destacar que esta asociado con el año de cursada del alumno el conocimiento de la edad ideal del diagnostico.

El 44,6 % de los alumnos cree que los padres son los que realizan el diagnostico presuntivo. Los padres son los que observan a su niño y les dan la información al pediatra para que este le diga que sucede. A veces el diagnostico de esta manera es tardío , ya que muchos padres desconocen cuales son los comportamientos normales que debería tener su niño y pasan por alto en la rutina, por ello es el medico el cual debe conocer sobre este síndrome y así detectarlo con la clínica en la consulta habitual que realizan los padres. EL 24, 1% de los alumnos estima que el diagnostico presuntivo lo realiza el pediatra. El 29,7% de los alumnos conoce que al diagnostico lo realizan las maestras, y esto en la actualidad es así, ya que el las maestras observan y notan en el aula los diferentes comportamientos de los niños que padecen este síndrome, aunque en esta instancia el diagnostico es tardío. Esto sucede por un desconocimiento de la patología por parte del medico.

El 94,9% lo derivaría ante la sospecha diagnostica, en 56,9% al psiquiatra infantil en primer instancia, esto es así, aunque hay que destacar que el

tratamiento es multidisciplinario como nos indica la bibliografía Bliegman, Behrman. Jonson, Stanton. Nelson. Tratado de Psiquiatría (10) y Joaquin Santo Domingo Carrasco. Enrique Beca Baldomero. Jose Luis Carrasco Perrera. Eduardo Garcia Camba de la Muela. Manual de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid (11).

Es necesario involucrar a todos los miembros de la familia en el tratamiento del niño, apoyándolos, aclarándoles el diagnóstico, las deficiencias concretas de desarrollo y entrenándolos para que sean coterapeutas como indican Bliegman, Behrman. Jonson, Stanton. Nelson (10) y Joaquin Santo Domingo Carrasco. Enrique Beca Baldomero. Jose Luis Carrasco Perrera. Eduardo Garcia Camba de la Muela . (11), en esto el 93,3 % de los alumnos coincide.

EL manual DSM-IV se está utilizando para diagnosticar autismo a nivel mundial. (9)

De los 12 criterios del manual DSM –IV (9) por lo menos 6 deben estar presentes para diagnosticar autismo. De todos los síntomas del autismo solo 1 alumno los reconoce a todos. Pero para el mayor porcentaje de los alumnos se encuentra en 8 preguntas correctas correspondiendo un 13,8%, el promedio de respuestas correctas difiere con el año de cursada. Por lo tanto podemos asegurar que 5to y 6to año , los cuales ya cursaron las 3 asignaturas donde se estudiaría esta patología, reconocen los signos y síntomas para realizar el diagnóstico.

- **Conclusión.**

Se concluye que hay un conocimiento aceptable sobre el autismo en los alumnos de 1º y 2º año y que este se incrementa en los de 5º y 6º año. Ese incremento indica que nuestros alumnos, al momento de su egreso, contarán con las competencias necesarias para diagnosticar y actuar adecuadamente ante un niño autista.

• **Bibliografía.**

1) Bliegman, Behrman. Jonson, Stanton. Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen I. 18 edición.

2) Dr. Hernández González Autismo infantil: un trastorno severo del desarrollo.. <http://www.psicologia-online.com/infantil/autismo.shtml>

3) Claudio Hunter-Watts. Esa ausencia que duele. Artículo Revista Nueva. 31 de octubre de 2010. Edición número 375. Distribuida por Diario La Capital, Rosario.

4) Francisco Javier Hinojo Lucena. Francisco D. Fernández Martín. Inmaculada Aznar Díaz

Tesis. Centro educativo, familia y autismo: implicancias pedagógico-didácticas del Estrés sufrido por padres de personas con Autismo en Centroamérica.

<http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/desembre04/article03.pdf>

5) Anchante Bejarano Gabriela, Burgos Ugaz Luz Maribel, Tarazona Ramos Sandra Elizabeth, Ahumada Ledesma Elizabeth

Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia.

http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/public/pix/pre_ar_cientifica_mod2.pdf

6) Uta Frith .Autismo. Hacia una explicación del enigma. 1999

7) Francesca Happé. Introducción del autismo.1998.

8) Peter Hobson .El autismo y el desarrollo de la mente. 1995.

9) Pichot, López-Ibor, Valdés. Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM IV.

10) Bliegman, Behrman. Jonson, Stanton. Nelson. Tratado de Psiquiatría. Volumen I. 18 edición.

11) Joaquin Santo Domingo Carrasco. Enrique Beca Baldomero. Jose Luis Carrasco Perrera. Eduardo Garcia Camba de la Muela. Manual de Psiquiatria. Facultad de Medicina. Universidad Autonoma de Madrid.

12) Entrevista al Dr. Alejandro Molina Lopez.

Aumenta hasta 32% la incidencia del Autismo. <http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2010/07/19/390224/aumenta-32-ciento-incidencia-autismo.html>

13) Fundacion apoyo al Autismo. "Ultimos alcances del autismo a Nivel Mundial"

<http://apoyoalautismo.blogspot.com/2007/10/ultimos-alcances-del-autismo-nivel.html>

14) Aumenta el 600 % la prevalencia del autismo. Revista online el mundo.

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/12/21/psiquiatriainfantil/1261418149.html>

15) Joaquin diaz Atienza. Doctor en Neurociencias.

La epidemia del autismo y expectativas en los proximos 15 anos.

<http://paidopsiquiatria.com/documentos/epidemiologiaautismo.pdf>

Bibliografía consultada

- 1) Francisco Javier Hinojo Lucena. Francisco D. Fernández Martín.
Inmaculada Aznar Díaz
Tesis. Centro educativo, familia y autismo: implicancias pedagógico-didácticas del Estrés sufrido por padres de personas con Autismo en Centroamérica.
<http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/desembre04/article03.pdf>
- 2) J. de Ajuaguerra .Manual de Psiquiatría Infantil. Cuarta edición. Masson. 2001.
- 3) Wing L. El Autismo en niños y adolescentes. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial. Paidós; 1998.
- 4) Bases genéticas del autismo. (Spanish) Texto completo disponible By: Álvarez, Ileana; Camacho-Arroyo, Ignacio. *Acta Pediátrica de Mexico*, ene/feb2010, Vol. 31 Issue 1, p22-28, 7p, 1 Chart; Language: Spanish; (AN 51907976)

Especialidades: AUTISM; DISEASES -- Causes & theories of causation; DEVELOPMENTAL disabilities; GENETIC polymorphisms; CHILDREN with disabilities

Base de datos: MedicLatina

- 5) Revisiones sobre el autismo. (Spanish) Texto completo disponible / Reviews on Autism. (English) By: Gómez, Santiago López; Torres, Rosa María Rivas; Ares, Eva María Taboada. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2009, Vol. 41 Issue 3, p555-570, 16p; Language: Spanish

Especialidades: AUTISM spectrum disorders; DISEASES -- Causes & theories of causation; SYMPTOMS; PATHOLOGY; AUTISM

Base de datos: Academic Search Premier

- **Anexos.**
- **Marco Teórico.**

El autismo es el retraimiento de una persona hacia su mundo interior, perdiendo el contacto con la realidad exterior. Se define como un trastorno del desarrollo, resultado de un desorden neurológico, que afecta el funcionamiento del cerebro, comprometiendo básicamente las áreas de interacción social, conductual y de lenguaje; alterando el procesamiento de la información recibida mediante los sentidos, lo que produce una reacción exagerada ante algunas sensaciones, imágenes, sonidos y olores. (1)

Historia del Autismo

El término autismo proviene del griego “autos” y significa sí mismo. La primera vez que fue utilizado, por Bleuler (1911), era para referirse a un trastorno del pensamiento que solamente aparecía en algunos pacientes esquizofrénicos. Es cierto que Bleuler fue el primero que utilizó el término *autismo*, pero sin embargo se considera a Leo Kanner el que describió este trastorno infantil gracias a la observación de once niños que sufrían alteraciones extrañas y no parecidas a ninguna otra enfermedad psicopatológica. De esta modo Kanner en 1943 lo describe como un síndrome conductual que se manifiesta por una alteración del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida. Kanner entendió esta sintomatología como una alteración del contacto socio-afectivo, lo que significó que en las dos décadas posteriores, la mayor parte de las investigaciones identificaran al autismo con trastornos emocionales, enfoque que desarrolló profundamente la escuela psicoanalítica. (2)(3)(4)

A partir de los años 60, comienzan a diversificarse las líneas de investigación. Una de las más notables es la que, como hipótesis explicativa del autismo postula la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje. Estas aportaciones conducen a una visión más compleja del autismo. (2)(3)(4)

En los años 70 y 80, con la aparición de las nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológica, neurofisiológica, etc. se da un espectacular avance en el conocimiento de este trastorno.

Se inician nuevas áreas de estudio, como la influencia que los aspectos evolutivos tienen en la patología de esta enfermedad: las relaciones entre autismo y epilepsia. Pero lo que más refleja el avance de esta época es la utilización de las técnicas neurofisiológicas en el diagnóstico y las técnicas de modificación de conducta en el tratamiento.

En estos años encontramos a Rutter que discrepó a Kanner en lo referente al contacto afectivo como rasgo primario y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, como consecuencia de la alteración afectiva.

Rutter propone la siguiente definición: *“El autismo proviene de un origen orgánico cerebral y también un síndrome conductual caracterizado por diversos síntomas que son comunes a todos los niños autistas y específicos de este trastorno”*. (2)(3)(4)

Por otra parte la “National Society for Autistic Children” (NSAC) de Estados Unidos, en 1977, elaboró una definición ponderada por un comité técnico. Al igual que Rutter, hace referencia a un síntoma conductual y cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulos sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y la capacidad de relacionarse con personas, sucesos y objetos. (2)(3)(4)

Durante muchos años ha habido una falta de acuerdo entre si provenía de factores cognitivos o de los factores socioafectivos. Actualmente los clínicos lo describen cómo un trastorno generalizado del desarrollo, sin embargo parece existir una cierta tendencia para volver al término original.

Las primeras teorías que se hicieron sobre las causas fueron que los padres trataban a sus hijos autistas sin el calor y el afecto que se considera normal entre padres e hijos. La psicología freudiana tenía una teoría preparada para el autismo: *si falla cierta relación psicológica básica entre padres e hijos, estos últimos serán incapaces de evolucionar*. Esta teoría permaneció vigente durante los años 50 y principios de los 60. (2)(3)(4)

Pero también existen dos explicaciones alternativas obvias que la teoría freudiana no aprecia:

- la poca interacción observada en los padres, podría ser una consecuencia y no causa del comportamiento autista de los niños.
- el autismo podría ser, en un caso extremo, la herencia genética de un rasgo de personalidad observada en dichos padres.

Los antiguos tratamientos consistían en apartar algunos niños de sus padres y ponerlos en manos de otros cuidadores para ver si se recuperaba. Cuando pudieron ver que este método no era remedio para curarlos, se hicieron algunos intentos de sumergir a los niños en entornos de estado psicológico, de los que habían carecido de sus padres, pero de este modo tampoco encontraron el remedio de esta enfermedad.

Un niño autista tiene una mirada que no mira pero que traspasa. Los síntomas del autismo pueden variar en función de la gravedad de su presentación. Algunos niños con autismo pueden no establecer contacto ocular y parecer totalmente distantes mientras que otros pueden mostrar cierta

relación con su entorno y pueden mantener un contacto ocular desigual, sonreír o dar abrazos. Estas conductas sociales a menudo dependen de que el niño quiera mostrarlas y son difíciles de suscitar por otras personas. Los niños con autismo también pueden presentar diferentes aptitudes verbales que pueden oscilar desde no hablar hasta tener un lenguaje amenazado, ser capaces de imitar canciones, rimas o anuncios de televisión. Lo más destacado en los niños con autismo es la calidad de su forma de hablar y su lenguaje. El lenguaje puede presentar una métrica o entonación raras y puede caracterizarse por ecolalia, inversión de los pronombres, rimas sin sentido y otras formas del lenguaje idiosincrásicas. El funcionamiento intelectual puede variar desde el retraso mental hasta un funcionamiento intelectual superior en áreas determinadas. Algunos niños con autismo presentan un desarrollo típico en ciertas habilidades y pueden incluso mostrar gran destreza en áreas específicas como el arte, la música o hacer puzzles. Las aptitudes para el juego en estos niños son típicamente aberrantes, caracterizándose por escasos juegos simbólicos, rigidez ritualistas y preocupación por parte de los objetos. También son frecuentes los movimientos corporales estereotipados, una notable necesidad de uniformidad (que el entorno permanezca inmutable) y una gama de interés muy estrecha. Los niños autistas suelen aislarse y pasar horas jugando solos. Prevalecen las conductas rituales que son reflejo de su necesidad de mantener un entorno invariable y previsible. Las perturbaciones de la rutina pueden desencadenar episodios semejantes a rabietas. El contacto ocular suele ser mínimo o inexistente. El hecho de examinar visualmente los movimientos de las manos y los dedos, se lleven a la boca objetos y froten las superficies pueden indicar que son más concientes y sensibles a ciertos estímulos, mientras que sus respuestas disminuidas al dolor y la falta de

reacciones de sobresalto ante ruidos fuertes y súbitos traducen una sensibilidad disminuida a otros estímulos. (2)(3)(4)

Criterios diagnósticos de autismo DSM IV.

A. Un total de 6 (o mas) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo: no mostrar, traer o señalar objetos de interés)

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

(2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)

- (b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - (c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - (d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- (a) Preocupación absorbente por uno o mas patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (d) Preocupación persistente por parte de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.

- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

(5)

- **Tratamiento.**

Es necesario trabajar en equipo con varios profesionales, psiquiatra infantil, y de adultos, pediatras, psicólogos, pedagogos, enfermeros y trabajadores sociales. El tratamiento debe ser individualizado, basado en el nivel de desarrollo, orientado a la relación afectiva y diseñado para intentar corregir los trastornos detectados específicos de este niño. Se aconseja la intervención temprana que ponga énfasis en las funciones comunicativas y de lenguaje. Se intentara que haya avances en el desarrollo, compensación en áreas deficitarias y disminución de los síntomas autistas. Además se debe proporcionar apoyo y guía a la familia. (6)(7)

Los fines del tratamiento son promover el desarrollo en las diversas áreas: cognitiva, evitando el aislamiento y el ensimismamiento autista, del lenguaje. Se promoverá así mismo el aprendizaje global, la generalización de conductas positivas, se tratara de evitar la apatía y el negativismo, se procurara la disminución de los comportamientos indeseables y el estímulo de los aceptables, se intervendrá farmacológicamente si fuese necesario. (6)(7)

También son eficaces como terapias las de tipo cognitivo social basadas en la capacidad que tenga el niño de imaginarse los pensamientos, sentimientos e intenciones de los demás (teoría de la mente). Es necesario involucrar a todos los miembros de la familia en el tratamiento del niño, apoyándoles, aclarándoles el diagnóstico, las deficiencias concretas de desarrollo y entrenándoles para que sean coterapeutas. (6)(7)

- **Pronostico**

Algunos niños sobre todo los que hablan, pueden hacerse mayores y llevar una vida autosuficiente y con un empleo, aunque aislada en la comunidad. Muchos otros siguen dependiendo de la familia para las actividades de la vida diaria o requieren el internamiento en una institución. Dado el tratamiento precoz e intensivo puede mejorar el lenguaje y el funcionamiento social, la demora en el diagnóstico puede empeorar el pronóstico. El riesgo de padecer esquizofrenia en la vida adulta no está aumentado, pero el retraso del diagnóstico conlleva costosas consecuencias para toda la vida. El pronóstico de los niños que tienen una mayor inteligencia, un lenguaje funcional y síntomas y conducta menos extraños es más favorable. El perfil sintomático de algunos niños varía según se hacen mayores y las convulsiones y las conductas auto agresivas se tornan más frecuentes. (6)

• **Bibliografía.**

1) Anchante Bejarano Gabriela, Burgos Ugaz Luz Maribel, Tarazona Ramos Sandra Elizabeth, Ahumada Ledesma Elizabeth

Conocimiento sobre autismo y cuidados del niño en una asociación de padres de familia.

http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/public/pix/pre_ar_cientifica_mod2.pdf

2) Uta Frith .Autismo. Hacia una explicación del enigma. 1999

3) Francesca Happe. Introducción del autismo.1998.

4) Peter Hobson .El autismo y el desarrollo de la mente. 1995.

5) Pichot, López-Ibor, Valdés. Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. DSM IV.

6) Bliegan, Behrman. Jonson, Stanton. Nelson. Tratado de Psiquiatría. Volumen I. 18 edición.

7) Joaquin Santo Domingo Carrasco. Enrique Beca Baldomero. Jose Luis Carrasco Perrera. Eduardo Garcia Camba de la Muela. Manual de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

- **Encuesta.**

Estimado alumno de la Universidad Abierta Interamericana de la carrera de Medicina, agradeceré responda esta encuesta en forma anónima y voluntaria, colaborando con el proyecto de investigación de la alumna De Giulio Andrea **Conocimiento sobre Autismo en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana:**

- **Edad:**
- **Año que cursa:**

1) Cual es la incidencia del autismo a nivel mundial?

- a.- 1/10.000
- b.- 3 a 5/10.000
- c.- 50/10.000
- d.- 1000/10.000

2) Usted considera que la etiología del autismo es?

- a.- hereditario
- b.- congénito
- c.- neurológica
- d.- multifactorial

3) Cual es la edad de diagnostico ideal?

- a.- recién nacido
- b.- menor a 3 años
- c.- ingreso escolar
- d.- adolescencia

4) En todos los casos hay déficit mental?

- a.- si
- b.- no

5) Habitualmente el diagnostico presuntivo lo hace:

- a.- madre/padre
- b.- hermanos
- c.- pediatra
- d.- maestras

6) Luego del diagnostico presuntivo usted lo derivaría?:

- a.- si
- b.- no

7) En caso de derivar, a quien lo haría primero?

- a.- fonoaudiólogo
- b.- psiquiatra infantil

- c.- neurólogo
- d.- otorrinolaringólogo

8) Le parece importante que los padres reciban también tratamiento psicológico?

- a.- si
- b.- no

**9) Quién o quienes considera que deben tratar a estos niños?
Marcar todas las opciones que considere.**

- a.- neurólogo
- b.- otorrinolaringólogo
- c.- fonoaudióloga
- d.- psiquiatra infantil

10) Que síntomas y/o signos usted considera que están dentro del síndrome autista?

Marcar todas las opciones que considere.

- a.- Insistencia en lo idéntico, resistencia a los cambios de rutina.
- b.- Risa y gorgoteos inapropiados.
- c.- Ningún temor a los peligros.
- d.- Juegos prolongados que son raros o repetitivos.
- e.- Alucinaciones visuales
- f.- Alucinaciones auditivas
- g.- Convulsiones
- h.- Agresividad hacia otras personas
- i.- Dificultad para juntarse con otros
- j.- Hiperexcitación
- k.- Delirio
- l.- Ecolalia (repetición de palabras y frases en vez de un lenguaje normal)
- m.- Prefiere estar solo.
- n.- Mucho temor a lo desconocido.
- o.- Puede no querer abrazos de cariño o actuar en forma cariñosa.
- p.- Comparte con otros niños.
- q.- Da vueltas sobre sí mismo. Hace girar los objetos.
- r.- No responde a indicaciones verbales, actúa como si fuera sordo.
- s.- Apego inapropiado a objetos.
- t.- Dificultad para expresar sus necesidades, emplea gestos o señala los objetos en vez de usar palabras.
- u.- Insomnio.
- v.- Demasiada actividad física.
- w.- Rabieta, exhibe extrema angustia sin ninguna razón aparente.
- x.- No responden a métodos normales de enseñanza.
- y.- Pérdida del apetito.
- z.- Cefalea.