

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**TRABAJO FINAL DE ESPECIALIZACION EN NEUROPSICOLOGIA**

**Carrera de postgrado: Especialización en Neuropsicología**

**Título: “Evaluación neuropsicológica en un caso de trastorno del espectro autista”**

**Nombre: Licenciada Laura Celina Forlizzi**

**Nombre del supervisor: Doctor Pascual Gargiulo**

**Lugar y fecha: Mendoza, junio de 2017**

## **INDICE**

<b>Resumen.....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>6</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>8</b>
<b>DESARROLLO DE ANTECEDENTES</b>	
<b>Desarrollo de antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>El concepto de autismo.....</b>	<b>10</b>
<b>Trastornos del neurodesarrollo.....</b>	<b>11</b>
<b>Autismo y neurodesarrollo.....</b>	<b>12</b>
<b>Aspectos generales del trastorno del espectro autista.....</b>	<b>14</b>
<b>Diagnóstico.....</b>	<b>16</b>
<b>Criterios diagnósticos según el DSM-IV.....</b>	<b>16</b>
<b>Edad de inicio.....</b>	<b>19</b>
<b>Diagnóstico diferencial.....</b>	<b>19</b>
<b>Cuadro comparativo del autismo en los</b>	

**manuales diagnósticos IV y V.....21**

**Funcionamiento neuropsicológico en el trastorno del**

**espectro autista.....22**

**Teoría de la mente.....22**

**Teoría de la función ejecutiva.....23**

**Teoría de la disfunción del hemisferio derecho.....24**

**Funcionamiento cognitivo en el trastorno**

**del espectro autista.....26**

**DESARROLLO DEL ESTUDIO**

**Objetivo general.....27**

**Objetivos específicos.....27**

**Descripción del sujeto de estudio.....28**

**Enfoque.....28**

**Alcance.....29**

**Diseño.....29**

**Técnicas utilizadas..... 29**

## **RESULTADOS DEL CASO EVALUADO**

<b>Test de screening neuropsicológico MINI – MENTAL.....</b>	<b>33</b>
<b>Test de Bender.....</b>	<b>33</b>
<b>Test Barcelona.....</b>	<b>35</b>
<b>Test de Raven.....</b>	<b>45</b>
<b>Semiología de la subjetividad y estados afectivos.....</b>	<b>47</b>
 <b>CONCLUSIONES</b>	
<b>Conclusiones.....</b>	<b>48</b>
<b>Funciones conservadas.....</b>	<b>50</b>
<b>Perfil neurocognitivo del paciente evaluado.....</b>	<b>51</b>
<b>Diseño de rehabilitación propuesto.....</b>	<b>52</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## **Resumen**

El siguiente trabajo tuvo como propósito realizar una evaluación neurocognitiva a un caso de trastorno del espectro autista. El objetivo principal fue evaluar el estado cognitivo general del paciente y cuáles eran las funciones cerebrales más afectadas por el trastorno. De esta manera se pudo elaborar un perfil neurocognitivo del caso teniendo en cuenta las funciones deterioradas, las conservadas y las modificaciones positivas que el paciente ha realizado para adaptarse al entorno en el que se desarrolla.

Se le aplicó al paciente evaluado una batería de tests neurocognitivos que incluyó el minimal, Bender, Barcelona y el test de inteligencia Raven en el marco de un estudio exploratorio y descriptivo.

Los resultados sugieren que las funciones afectadas se encuentran relacionadas con la capacidad del paciente para desenvolverse a nivel social. Posee retraso mental, por lo que se encuentra disminuida su capacidad para realizar abstracciones semicomplejas y complejas.

Presenta dificultades en la organización, planificación y establecimiento de metas para llevar a cabo una tarea, por lo que la función ejecutiva se encuentra afectada.

A partir de los resultados, se elaboró un perfil neurocognitivo del paciente y se propuso un plan de rehabilitación.

**Palabras claves:** Evaluación neurocognitiva, trastorno del espectro autista.

### **Abstract**

The purpose of the present study was to conduct a neurocognitive evaluation of a case of autism spectrum disorder. The main objective was to assess the general cognitive status of the patient and which were the brain functions most affected by the disorder. A neurocognitive profile of the case was elaborated taking into account the deteriorated functions, the conserved ones and the positive modifications that the patient has made to adapt to the environment in which it is developed.

A battery of neurocognitive tests including the mini-mental, Bender, Barcelona and the Raven intelligence test were applied to the evaluated patient as part of an exploratory and descriptive study.

The results suggest that the affected functions are related to the patient's ability to function socially. He has an intellectual disability, so his ability to perform complex and semi-complex abstractions is diminished.

It presents difficulties in organizing, planning and setting goals to carry out a task, so the executive function is affected.

From the results, a neurocognitive profile of the patient was elaborated and a rehabilitation plan was proposed.

## **Introducción**

La nomenclatura Autista fue utilizada por primera vez por Eugene Bleuler en 1912. En 1943 Leo Kanner logra la clasificación médica del autismo a partir de las observaciones hechas a 11 niños y 3 niñas. Le llamó la atención la presentación de características que hasta entonces no habían sido mencionadas en la psicopatología de la época. Los principales aspectos observados eran la limitación en el desarrollo y contacto social, insistencia obsesiva por mantener el ambiente sin cambios, los comportamientos y pensamientos repetitivos y los intereses obsesivos.

Anteriormente, el autismo se encontraba incluido en las psicosis infantiles de inicio temprano y tardío. El punto de corte eran los 6 años cuando iniciaba la etapa escolar. Entre las psicosis tempranas se encontraba el autismo, en las tardías estaban las esquizofrenias infantiles y psicosis afectivas.

En el DSM-III se produce el cambio en la conceptualización del autismo separándolo de las psicosis infantiles y comenzando a usar el término “Trastorno profundo del desarrollo”. Posteriormente en el DSM-III-R comienza a utilizarse el término “Trastorno generalizado del desarrollo”. Dicho cambio se produce porque se considera al autismo un trastorno netamente biológico aún cuando pueda haber funciones que no han sido afectadas por el trastorno como puede ser el caso de las habilidades intelectuales.

El autismo fue descrito por primera vez en el año 1943.

Posteriormente fueron muchas las revisiones realizadas y las teorías que incluían el concepto de autismo como parte de la misma. Pero lo cierto es que hasta la actualidad, si bien se han mencionado diferentes causas por las cuales se produce dicho trastorno, no se han localizado las que formarían parte nuclear del mismo.

Durante el desarrollo del trabajo se denominará a los trastornos del espectro autista con las siglas correspondientes a la primera letra de cada palabra (TEA).

### **Planteamiento del problema**

Se considera que los trastornos del espectro autista (TEA) se encuentran en un continuo que los diferencia y se diferencian de acuerdo a la severidad de los síntomas presentados y a las características de los mismos. Es por ello que en el presente trabajo se pretende realizar una evaluación de las funciones cerebrales que comúnmente se ven afectadas por el trastorno además de conocer en cuáles el paciente se desenvuelve de una manera normal y adaptativa. En este punto será de interés poder observar si en el transcurso de su desarrollo y para poder adaptarse a las diferentes exigencias del medio ambiente, el paciente logra utilizar técnicas de compensación de aquellas funciones deterioradas.



### **Desarrollo de antecedentes**

En la década del noventa el autismo fue incluido primero en el DSM-III y posteriormente en el DSM-IV dentro de los trastornos generalizados del desarrollo.

En el DSM-IV los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo, entre ellas las habilidades para la interacción social y la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados.

Dentro de los trastornos generalizados de desarrollo se encuentran el trastorno autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

El DSM-V genera un cambio fundamental en la nomenclatura, ya que saca el nombre de trastornos generalizados del desarrollo y ubica al espectro autista dentro de los trastornos del neurodesarrollo.

El espectro autista involucra a diferentes trastornos que poseen graduaciones en cuanto a severidad pero provienen de una misma red causal. Son tres las dimensiones que lo definen: la afectación de la comunicación y la interacción social, el lenguaje con fines comunicacionales y los intereses restringidos y/o conductas repetitivas.

## **1. El concepto de autismo**

El DSM-V da un salto importante en la conceptualización de autismo, ya que pasa a reconocer a los anteriormente llamados trastornos generalizados del desarrollo como un continuo en el cual las diferencias se plantean en base a la presencia o ausencia de trastornos del lenguaje y la presencia o ausencia de déficit intelectual, además del índice de deterioro.

Se podría decir que la conducta de las personas que padecen Autismo es coherente con la manera que ellos tienen de ver el mundo. El problema radica en la estructura cognitiva que subyace en dicho trastorno y cuáles son las estructuras implicadas (Artigas, 2000).

Un intento por explicar la manera en que se unen las necesidades y deseos con la intencionalidad y finalmente el acto, lo resuelve la Teoría de la mente la cual asume procesos inobservables que relacionados sistemáticamente explican el fenómeno de porque respondemos de cierta manera a las situaciones que se nos presentan. La premisa principal de dicha teoría, es la atribución de estados mentales al comportamiento (Labos, 2008).

La alteración en las funciones ejecutivas podría explicar la rigidez mental, la dificultad para afrontar situaciones nuevas, los intereses restrictivos y las ideas obsesivas, pero no sería suficiente para abarcar todos los déficits cognitivos presentes en los trastornos del espectro autista.

En cuanto a la etiopatogenia del TEA, se ha demostrado la relación genético-familiar que el trastorno presenta. Se ha realizado estudios con niños que arrojaron como resultado que el 2-11% tenían padres que poseían el trastorno.

A través de estudios neurofuncionales, se ha implicado una disfunción en la corteza prefrontal y diferentes vías temporofrontales responsables de ciertos aspectos clínicos del trastorno.

También existe un porcentaje elevado de niños con TEA que han sido afectados por factores ambientales en el período neonatal. (Fernández Jaén y col., 2007).

Se desconoce el número exacto de niños con TEA, un informe emitido por los Centros para el Control y Prevención de enfermedades de los Estados Unidos estima que actualmente son más comunes los casos con dicho trastorno pero que aún no está claro si esto se debe a una tasa creciente de la enfermedad o a la existencia actual de herramientas más eficaces para su diagnóstico (Cala Hernández y col., 2015).

### **1.1 Trastornos del neurodesarrollo**

Los trastornos del neurodesarrollo se manifiestan normalmente de manera precoz antes de la escolarización del niño. Se caracterizan por producir déficits que abarcan el funcionamiento personal, social, académico y ocupacional. Dichas deficiencias suelen expresarse en funciones específicas o deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Algunos de los trastornos del neurodesarrollo cursan con discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) caracterizado por un déficit de las capacidades mentales generales como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estas deficiencias producen serias dificultades en la adaptación del individuo al medio en el que se desarrolla, no pudiendo afrontar las exigencias de la vida cotidiana.

Se diagnostica un trastorno del neurodesarrollo cuando el sujeto no alcanza los hitos esperados del desarrollo para su edad en varias áreas del funcionamiento intelectual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

## **1.2 Autismo y neurodesarrollo**

En la actualidad no se cuestiona el origen biológico del TEA, ya que lo confirman la cantidad de estudios neurobiológicos realizados sobre el tema. Una de las teorías de mayor peso es que el origen del autismo radica en una alteración genética con probabilidad poligénica que desencadena un desarrollo cerebral alterado, muchas veces cursando con discapacidad intelectual. No debe confundirse la discapacidad intelectual que presenta rasgos autistas.

El desarrollo cerebral presenta momentos críticos tanto a nivel biológico como psicológico, ya que es un proceso dinámico en el cual las funciones psicológicas van incorporándose a procesos biológicos a medida de que el niño crece (Martos Pérez, 2006).

Al final del primer año de vida y hasta los 5 o 6 años de edad se produce una gran cantidad de sinapsis y a nivel de la corteza frontal un gran consumo energético. En el aspecto psicológico alrededor del año y medio de vida comienza a desarrollarse la inteligencia representativa. El niño logra pasar del juego concreto a la posibilidad de simbolizar y representar escenas imaginarias.

En esta etapa de vida, el pequeño comienza a interiorizar los estándares sociales y a desarrollar la autoconciencia. A nivel del lenguaje comienzan a realizar las primeras combinaciones de palabras logrando decir sus primeras frases sencillas.

“Se constituye en este período la intersubjetividad secundaria cuya característica fundamental es la dotación de sentido a los temas conjuntos de relación a través de un proceso de conciencia compartida” (Martos y Moruecos, 2007).

A partir de los nueve meses en adelante se observan grandes cambios en la relación que tiene el niño con su entorno, ya que comienza la interacción y comunicación con las personas. La mente del niño comienza a aprender como las personas se mueven en el mundo y como usan los objetos en él.

La mayor parte de los casos de autismo registra un desarrollo normal a nivel motor, comunicativo y social hasta el segundo año de vida en donde los pequeños comienzan a aislarse demostrando poco interés en relacionarse con su entorno. No soportan los cambios de rutina, evitan el contacto social y pierden la capacidad de imitación. Suelen tener

reacciones exageradas ante estímulos auditivos, no mantienen el contacto ocular y no responden ante las órdenes dadas por los adultos.

Estas conductas van acompañadas de la pérdida de habilidades previamente adquiridas como las relacionadas con el lenguaje (Martos Pérez, 2006).

### **1.3 Aspectos generales del trastorno del espectro autista**

Los trastornos del espectro autista se caracterizan por déficits persistentes en la comunicación social en todos sus ámbitos, ya que afecta la reciprocidad social y el comportamiento comunicativo no verbal afectando la capacidad del individuo de leer las intenciones comunicacionales del otro. Esto genera un déficit para desarrollar y mantener relaciones interpersonales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Los individuos con TEA poseen una gran dificultad para leer las necesidades, intereses y perspectivas de los demás y responder a esto de una manera asertiva, lo cual es fundamental para la fluidez de toda interacción social. A raíz de esto, las personas con TEA suelen responder a diferentes situaciones sociales de manera extraña para los demás, lo que hace que no logren estar acordes con el entorno en el que se desarrollan.

El diagnóstico del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo, así como también haber causado un deterioro significativo en todas las áreas de la vida del individuo que lo padece.

Las desviaciones o anormalidades están basados en tres aspectos fundamentales del desarrollo: conexiones y habilidades sociales, lenguaje con un fin comunicativo y características de comportamiento repetitivo o perseverante, así como una limitada gama de intereses. La presencia de estas disfunciones varía desde leve a grave y caracterizan a los trastornos del neurodesarrollo.

Se considera que los casos de TEA poseen una etiología multifactorial. Se han identificado varios genes implicados, los cuales interactúan con factores ambientales dando lugar a dicho trastorno (Cala Hernández y col., 2015).

No existe un marcador biológico que permita detectar un caso de TEA y por ello su diagnóstico continúa siendo clínico basado en los comportamientos observados, en la historia de desarrollo y en el perfil psicológico del sujeto. Son muchos los factores que influyen en el TEA entre ellos, el factor genético pero en la mayoría de los casos no existe una causa única identificable.

Muchos casos de individuos con TEA suelen darse cuenta de lo que le sucede a nivel social aunque no logren modificarlo. Es por ello que a menudo se frustran por no poder hacer amigos o desenvolverse adaptativamente entre sus pares.

Los individuos con TEA suelen sentirse más cómodos con rutinas y ambientes estructurados, ya que les permite anticipar y controlar el medio en el que se desarrollan. Esto disminuye la ansiedad y el malestar que les provoca enfrentarse a situaciones extrañas que no saben cómo manejar.

## **1.4 Diagnóstico**

### **Criterios diagnósticos según el DSM-V (2013)**

**A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos)**

1. Las deficiencias en la reciprocidad emocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos hasta la ausencia de interés por otras personas.



**B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos)**

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés. (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses sumamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor / temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

**La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos**

- C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden: para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno el espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social. (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante.

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.

Asociado a una afección médica o genética o a un factor ambiental conocidos.

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento.

Con catatonía.

### **Edad de inicio del trastorno**

El diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista suele darse de manera precoz en el desarrollo generalmente antes de que el niño comience la escuela.

Muchos especialistas en el tema consideran que para diagnosticar ciertos casos de TEA, es necesario que el niño haya comenzado su etapa escolar.

Para el diagnóstico de TEA el especialista debe guiarse por su juicio clínico apoyado en su formación, en los manuales diagnósticos y en los resultados de diferentes instrumentos de medición tales como escalas y cuestionarios (López- Escobar Fernández, 2006).

### **Diagnóstico diferencial**

Son muchos los cambios evolutivos en la infancia, es por ello que la psicopatología está sujeta a este hecho, ya que muchos de los síntomas se van modulando y modificando determinando una alta comorbilidad con otros trastornos.

En el TEA la comorbilidad existe con trastornos afectivos, psicóticos, ansiosos, obsesivos compulsivos y atencionales dificultando sobremanera el diagnóstico del cuadro. Es por eso que realizar un buen diagnóstico diferencial es vital para que el niño reciba un tratamiento adecuado que permita que su pronóstico sea lo más positivo posible.

A continuación, se describen algunas patologías que deben tenerse en cuenta al momento de realizar el diagnóstico diferencial:

### **Retraso mental**

Un gran porcentaje de los casos de autismo trae aparejado retraso mental en diferentes grados, es por ello que al momento del diagnóstico se hace difícil delimitar las barreras que existen entre el retraso mental y el autismo sobre todo en los casos graves.

### **Mutismo selectivo**

En este trastorno el sujeto no se comunica, no habla o decide no hacerlo en determinadas ocasiones, lo que genera un desarrollo del lenguaje anormal y aislamiento social dando lugar a una interacción social con el entorno inapropiada.

### **Déficit de atención e hiperactividad**

Los niños con este trastorno suelen presentar estereotipias motoras, aislamiento social, conductas obsesivas con escasa flexibilidad mental y poca habilidad para la interacción social.

### **Psicosis infantil**

Los niños que padecen psicosis infantil poseen experiencias sensoriales desproporcionadas con respecto a los estímulos que reciben. El lenguaje tarda mucho en aparecer. Además les cuesta asimilar las bases para la comunicación. En ocasiones el lenguaje no aparece o se produce con distorsiones.

Poseen una gran resistencia a los cambios, les resulta muy difícil adaptarse a nuevos entornos y reaccionan ante estas modificaciones de forma negativa. Muestran excesivo interés por objetos que para otros pasan desapercibidos. Suelen rechazar el contacto social, se aíslan en su propio mundo y rechazan las relaciones con otras personas.

### **Cuadro comparativo del autismo en los manuales diagnósticos IV Y V**

<b>DSM – IV</b>	<b>DSM-V</b>
Trastornos generalizados del desarrollo	Trastornos del neurodesarrollo
Los trastornos están separados por categorías y son definibles.	Desaparecen las categorías y aparecen múltiples dimensiones dentro del espectro.
No se especifica gravedad del trastorno	Se especifica gravedad en base a la comunicación social y comportamiento restrictivo y repetitivo, ya que esto hace la diferencia dentro del continuo autista.
No tiene en cuenta antecedentes.	Los criterios diagnósticos tienen en cuenta los antecedentes.

---

El criterio A (Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social) es más específico en cuanto al lenguaje oral.	Separa parte del criterio A y lo transforma en B (Patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento, intereses o actividades).
No tiene en cuenta la demanda social.	Tiene en cuenta que los síntomas pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas.

## 1.5 Funcionamiento neuropsicológico en el trastorno del espectro autista

### Teorías explicativas

#### Teoría de la mente

La capacidad de poder ponernos en el lugar del otro nos permite comprender que es lo que impulsa a las personas a actuar de determinada manera, predecir intenciones y también actuar en consecuencia. Si esto no sucediera, las conductas ajenas serían impredecibles y carentes de sentido.

Para poder desenvolvernos socialmente y relacionarnos necesitamos leer las intenciones, creencias y deseos del otro para poder comprender las conductas resultantes y responder a ellas en consecuencia.

La teoría de la mente postula que las personas con TEA poseen una seria dificultad cuando tienen que ponerse en el lugar del otro. Existe un déficit en la capacidad de poder leer los motivos que impulsan las conductas de las personas. Es por ello que muestran serios problemas al relacionarse, ya que no pueden mantener relaciones fluidas, dinámicas y recíprocas. Cabe destacar que muchos de los individuos con TEA tienen la motivación necesaria para querer relacionarse con su entorno pero fracasan al no poder leer e intuir el mundo mental del otro.

Las dificultades de las personas con TEA en el ámbito social dejan secuelas en la mayoría de las actividades de la vida cotidiana. Las mismas son fundamentales para desarrollarse con éxito y lograr una buena calidad de vida (Equipo Deletrea y Artigas, 2007).

### **Teoría del déficit de la función ejecutiva**

Luria rebautizaba a los lóbulos frontales como el órgano de la civilización. Dicho nombre fue dado por ser los encargados de la planificación, la orientación a resultados, la toma de decisiones complejas, la inhibición de respuestas inadecuadas, la búsqueda organizada y los pensamientos orientados a la acción.

Se postula la posibilidad de déficit en las funciones ejecutivas de las personas con TEA, ya que presentan una rigidez en los procesos de pensamiento e inflexibilidad en sus conductas. Poseen dificultades para inhibir conductas inadecuadas y para organizar y planificar lineamientos de acción (Equipo Deletrea y Artigas, 2007).

El déficit en las funciones ejecutivas que se ve reflejado en la vida diaria de las personas con TEA son los siguientes:

- Dificultad para hacer y ejecutar planes.
- Dificultad para comenzar y finalizar una actividad.
- Carencia de flexibilidad.
- Pobre resistencia a la distracción y la interferencia
- Dificultades para organizar y secuenciar.

El déficit en las funciones ejecutivas explicaría los problemas que tienen las personas con TEA al enfrentar situaciones nuevas: la limitación de intereses, el carácter obsesivo y los trastornos de atención.

Suele ligarse esta teoría con la teoría de la mente, ya que la misma se daría por el déficit presente en las funciones ejecutivas. También hay opiniones que contemplan ambos trastornos como procesos independientes (Artigas, 2000).

### **Teoría de la disfunción del hemisferio derecho**

El hemisferio derecho está relacionado con la interpretación de la información emocional. Esto ocurre con el reconocimiento de los gestos, posturas acordes con lo que se quiere transmitir, etc. Como así también, aspectos relacionados a la prosodia y la entonación de voz fundamentales a la hora de relacionarnos.



Una disfunción en el hemisferio derecho genera un gran obstáculo en las relaciones sociales de un individuo, ya que tendrá dificultades para interpretar los gestos y posturas de los mensajes que el otro emite, así como también un déficit en la integración de la información no verbal. Esto obstaculiza de manera significativa la fluidez, reciprocidad y dinamismo necesario en toda relación humana.

Se enumeran a continuación algunas de las consecuencias de un déficit en el hemisferio derecho:

- Respuestas emocionales poco coherentes.
- Limitación en las habilidades de relación social.
- Habilidades limitadas de organización visuoespacial.
- Bajo rendimiento en tareas viso-motoras.
- Dificultad para captar información emocional.

Es importante destacar que las teorías mencionadas intentan explicar desde su postura, el origen de los déficits que presenta el TEA, pero su etiología es muy compleja y no deriva de un solo factor sino que son muchos los aspectos que influyen tanto genéticos como ambientales y psicológicos.

### **1.6 Funcionamiento cognitivo en el trastorno del espectro autista**

La inteligencia social o emocional, es fundamental para tener éxito en las distintas áreas de la vida. Este tipo de inteligencia engloba capacidades como la empatía, el sentido común, la planificación y organización, el juicio social, la capacidad de poder leer las intenciones y deseos del otro, etc. Esta inteligencia es una de las falencias fundamentales en el TEA.

Las dificultades que se presentan a causa de estas falencias comienzan a notarse en edades tempranas del desarrollo acentuándose con la escolarización, ya que les cuesta organizarse y planificar tareas, no logran entender los conceptos abstractos y poseen disfunciones a nivel atencional. Además en esta etapa, es cuando más se notan las dificultades a la hora de relacionarse, por no entender los códigos que se manejan en su entorno y responder de acuerdo a estos entre sus pares.

Las conductas no verbales están alteradas porque no se exhiben o porque no son acordes con el contenido verbal que quieren expresar. A medida que el desarrollo tiene lugar, estas conductas se van haciendo más complejas y las atribuciones en las interacciones sociales también (Alvarado Cortés, 2011).

## **Desarrollo del estudio realizado**

A lo largo de este apartado se hará una descripción de la metodología utilizada para la realización de este estudio; con el objetivo de explicar cómo se llevo a cabo, con qué población se trabajó y cuáles fueron las características de la misma. También se realizará una breve explicación de las técnicas utilizadas para la recopilación de información.

### **2. Objetivos**

#### **2.1 General**

- Realizar una evaluación neuropsicológica completa de un caso de TEA para describir el estado cognitivo general del paciente.

#### **2.2 Específicos**

- Indagar cuales son las funciones cognitivas mayormente afectadas por el trastorno.
- Informar cuáles son las funciones cognitivas en las cuales el paciente posee mayor destreza.
- Observar si existe deterioro neurocognitivo en las funciones ejecutivas.
- Evaluar el coeficiente intelectual general.
- Desarrollar un plan de rehabilitación específico para el caso evaluado.

### **2.3 Descripción del sujeto de estudio**

Para el siguiente estudio se seleccionó a una persona de 34 años de edad, de sexo masculino, que asiste al Instituto de Rehabilitación Naranjito desde el año 1999 diagnosticado en el año 1994 con el síndrome de Asperger. Dicho diagnóstico fue posteriormente modificado a Trastorno del Espectro Autista (TEA)

La muestra está compuesta por un caso único, seleccionado en el Instituto Terapéutico Naranjito por estar diagnosticado de Trastorno del espectro autista.

### **2.4 Enfoque**

El enfoque utilizado es mixto ya que se aplican instrumentos estandarizados que colaboran a analizar cualitativamente al paciente evaluado.

Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010) sostienen que la recolección se basa en instrumentos estandarizados. Los datos se obtienen por observación, medición y documentación de mediciones. Se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos. Las preguntas o ítems utilizados son específicos y con posibilidades de respuesta predeterminadas. La recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas.

## **2.5 Alcance**

Exploratorio y descriptivo. Los estudios exploratorios se realizan cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado. Los estudios descriptivos buscan especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población. (Hernández Sampieri y col., 2010).

## **2.6 Diseño**

Estudio de caso. Se utilizarán los procesos de investigación cualitativa para realizar un análisis del objeto de estudio y responder al planteamiento del problema y a los objetivos propuestos (Hernández Sampieri y col., 2010).

## **2.7 Técnicas utilizadas**

- **Screening neuropsicológico Mini – Mental**

Los tests breves conocidos también como test de screening o de cribado permiten discriminar entre situación cognitiva normal y patológica. Son ampliamente utilizados con la finalidad de seleccionar sujetos con riesgo de presentar deterioro cognitivo. Ayudan a la detección y cribado del deterioro cognitivo y demencia aunque no son instrumentos diagnósticos (Ladera y Perea, 2012).

- **Test de Bender**

Esta técnica ha sido aplicada tradicionalmente para explorar la presencia o ausencia de indicadores orgánicos, integrando a la semiología la presencia de indicadores emocionales y modalidades de respuesta en el proceso de realización del test (Marley, 1982).

- **Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica “Barcelona”**

El test Barcelona constituye un instrumento de evaluación neuropsicológica desarrollado para el estudio de pacientes neurológicos. Fue desarrollado por Jordi Peña – Casanova. La metodología propuesta es el resultado de la revisión de la literatura en clínica neuropsicológica en el contexto de la neurología. (Peña Casanova, Jarne Esparcia, Guardia Olmos, 1991). Se ha realizado una aproximación pluridimensional del método (considerándose la complejidad de las actividades mentales superiores) y se han incluido pruebas que cubren los aspectos más importantes de la clínica neuropsicológica. Se parte de una visión neolurianista de las funciones mentales superiores para pasar a la sistematización de la exploración en apartados independientes. Los subtest se intentan relacionar con modelos funcionales básicos (sistemas funcionales complejos, Peña Casanova y col., 1991). La falta de uniformidad que pueden presentar las diferentes patologías hace que se incluyan subtest muy específicos frente a un subtest de interés general.

- **Test de inteligencia Raven**

- Construido por John Raven, este test tiene como objetivo medir la capacidad intelectual general. Evalúa el componente del factor G: capacidad eductiva, dar sentido a la confusión, dar forma a constructos, ir más allá de lo dado u obvio. Es un test factorial, no verbal, de selección múltiple. Es un test de matrices lacunarias de elección múltiple. La tarea del sujeto consiste en completar series de dibujos en las que falta el último, debiendo elegir el que es adecuado de una serie de elecciones posibles (Rossi Casé y col., 2002).

### **Procedimiento**

Se comenzó para la elaboración del estudio con la elección de las técnicas a utilizar en la evaluación neuropsicológica. Para dicho propósito, se tomó al paciente seleccionado un screening neuropsicológico que brinda la información necesaria para la selección de los ítems más adecuados del test Barcelona. Se seleccionó el test de Bender por ser una técnica óptima para la detección de indicadores orgánicos y emocionales de presencia de patología. El test de Raven fue elegido porque evalúa el Coeficiente intelectual del sujeto, además de ser una técnica sencilla de llevar a cabo por parte del paciente. Posteriormente, se procedió a la toma de las técnicas. Estos procedimientos se llevaron a cabo en el Instituto Terapéutico Naranjito. Se realizaron aproximadamente siete entrevistas con el sujeto evaluado de una hora y treinta de duración.

Luego de la corrección de las pruebas, se procedió a realizar el análisis de los resultados. A partir de dichos resultados, se dio respuesta a los objetivos planteados inicialmente derivando en las conclusiones de este trabajo.

### **Resultados del caso evaluado**

#### **3. Test de screening neuropsicológico MINI - MENTAL**

En el siguiente test el paciente obtuvo una puntuación de 30/30, no presentando dificultades en ninguna de las funciones evaluadas por dicho test.

Al obtener el puntaje mayor, se decidió evaluar las funciones que más coincidían con la problemática del trastorno diagnosticado, ya que existe la posibilidad de que en dicho screening, las dificultades no hayan sido detectadas por la singularidad de los pacientes con TEA en donde ciertas funciones pueden mantenerse en un estado de normalidad que no condice con la expresión de dicha función en el desarrollo social diario.

##### **3.1 Test de Bender**

###### ***Observaciones conductuales:***

Jorge manifiesta lentitud en la ejecución de la consigna. Se lo nota muy concentrado como si le costara un gran esfuerzo realizar cada figura.

Murmura mientras ejecuta la prueba.



Refuerza los trazos de algunas figuras.

Realiza preguntas que no tienen que ver con la tarea, es necesario decirle que se concentre y reforzar la consigna para finalizar con éxito la ejecución.

### ***Resultados***

El ordenamiento es un poco confuso, ya que comienza bien pero luego coloca las figuras restantes en donde quedan espacios en blanco, por ende no sigue una secuencia lógica. Esto puede indicar cierto trastorno nivel del pensamiento. El tiempo de ejecución es prolongado, le cuesta mucho realizar cada una de las figuras. Suele remarcarlas y quedarse en algún detalle de la figura que está ejecutando. Expansión en el uso del espacio, lo que es indicativo de inmadurez percepto-motora y pobre ajuste emocional de la personalidad. Se observa una deficiencia en la orientación y adaptación del sujeto evaluado con respecto al mundo que lo rodea. Hay indicadores de grandes montos de ansiedad y necesidad de buscar de forma continua apoyo en factores externos. Las líneas sugieren incoordinación motora con fundamento neurológico. Se refleja en la producción choque o cohesión de figuras, lo que indica pobre o nulo control de impulsos, desborde emocional y descontrol motor debido a la superposición entre dos o más figuras. La tendencia a superponer figuras sin que implique un choque podría indicar dificultad para establecer la distancia adecuada en las relaciones interpersonales, agresividad y falta de límites claros. Podría señalarse una cierta inmadurez del desarrollo en los rendimientos percepto-motores. Habría tendencias motoras perseverativas por la repetición persistente o ejecución reiterada de una actividad.

El paciente evaluado ejecuta una mayor cantidad de unidades de las que exige el estímulo. Podría hablarse de perseveración perceptual por la persistencia de elementos de una figura en las siguientes. Habría elementos compatibles con hipercinesia.

### **3.2 Test Barcelona**

*Se tomaron las siguientes escalas del test Barcelona:*

#### **1. Lenguaje espontáneo**

**Conversación y narración**

**Narración temática**

**Descripción**

#### **2. Prosodia**

**Ritmo**

**Melodía**

#### **3. Orientación**

**Persona**

**Lugar**

**Tiempo**

#### **4. Dígitos**

**Directos**

**Inversos**

#### **5. Lenguaje automático – Control mental**

#### **6. Praxis orofonatoria**

#### **7. Repetición verbal**

#### **8. Repetición error semántico**

#### **9. Denominación visuo-verbal**

**Imágenes**

**Objetos**

**Partes del cuerpo**

**10. Denominación verbo-verbal**

**Respuesta denominando**

**Completamiento denominando**

**11. Evocación categorial en asociaciones**

**Nombres de animales**

**Palabras iniciadas con “P”**

**12. Comprensión verbal**

**Palabras (señalar imágenes)**

**Partes del cuerpo**

**Comprensión de órdenes**

**Material verbal complejo**

**13. Lectura – Verbalización**

**Letras**

**Números**

**Logatomos**

**Palabras**

**Texto**

**14. Comprensión lectora**

**Palabra – imagen**

**Letras**

**Palabras**

**Logatomos**

**Órdenes escritas**

**Frases y texto**

**15. Mecánica de la escritura**

**16. Dictado**

**Letras**

**Números**

**Logatomos**

**Palabras**

**Frases**

**17. Escritura espontánea**

**Denominación escrita**

**Escritura narrativa**

**18. Gesto simbólico**

**Orden**

**Imitación**

**19. Mímica de uso de objetos**

**Orden**

**Imitación**

**20. Imitación de posturas**

## **Unilateral**

## **Bilateral**

**21. Atención visuográfica**

**22. Apareamiento de caras**

**23. Memoria verbal**

**24. Aprendizaje seriado de palabras**

**25. Abstracción verbal**

## **Semejanzas abstracción**

## **Comprensión – Abstracción**

## **Resultados**

### **Lenguaje espontáneo**

Lenguaje fluente, no afásico pero pobre. El paciente brinda la información requerida pero se pueden observar ciertas particularidades en sus respuestas.

En el primer apartado se solicita información del paciente. El sujeto evaluado brinda mucha más información que la solicitada y sus respuestas, si bien son correctas, no conciben con su edad cronológica; son muy concretas y con un gran contenido infantil. En el ítem profesión nombra las actividades de limpieza que realiza en su casa como forma de colaboración. En el apartado de narración temática, en el cual debe describir un bosque, hace referencia a Hansel y Gretel como una analogía con la película porque en los bosques también se venden golosinas según el discurso del paciente. Volvemos a ver la falta de madurez relacionada con su edad cronológica, aún cuando los procesos cognitivos formales

son correctos. En este apartado también logró un puntaje dentro de los parámetros normales. En el apartado de descripción de láminas logra visualizar y nombrar cada detalle de la misma, hasta el más mínimo. En el subtest de lenguaje espontáneo las alteraciones se ven en los contenidos. En otras palabras, a nivel supravocal, ámbito en el cual la ejecución del lenguaje formal y la recepción del mismo por parte de otros interlocutores se verifican, se observan valores normales. La expresión del pensamiento denota defectos intelectivos. En este caso se constata un retraso importante en el desarrollo mental (con lenguaje formal normal).

### **Prosodia**

El paciente evaluado presenta una hipoprosodia manifestada por un lenguaje con un ritmo y tono uniforme, sin cambios en la entonación. La melodía presenta carencias en cuanto a las connotaciones semánticas específicas y estandarizadas. No hace uso de la entonación para matizar de sentido a las frases que expresa. Se encuentra disminuida su capacidad para expresar emociones a través de la entonación de su discurso.

### **Orientación**

El paciente no presenta dificultades en la orientación. Logra dar todos los datos requeridos brindando mayor información que la solicitada. La atención y la percepción son adecuadas. Puede realizar la integración necesaria para poder valorar el tiempo como tal. En este ítem nos encontramos con un signo muy característico de TEA, que es la excesiva información que brinda y la buena ubicación temporoespacial. La ubicación en tiempo y espacio es una

necesidad de quien padece el trastorno de sentirse en un ambiente seguro y controlado por otros para lograr estabilidad y reducir la ansiedad social.

### **Dígitos**

El paciente obtuvo en este ítem el puntaje máximo tanto en dígitos directos como inversos. Esto es muy poco frecuente aún en personas sin patología. Para conseguir estos niveles se requiere, además de una capacidad de vigilancia y memoria de trabajo intactas, una persistencia en el campo atencional. Normalmente los puntajes obtenidos se relacionan con los años de escolaridad. Una mayor cantidad de años de estudio mejora el rendimiento. Esto es debido a la capacidad que se adquiere en el procesamiento activo de la memoria de trabajo. Aún cuando los pacientes no posean patología generalmente es muy difícil lograr la puntuación máxima. El resultado logrado por el paciente es raro en pacientes sin patología pero frecuente en pacientes con TEA.

### **Lenguaje automático – control mental**

El paciente obtuvo el puntaje máximo encontrándose intactos la capacidad de atención, concentración y entrenamiento mental, lo que implica un proceso mental activo y continuado.



### **Praxis orofonatoria en imitación**

Las puntuaciones en este ítem fueron muy bajas considerando que el paciente no padece una afasia. Este ítem es de sumo interés, ya que se observa la incapacidad del paciente de imitar gestos en el otro y poder repetirlos en sí mismo. Esto demuestra la dificultad que se extiende a la imitación de conductas sociales, lo que impide un adecuado desempeño en el medio en el que se desarrolla. Éste es un rasgo típico en sujetos con patologías del espectro autista.

### **Repetición verbal**

No se encontraron dificultades en la capacidad receptiva y expresiva del lenguaje en el paciente evaluado.

### **Repetición error semántico**

Puntuación normal. El paciente no posee dificultades para omitir comentarios sobre los errores presentados y limitarse a repetir.

### **Denominación visuoverbal**

No demuestra dificultad para realizar denominación por confrontación visual, lo que implica habilidad de confrontación visual, denominación de un objeto y producción de la etiqueta lexical correspondiente.

### **Denominación verboverbal**

El paciente no presentó dificultades para la resolución de este ítem, lo que implica habilidad de los sistemas verbales receptivos, extracción lexical, y la producción de palabras a través de los sistemas articulatorios y motores del lenguaje.

### **Evocación categorial de asociaciones**

El paciente obtuvo una puntuación normal en este ítem. Se tuvo en cuenta que se encuentra entre los individuos menores de 50 años pero sin escolaridad formal, ya que solo ha asistido a Institutos de Rehabilitación.

### **Comprensión verbal**

El paciente obtuvo puntajes bajos en el ítem de palabras (palabra-imagen) aun habiendo resuelto correctamente todo el ejercicio. La falla se registra en la resolución con tiempo. El ítem de partes del cuerpo lo resolvió con la puntuación normal. Por ende no posee dificultades con el reconocimiento de su esquema corporal, ni con el espacio centrado en su propio cuerpo. En el ítem comprensión de órdenes destacó con el puntaje máximo. Dicho ítem requiere no solo la comprensión, sino la unión de los sistemas de comprensión-realización (praxis). En cuanto al ítem de material verbal complejo, el paciente obtuvo puntuaciones bajas en la resolución con tiempo, ya que tuvo dificultades en algunos de los ítems. Es necesario tener en cuenta que para la correcta resolución de este apartado es necesario tener componentes de conocimiento general y componentes de relaciones lógico-gramaticales complejas. El paciente evaluado no posee educación formal. Sin embargo se

valoró la finalización correcta del ítem, aunque no en el tiempo estipulado para considerarlo dentro de los parámetros normales.

### **Lectura-verbalización**

El paciente obtuvo puntuaciones normales en esta prueba. Lee un poco más lento y en ocasiones deletrea, pero su puntuación fue correcta tanto de forma directa como con tiempo.

### **Comprensión lectora**

El paciente obtuvo puntuaciones normales en palabra-imagen, letras y palabras pero presentó dificultades en logatomos, órdenes escritas, frases y textos. Si bien logró responder a todos los ítems, lo hizo fuera del tiempo estipulado, por lo que se encuentra en el percentil inferior.

### **Mecánica de la escritura**

Se encuentra ubicado en el nivel 2, ya que escribe todo en imprenta y mayúsculas. Las letras son legibles pero se encuentran remarcadas y un poco deformadas. Presenta macrografía. El paciente escribe muy lento y le cuesta realizar la tarea pero logra finalizar la prueba con éxito.

### **Dictado**

Presentó alteraciones en la ejecución con tiempo en todos los ítems. Por ese motivo se lo ubica en el percentil inferior. Escribe lento y deletrea mientras escribe.

### **Escritura espontánea**

El paciente se ubica en el percentil inferior, ya que no logra realizar la tarea pautada en el tiempo estipulado. Cuando escribe verbaliza las palabras de forma continua. Presenta una agrafia, al parecer de carácter motor por las características que presenta.

### **Gesto simbólico**

En este ítem el paciente se sitúa en el percentil inferior. No supo responder dos de los ítems solicitados. El resto los realizó con una puntuación menor a la esperada. Se considera que los ítems que no supo resolver tienen que ver con un desconocimiento de los gestos solicitados más que de una afectación ideomotora. Se considera que las dificultades en el resto de los ítems tienen que ver con una patología a nivel motor.

### **Mímica de uso de objetos**

En este subtest el paciente se ubica en el percentil inferior. Se considera debido a errores motores, ya que tiene la intención adecuada para la realización pero no logra efectuar el acto con precisión.

### **Atención visuográfica**

Puntuación normal. No presentó dificultades en la realización de este subtest. Logró resolver la prueba en un período breve de tiempo.

### **Apareamiento de caras**

Ubicado en el percentil inferior. El paciente no logró ninguna respuesta correcta en este subtest. El resultado podría denotar lesiones en el hemisferio derecho. Generalmente la falla en el reconocimiento facial se da en lesiones posteriores del cerebro.

### **Memoria verbal**

En este ítem el paciente se ubica en el percentil inferior. Durante el desempeño se notó dificultad para el seguimiento de la tarea y serios problemas de atención y concentración.

### **Omisiones y substituciones**

Las dificultades se notaron tanto en memoria inmediata como diferida.

### **Aprendizaje seriado de palabras**

Puntuación dentro de los parámetros normales. Posee gran capacidad de retener cuando se trata de memoria de trabajo, fundamentalmente cuando dicha retención se limita a palabras y datos cortos. En el desempeño de la tarea, demostró intenciones y estrategias de memorización adecuadas.

### **Abstracción verbal**

#### *Semejanzas - abstracción*

Puntuación dentro de los parámetros normales. El sujeto evaluado logra cierta capacidad de abstracción en actividades sencillas.

### ***Comprensión- abstracción***

En esta prueba el paciente obtuvo el puntaje más bajo, lo que indica serias dificultades en la lectura profunda y figurada de determinadas expresiones. Las respuestas del sujeto evaluado son de tipo concreto sin la capacidad de abstraerse. Las dificultades a este nivel se relacionan con lesiones temporales y frontales izquierdas.

### **3.3 Test de matrices progresivas Raven**

El paciente obtuvo un CI inferior al término medio. En la realización de la prueba no logró retener la consigna en ninguna de las matrices, ya que solicitó refuerzo de consigna en los 60 ítems. Se observó que en muchos de los ejercicios adivinaba el resultado, sin lograr la gestalt necesaria. Por este motivo no logró el uso de la lógica para la resolución de ninguno de los apartados. Su pensamiento es concreto. No logró la abstracción necesaria para comprender la consigna y ejecutar el test.

#### **4. Semiología de la subjetividad y estados afectivos**

Al momento de la evaluación el paciente se encuentra predispuesto, demuestra estar contento porque se le van a tomar unas pruebas y disfruta mucho el compartir con el examinador. Quiere hablar acerca de experiencias personales y sucesos conflictivos en su hogar. Demuestra estar muy ansioso. Es necesario pedirle que se concentre en las pruebas y que luego se hablará de lo que él quiera. Hubo que repetirle esto varias veces, ya que le es muy difícil controlar impulsos, dejar de hablar y abocarse a la tarea. A pesar de que logra resolver las pruebas y sabe lo que significa, no tiene conciencia de lo que implica. Por ende no se siente intrigado por los resultados que las mismas puedan arrojar. No hace preguntas dirigidas a saber de qué se trata ni lo que se intenta evaluar. No existe conciencia de que lo realizado se encuentra orientado a perseguir un objetivo. Responde ante la tarea. En ocasiones es necesario repetirle la consigna. Por momentos parece que pierde de vista el objetivo. Deletrea lo que está haciendo. Suele suspender la actividad para abrazar al examinador. Se le pide que continúe y se le recuerda que no debe abrazar todo el tiempo, que solo se saluda cuando uno llega y cuando se va. La motivación que presenta se basa más en pasar tiempo con el examinador que en la tarea que está realizando, ya que necesita de forma constante hablar de sí mismo, de sus conflictos y de cómo superarlos. Necesita también reafirmar las técnicas de superación que ha aprendido para sentirse mejor.

## Conclusiones

En el apartado de conclusiones se exponen las observaciones generales y se incluyen las funciones conservadas por el paciente, el perfil neurocognitivo y se propone un plan de rehabilitación.

- El paciente presenta un discurso fluente pero pobre e infantil en cuanto a contenido. Se expresa manifestando un pensamiento concreto. La expresión del pensamiento denota una capacidad intelectual alterada.

No condice su edad cronológica con su discurso.

- El paciente obtiene la puntuación máxima en ítems que evalúan atención y vigilancia.
- El paciente posee dificultades en la lectura, deletrea cuando lee y su desempeño es excesivamente lento.
- Posee dificultades en la escritura, destacando la macrografía. Su producción, si bien es legible, se presenta con defectos. Disgrafía.
- El paciente no logra alcanzar la puntuación mínima requerida en imitación de gestos. No logra imitar los gestos y expresarlos en sí mismo. Esta incapacidad de copiar, internalizar e imitar es muy típica de los TEA y se expresa fundamentalmente en las conductas sociales que se encuentran fuera de los estándares normales para el entorno en el que se desarrollan.



- En el subtest de memoria verbal los puntajes fueron muy bajos. Si bien en la vida cotidiana logra almacenar y recordar una gran cantidad de datos, los mismos se limitan a fechas y nombres, pero cuando se trata de evocar datos que se encuentran contextualizados dentro de una historia, no puede hacerlo, no logra recordar argumentos, le cuesta mucho realizar las conexiones necesarias que darán sentido al suceso relatado.
- En el subtest de comprensión-abstracción, el paciente obtuvo una puntuación muy baja, ya que posee un pensamiento concreto. No logra la abstracción necesaria para realizar un análisis de mayor complejidad.
- El paciente obtuvo un CI inferior al término medio. De acuerdo al puntaje obtenido en el test de Raven, se ubica en la categoría de deficiente. Por ende no cumple con el criterio diagnóstico para síndrome de Asperger ya que el mismo postula que no debe existir un retraso cognositivo clínicamente significativo.
- El paciente posee serias dificultades para la organización y planificación de una tarea, como así también en la utilización de estrategias de trabajo. Todo esto sugiere una disfunción en las funciones ejecutivas.
- No logra captar el doble sentido en el lenguaje. Asimila de forma literal todo lo que escucha y tiene dificultades para adaptarse a los códigos sociales. Por todo ello le cuesta establecer y mantener vínculos con las personas que lo rodean.

- Posee gran dificultad para la imitación de gestos y posturas. No logra internalizar lo que ve para después reproducirlo en diferentes situaciones sociales.

Hay rigidez en sus movimientos.

## **5. Funciones conservadas**

El paciente obtuvo una puntuación dentro de los parámetros normales en orientación, tanto en persona como en lugar y tiempo. Puede ubicarse respecto a sí mismo como también en relación al lugar en el que se encuentra y a la situación que está viviendo. Sus capacidades de atención, concentración y vigilancia no ha sido afectadas por el trastorno, ya que puede enfocarse en la tarea durante el tiempo necesario y responder a ella. Su proceso mental se encuentra activo y logra una continuidad. Posee intactas las habilidades para la denominación, lo que implica confrontación visual para la denominación de un objeto, recepción de lo escuchado y la búsqueda de la etiqueta lexical correspondiente para la posterior expresión del lenguaje. No posee dificultades para la evocación de categorías. Si bien para su edad el desempeño debió ser mayor, se debe tener en cuenta la falta de educación formal del paciente, lo cual tiene implicancias en esta prueba. No presentó dificultades en poder abstraerse para realizar semejanzas, lo que implica cierta capacidad para realizar algunas abstracciones simples.

### **5.1 Perfil neurocognitivo del paciente evaluado**

Jorge es un paciente ansioso, con un discurso monótono. El ritmo y la melodía se encuentran carentes de la entonación necesaria para darle sentido a lo que dice. Su lenguaje espontáneo suele ser monotemático. Generalmente dicho tema tiene que ver con su comportamiento en la casa y la Institución y con las técnicas aprendidas para mejorar su conducta. Suele hablar siempre de sí mismo. Le cuesta interesarse por las personas que lo rodean y por lo que sucede en su entorno. Posee serias dificultades para relacionarse, ya que no refiere intereses comunes con sus pares y suele tener conductas extrañas, tales como tocar o abrazar a las personas en momentos que no son apropiados. No logra imitar e internalizar gestos y conductas apropiadas al medio en el que se desarrolla. Esto hace que su comportamiento resulte extraño para las personas. No tiene conversaciones espontáneas con el grupo de pares, ya que no demuestra interés por las actividades y temas que surgen a nivel grupal. Solo se interesa por hablar de sí mismo y su problemática. Posee retraso mental. Su pensamiento es concreto. No logra realizar abstracciones complejas, por lo que le resulta muy difícil entender ciertas actividades o conversaciones que surgen en su entorno. Posee gran capacidad mnésica para datos aislados, fechas y nombres. Sin embargo, existe una marcada deficiencia en su memoria cuando debe recordar datos que se encuentran enmarcados en un argumento. En consecuencia, posee dificultades para relacionar y sacar conclusiones.

La función ejecutiva se encuentra alterada. Le cuesta mucho generar estrategias de organización y planificación para lograr una meta. Su pensamiento es rígido. Por ende

posee dificultades para realizar un análisis de su accionar y efectuar las modificaciones correspondientes.

Jorge es afectuoso y gentil. Le gusta estar rodeado de las personas que considera cercanas, ya que le brindan un ambiente controlado que le permite sentirse seguro. Posee una gran dependencia a las rutinas diarias, ya que los cambios le producen ansiedad y malestar. Su permanencia en la Institución ha logrado modificar ciertas conductas de agresividad, que el paciente actualmente puede controlar. También, ha logrado generar cambios en sus relaciones sociales, ya que ha aprendido a interesarse por las personas que lo rodean, preguntar como están y como se sienten. Actualmente se integra a las actividades propuestas en la Institución. Le cuesta mucho enfocarse porque necesita hablar acerca de si mismo y de sus preocupaciones pero con ayuda y estimulación logra buenos resultados en su desempeño.

## **5.2 Diseño de rehabilitación propuesto**

- Controles psiquiátricos periódicos para el control de la medicación que interviene en la conducta y las crisis de excitación psicomotriz.
- Trabajar de forma constante con terapia ocupacional para la mantención de las actividades de la vida diaria.
- Se recomienda supervisión constante en sus actividades de la vida cotidiana, ya que corre el riesgo de sufrir o de ocasionar algún accidente.

- Continuar con la asistencia a la Institución terapéutica, ya que logra además de un ambiente controlado y seguro para el paciente, la generación y mantención de conductas sociales positivas.
- Asistencia psicológica familiar, ya que las dificultades familiares, afectan la estabilidad emocional diaria del paciente.
- Rehabilitación neuropsicológica para evitar el deterioro de las funciones conservadas y la estimulación de las áreas en las que posee dificultades.

### Bibliografía consultada

- Alvarado Cortés R. (2011). Situación actual del síndrome de Asperger. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. 1 nro. 1 2011 ISSN: 2253-749X.
- Artigas J. (2000). Aspectos Neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Revista de neurología clínica*. 1: 34-44. Recuperado de <http://www.revneurolog.com/RNC/0101/a010034.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta. Ed. Texto rev.). Washington D.C: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Cala Hernández O., Licourt Otero D., Cabrera Rodríguez N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas*. Vol. 19 nro. 1 ISSN 1561-3194.
- Equipo Deletrea y Dr. J. Artigas (2007). *“Un Acercamiento al Síndrome de Asperger”* Una Guía Teórico Práctica. Andalucía. Ed. Asociación Asperger.
- Fernández-Jaén A., Fernández-Mayoralas D.M., Calleja-Pérez B., Muñoz Jareño N.

- (2007). Síndrome de Asperger: diagnóstico y tratamiento. *Revista de Neurología Clínica*. 44 (supl 2): S53-5. Recuperado en <http://www.revneurologia.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=2006660>
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill
  - Labos E. y col. (2008) *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Buenos Aires: Ed. Librería Akadia.
  - Ladera V., Perea M.V. (2012). Rastreo cognitivo en demencia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. Vol.12, N°1. Págs.: 133-150. 133 ISSN: 0124-1265.
  - López- Escobar Fernández M. E. (2006). *Los Trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica*. España: Ed. Consejería de Educación.
  - Lobo A., Saz P., Marcos G. (2002) *Examen cognoscitivo mini mental*. España: Ed. Tea Ediciones.
  - Marley M. (1982) “*Organic Brain Pathology and the Bender Gestalt Test. A differential Diagnostic Scoring system*”. Stratton. New York.
  - Martos Pérez J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología Clínica*. 42 (Supl 2): S99-S101 S99.
  - Martos J., Moruecos M. (2007). Espectro autista, un modelo multidimensional del

desarrollo en autismo. *Journal Infancia y Aprendizaje*.

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021037007781787543>

- Peña Casanova J. (1991). *Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas*.  
Barcelona: Masson S. A.
- Peña Casanova J. (2004). *Test Barcelona-Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica*. Barcelona: Ed. Masson S.A.
- Peña Casanova J., Jarne Esparcia A., Guardia Olmos J. (1991). Programa integrado de exploración neuropsicológica-Test Barcelona: validez de contenidos. *Rev. Logop., Fon., Audiol.*, vol. II (2): 96-107.-
- Raven, J. (2007). *Test de matrices progresivas: Escala general: cuaderno de matrices; series A, B, C, D Y E* (2a. ed., 3a. reimp.). Buenos Aires: Paidós.
- Rossi Casé L., Neer R., Lopetegui S. (2002) Test de matrices progresivas de Raven: construcción de baremos y constatación del efecto flynn. *Orientación y sociedad*. Vol. 3. Págs.: 1-2. La Plata. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/orisoc/v3/v3a11.pdf>



## **Anexos**

### **Datos de historia clínica**

Los datos de la presente historia clínica, fueron extraídos del legajo del paciente, quien concurre a la Comunidad Terapéutica Naranjito desde el año 1999.

### **Datos personales**

- Apellidos: xxxxxxxx
- Nombres: Jorge
- Estado civil: Soltero.
- Fecha de nacimiento:
- Edad: 34 años al momento de la evaluación.
- Sexo: Masculino
- Procedencia: Argentino
- Nivel escolar: No posee escolaridad formal.
- Motivo de Consulta: El paciente asiste a la Institución desde el año 1999 porque tenía reiteradas crisis de excitación psicomotriz con auto y heteroagresividad.

### **Antecedentes actuales**

Enfermedad actual: Paciente con diagnóstico de Asperger desde el año 1994.

Se le realizaron estudios neurológicos y Psiquiátricos. Fue derivado al Instituto Naranjito para recibir tratamiento de rehabilitación en el año 1999.

Actualmente y debido a las características de la patología, el diagnóstico del paciente ha sido modificado a Trastorno del Espectro Autista.

### **Información complementaria y datos médicos**

#### **Datos clínicos**

Motivo de consulta: Indagación de funciones cognitivas deterioradas y conservadas debido al trastorno del espectro autista.

Presenta rigidez afectiva, reflejada en la interacción social que posee con el medio en el que se desenvuelve. A excepción de los momentos en los que se encuentra con cierta excitación psicomotriz en las cual quiere tocar y abrazar a las personas que lo rodean de forma no asertiva, sin intención sexual.

Perseveración de ideas, el paciente no logra desprenderse de algunas ideas. Generalmente surgen a partir de recuerdos o situaciones de conflicto a nivel relacional. No son las mismas todos los días, siempre están sujetas a lo sucedido en el hogar o la Institución.

En ocasiones tiene pensamientos reiterativos y obsesivos que generan en el paciente un excesivo nerviosismo e impulsividad. Esto suele terminar en situaciones de agresividad, ya que no logra resolver de forma asertiva lo que le preocupa.

Actualmente identifica a su núcleo familiar (padres, hermanos, cuñados y sobrinos); logra establecer vínculos significativos y duraderos con pares y con terapeutas dentro de la Institución a la que asiste.

## **Familia**

Grupo familiar:

Padres fallecidos, tiene tres hermanas siendo Jorge, el menor de sus hermanos.

Una de sus hermanas se encuentra casada y vive con su esposo, las otras dos hermanas están separadas y viven con sus hijos.

Tiene cuatro sobrinos, dos de una de las hermanas y los otros uno de cada hermana. Todos se encuentran en la etapa de la adolescencia.

**Grupo familiar conviviente:** En la actualidad vive con sus hermanas. Una de ellas vive con su esposo e hijos en una casa y las otras dos con sus hijos, en otra. Jorge vive durante la semana con una de sus hermanas y su familia y el fin de semana lo pasa en la casa de las otras dos hermanas que viven con sus respectivos hijos.

**Motivo de Consulta:** El paciente padece Trastorno del espectro autista. Cursa con crisis de excitación psicomotriz con conductas heteroagresivas.

## **Antecedentes de estudios neurológicos**

### **Semiología Neurológica**

En la historia clínica del paciente figura un electroencefalograma realizado en el año 1998, que arrojó los siguientes resultados:

Actividad rápida sobre regiones anteriores intercalada con elementos puntiformes de bajo voltaje. Bilaterales a predominio temporal, algo lateralizadas a predominio izquierdo.

El último electroencefalograma fue realizado en el año 2015 y arrojó los siguientes resultados:

Sobrecarga ventricular izquierda. Tendencia a la taquicardia sinusal.

### **Antecedentes de la enfermedad actual**

El paciente ingresa al Instituto Naranjito en el año 1999 traído por sus padres, quienes manifestaron no saber qué hacer ya que continuamente tenía crisis heteroagresivas en las cuales le pegaba a su madre.

Paciente que necesita de instrucción y supervisión constante.

- Alergias: no
- Convulsiones: no
- Control de esfínteres: Si
- Higiene: Si (con supervisión y reiteración de consignas de forma permanente).
- Vestimenta: Si (con supervisión y reiteración de consignas de forma permanente).
- Habla: si.
- Lenguaje: fluente pero lento y pausado.
- Miedos: teme a que las personas se enojen con él y a hacer las cosas mal.

### **Antecedentes de patologías previas**

- Estado de salud de la madre durante el embarazo:
- Alimentación y descanso de la madre: embarazo regular, con reposo.
- Accidentes: no.

- Operaciones: No.
- Parto: normal.
- Pautas del desarrollo neuromadurativo: deambuló al año y medio.  
Control de esfínteres normal.
- Enfermedades de la infancia: no se registran.
- Accidentes: no
- Operaciones: no.
- Sueño: normal.
- Trastornos: digestivos: no
- Trastornos circulatorios: no.
- Trastornos respiratorios: no.
- Trastornos musculares: no.

### **Clínica médica**

Paciente de evolución clínica estable, impresiona buen estado general sin dificultades al control clínico.

### **Kinesiología**

El paciente posee rigidez muscular, por lo que se trabaja con un plan de ejercicios utilizando la bicicleta, elíptico y circuitos de marcha con ejercicios de equilibrio. Masoterapia y diferentes actividades en patio de juegos para mejorar su motricidad.

### **Psicopedagogía**

**Coordinación motriz general:** secuencia de movimientos torpes pero funcionales.

Desarrolla esquemas motores de cierta complejidad.

**Motricidad gruesa:** logra movimientos globales y segmentarios tanto del tren superior como inferior. Poco amplios y carentes de armonía.

Motricidad fina: Logra buena coordinación óculo – manual ante la manipulación de objetos pequeños, con mínima dificultad.

Acción perceptivo-motor: Buena respuesta ante los estímulos externos de tipo visual, auditivos y táctiles. Ante objetos rodados o lanzados hacia él, su reacción es deficiente aún ante estímulos de baja velocidad.

### **Fonoaudiología**

Paciente con trastorno mixto comprensivo y expresivo del lenguaje.

Se comunica con sus pares y terapeutas, en ocasiones necesita de límites.

Comprende órdenes, presenta dificultades en su lenguaje expresivo.







