

# Autismo: criterios diagnósticos

## Una aproximación cognitivo-evolutiva

**Carolina Ivana Scatolón**

Lic. en Psicología. Pasante del Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA), CRICYT-CONICET, Mendoza, Argentina. E-mail: scatolon@nysnet.com.ar

**Mirta Susana Ison**

Dra. en Psicología. Investigadora del CONICET en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA-CRICYT). Prof. Invitada en la Universidad Nacional de San Luis. Prof. de la Universidad del Aconcagua. CRICYT. C.C. 131 (5500) Mendoza, Argentina. E-mail: mison@lab.cricyt.edu.ar

### Introducción

El autismo es un "Trastorno Generalizado del Desarrollo que se caracteriza por la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social, junto a un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. De aparición anterior a los tres años de edad"(1).

En su artículo sobre "Los trastornos autistas del contacto afectivo" Leo Kanner, en 1943, describió el Autismo(11).

En cuanto a su etiología, el Autismo es un trastorno de origen biológico. Aunque aún no se haya develado su verdadera causa, numerosas investigaciones han permitido descubrir alteraciones biológicas múltiples: genéticas(19), cromosómicas(4), neuroanatómicas(3), trastornos metabólicos o procesos infecciosos(18) y daño cerebral pre y perinatal(12).

Diversos estudios epidemiológicos establecen una prevalencia actual de 5 a 10/10.000. En la Argentina, se realizó una investigación epidemiológica en el CONICET hace aproximadamente 12 años, donde se

---

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la información que manejan los distintos profesionales de la salud de la Provincia de Mendoza, Argentina, con respecto al Autismo y a sus criterios diagnósticos. **Metodología:** Cualitativa. Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo, con una muestra no probabilística, compuesta por 38 profesionales de la Provincia de Mendoza, quienes respondieron una encuesta sobre Autismo y sus criterios diagnósticos. **Resultados:** El 55% de la muestra no ha realizado diagnóstico de Autismo. Si bien, la mayoría de los profesionales que realizaron diagnóstico (45% de la muestra), utilizaron criterios actuales, en cuanto a la información sobre el origen, tipo de patología, síntomas y otras características propias del trastorno, manifestaron un conocimiento poco actualizado. Este resultado se torna relevante si consideramos que la mayoría de los profesionales pertenecen al área de salud infanto-juvenil en instituciones públicas de Mendoza.

**Palabras clave:** Autismo - Trastorno Generalizado del Desarrollo - Criterios Diagnósticos.

### AUTISM: DIAGNOSIS CRITERIA. COGNITIVE-EVOLUTIONARY APPROACH

#### Summary

**Objective:** To get acquainted with the information handled by health professionals regarding autism and its diagnosis criteria in the province of Mendoza, Argentina. **Methodology:** Qualitative. A descriptive and exploratory study was conducted on a non-probabilistic sample of 38 professionals of Mendoza province. The professionals answered a questionnaire on autism and its diagnosis criteria. **Results:** Fifty-five percent of the professionals of the sample did not diagnose autism. The professionals that did (45% of the sample), though updated as regards diagnosis criteria, did not handle actual information about origin and type of this pathology, its symptoms and characteristics. Since most professionals belong to public institutions of the province, these results become relevant.

**Key Words:** Autism - Generalized development disorder - Diagnosis criteria.

---

encontró una prevalencia de alrededor de 5/10.000 (9). La proporción entre varones y mujeres es de 3:1, afectando con menor frecuencia a las mujeres, pero con mayor grado de alteración. Isabelle Rapin(17) afirma que "la confiabilidad de la prevalencia estimada para cualquier condición depende de la precisión de su diagnóstico".

Uno de los factores que hace más complejo el diagnóstico de Autismo es su comorbilidad con otros trastornos; tres de cada cuatro autistas tienen retraso mental además de Autismo(14).

### Alteraciones del Trastorno Autista

El trastorno presenta alteraciones en diversas áreas: interacción social, comunicación, patrones de comportamiento y simbolización. Todas estas disfunciones conductuales y cognitivas deben estar invariablemente presentes para que se pueda establecer el diagnóstico.

En el área de interacción social se presenta un trastorno cualitativo de las relaciones sociales, siendo éste el rasgo patognomónico del autismo, que Kanner llamó "soledad autista"(11). Incluye un trastorno cualitativo de las capacidades de referencia conjunta, que es la limitación para compartir con otras personas la atención, la preocupación y la acción con respecto a los objetos, las situaciones, etc. También evidencia deficiencia en la capacidad de intersubjetividad secundaria (capacidad de considerar al otro como un sujeto, con un mundo interno, que puede ser compartido), y en las capacidades de atribución mentalista.

El Trastorno Autista presenta también deficiencias cualitativas en las funciones comunicativas, donde existe una profunda falta de interés por la conversación en sí misma. En algunos casos desarrollan tardíamente "protoimperativos" -que es la capacidad de "pedir", cambiar el mundo físico- pero nunca desarrollan "protodeclarativos" -que es la función de cambiar el mundo mental del compañero de interacción, compartiendo una experiencia interna-. Además, presenta trastornos del lenguaje expresivo (dificultades para desarrollar el lenguaje) y del lenguaje receptivo (deficiencias en la comprensión del lenguaje).

En cuanto a los patrones de comportamiento, las personas con autismo presentan una dificultad para organizar su conducta en función de objetivos y darle sentido, evidenciando alteración de la función ejecutiva. Presentan también, trastorno en las competencias de anticipación (anomalías en la formación de esquemas que permitan adelantarse, prever lo nuevo), y en la flexibilidad mental y comportamental; por ello presentan estereotipias motoras, rituales repetitivos, obsesión por ciertos contenidos mentales y la inflexible oposición a cambios ambientales.

Finalmente, en el área de la simbolización, presentan un trastorno de las competencias de ficción e imaginación, es decir que no hay juego simbólico. También presentan deficiencias y anomalías en las capacidades de imitación y en la "suspensión" que es la capacidad de dejar en suspenso acciones o representaciones con el fin de crear significados que puedan ser interpretados por otras personas.

Las investigaciones recientes demuestran con claridad que el Autismo, que se manifiesta siempre antes de los 3 años, tiene un curso evolutivo típico. Ese esquema ontogenético característico se refleja en un desarrollo aparentemente normal en los nueve primeros meses de vida; se manifiesta sutilmente en insidiosas carencias evolutivas en los nueve siguientes, y se despliega, por fin, en una clara distorsión cualitativa evidente alrededor de los 18 meses; es decir, en un momento del desarrollo del niño en que se producen cambios fundamentales(21).

Es una idea universalmente aceptada en Psicología Evolutiva que los 18 meses constituyen un período crítico en el desarrollo humano, donde se despliegan funciones psicológicas básicas a través de interacciones naturales y espontáneas con otras personas, como por ejemplo, la inteligencia representativa y simbólica(15), la autoconciencia e interiorización de estándares sociales(10), estructuras combinatorias del lenguaje, sintaxis y conversación(5), juego de ficción y metarrepresentaciones(13).

En el plano neurobiológico, los 18 meses implican también un momento de transición y de cambios importantes. El número de neuronas y sinapsis en muchas zonas del cerebro alcanza en ese momento su mayor magnitud y se mantiene en niveles altísimos durante toda la fase crítica de desarrollo que se extiende entre los 18 meses y los 5 ó 6 años. Después hay un intenso proceso de "limpieza selectiva" en que se retienen algunas conexiones neurales y se eliminan otras.

Desde las primeras observaciones sobre Autismo, se sabe que la fase que se extiende entre los 18 meses y los 5 ó 6 años, es especialmente crítica, y en ella se hacen más marcados los síntomas. Luego se producirán cambios positivos en el trastorno. Al respecto, Angel Rivière(21) manifiesta: "El autismo es la sombra que deja en el desarrollo una dificultad o imposibilidad para construir ciertas funciones psicológicas cuyo momento crítico de adquisición se extiende entre el año y medio y los cinco o seis años" (p. 40).

### Una teoría cognitiva que explica el trastorno

En los intentos explicativos del autismo se han postulado diferentes teorías. En este trabajo, se in-



**ACOMPañAMIENTO  
TERAPÉUTICO**

ASISTENCIA - DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN  
**GUSTAVO ROSSI**  
**FEDERICO MANSON**  
**GABRIEL PULICE**

*Atención en Urgencias - Internación Domiciliaria  
Recreación - Traslados - Externaciones y  
Rehabilitación*

*Adicciones - Bulimia y Anorexia - Pacientes con  
Trastornos graves - Tercera Edad*

4866-4975 / 4982-5011 / 4865-9109

tenta abordar al Trastorno Autista desde las teorías cognitivas, que son en la actualidad, las que alcanzan mayor desarrollo científico.

Existe una teoría cognitiva que plantea el desarrollo de una capacidad en el niño durante el período crítico del desarrollo humano. Es la "capacidad de teoría de la mente", desarrollada por Premack y Woodruff(16), que se define como la "capacidad que tiene un organismo para atribuir mente a otro".

Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith(2), a través del paradigma de la falsa creencia de Wimmer y Perner(23), descubrieron que los autistas presentan un déficit cognitivo específico de atribución mentalista, es decir, de la "capacidad de teoría de la mente".

Es por ello, que las personas con autismo no pueden, o presentan dificultad, para manejar, predecir e interpretar su propia conducta, como la de los demás. Como refiere Angel Rivière(21), no pueden "leer la mente" de los otros, en el sentido de que no pueden inferir o anticipar estados mentales, creencias, deseos, pensamientos. Por ello presentan los trastornos en la interacción y comunicación social, y su conducta no se organiza en función de objetivos.

### **Diagnóstico**

Los criterios diagnósticos para autismo se han ido modificando en el transcurso de los años paralelamente a los cambios conceptuales que ha sufrido el término. Desde la concepción del Autismo como una psicosis infantil –en la que dichos criterios se centran en las conductas bizarras– hasta la inclusión del autismo dentro del término genérico Trastorno Generalizado del Desarrollo (T.G.D.), enfatizando los déficit cognitivos.

A partir del estudio del Trastorno Autista y de una teoría explicativa del mismo, se ha logrado la aproximación a los Criterios Diagnósticos actuales.

El criterio diagnóstico actual, considerado como el más confiable, práctico y preciso, es el DSM-IV publicado por la *American Psychiatric Association* en 1994.

El DSM-IV, ha determinado cinco criterios diagnósticos: tres comportamentales, un criterio cronológico y un criterio que plantea el diagnóstico diferencial.

Por otra parte, Lorna Wing(24) define el concepto de Espectro Autista. Este concepto permite considerar al autismo como un "continuo", más que como una categoría bien definida, que se presenta en diversos grados en los T.G.D., y también en Deficiencias Sociales Severas. Las variaciones del trastorno dependen de factores como el nivel intelectual, la edad, la gravedad del trastorno, el sexo y la adecuación de los tratamientos.

Para medir el Espectro Autista, Angel Rivière(21), diseñó una escala, I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista), que determina 12 dimensiones características agrupadas en 4 escalas:

- Desarrollo Social,
- Lenguaje y Comunicación,
- Anticipación y Flexibilidad,
- Simbolización.

Las dimensiones son

1. Relaciones sociales,
2. Capacidades de referencia conjunta,

3. Capacidades intersubjetivas y mentalistas.
4. Funciones comunicativas,
5. Lenguaje expresivo,
6. Lenguaje receptivo,
7. Competencias de anticipación,
8. Flexibilidad mental y comportamental,
9. Sentido de la actividad propia,
10. Capacidades de ficción e imaginación,
11. Imitación y
12. Suspensión (capacidad de crear significantes).

A partir de la exploración y determinación de los criterios diagnósticos actuales para autismo, nos preguntamos acerca del conocimiento que sobre ellos tienen los profesionales del área infanto-juvenil. En consecuencia, nos planteamos como objetivo, conocer la información que manejan los distintos profesionales de la salud sobre Autismo y sus Criterios Diagnósticos, en nuestro medio, la provincia de Mendoza, Argentina.

### **Método**

En este trabajo se implementó un método cualitativo. El diseño es de tipo no experimental.

### **Muestra**

Se utilizó una muestra no representativa compuesta por 38 profesionales de la Provincia de Mendoza-Argentina, la cual quedó conformada por 5 neurólogos, 6 pediatras, 13 psicólogos, 8 psiquiatras, 3 fonoaudiólogos, 2 trabajadores sociales y 1 terapeuta del lenguaje.

### **Instrumento**

Para llevar a cabo el objetivo de esta investigación, fue necesario diseñar una encuesta dirigida a los profesionales de la salud. Con el fin de suprimir contenidos ambiguos se realizó la depuración de los ítems de la encuesta.

La encuesta estuvo compuesta por once preguntas que indagaron aspectos relacionados con el diagnóstico de autismo, el origen del trastorno, síntomas, categoría psicopatológica y teorías explicativas del mismo.

### **Procedimiento**

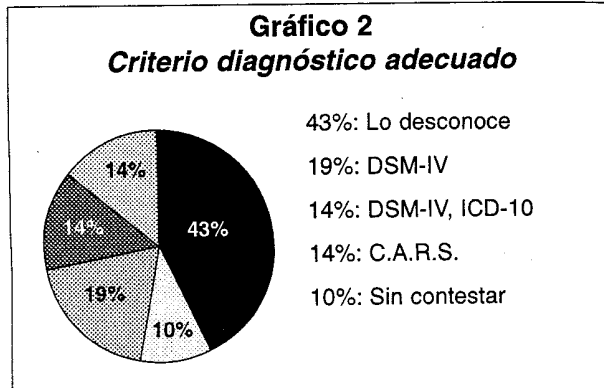
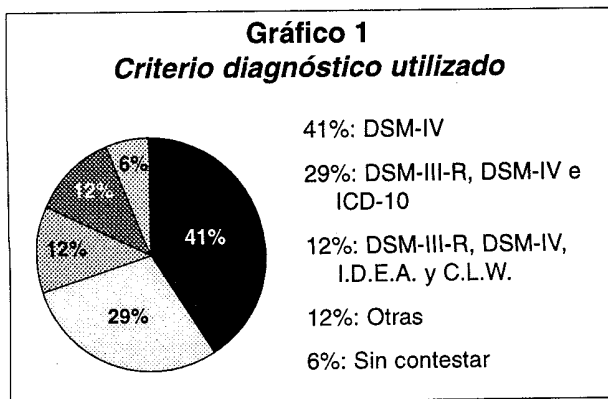
La encuesta se aplicó a profesionales relacionados con la atención infanto-juvenil. Para tal fin, se entrevistó a profesionales de tres hospitales públicos de la provincia: el Hospital "Dr. Humberto Notti", el Hospital "El Sauce" y el Hospital "Carlos Pereyra", de la Gerencia Discapacidad de la Provincia de Mendoza, de A.P.N.A. (Asociación pro-ayuda al niño atípico) y en consultorios particulares.

Los resultados de las encuestas son expresados en términos de porcentajes.

### **Resultados**

Si bien la encuesta consta de 11 ítems, solo se analizarán aquí los más relevantes y aquellos que mejor se adaptan al cumplimiento del objetivo.

El primer ítem explora a los profesionales que realizaron diagnóstico y los que nunca lo realizaron. Los



valores respectivos son 45% (17 casos) y 55% (21 casos), es decir que la encuesta reflejará aproximadamente un 50% de la información especializada de profesionales que han tenido contacto clínico con el trastorno.

De esta manera, se puede hipotetizar que quienes han diagnosticado autismo tienen mejor conocimiento de los criterios diagnósticos y del trastorno en general que quienes nunca lo hicieron.

La segunda pregunta indaga los criterios diagnósticos (C.D.) utilizados por los profesionales que realizaron diagnóstico de Autismo en algún momento de su carrera. Estos profesionales forman parte del 45% de la muestra (Gráfico 1). El 41% de ellos (7 casos) utilizó el DSM-IV, un 29% (5 casos) empleó las dos últimas versiones del DSM y la ICD-10, un 12% (2 casos) utilizó el DSM III-R y DSM IV, el I.D.E.A. y el Cuestionario de L. Wing, otro 12% usó otros C.D. (psicoanalíticos y test de Gesell), mientras que el 6% (1 caso) no contestó esta pregunta.

Estos datos reflejan que un 82% de estos profesionales se han manejado con C.D. actualizados.

En otra pregunta, se investiga qué C.D. consideran más eficientes aquellos profesionales que no realizaron diagnóstico de Autismo (Gráfico 2). Sobre un total de 21 profesionales (55% de la muestra), el 19% (4 casos) eligieron el DSM-IV, el 14% (3 casos) consideró el DSM-IV y el ICD-10, otro 14% consideró el C.A.R.S. (Escala para la evaluación de niños autistas) como C.D. eficiente. Mientras que un 43% (9 casos) lo desconoce y un 10% (2 casos) no contestó.

Es evidente el desconocimiento sobre los C.D. que reflejan estos datos, ya que si se consideran como desconocimiento los casos sin contestar y se suman

a los casos que plantean desconocimiento se obtiene un porcentaje considerable (53%).

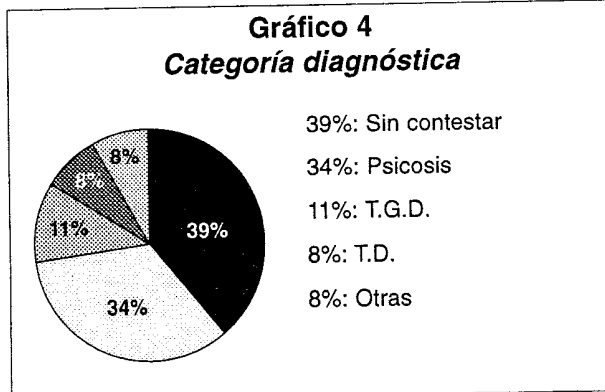
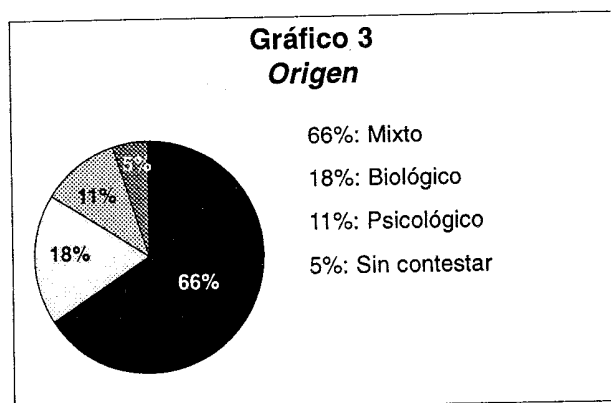
La quinta pregunta indaga sobre la etiología del Autismo (Gráfico 3). Así el 18% (7 casos) lo considera biológico, el 11% (4 casos) lo aprecia como psicológico y el 66% (25 casos) observan que el origen es mixto. Un 5% (2 casos) no contesta la pregunta.

Si bien son la minoría quienes aún consideran al autismo como un trastorno de base psicológica pura, y aunque hay una tendencia a incluir lo biológico como determinante, los datos muestran que los profesionales no conocen con profundidad las actuales investigaciones que le dan una base sólida al origen biológico del autismo. La categoría "mixto" revela que lo psicológico se sigue teniendo en cuenta en el origen. ¿Esto se deberá al desconocimiento o a la resistencia a abandonar viejas teorías?

El sexto ítem, se refiere a la clasificación que los profesionales realizan sobre el Autismo. El 8% (3 casos) lo ubica como un trastorno del desarrollo (T.D.), el 11% (4 casos) lo categorizan como un trastorno generalizado del desarrollo (T.G.D.), el 34% (13 casos) como una psicosis, el 8% (3 casos) le da otras categorías (genética, lesional, orgánica) y el 39% (15 casos) no contesta la pregunta (Gráfico 4).

El porcentaje de preguntas no respondidas revela un desconocimiento sobre qué tipo de trastorno es el autismo. También se observa un alto porcentaje de profesionales que aún consideran al autismo como una psicosis, y por el contrario, muy pocos lo clasifican como un trastorno generalizado del desarrollo.

También se rastreó información con respecto a qué síntomas aprecian como fundamentales del autismo. El 16% (6 casos) considera los síntomas que plantea el



DSM-IV, el 29% (11 casos) aprecia la desconexión con el medio como fundamental, el 24% (9 casos) considera la desconexión y las estereotipias, el 5% (2 casos) los trastornos vinculares, y otro 5% considera otros síntomas como la mirada periférica, balanceo, autoconsumo de la libido. Un 21% (8 casos) no contesta.

La mayoría de los profesionales estiman como fundamentales síntomas de autismo que actualmente ya no se consideran determinantes, ni exclusivos del trastorno. Aún más, en su expresión se manifiestan concepciones antiguas. Un porcentaje significativo revela que desconoce los síntomas de autismo, presentado por los profesionales que no contestaron la pregunta.

Finalmente, la octava pregunta explora las teorías que conocen los profesionales sobre autismo. El 27% (10 casos) conoce las teorías vinculares (dinámicas), el 13% (5 casos) teorías vinculares y socioafectiva, el 8% (3 casos) conoce sólo la teoría socioafectiva, otro 8% la teoría cognitivo-afectiva, un 13% (5 casos) conoce todas las teorías, y un 18% (7 casos) ninguna. El 13% no contestó la pregunta.

Un porcentaje significativo (el 40%) conoce teorías que postulan un origen psicológico del Autismo. Mientras que el 31% (sumatoria de los casos que no conocían ninguna teoría y los que no contestaron) sugiere un desconocimiento de teorías explicativas.

## Discusión

Entendemos al Autismo como un trastorno generalizado del desarrollo evolutivo causado por condiciones biológicas, que producen déficit en funciones cognitivas relacionadas con el área socio-afectiva.

A través de un amplio rastreo bibliográfico se logró arribar a un conocimiento actualizado sobre los criterios diagnósticos para autismo. Así, determinamos que el DSM-IV es el criterio más eficiente, y que el I.D.E.A. es un criterio que permite la individualización en el diagnóstico apreciando el grado de alteración de cada sujeto. Esto permitirá aplicar estrategias terapéuticas específicas a cada caso.

A partir de los resultados obtenidos en las evaluaciones de las encuestas, aproximadamente la mitad de los encuestados han realizado diagnósticos de autismo, utilizando un criterio diagnóstico actual, el DSM-IV, pero no conocen las teorías actuales y relevantes sobre la explicación del autismo, ni los tres síntomas principales que determina el mismo DSM-IV. Sólo dos profesionales conocen el I.D.E.A., criterio de consideración relevante para diagnósticos precisos y detallados del desarrollo evolutivo de cada paciente con Espectro Autista.

Observamos una contradicción, el 82% de quienes realizaron diagnóstico y el 37% de quienes no lo hicieron, consideran al DSM-IV como el mejor criterio diagnóstico. Pero sólo el 16% del total de encuestados conoce los tres síntomas fundamentales que propone el mencionado criterio, y sólo el 11% lo clasifica dentro de la categoría diagnóstica correspondiente: Trastorno generalizado del desarrollo.

En la mayoría de los ítems aparece un porcentaje significativo de respuestas no contestadas. Interpreta-

mos este hecho como desconocimiento sobre el tema.

Muchos de los síntomas que se mencionan o las expresiones que se utilizan, evidencian una concepción antigua del autismo. Se habla de desconexión con el medio, aislamiento, dificultad de vínculo, autoconsumo de la libido, remitiendo a la concepción de autismo como "encierro en sí mismo". Es decir, se aprecian los síntomas de autismo como los de una psicosis. El porcentaje de profesionales que refieren estos síntomas, es aproximado al porcentaje de encuestados que consideran al autismo como una patología psicótica.

¿Se continúa percibiendo la deficiencia en la interacción social de los niños autistas como un repliegue en sí mismo? La encuesta revela, en general, que aún se lo considera así. Esto indica escasa actualización sobre el trastorno y su origen.

Muy pocos profesionales consideran al autismo como un trastorno generalizado del desarrollo (categoría diagnóstica determinada aproximadamente desde 1985). Algunos lo designan como un trastorno del desarrollo, pero esta definición no es del todo correcta ya que esta categoría incluye otros trastornos, como por ejemplo los trastornos por déficit de atención. Al referirse a "generalizado", se hace referencia a deficiencias en un conjunto de áreas o habilidades cognitivas que en su totalidad determinan las características del autismo o de los demás trastornos generalizados del desarrollo que especifica el DSM-IV.

Sobre el origen, un mínimo de profesionales contesta correctamente. Para muchos lo psicológico aún juega un papel importante en la causa del autismo, esto se observa en la categoría "mixto". El autismo, como lo definimos, es un trastorno de origen biológico que se manifiesta en la conducta. Las investigaciones sustentan que lo biológico actúa sobre determinados procesos cognitivos, obstaculizando un desarrollo normal.

En cuanto a las teorías que se conocen sobre autismo muy pocos profesionales mencionan las teorías cognitivas, y lo hacen quienes dicen conocer todas las teorías propuestas en la encuesta. Es amplia la diferencia con quienes conocen teorías dinámicas que determinan una consideración psicológica en el origen del trastorno. Aquí surge otra concordancia con los datos del origen del autismo. La mayoría de los profesionales consideran al autismo como de origen psicológico.

En general se aprecia un porcentaje elevado de desinformación, escasa actualización y/o información errónea con respecto al Trastorno Autista y sus criterios de diagnóstico. Esto revela la tendencia en ámbitos universitarios, asociaciones de profesionales y demás espacios de aprendizaje a no profundizar en el estudio de este trastorno.

## Conclusión

Consideramos que los aportes de este trabajo son la presentación de una concepción actual sobre Autismo, la clarificación de sus criterios diagnósticos y una aproximación al trastorno desde la psicología cognitiva y la psicología evolutiva ■

**Anexo**  
**Encuesta a profesionales de la salud sobre autismo**

Profesión: .....

Lugar de trabajo: .....

1) ¿Ha realizado el diagnóstico de Autismo a algún paciente? .... SI .... NO ¿Cuántos?.....

2) Si Ud. **ha realizado diagnóstico**, conteste estas preguntas:

a- ¿Qué Criterio Diagnóstico utilizó?

.... DSM III-R

.... DSM IV

.... ICD-10

.... VINELAND (Escala de adaptación comportamental)

.... C.A.R.S. (Escala para la evaluación de niños autistas)

.... I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista)

.... Cuestionario de evaluación de Lorna Wing

.... otros: .....

b- ¿Qué técnicas de evaluación diagnóstica utilizó?

c- ¿Detectó Ud. patologías asociadas al Autismo? (Comorbilidad) .... SI .... NO ¿Cuáles?

3) Si Ud. **no ha realizado diagnóstico**, conteste estas preguntas:

a- ¿Qué Criterio Diagnóstico considera Ud. que es el más eficiente?

.... DSM III-R

.... DSM IV

.... ICD-10

.... VINELAND (Escala de adaptación comportamental)

.... C.A.R.S. (Escala para la evaluación de niños autistas)

.... I.D.E.A. (Inventario de Espectro Autista)

.... Cuestionario de evaluación de Lorna Wing

.... otros: (especifique).....

.... lo desconoce

b- ¿Qué técnicas de evaluación diagnóstica Ud. consideraría como las más apropiadas?

c- ¿Considera Ud. que existen patologías asociadas al Autismo? .... SI .... NO ¿Cuáles?

4) ¿Considera Ud. que existe mucha dificultad para diagnosticar un cuadro de Autismo? ¿Por qué?

5) ¿Cuál considera Ud., es el origen del Autismo?

.... Biológico      .... Psicológico      .... Mixto

6) ¿Dentro de qué categoría nosológica ubica Ud. al Autismo?

7) ¿Qué síntomas aprecia Ud. como fundamentales de este cuadro?

8) ¿Qué teorías explicativas del Autismo conoce?

.... Teorías vinculares (dinámicas)

.... Teoría socioafectiva (Kanner, 1943/ Hobson, 1984)

.... Teoría Cognitiva (Leslie, Frith y Baron-Cohen)

.... Teoría cognitivo-afectiva (Mundy, Sigman, Ungerer y Sherman)

.... Otras: (especifique).....

.... Ninguna

9) La información que manejan los distintos profesionales de la salud sobre Autismo, Ud. considera que es:

.... Muy actualizada

.... Actualizada

.... Medianamente actualizada

.... Desactualizada

.... Muy desactualizada

10) ¿Ha trabajado en la atención terapéutica de esta patología? ¿De qué forma?

11) ¿Desea agregar algún comentario?

## Referencias bibliográficas

1. Asociación Americana de Psiquiatría (1995), *Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales* (4ª ed.). España: Ediciones Masson.
2. Baron-Cohen, S., Leslie, A. & Frith, U. (1985), Does the autistic child have a theory of mind? En A. Rivièrè y M. Nuñez, *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales* (pp. 65). Bs. As., Argentina: Ediciones Aique.
3. Bauman, M. & Kemper, T. (1992), Observaciones neuroanatómicas en el cerebro autista. En N. Fejerman, H. Arroyo, M. Massaro y V. Ruggieri (Eds.), *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo* (pp. 71-87). Bs. As., Argentina: Ed. Paidós.
4. Coleman, M. & Gillberg, C. (1985), The biology of the autistic syndromes. En N. Fejerman, H. Arroyo, M. Massaro y V. Ruggieri (Eds.), *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo* (pp. 18). Bs. As., Argentina: Ed. Paidós.
5. Diez-Itza, E. (1992), Adquisición del lenguaje. En A. Rivièrè y J. Martos, *El tratamiento del autismo* (pp. 38). España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España.
6. Fejerman, N., Arroyo, H., Massaro, M. & Ruggieri, V. (1994), *Autismo infantil y otros Trastornos del Desarrollo*. Bs. As., Argentina: Ediciones Paidós.
7. Frith, U. (1995), *Autismo. Hacia una explicación del enigma* (3ª reimpresión). España: Alianza Psicología Minor.
8. García Coto, M. A. (1998), *Algunas bases para la formulación de un Programa Cognitivo-Conductual*. Bs. As., Argentina: conferencia.
9. García Coto, M. A., El Autismo. En: *Los Andes*, (setiembre 1997).
10. Kagan, J. (1981), The second year. The emergency of self-awareness. En A. Rivièrè y J. Martos, *El tratamiento del autismo* (pp. 38). España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España.
11. Kanner, L. (1943), Los trastornos autistas del contacto afectivo. En A. Rivièrè, *Desarrollo normal y Autismo* (pp. 7-8). Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.
12. Kolvin (1971), Studies in the childhood psychoses. V.Cerebral dysfunction and childhood psychoses. En U. Frith, *Autismo. Hacia una explicación del enigma* (pp.120). España: Alianza Psicología Minor.
13. Leslie, A. (1987), Pretense and representation: The origins of Theory of Mind. En A. Rivièrè y J. Martos, *El tratamiento del autismo* (pp. 38). España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España.
14. Lotter, V. (1966), Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. En A. Rivièrè, *Desarrollo normal y Autismo* (pp. 30). Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.
15. Piaget, J. (1969), El nacimiento de la inteligencia en el niño. En A. Rivièrè y J. Martos, *El tratamiento del autismo* (pp. 109). España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España.
16. Premack, D. & Woodruff, G. (1978), Does the chimpanzee have a theory of mind?. En A. Rivièrè y M. Nuñez, *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales* (pp.23). Bs. As., Argentina: Ediciones Aique.
17. Rapin, I. (1992), Autismo: un síndrome de disfunción neurológica. En N. Fejerman, H. Arroyo, M. Massaro y V. Ruggieri (Eds.), *Autismo infantil y otros trastornos del desarrollo* (pp. 18). Bs. As., Argentina: Ed. Paidós.
18. Reichler & Lee (1987), Etiología. En A. Rivièrè, *Desarrollo normal y Autismo* (pp. 32). Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.
19. Ritvo (1985), Estudio de gemelos. En A. Rivièrè, *Desarrollo normal y Autismo* (pp. 36). Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.
20. Rivièrè, A. (1997), *Desarrollo normal y Autismo*. Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.
21. Rivièrè, A. & Martos, J. (1997), *El tratamiento del autismo*. España: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales de España.
22. Rivièrè, A. & Nuñez, M. (1996), Bs. As., Argentina: Ediciones Aique.
23. Wimmer, H. & Perner, J. (1983), Beliefs about beliefs: Representation and the constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. En A. Rivièrè y M. Nuñez, *La mirada mental. Desarrollo de las capacidades cognitivas interpersonales* (pp.25). Bs. As., Argentina: Ediciones Aique.
24. Wing, L. (1996), El espectro autista. En A. Rivièrè, *Desarrollo normal y Autismo* (pp. 26). Santa Cruz de Tenerife, España: conferencia.



Centro  
Psiquiátrico y  
Hospital de  
Paysandú



CASA DE MEDIO CAMINO Y HOSTAL  
**Rehabilitación de la salud mental en una institución de puertas abiertas**

Directores: Dr. Pablo M. Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - C1405ANE Ciudad Aut. de Buenos Aires  
Tel. (11) 4431-6396 - [www.centroaranguren.com](http://www.centroaranguren.com)