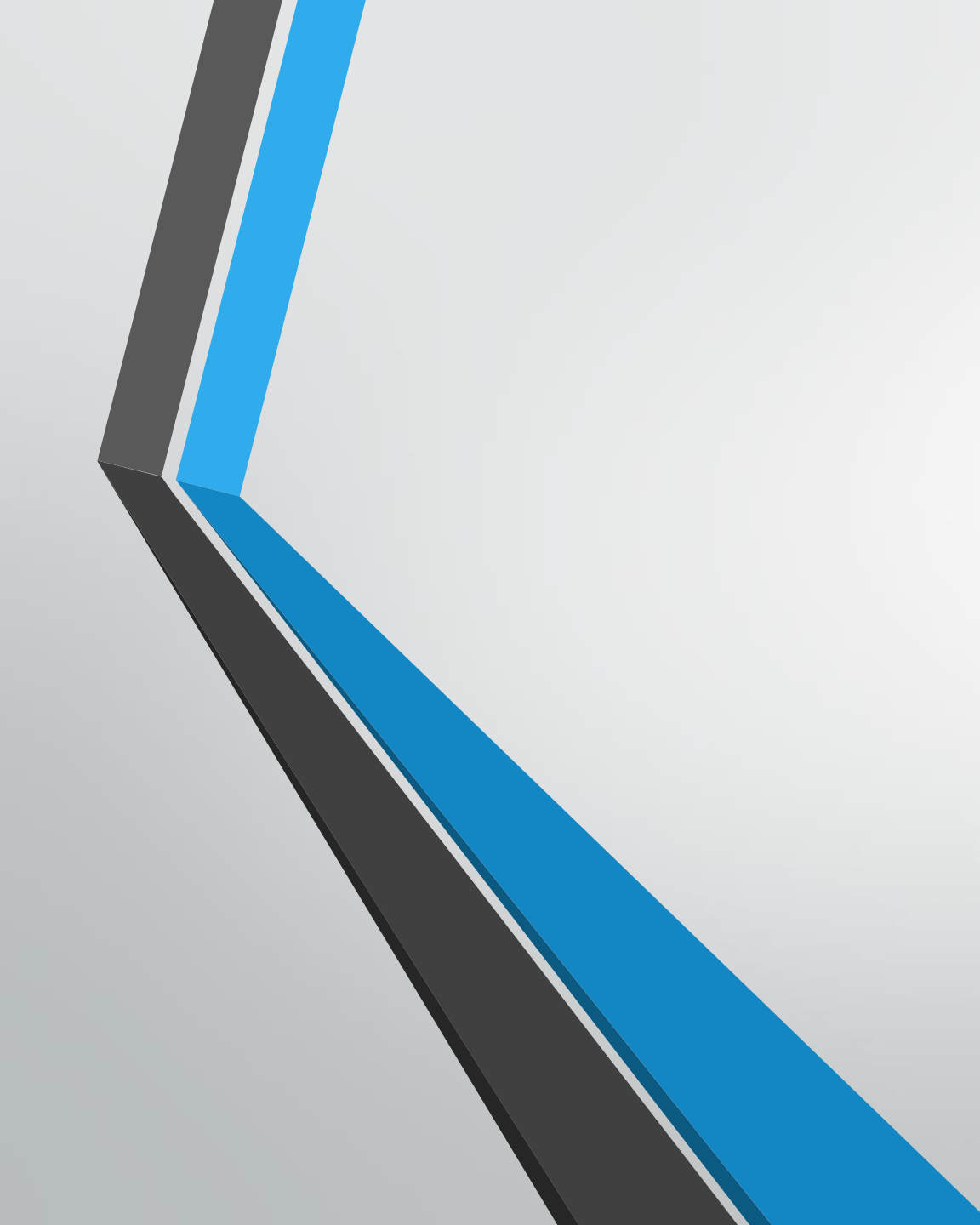




Psicopatología Autismo Infantil

Profesora Tutora Cristina Andreu

anaandreu@tudela.uned.es

Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0	Trastorno autista (299.00) ART.
F84.2	Trastorno de Rett (299.80)
F84.3	Trastorno desintegrativo infantil (299.10)
F84.5	Trastorno de Asperger (299.80)
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (299.80) CIE-10



El autismo se puede considerar un trastorno grave del desarrollo, de origen prenatal, que afecta a la persona durante toda su vida

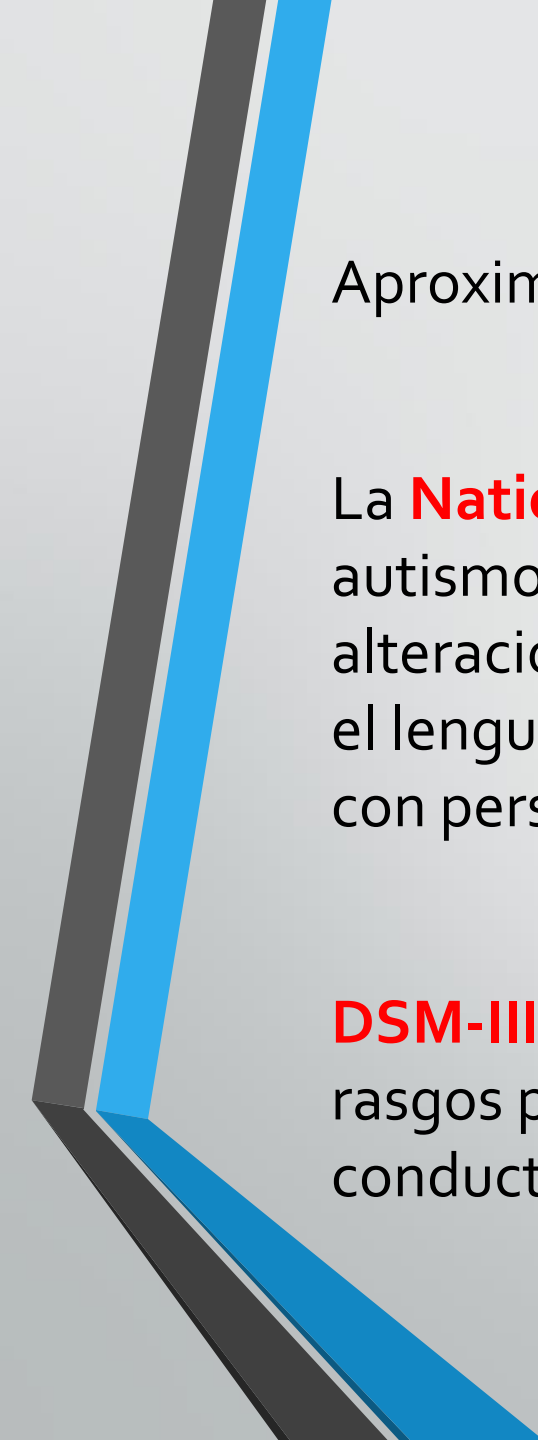
(Canal, 2007)

Concepto de Autismo

- "Autismo" proviene del griego "*autos*" y significa "*sí mismo*".
- Utilizado por primera vez **por Bleuler** (1911), para referirse a un trastorno del pensamiento (continua autorreferencia) que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos.
- **Leo Kanner** (1943) es el pionero en la literatura sobre autismo: "Innata alteración autista del contacto afectivo". Lo patognomónico del trastorno es la incapacidad para relacionarse con la gente: **el déficit interpersonal ó socioafectivo**. También incluye los problemas lingüísticos y cognitivos, aunque con menor peso etiopatogénico. Síndrome comportamental con alteraciones sociales, emocionales y del lenguaje.

Rutter en 1970, da un salto cualitativo: postula la existencia de una alteración del desarrollo del lenguaje.

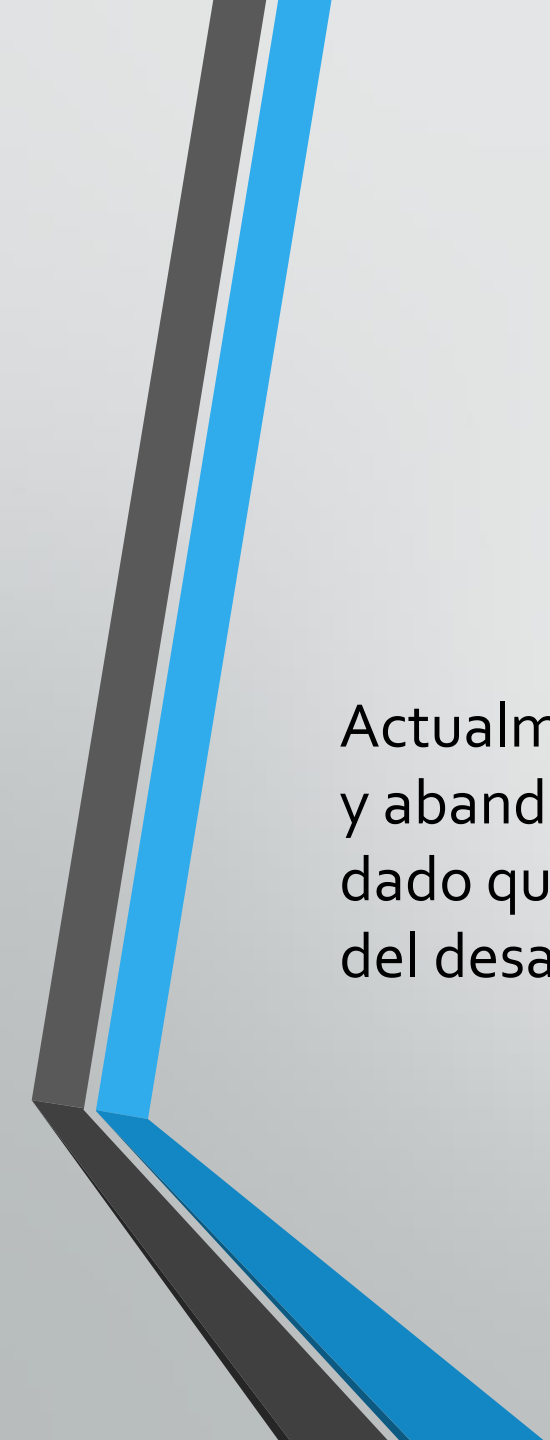
- Rutter: Autismo como un "síndrome conductual".
- Plantea un origen orgánico cerebral.
- Énfasis en las alteraciones lingüísticas como síntoma primario (incapacidad de la alteración emocional para explicar por sí sola el trastorno).
- Introduce la idea de "déficits" (lingüísticos, simbólicos, perceptivos...) más que de trastorno mental



Aproximación de consenso:

La **National Society for Autistic Children (NSAC)** de EEUU, define el autismo como un déficit conductual cuyos rasgos esenciales implican alteraciones en el desarrollo, respuestas a estímulo sensoriales, el habla, el lenguaje, las capacidades cognitivas y las capacidades de relacionarse con personas, sucesos y objetos

DSM-III: “trastorno generalizado del desarrollo”, estableciendo como rasgos primarios tanto los factores socioafectivos, cognitivos y conductuales



Actualmente, existe una tendencia a volver al término de autismo y abandonar el término de “trastorno generalizado del desarrollo”, dado que se sabe que el autismo constituye un trastorno específico del desarrollo (visión clínica)

Características del Autismo Infantil:

1. Alteraciones de la conducta social

- El desarrollo de la conducta social del niño autista, va produciéndose en ausencia casi absoluta de reciprocidad social y respuesta emocional. Es más evidente en los primeros años de vida; más tarde existe mucha variabilidad
- Wing y Gould, establecieron 3 patrones distintos de relación social:
 1. Aislado: Evita la interacción de forma activa.
 2. Pasivo: Soporta pasivamente la relación social, pero no la busca.
 3. Activo pero extravagante: Interactúa de un modo extraño y excéntrico.

- No todos los autistas muestran el mismo tipo de interacción social, pero, existen **conductas específicas de los niños autistas:** ausencia de contacto con los demás, carencia de vínculo con los padres (no gritan para llamar la atención, no buscan contacto afectivo, no manifiestan conductas anticipatorias de ser cogidos en brazos, utilización de los otros como objetos
- Preocupación del niño autista por preservar **la invariabilidad el medio**. Muestran una gran hipersensibilidad al cambio, respondiendo con fuertes berrinches e incluso, autolesionándose. Preocupaciones ritualistas

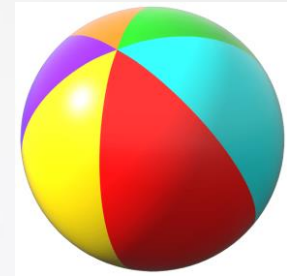
2. Alteraciones del lenguaje

La comunicación intencional, activa o espontánea, se ve muy perturbada o limitada en los niños autistas: falta de sonrisa social, de miradas a las personas, y de gesto y vocalizaciones comunicativas. Más patentes a partir del 1,5 o 2 años.

Entre un 28 y un 61% de los niños autistas no adquieren lenguaje expresivo.

ALTERACIONES EN LENGUAJE EXPRESIVO:

- **Inversión pronominal:** Cuando el niño se refiere a sí mismo utilizando "tú" o "él" ("Mamá, él quiere comer un bocadillo").
- **Ecolalia/Ecolalia retardada:** La ecolalia, no es específica de los niños autistas, ya que el desarrollo normal del lenguaje, incluye conductas de ecolalia alrededor de los 30 meses. Cuando persiste más allá de los 3-4 años se considera patológica.
- **Otras alteraciones:** Alteraciones fonológicas, semánticas, defectos de la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, y reiteración obsesiva de las preguntas.



PROTO-IMPERATIVO

PROTO-DEMOSTRATIVO

ALTERACIONES DEL LENGUAJE RECEPTIVO: Dificultades para atender y/o percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual. Además, cuando hablan, no lo hacen con propósitos comunicativos.

OTRAS ALTERACIONES: Monotonía en el tono, reiteración obsesiva de preguntas, baja intencionalidad comunicativa, limitación a lo inmediato, dificultades para discriminar estímulos parecidos

LENGUAJE EXPRESIVO NO VERBAL (GESTUAL): Discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias. Incluso el habla de los que han alcanzado un lenguaje relativamente sofisticado, muestra carencia de emoción, imaginación, abstracción, y literalidad muy concreta.

3.Alteraciones Motoras

3.1.CONDUCTA ESTEREOTIPADA Ó AUTOESTIMULADORA:

- **Comportamiento repetitivo**, persistente y reiterado, cuya función aparente es la de proveer al niño de retroalimentación sensorial o cinestésica.
- **Balanceo** rítmico del cuerpo, saltos, carreras cortas, **giros** de cabeza, **aleteos** de brazos y manos o posturas extravagantes.
- También se observan **estereotipias motoras con materiales**: dar vueltas a una cuerda, observar insistentemente un objeto giratorio.
- En todos éstos comportamientos el núcleo central lo integra la estimulación visual y auditiva. Estas conductas limitan su respuesta al entorno

- **3.2. CONDUCTAS AUTOLESIVAS:**

- Cualquier comportamiento mediante el cual una persona produce daño físico a su propio cuerpo (golpearse en la cabeza, morderse las manos, golpearse los codos, arrancarse el pelo). Estas conductas conllevan otros perjuicios indirectos: si la conducta es demasiado intensa habrá que constreñirles físicamente para prevenirla, y, si ésta constricción se prolonga demasiado, puede provocar otras alteraciones estructurales en el cuerpo del niño.
- Esta conducta, además, condiciona y restringe el desarrollo psicológico y educativo del niño.

4. Alteraciones conductuales

- A partir de Rutter, 1970, se pone el **énfasis en los aspectos cognitivos**, frente a las posiciones de Kanner que enfatizaban la naturaleza socioafectiva del trastorno.
- Afectados procesos atencionales, sensoriales, perceptivos, intelectuales, etc.
- Se han centrado especialmente en dos: **capacidad intelectual y procesos sensoperceptivos**

4.1. Capacidad Intelectual:

- Aproximadamente un 60% de los niños autistas presentan un CI por debajo de 50, un 20% entre 50-70, y un 20% por encima de 70.
- Tienen **mejores resultados** en los tests que miden habilidades **manipulativas o visoespaciales y memoria automática**.
- Rendimiento inferior en las tareas que requieren procesamiento secuencial. Frente a esto, **"islotes de habilidad"**
- Los autistas procesan la información de forma diferente a los sujetos no autistas.
- **"Ceguera mental"**: Incapacidad para atribuir estados mentales a los demás. **Teoría de la mente**

4.2. Atención y sensopercepción:

- **Respuesta anormal ante la estimulación:** No se trata de un problema perceptivo sino de los **procesos atencionales** (puede no responder a un ruido intenso y responder al oír el ruido producido al pasar la hoja de una revista). Estas anomalías se dan también en otras modalidades sensoriales como el olfato o el tacto.
- **"Hipersensibilidad estimular":** Estudios han demostrado que los autistas responden solo a un componente de la información sensorial disponible, que es más una consecuencia de una presunta **"rigidez atencional"**, y no una alteración específica de los procesos perceptivos.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV TR

Trastornos generalizados del desarrollo

F84.0	Trastorno autista (299.00) ART.
F84.2	Trastorno de Rett (299.80)
F84.3	Trastorno desintegrativo infantil (299.10)
F84.5	Trastorno de Asperger (299.80)
F84.9	Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (299.80) CIE-10

Criterios para el diagnóstico del F84.o Trastorno autista (299.00)

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

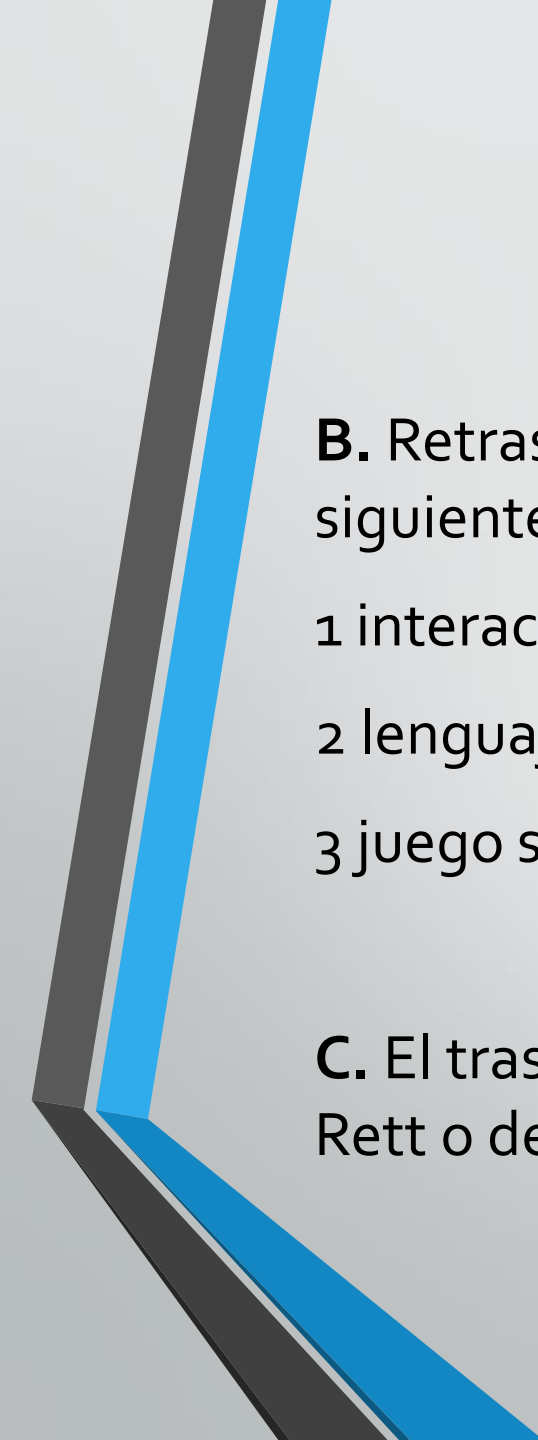
- **1. alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:**
- (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción 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 (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- (d) falta de reciprocidad social o emocional.

2. alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos una 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 más 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 (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- (d) preocupación persistente por partes 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.

EPIDEMIOLOGÍA

- Controvertida

4.5/10.000 niños; de 2 a 4 niños /10.000 entre 8 y 10 años

Ratio 4 niños / 1 niña

Síndrome de Rett: "Trastorno de deterioro progresivo asociado a una ausencia de expresión facial y de contacto interpersonal, con movimientos estereotipados, ataxia y pérdida del uso intencional de las manos".

Criterios para el diagnóstico del F84.2 Trastorno de Rett (299.80)

- **A. Todas las características siguientes:**
 - 1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
 - 2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
 - 3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.
- **B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:**
 - 1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
 - 2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
 - 3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
 - 4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
 - 5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

Síndrome de Rett: En la mayor parte de los casos, hay un gen alterado, **el MECP2**, que provoca alteraciones en la producción adecuada de la proteína MeCP2, proteína que es moduladora/reguladora de otros genes y que tienen gran importancia en el neurodesarrollo. La proteína MeCP2 es un regulador epigenético fundamental del cerebro en desarrollo.

- Su rol, está más relacionado con la maduración de las neuronas que con la producción en número de estas. "SINAPTOPATÍA"
- Algunos otros genes implicados
- 1:12.000 a 1:15.000 nacimientos de niñas vivas.

Criterios para el diagnóstico del F84.3 Trastorno desintegrativo infantil (299-10)

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- 1. lenguaje expresivo o receptivo
- 2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
- 3. control intestinal o vesical
- 4. juego
- 5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

- 1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
- 2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
- 3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

En el trastorno desintegrativo infantil el criterio esencial es la manifestación de una REGRESIÓN PROFUNDA Y UNA DESINTEGRACIÓN CONDUCTUAL TRAS 3 O 4 AÑOS DE UN APARENTE DESARROLLO NORMAL, **aunque las clasificaciones nosológicas adelantan la edad hasta los 2 años.**

- Con frecuencia se observa un **período prodrómico** al que se asocia la presencia de irritabilidad, inquietud, ansiedad y una relativa hiperactividad; período al que sigue la pérdida del habla y del lenguaje, de las habilidades sociales, alteración de las relaciones personales, pérdida del interés por los objetos e instauración de estereotipias y manierismos
- Existen dos razones fundamentales para diferenciar el diagnóstico desintegrativo del autismo:
 - El período de desarrollo normal es significativamente más largo de lo que usualmente se da en el autismo.
 - El patrón de regresión es diferente, ya que habitualmente implica la pérdida de otras habilidades además de la comunicación y las relaciones sociales.
- Tanto el curso como la descripción clínica del trastorno desintegrativo difieren del Síndrome de Rett.

Criterios para el diagnóstico del F84.5 Trastorno de Asperger (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- 1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
- 2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
- 3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
- 4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

- 1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
- 2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- 3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
- 4. preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).

E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.

Comparación S.Rett / Autismo

SÍNDROME DE RETT	AUTISMO INFANTIL
Desarrollo normal hasta los 6/8 meses.	Aparición en la primera infancia.
Pérdida progresiva del habla y de la función manual.	Las habilidades previamente adquiridas se mantienen.
Profundo retraso mental en todas las áreas funcionales.	Las habilidades visoespaciales y manipulativas parecen conservarse mejor que las verbales.
Microcefalia adquirida, retraso en el crecimiento, pérdida de peso.	Desarrollo físico normal en la mayoría.
Movimientos estereotipados siempre presentes.	Conductas estereotipadas variadas con manifestaciones complejas.
Dificultades progresivas en la deambulación. Apraxia troncal y coordinación corporal.	Funciones motoras gruesas normales en la primera década de la vida.
Ausencia de lenguaje.	En algunas ocasiones ausencia de lenguaje, si está presente patrones peculiares. Trastornos comunicativos no verbales.
Contacto ocular presente, a veces muy intenso.	Contacto ocular inadecuado.
Poco interés por la manipulación de objetos.	Conductas ritualistas estereotipadas. Manipulación de objetos o autoestimulaciones sensoriales.
Crisis durante la infancia en al menos el 70% de los casos.	Crisis en el 25% de los casos durante la adolescencia y la edad adulta.
Bruxismo, hiperventilación con retención/expulsión del aire	No es típico el bruxismo ni la hiperventilación.
Pueden presentarse movimientos coreiformes y distonias.	No existen movimientos coreiformes ni distonias.

ETIOLOGÍA DEL AUTISMO

Se estudian los FACTORES GENÉTICOS:

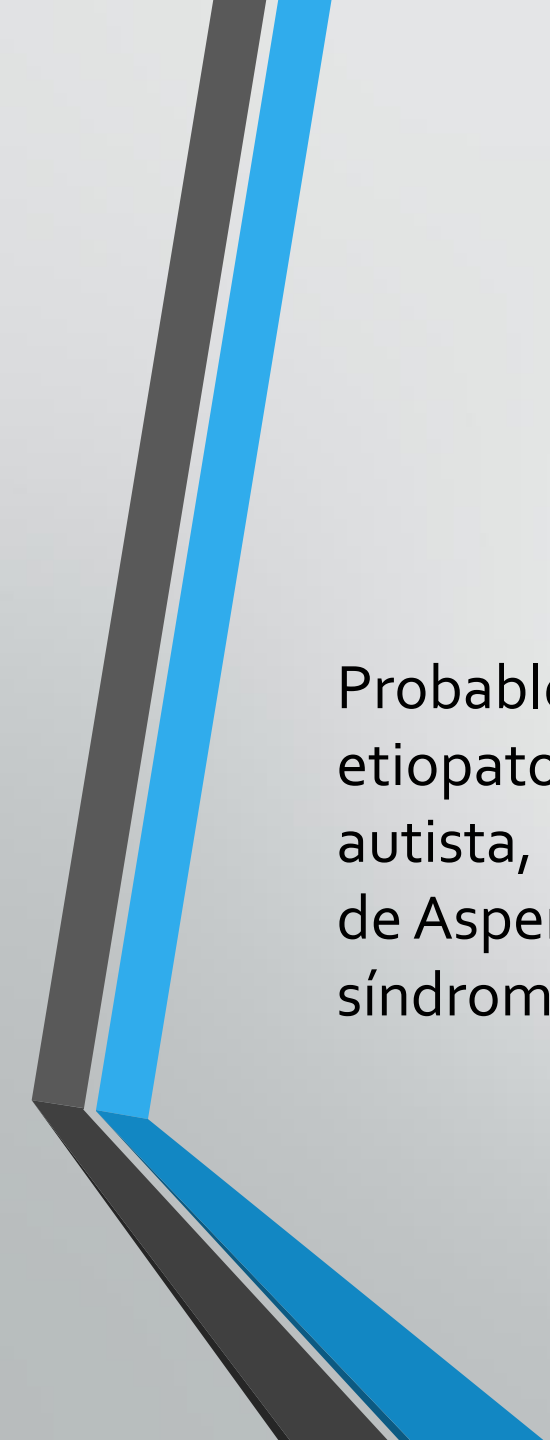
- Con respecto al **AUTISMO**, se admite la presencia de una alteración **genética en el 10- 20% de los casos**. Diversas anomalías en el cariotipo de los autistas, con alteraciones en la mayor parte de los cromosomas excepto en 7, 14, 19 y 20.
- Desde el primer enfoque, el síndrome del X frágil es la hipótesis que más interés ha suscitado (falta de sustancia en el extremo del brazo largo del cromosoma X), aunque los resultados no son concluyentes.
- Desde el segundo enfoque, los resultados demuestran responsabilidad de los genes al comparar la frecuencia en la población general (2-4 por 10000) con la frecuencia del trastorno entre hermanos, en torno a 3-5%.
- Es un síndrome conductual con un origen claramente biológico.

PROCESOS INFECCIOSOS: el virus de la rubéola es el que más se ha detectado en autistas, aunque también hay relación con infecciones intrauterinas y postnatales por diferentes virus: Parece que éstos niños presentan un deterioro de su inmunidad, posiblemente por alteración genética en sus linfocitos T.

ALTERACIONES METABÓLICAS: La más relacionada es la fenilcetonuria (metabolopatía congénita) (Friedman encontró un 92%). Carecen de una enzima denominada fenilalanina hidroxilasa, necesaria para descomponer el aminoácido esencial fenilalanina. La fenilalanina se encuentra en alimentos que contienen proteína.

Actualmente, hallazgo de hiperserotoninemia detectada en el 25% de los casos y su correlación con historia familiar de hiperserotoninemia. Sin embargo también se ha encontrado en otros trastornos y, la disminución del nivel de 5-HT no mejora al autista.

ESTUDIOS DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA: Unos abogan por la disfunción cortical primaria como factor causante, y otros, por la disfunción primaria del tronco cerebral (dependiendo de la técnica exploradora).



Probablemente no exista una causalidad única y sí diversas causas etiopatogenicas que originan diferentes subtipos del síndrome autista, como puede ocurrir, de hecho con el controvertido síndrome de Asperger, que podría tratarse de un subtipo de autismo y no un síndrome diferente.

Etiología del T.Autista: Hipótesis Psicológicas

TEORÍA SOCIOAFECTIVA SEGÚN HOBSON

- Postula que la alteración en la comunicación **es primariamente afectiva**.
- El ser humano desde que nace "Empatía inferencial" (emocional)
- Su teoría se puede sintetizar en **4 axiomas**:
 - Los autistas carecen de los componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas.
 - Esas reacciones son necesarias para la "configuración de un mundo propio y común" con los demás.
 - La carencia de participación social tiene en el autista 2 consecuencias importantes:
 - ✓ Fallo para reconocer que los demás tienen sus propios sentimientos, deseo e intenciones.
 - ✓ Alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente.
- La mayor parte de los déficits cognitivos y del lenguaje de los autistas, son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social

HIPÓTESIS COGNITIVA DE LESLIE Y FRITH Y DE LESLIE Y HAPPÉ

- Los problemas sociales y de comunicación de los autistas, se deben a un problema cognitivo específico: **Alteración de la "capacidad metarepresentacional"** (responsable de que los niños desarrollen el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales los demás).
- Sin embargo, la evidencia ha demostrado que existen otras habilidades que no implican metarrepresentaciones y que están alteradas en los autistas.

Etiología del T.Autista: Hipótesis Psicológica

HIPÓTESIS COGNITIVO-AFECTIVA

- Las dificultades comunicativas y sociales de los autistas, están originadas en un **déficit afectivo primario, estrechamente relacionado a un déficit cognitivo, también primario**: Dificultades en la apreciación de los estados mentales y emocionales de los demás.
- **Críticas centradas en el déficit afectivo y en el *déficit de percibir contingencias*** (los autistas no son difíciles de condicionar).
- En posteriores formulaciones, descartan la hipótesis del procesamiento de contingencias y postula como responsable de la alteración en la atención gestual conjunta, **la existencia de un déficit en la regulación de la activación**, que alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, y, por tanto, alteraría la atención gestual conjunta, así como la comprensión de estados mentales y afectivos

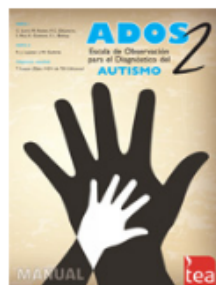
<http://web.teaediciones.com/CLINICA-AUTISMO.aspx>



➤ **ADOS. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo**

C. Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore y S. Risi - Edad mental mayor de 2 años. - In...

La prueba de referencia para la evaluación y el diagnóstico del autismo y los trastornos generalizados del desarrollo en sujetos de distintas edades y niveles de desarrollo del lenguaje.



➤ **ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo - 2**

C. Lord, M. Rutter, P. C. DiLavore, S. Risi, K. Gotham, S. L. Bishop, R. J. Luys...

Prueba de referencia para la evaluación y el diagnóstico del autismo y de los trastornos generalizados del desarrollo en individuos de distintas edades y niveles de desarrollo del lenguaje.

[Ver más](#)



➤ **ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo - Revisada**

M. Rutter, A. Le Couteur y C. Lord. - Edad mental mayor de 2 años. - Individual...

Completa entrevista estructurada para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista.

[Ver más](#)



➤ **ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa**

P. L. Harrison y T. Oakland. - De 0 a 89 años. - Individual y colectiva. - 20 mi...

Evaluación de las habilidades funcionales cotidianas necesarias para desenvolverse de manera autónoma en la vida diaria.

[Ver más](#)

Lea detenidamente las pruebas objetivas y conteste en la Hoja de Respuestas.

1. Las causas primarias del autismo infantil parecen radicar en:

- a) una inadecuada comunicación madre-hijo
- b) alteraciones biológicas tempranas
- c) privación afectiva

2. Un concepto equivalente al de «autismo infantil» es el de:

- a) síndrome de Rett
- b) síndrome de Kanner
- c) esquizofrenia infantil

3. Entre las diversas alteraciones biológicas sugeridas como etiología del autismo infantil, la que posee mayor apoyo se basa en:

- a) un déficit autoinmunológico temprano
- b) baja actividad serotoninérgica
- c) el síndrome x-frágil

4. Señale cuál de las siguientes conductas no es característica en el autismo infantil:

- a) ecolalia
- b) olfatear objetos persistentemente
- c) sonreír

5. Un niño autista no suele manifestar:

- a) retraso en el habla
- b) reciprocidad emocional
- c) conductas repetitivas (estereotipadas)

6. El síndrome de Rett difiere del autismo infantil por presentar:

- a) conductas ritualistas
- b) contacto ocular inadecuado
- c) retraso mental profundo generalizado

7. En general, las hipótesis psicológicas actuales sobre el autismo infantil:

- a) ofrecen mecanismos etiológicos
- b) rechazan las hipótesis biológicas
- c) son más patogénicas que etiológicas

8. En el síndrome de Rett, frente al autismo, se detecta:

- a) desarrollo físico normal
- b) conductas ritualistas
- c) microcefalia y retraso en el crecimiento

9. En el autismo infantil, a diferencia del síndrome de Rett, es característico que ocurra:

- a) pérdida de habilidades adquiridas
- b) interés por la manipulación de objetos
- c) bruxismo e hiperventilación

10. El autismo infantil fue descrito por primera vez como un síndrome causado esencialmente por un trastorno de tipo:

- a) socioafectivo
- b) lingüístico
- c) cognitivo

11. La delimitación del autismo como un síndrome comportamental (lingüístico/social/cognitivo) característico de las primeras etapas de la vida, fue establecida originalmente por:

- a) Lovaas
- b) Kanner
- c) Rutter

12. En sus planteamientos sobre el autismo infantil, Rutter discrepa de Kanner al conceder un valor primario a los síntomas:

- a) emocionales
- b) de conductas compulsivas
- c) del lenguaje

13. El patrón de relación social según el cual el niño autista soporta la relación social pero no la busca, ha sido definido como (Wing y Gould, 1979):

- a) aislado
- b) pasivo
- c) activo extravagante

14. Aunque los niños autistas presentan diversas alteraciones de la conducta social, suele ser frecuente en ellos:

- a) acudir a los padres cuando se hacen daño
- b) gritar para llamar la atención
- c) comunicarse con otras personas como si éstas fueran meros objetos

15. Algunos niños con autismo no adquieren nunca el lenguaje expresivo, habiéndose calculado que el porcentaje de estos niños oscila entre:

- a) 1 - 10%
- b) 11 - 27%
- c) 28 - 61%

16. Los niños con autismo presentan alteraciones del lenguaje:

- a) sólo expresivo
- b) expresivo y receptivo
- c) expresivo, receptivo y gestual

17. Una de las alteraciones más frecuentes del lenguaje expresivo de los autistas es:

- a) la falta de contacto ocular
- b) la ecolalia
- c) la falta de atención

18. Las conductas autolesivas son frecuentes en el autismo infantil, pero también se observan en niños con:

- a) esquizofrenia
- b) retraso mental
- c) ansiedad

19. Los estudios sobre CI en el autismo infantil sugieren que, en general, los autistas poseen una inteligencia:

- a) normal
- b) superior a la media
- c) inferior a la media

20. La tendencia de los autistas a responder anormalmente a los estímulos externos parece deberse a alteraciones en el niño de tipo:

- a) atencional
- b) perceptivo
- c) mnémico

RESPUESTAS CORRECTAS

1 B	8 C	15 C
2 B	9 B	16 C
3 A	10 A	17 B
4 C	11 B	18 B
5 B	12 C	19 C
6 C	13 B	20 A
7 C	14 C	