



APLICACIÓN DE LA CIF PARA LA EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN SÍNDROME DE ASPERGER: UN ESTUDIO DE CASO

Universidad Jaume I
Facultad de Ciencias de la Salud
Máster en Psicología General Sanitaria
Trabajo de Fin de Máster

Tutora: Micaela Moro Ipola

Alumna: Estelia Pérez Ponce

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 4
ÍNDICE DE SIGLAS	Pág. 5
INTRODUCCIÓN	Pág. 6
JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN	Pág. 7
Objetivos	Pág. 9
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	
SÍNDROME DE ASPERGER	
Breve repaso histórico del Síndrome del Síndrome de Asperger	Pág. 10
Posible etiología del Síndrome de Asperger	Pág. 11
Prevalencia	Pág. 12
Teorías Causales	Pág. 12
Teorías Psicológicas	Pág. 12
Teorías Biológicas	Pág. 13
LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)	Pág. 15
CAPÍTULO 2: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN	
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ELEMENTOS DESCRIPTIVOS	Pág. 17
Criterios diagnósticos según el DSM-V	Pág. 18
Criterios diagnósticos según la CIE-10	Pág. 20
FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN EL SÍNDROME DE ASPERGER	Pág. 21
CAPÍTULO 3: ESTUDIO DE CASO	
METODOLOGÍA Y DISEÑO	Pág. 24
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO PREVIO Y ACTUAL	Pág. 24

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	Pág. 27
RESULTADOS	Pág. 32
CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	
OBJETIVOS GENERALES	Pág. 40
OBJETIVOS ESPECÍFICOS POR ÁREAS	Pág. 40
ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES	Pág. 44
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES	Pág. 46
CAPÍTULO 6: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 48
Direcciones de internet	Pág. 50
CAPÍTULO 7: ANEXOS	
Anexo 1. Visión del conjunto de la CIF	Pág. 52
Anexo 2. Lista de cotejo de la CIF	Pág. 53
Anexo 3. Whodas II	Pág. 70
Anexo 4. Perfil de funcionamiento	Pág. 82
Anexo 5. Formulario básico basado en CIF	Pág. 84

RESUMEN

Estudio descriptivo analítico con el fin de obtener evidencias sobre la validez del uso de la CIF como instrumento adecuado de valoración en pacientes con Síndrome de Asperger y otros diagnósticos coexistentes, en este caso malformación del sistema nervioso, displasia cortical derecha y epilepsia parcial. El objetivo de este trabajo es ofrecer datos de un estudio de caso y proponer un protocolo de intervención al paciente en base a la información que nos proporcione el perfil de funcionamiento de la CIF. Estos diagnósticos son clínicos y multidisciplinarios, y los criterios DSM-V y CIE-10 deben servir como orientación para el diagnóstico, no ser utilizados como lista de chequeo poco flexible. Respecto a los programas de intervención en estos diagnósticos requieren de un enfoque individualizado centrado en el funcionamiento, por ello se precisa de instrumentos adecuados, como resulta ser la CIF, ya que proporciona información relevante para planificar el tratamiento.

ABSTRACT

An analytical descriptive study to obtain evidence on the validity of the use of ICF as an adequate instrument of assessment in patients with Asperger's Syndrome and other coexisting diagnoses, in this case malformation of the nervous system, right cortical dysplasia and partial epilepsy. The purpose of this paper is to provide data from a case study and to propose an intervention protocol to the patient based on the information provided by the ICF performance profile. These diagnoses are clinical and multidisciplinary, and the criteria DSM-V and ICD-10 should serve as guidance for diagnosis, not be used as a checklist not flexible. Regarding the intervention programs in these diagnoses, they require an individualized approach focused on the functioning, so it needs adequate instruments, as the CIF proves to be, since it provides relevant information to plan the treatment.

Palabras clave: Síndrome de Asperger, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, evaluación multidisciplinar, estudio de caso.

Key words: Asperger's Syndrome, International Classification of Functioning, Disability and Health, multidisciplinary evaluation, case study.

ÍNDICE DE SIGLAS

AAF	Autismo de Alto Funcionamiento
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EEG	Electroencefalograma
FCI	Familia de Clasificaciones Internacionales
FE	Funciones Ejecutivas
HHSS	Habilidades Sociales
LOE	Ley Orgánica de Educación
LOMCE	Ley Orgánica de Mejora de la Calidad Educativa
OMS	Organización Mundial de la Salud
SA	Síndrome de Asperger
TDA	Trastorno de Déficit Atencional
TDAH	Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad
TEA	Trastorno/s del Espectro Autista
TGD	Trastorno Generalizado del Desarrollo
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TFM	Trabajo de Fin de Máster
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

Es difícil definir la discapacidad y más es medirla, ya que está interrelacionada con diversos ámbitos de la vida de la persona y sus entornos. En primer lugar, este trabajo, presenta un marco teórico para guiar el proceso, analizando y exponiendo las principales teorías explicativas. Seguidamente se detallan los criterios diagnósticos para el Síndrome de Asperger. Y una vez contextualizado se presenta un estudio de caso y por último un protocolo de intervención basado en la CIF. La comprensión de su naturaleza y los conceptos básicos será necesaria para entender los objetivos que se plantean y los principios que deben guiar la intervención.

Se clasifica un caso utilizando la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF), herramienta basada en un enfoque “biopsicosocial” que pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Concretamente esta clasificación proporciona un marco conceptual para codificar un gran rango de información en torno a la salud desde una perspectiva biológica, individual y social, empleando un lenguaje unificado que hace posible la comunicación y la atención sanitaria entre diversas disciplinas y ciencias de todo el mundo.

Es necesario encontrar un marco de valoración y planificación terapéutica para la atención de personas con distintas problemáticas como es el de L.M.L, donde veremos distintos diagnósticos, entre ellos el de Síndrome de Asperger, un trastorno reconocido por la Organización Mundial de la Salud y por la Asociación Americana de Psiquiatría. Es un cuadro complejo, una distorsión cualitativa del desarrollo que se caracteriza por un déficit en tres áreas nucleares: interacción socio-emocional o habilidad para relacionarse; lenguaje y comunicación e inflexibilidad cognitiva para adaptarse a la realidad. Todas estas dificultades, junto a otras, deben ser tratadas a tiempo y proporcionar al individuo los apoyos necesarios en cada momento. De lo contrario pueden derivar en aislamiento social, otros trastornos de Salud Mental como ansiedad, depresión e incluso suicidio.

En este trabajo se pretende utilizar un marco conceptual que recoja los factores que repercuten en el desarrollo bio-psico-social del paciente a estudiar. Para ello, se utiliza la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud que ofrece una visión global y muy completa, en la que se relaciona a la persona y sus características (funciones y estructuras) con su ambiente físico y social, clasificando los factores externos como facilitadores o como barreras de su funcionamiento. Una vez identificados estos parámetros, se establecen las relaciones entre las alteraciones y las prioridades de intervención.

El objetivo principal de este trabajo es describir la eficacia del uso de la CIF en la valoración y planificación de un protocolo de intervención terapéutica en la atención de las personas con Síndrome de Asperger y posibles comorbilidades, brindando una medición estandarizada de su salud y de la discapacidad para cubrir y responder a sus necesidades dependiendo de la etapa vital en la que se encuentre y de las características individuales. El individuo se encuentra en pleno desarrollo con unas determinadas características que condicionan su autonomía y su maduración. Por ello, y por lo dicho anteriormente, en este trabajo se utiliza la CIF, para recopilar información y describir el proceso de intervención proporcionando un abordaje desde una perspectiva múltiple y un proceso interactivo. El abordaje del paciente encaja en un enfoque multidisciplinar del tratamiento compuesto por varias especialidades como son la psicología, la fisioterapia, la terapia ocupacional, la neuropsicología, la medicina, etc. Se pretende responder a las necesidades del paciente y así, mejorar su calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN Y MOTIVACIÓN

A pesar de los numerosos estudios llevados a cabo durante la última década sobre los trastornos del espectro autista por la comunidad científica internacional, el Síndrome de Asperger es, con diferencia, una de las diversidades funcionales más desconocidas. Actualmente, la atención a las personas con diagnóstico de SA es fragmentada, y todavía lo es más si el paciente tiene varios diagnósticos. Los diferentes profesionales del ámbito sanitario, educativo y social que rodean al niño suelen actuar de manera independiente sin una coordinación eficiente, aplicando soluciones individuales a los problemas específicos sin partir de forma general o global de la situación de salud del paciente. Además los diferentes profesionales de la salud describen el mismo problema con palabras distintas lo que puede llevar a confusión o a distintas interpretaciones haciendo que los profesionales se centren en diferentes problemas, por lo que, en ocasiones, la información no fluye adecuadamente y es difícil la comunicación entre disciplinas. Considero de gran importancia unificar el lenguaje entre disciplinas y ciencias de todo el mundo, aprender y usar una medición de la discapacidad estandarizada para poder identificar y predecir las necesidades, ayudar a delimitar prioridades y asignar los recursos necesarios, lo cual se pretende conseguir en este trabajo gracias al uso de la CIF.

El SA es un trastorno o síndrome que puede llegar a ser bastante incapacitante, que es crónico perdurando toda la vida y que en cuanto a evolución y pronóstico es equiparable al Autismo. Como vamos a ver con este trabajo, puede haber comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, con daños cerebrales y problemas de aprendizaje entre otras dificultades. Estas personas requieren una valoración individualizada para

considerar el grado de afectación funcional tanto a nivel individual, como familiar y social, para así poder ajustar al máximo las ayudas necesarias en cada caso. Es por esto que es primordial evaluar, planificar la intervención y valorar el éxito contemplando parámetros como el bienestar, la capacidad de participación en actividades sociales, el funcionamiento en su vida cotidiana y la autonomía. Considerando imprescindible contar con un marco que nos permita lograr una visión global de las necesidades, recursos y apoyos necesarios en la atención a estas personas con SA y otras dificultades utilizando un lenguaje común para mejorar la comunicación entre disciplinas y sectores.

El objetivo principal de este trabajo es el uso sistemático y estructurado de la CIF como marco de referencia para estructurar y organizar la información de un modo significativo, interrelacionado y fácilmente accesible, favoreciendo el encuadre del paciente desde un enfoque biopsicosocial. Se usa como herramienta clínica para describir y evaluar el funcionamiento identificando los problemas de salud y las necesidades del paciente. La utilización de la CIF nos permite registrar la información positiva, neutral y negativa sobre la salud. Lo que se pretende no sólo es presentar una visión general, estructurada y completa de la situación del paciente, sino también generar contextos de desarrollo facilitadores y eliminar aspectos que actúan como barrera en la atención multidisciplinar. Considero fundamental una evaluación completa para poder potenciar y optimizar las posibilidades del sujeto.

Se tiene en cuenta que el funcionamiento y la discapacidad abarcan todos los ámbitos de la vida de las personas y que son multidimensionales. En el presente trabajo se abarcan la experiencia del paciente a varios niveles todos ellos en interacción con el medio ambiente. Se proporciona una descripción detallada del funcionamiento y de la discapacidad para, después planificar una intervención adaptada a sus necesidades. Es por todo ello que, se comprobaba si esta clasificación es una herramienta útil para establecer los objetivos de intervención y conseguir así el bienestar personal y social del paciente, por lo que se tendrán en cuenta todos los ámbitos a trabajar, no sólo el cognitivo.

Tanto el modelo biomédico, como el paradigma conceptual, así como los sistemas diagnósticos tienen varias limitaciones para explicar los estados de salud. Tal y como afirman Ayuso-Mateos, Nieto-Moreno et.al., (2006), únicamente con el diagnóstico no se pueden explicar qué necesidades del uso de servicios hay, qué evolución tendrá el trastorno, o el rendimiento laboral que puede tener el paciente. El presente trabajo tiene una visión integradora de los tres elementos que definen la salud de cualquier persona, estableciendo un lazo que armoniza el modelo en el que está basado, el modelo bio-psico-social. Utilizando esta clasificación se pueden contemplar todos los dominios de la salud del paciente, donde se refleja el funcionamiento real en su entorno. Con este

trabajo se busca determinar las limitaciones en las actividades de la vida cotidiana y las restricciones en la participación experimentadas por el paciente. La información obtenida ha de servir para establecer las medidas pertinentes que garanticen un buen protocolo de intervención. Además, es una buena oportunidad para coordinar esfuerzos y profundizar en el novedoso binomio DSM-V y CIF, que junto a la CIE-10, en un futuro no muy lejano, enmarcará el escenario de un gran cambio global en la visión de la salud de los seres humanos.

Por todo esto, queda justificado hacer un estudio de caso que relacione la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud con el Síndrome de Asperger y otros problemas de salud que requieren de nuestra atención, y así defender y facilitar su uso en los sistemas de atención a personas con SA.

OBJETIVOS

A continuación, se detallan los objetivos que se persiguen en este trabajo.

Objetivo General: Valorar la utilidad de emplear la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud del 2001 en la atención de personas con Síndrome de Asperger y patologías comórbidas.

Objetivos específicos:

- Clasificar los componentes cognitivos y motores alterados en el paciente (funciones y estructuras corporales).
- Identificar los problemas funcionales derivados de esas alteraciones (actividades y participación).
- Clasificar las características del entorno que influyen positiva o negativamente en la independencia de L.M.L. (factores ambientales).
- Una vez detectados los parámetros, diseñar un protocolo de intervención estableciendo los objetivos funcionales prioritarios.
- Aumentar la eficiencia en la atención de personas con Síndrome de Asperger.
- Posibilitar el empleo de la CIF como herramienta de clasificación, programación de intervención terapéutica y evaluación de los resultados obtenidos tras las actuaciones diseñadas.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se conforma el grueso teórico del documento lo que supone un acercamiento a los bloques centrales que se interrelacionan en este trabajo: el sistema de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, el Síndrome de Asperger y daños cerebrales adquiridos.

SÍNDROME DE ASPERGER

Breve repaso histórico del Síndrome de Asperger

La primera descripción del autismo fue realizada por Kanner, (1943), él lo denominó “Autismo Infantil Precoz”. Según Kanner, estos niños se caracterizan por: extrema soledad, lo que les impedía establecer relaciones con las personas; deseo obsesivo de invariancia en el ambiente; buena memoria; buen potencial cognitivo; aspecto físico normal y fisionomía inteligente; hipersensibilidad a determinados estímulos; retraso o alteración en la adquisición del habla y el lenguaje (incluso mutismo o lenguaje sin intención comunicativa) y aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.

La evolución histórica del SA nos remonta a 1944, Hans Asperger, un pediatra austriaco, publicó en una revista alemana de psiquiatría y neurología su primer artículo titulado “*La psicopatía autista en la niñez*”, donde describió un patrón de conducta con características similares y peculiares que observó en un grupo de niños y adolescentes. Asperger creía que su síndrome era diferente del autismo de Kanner y aunque se observaban muchas similitudes, destacó que los padres no percibían ninguna anomalía hasta después de los tres años o hasta que comenzaban la escolarización.

A continuación se presentan los rasgos característicos de las personas con Trastorno de Asperger según su autor, esta descripción supuso la primera descripción del síndrome (adaptado de De la Iglesia y Olivar, 2007). Asperger destacó que estas personas mostraban una aproximación social no adecuada e ingenua, con unos intereses muy restringidos a determinadas materias. Con una buena gramática y vocabulario, pero con un discurso monótono y unidireccional. Además el autor observaba una pobre coordinación motriz, un nivel de capacidad en el límite (niveles medios o superiores).

Resumiendo, tanto Asperger como Kanner hicieron referencia a pacientes con alteraciones en el comportamiento social, el lenguaje y las habilidades cognitivas. Ambos autores destacaban el aislamiento que manifestaban estos sujetos, aunque la diferencia más notable entre los niños Asperger y los niños Kanner era el lenguaje, más conservado en los primeros. Asperger no sólo se preocupó de los aspectos diagnósticos de sus pacientes, sino que una colaboradora suya, la hermana Viktorine, había desarrollado en su hospital un ambicioso programa de rehabilitación, basado en la terapia del lenguaje, la representación teatral y la educación física (Artigas, 2009).

Más tarde, en 1979 Lorna Wing y Judith Gould, realizaron un estudio en Londres (en el barrio de Caberwell) explorando a niños menores de quince años que tuvieran cualquier tipo de discapacidad física, de aprendizaje o anomalías de conducta. Las principales conclusiones del estudio fueron que los síndromes de Kanner y Asperger son subgrupos de un amplio abanico de trastornos que afectan a la comunicación social y a la

interacción y que éstos se pueden asociar a cualquier nivel de inteligencia. Incluso en ocasiones se asocian a trastornos físicos u otras discapacidades del desarrollo. Las personas que presentaron rasgos o conductas autistas en los tres núcleos sintomáticos del síndrome (interacción social, conducta e intereses y comunicación y lenguaje) se desplazaban por un continuo cualitativo constituyendo la “*Triada de Wing*” (Wing y Gould, 1979). A partir de la década de 1980 se comenzó a utilizar el término Trastorno del Espectro Autista (TEA), en el que se encuentra el SA.

Dos años después Lorna Wing realizó otro estudio del trabajo de Asperger integrando historias clínicas similares y propone el término “Síndrome de Asperger” reemplazando así al de “Psicopatía autística” (Wing, 1981). La repercusión del síndrome se incrementa en 1991 gracias a la traducción de la obra de Hans Asperger al inglés por la psicóloga Uta Frith. A partir de estos hallazgos, el SA ha tomado un mayor protagonismo en nuestra sociedad debido a la divulgación, repercusión social y aumento de diagnósticos, entre otras cuestiones. Esta mayor divulgación del síndrome, como veremos detalladamente más adelante, se concretó en el DSM-IV-TR (APA, 2002) que lo estableció como categoría diagnóstica diferenciada dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo y por la décima revisión de la “Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) CIE-10, donde aparece esta afección en la sección de TGD como Síndrome de Asperger.

Posible etiología del Síndrome de Asperger

Las personas con Síndrome de Asperger se caracterizan por presentar un trastorno del neurodesarrollo (bio-psico-social), aunque actualmente se desconocen sus causas. Se cree que puede estar asociado a una disfunción neurobiológica de origen genético familiar, ya que se ha observado que hasta un 11% de los padres también padecían el síndrome. Sin embargo, no es la única causa posible, estudios neurofuncionales muestran disfunción de la corteza prefrontal así como en varias vías temporofrontales, que son las responsables de aspectos clínicos y etiopatogénicos del SA.

Además de los aspectos genéticos y estructurales también parecen estar involucrados otros factores como son los ambientales, los virales o los bioquímicos.

Prevalencia del Síndrome de Asperger

La prevalencia del este síndrome hace muchos años que ha estado unida a los criterios diagnósticos. Multitud de estudios señalan una prevalencia aproximada de 2.6-4.8/1000, con una frecuencia cuatro veces superior en varones respecto a mujeres (A.Fernandez-Jaen, D. Martín Fernández- Mayoralas, 2007).

El síndrome de Asperger tiene una incidencia bastante superior al autismo clásico de Kanner, señalando algunos estudios una frecuencia de hasta cinco veces mayor, sin embargo más de la mitad de los casos no son diagnosticados nunca.

Teorías Causales

Actualmente, las causas de los TEA son objeto de constante discusión, sin haber llegado todavía a una causa concreta y común para todos los cuadros. Sin embargo, en los últimos años los estudios sugieren que tienen un origen neurobiológico multifactorial, genéticamente determinado y que afecta a los procesos de diferenciación neuronal y sináptica. Estos fenómenos se dan en momentos muy tempranos de la ontogénesis cerebral.

Las teorías que buscan una explicación a las alteraciones centrales de los TEA son diversas. En sus inicios, eran de índole psicológica, luego, gracias a los avances en las metodologías de investigación y a las tecnologías (neuroimagen, análisis genéticos, etc.) se logró ampliar la información sobre las posibles causas.

I. Teorías Psicológicas

1. *Déficit en la "Teoría de la Mente"*: La teoría de la mente, acotada como una habilidad alterada en el autismo por Baron Cohen (1988), ayudaría a explicar el déficit en la adquisición de las habilidades pragmáticas y comunicativas en las personas con TEA. Explica la dificultad de representar y entender los estados mentales de los otros, ya sean emociones, pensamientos o intenciones. Luego, el déficit en esta habilidad traería como consecuencia un deterioro en las capacidades comunicativas y una tendencia a una conducta repetitiva y estereotipada.

2. *Teoría de La Función Ejecutiva*: Esta teoría establecería una hipótesis para el funcionamiento neuropsicológico en los TEA que explicaría las diversas dificultades en el control mental de los actos: la planificación, memoria de trabajo, control de los impulsos, dificultarían la iniciación y monitoreo de la conducta. Según la teoría, dichas alteraciones podrían incidir en los síntomas restringidos y repetitivos característicos del TEA.

3. *Teoría de la Coherencia Central*: A través de esta teoría, Frith (1989) propone que el Autismo se caracteriza por una dificultad para integrar la información sensorial a diferentes niveles, ya que para generar una conducta atinente al contexto, se necesita la integración de varios niveles de información (Modelo de Coherencia Central). Esto explicaría en los sujetos con TEA su fijación en los detalles, su falta de inhibición de conductas inapropiadas y sus dificultades en el funcionamiento ejecutivo, además de su campo restringido y repetitivo de conductas.

4. *Teoría del cerebro Masculinizado en Extremo o Hipersistematizadora*: Esta teoría, aporte de Baron-Cohen y Hammer (1996), intenta explicar las bases cognitivas del autismo en relación a una posible masculinización en grado excesivo del cerebro de los individuos con TEA. Esto incidiría en perfiles cognitivos propios de los varones en comparación con las mujeres como por ejemplo: habilidades especiales superiores, desarrollo lingüístico algo más tardío, habilidades sociales menos desarrolladas, habilidades de la teoría de la mente menos desarrolladas, entre otras. Según lo antes descrito, en las personas con TEA las características propias de los varones se encuentran alteradas de manera acentuada y con manifestación más fluctuante que en los varones sin TEA, afectándose finalmente sus habilidades lingüísticas, comunicativas e imaginativas.

II. *Teorías Biológicas.*

1. *Teorías Neurobiológicas*: Existe una variedad de teorías de índole neurológico que intentan explicar la génesis de los TEA. Tal como la de Pierce (2001), quien postula que una disfunción en el desarrollo de la amígdala afectaría el desarrollo de funciones sociales, comunicativas y de reconocimiento facial, entre otras. Esta alteración orgánica además tendría un gran impacto en el funcionamiento del sistema límbico, incurriendo en una alteración en la inhibición de las conductas repetitivas y estereotipadas. Actualmente, las nuevas técnicas de neuroimagen han permitido evidenciar una amplia gama de características neuroanatómicas en los sujetos con TEA, como por ejemplo: compromiso cerebelar de las vías y tractos nerviosos, de la sustancia gris cerebral en múltiples áreas (sobre todo frontales), variación del tamaño de los ventrículos cerebrales y trastornos en el neurodesarrollo (migración neuronal, mecanismos de apoptosis y desarrollo de las terminaciones nerviosas).

2. *Teoría de Neuronas en espejo*: El sistema de neuronas en espejo (MNS, siglas en inglés) es un sistema complejo de neuronas ubicadas en las cortezas frontal, prefrontal y parietal humana. Estas neuronas tienen un rol importante en capacidades como el reconocimiento y la observación de acciones orientadas a la imitación de las conductas, especialmente las de matiz social. Se ha estudiado la relación que existe entre las alteraciones de este sistema y el compromiso presente en los TEA. Principalmente funciones como la imitación, el lenguaje, su relación con las habilidades de teoría de la mente, la capacidad de empatía y la afectación de la cognición social. Todos, problemas descritos y transversales a todo el espectro. Es una teoría que ha estado sujeta a discusión en el último tiempo por no encontrarse todavía, evidencias del todo claras de la relación entre un compromiso de la conducta imitativa en TEA y el funcionamiento de este sistema.

3. *Teorías Genéticas*: Existe evidencia de que varios genes pueden estar relacionados con distintas manifestaciones en sujetos con TEA. Actualmente se sabe de al menos 15 genes asociados con los TEA, la mayoría localizados en el cromosoma 290, en el cual se encuentran los genes “homebox” u HOX, implicados de manera importante en el desarrollo temprano, y el cromosoma, el gen AUTS1, relacionado a los desórdenes del habla y lenguaje, y el gen MET, implicado en el desarrollo y maduración del cerebelo y neocorteza, la función inmune y la regulación gastrointestinal. Además, se han asociado otros cromosomas con diversos grados de presentación de sintomatología autista, como el 15, responsable de Síndromes como el de Angelman y el de Prader-Willi; el 16, relacionado con la Esclerosis Tuberosa; y el 17, que puede traer como consecuencia alteraciones en la expresión de canales de GABA y de los genes responsables de la síntesis de los recaptadores de Serotonina, neurohormona implicada en la regulación emocional. Así mismo, se ha reconocido que alteraciones en el cromosoma X se asocian especialmente con el Síndrome X Frágil (más prevalente en hombres) y el Síndrome de Rett (mayormente asociado en mujeres). Sin embargo, no se puede responsabilizar de la presencia de un TEA meramente a alteraciones constitutivas del material genético, sino que se debe tener en cuenta la presencia de diversas variables ambientales que al interactuar con el material genético, modifican su estructura y su expresión. A estos factores ambientales intervinientes se les denomina “variables epigenéticas”. Otras alteraciones de base genética que pueden asociarse al TEA son las mutaciones de novo, que aparecen por primera vez en términos generacionales, ya sea en alguno de los dos gametos paterno o materno, o en el cigoto fecundado. Estudios para correlacionar la heredabilidad y TEA, muestran la alta probabilidad de presentación del cuadro en los familiares más cercanos de los sujetos que lo poseen. Esto es demostrado con la concordancia entre los gemelos monocigotos con autismo.

4. *Teorías sobre alteraciones inmunológicas*: Existe gran variedad de información respecto a la implicación que tienen las alteraciones en el sistema inmune en la aparición de un TEA. Se sugiere que la interacción de autoanticuerpos IgG en el torrente sanguíneo materno contra las proteínas del feto, pueden tener como consecuencia una degeneración y regresión del desarrollo, además de diferenciación neuronal temprana, lo que puede derivar en la manifestación del autismo. También se ha registrado en el plasma de las madres la presencia de anticuerpos contra los linfocitos de los niños con autismo. Otra hipótesis de la misma corriente no descarta la existencia de posibles procesos neuroinmunes que dañarían a una o más proteínas cerebrales. En este sentido, se ha registrado la infiltración de linfocitos en el tejido nervioso en 1 de cada 6 individuos con autismo bajo análisis post-mortem. Otras posibles causales dentro de la esfera inmune serían alteraciones y mutaciones en determinados genes responsables de

funciones inmunes, tales como el alelo para el complemento CB4 (nulo en mayor proporción de sujetos con autismo en comparación a los controles). Para finalizar, decir que también se ha relacionado al TEA con otros trastornos autoinmunes como la artritis reumatoide de aparición juvenil y alteraciones en las citoquinas (las células inmunes).

Todas estas hipótesis no son excluyentes, sino que son complementarias y ayudan a la comprensión de los TEA. Algunos autores como Frith, Ozonoff y también Belinchón y cols, (2008) reconocen la necesidad de elaborar teorías multicausales que integren los déficits previos para poder explicar, tanto los aspectos alterados, como los preservados que muestran las personas con TA.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)

Dentro de la “familia” de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS encontramos la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual es resultado de un proceso de revisión sobre las limitaciones de la anterior, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, (CIDDM), también de la OMS. La CIF fue publicada en el 2001 y proporciona el marco conceptual para codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, como es el diagnóstico, el funcionamiento, la discapacidad y los motivos para contactar con los servicios de salud. En ella se unifica y estandariza el lenguaje para hacer posible la comunicación sobre la salud y la atención sanitaria entre distintas disciplinas y ciencias en todo el mundo.

La OMS junto al grupo de trabajo del DSM se han esforzado en separar los conceptos de trastorno mental y discapacidad. La OMS propone una visión holística de la salud y del funcionamiento de las personas, pasando a un modelo de salud “bio-psico-social” que contempla los dominios de la salud con parámetros que reflejen el funcionamiento real de las personas en su entorno.

Los estados de salud como son las enfermedades, los trastornos y las lesiones entre otras, se clasifican en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la OMS y en el DSM-V de la APA. Estas clasificaciones proporcionan un marco conceptual basado en la etiología y un diagnóstico de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud. Gracias a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF), el diagnóstico se ve enriquecido por la información sobre el funcionamiento y la discapacidad que se asocian a estas condiciones de salud. Por lo tanto, la CIE-10 y la CIF son complementarias y es recomendable que se utilicen conjuntamente los dos elementos, ya que proporcionan una visión más amplia y

significativa del estado de salud de las personas o poblaciones y son especialmente útiles al emplearse en los procesos de toma de decisiones.

Como hemos visto, la CIF es una clasificación de “componentes de salud” que adopta una posición neutral en relación con la etiología y facilita el estudio de los “determinantes” o “factores de riesgo” gracias a una lista de factores ambientales que describen el contexto en el que vive el individuo. Resaltar, tal y como dicen varios artículos, que en la CIF (2001) no se clasifica a las personas, sino que se describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios relacionados con la salud, es decir, permite describir el contexto de los factores ambientales y personales (Ayuso-Mateos et al., 2005). **Consultar anexo 1. Visión de conjunto de la CIF.**

CAPÍTULO 2: DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Hoy en día, no disponemos de pruebas de laboratorio, ni tampoco de biomarcadores específicos o instrumentos clínicos que sean objetivos para diagnosticar los trastornos del espectro autista. Es por ello que se tienen en cuenta los criterios de diagnóstico establecidos por los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos como son la CIE-10 y el DSM-V, sin embargo la identificación de los TEA es un proceso deductivo basado en la experiencia y conocimientos de los profesionales.

Principalmente estas personas son caracterizadas por la discapacidad social que se extiende a las áreas de la comunicación y el lenguaje, por lo que pueden presentar alteraciones sutiles y a veces de difícil comprensión. No por esto poseen menos importancia, ya que estas dificultades suelen estar relacionadas con el uso social y mental del lenguaje, especialmente la pragmática, la semántica y, en el particular, el uso de la prosodia.

La comorbilidad en el SA es muy alta, ya que es común encontrar unido al TEA una discapacidad Intelectual (DI), un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), tics, trastornos de ansiedad (TA), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y depresión entre otros, lo cual dificulta notablemente el diagnóstico del cuadro.

Como en cualquier evaluación, debemos incluir la historia clínica completa del paciente, recoger información antecedente y actual (personal y familiar), información sobre el contexto escolar y de su entorno. Se debe realizar una evaluación neuropsicológica al menos del nivel de inteligencia y del funcionamiento adaptativo. Para una evaluación más completa se debería valorar también la atención, la memoria, la destreza visoperceptiva, el funcionamiento ejecutivo, las habilidades motoras y el lenguaje-comunicación.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y ELEMENTOS DESCRIPTIVOS

Los criterios son directrices u orientaciones para establecer un diagnóstico lo más adecuado posible y su utilización debe estar presidida por el juicio clínico. En el caso de que se cumplan los criterios se deben citar los especificadores de la gravedad y del curso para así definir el estado actual del individuo. Desde esta perspectiva, la gravedad de los casos depende de factores como la comorbilidad médica, la cantidad de sintomatología presente asociada y el nivel intelectual. Si no cumple todos los criterios, es el clínico quien considera si la presentación de los síntomas cumplen los criterios para ser “otra especificada” o “no especificada”.

Específicamente, el autismo aparece clasificado por primera vez en el DSM-II (APA, 1968) como una reacción psicótica de la infancia, más tarde en el DSM-III (APA, 1980) se denomina autismo infantil y se agrupó bajo la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo. En el DSM-III-R (APA, 1987) se cambió el nombre por trastorno autista, se ampliaron los criterios de diagnóstico y las formas no autistas se agruparon en la categoría Trastornos generalizados del desarrollo no especificados (“TGD- NE”) (Waterhouse, Wing, Spitzer, Siegel et al.,1992). Más tarde en el DSM-IV (APA, 1994) el autismo permaneció clasificado como TGD con criterios claros y menos restrictivos, lo cual provocó un aumento en la prevalencia de los casos. La inclusión del Síndrome de Asperger aparece por primera vez en manual diagnóstico DSM-IV, después de ser incluido en la clasificación del CIE-10 (WHO, 1992) con unos criterios de diagnóstico idénticos a los del autismo, excepto por la omisión de los criterios de edad mínima, el retardo del lenguaje y la cognición.

Este trastorno se diagnostica en base a unos rasgos comportamentales, en la actualidad no existe un acuerdo en cuanto los criterios diagnósticos entre la CIE 10 y el DSM V, lo cual hace en varias ocasiones difícil juzgar cuándo una conducta es cualitativamente “anormal”. Para conseguir un diagnóstico es preciso hacer explícito y especificar los criterios a utilizar. Se debe llevar a cabo un proceso de evaluación que incluya criterios y pruebas cognitivas “cuantitativas y cualitativas”, como son las entrevistas a padre e informantes, la observación cualitativa del niño en condiciones de actividad libre y estructurada, la aplicación de instrumentos que complementen la evaluación y, si se tiene la posibilidad, realizar estudios electroencefalográficos, genéticos, metabólicos y de otras evaluaciones específicas que no siempre son accesibles. En resumen, se requieren recursos especializados, tiempo e instrumentos. El diagnóstico de TEA, término introducido por Lorna Wing, resalta la noción “dimensional” y esto implica que los fenómenos se distribuyen según grados de funcionalidad o disfuncionalidad, lo cual engloba cuadros clínicos que oscilan de mayor a menor

afectación. Por otro lado, el TGD forma parte de una clasificación “categorial” (la presencia/ausencia de trastorno).

Como decimos, las alteraciones en cada área afectada en los diferentes diagnósticos de TEA se presentan en un continuo, desde leves a severas. Sin embargo, las categorías diagnósticas implican definir un punto de corte, que limita las expectativas de avance si no es entendido desde un enfoque evolutivo. Es de suma importancia que la clasificación diagnóstica utilizada no sea, en sí misma, la base de la toma de decisiones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Síndrome de Asperger como un “Trastorno del desarrollo infantil, con consecuencias en el desarrollo social, emocional y conductual.” El SA ha despertado gran interés por el contraste entre la capacidad intelectual adecuada y la discapacidad social.

La APA en el DSM-V excluye el diagnóstico independiente de SA y reúne todos los tipos de Autismo dentro de los Trastornos del Espectro del Autismo (TEA), lo que incluye:

- Autismo infantil.
- Síndrome de Asperger.
- Trastorno Desintegrativo Infantil.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo, no especificado.

A continuación se describen los criterios necesarios para realizar el diagnóstico de Síndrome de Asperger según el DSM-V y la CIE-10.

Criterios diagnósticos según el DSM-V (299.00) Trastorno del espectro del autismo

Especificar si: Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos; Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.

Especificar la gravedad actual de los Criterios A y de los Criterios B: Necesita ayuda muy notable, Necesita ayuda notable, Necesita ayuda.

Especificar si: Con o sin déficit intelectual acompañante, Con o sin deterioro del lenguaje acompañante, Con catatonía (emplear el código adicional 293.89 [F06.1])

A Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes.

1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional; por ejemplo:

- Acercamiento social anormal,
- Fracaso en la conversación normal en ambos sentidos,
- Disminución en intereses, emociones o afectos compartidos,
- Fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales

2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo:

- Comunicación verbal y no verbal poco integrada,
- Anormalidad en el contacto visual y del lenguaje corporal,
- Deficiencias en la comprensión y el uso de gestos,
- Falta total de expresión facial y de comunicación no verbal

3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de relaciones; por ejemplo:

- Dificultad para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales,
- Dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos,
- Ausencia de interés por las 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, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo:

- Estereotipias motrices simples,
- Alineación de juguetes,
- Cambio de lugar de los objetos,
- Ecolalia,
- Frases idiosincráticas

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo:

- Elevada angustia ante pequeños cambios,
- Dificultades con las transiciones,
- Patrones de pensamiento rígidos,
- Rituales de saludo,
- Necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día.

3. Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo:

- Fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales,
- Intereses excesivamente circunscritos y perseverantes

4. Híper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo:

- Aparente indiferencia al dolor/temperatura,
- Respuesta adversa a sonidos y texturas específicas,
- Oler o tocar excesivamente objetos,
- Fascinación visual con luces o movimientos

C Los síntomas tienen que manifestarse en el periodo de desarrollo temprano. No obstante, pueden no revelarse totalmente hasta que las demandas sociales sobrepasen sus limitadas capacidades. Estos síntomas pueden encontrarse enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.

D Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en

otras importantes para el funcionamiento habitual.

E Las alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo.

Criterios diagnósticos según la CIE-10 (F84.5) Síndrome de Asperger

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud considera el síndrome de Asperger como un " *trastorno de validez nosológica dudosa, caracterizado por el mismo tipo de alteración cualitativa de la interacción social propia del autismo, además de por la presencia de un repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de actividades e intereses*". (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Para el diagnóstico se requiere que a los dos años haya sido posible la pronunciación de palabras sueltas y que al menos a los tres años el niño use frases aptas para la comunicación. Es decir, ausencia de retrasos clínicamente significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo.

Las capacidades que permiten una autonomía, un comportamiento adaptativo y la curiosidad por el entorno deben estar al nivel adecuado para un desarrollo intelectual normal. Sin embargo, los aspectos motores pueden estar de alguna forma retrasados y es frecuente una torpeza de movimientos (aunque no necesaria para el diagnóstico). Es frecuente la presencia de características especiales aisladas, a menudo en relación con preocupaciones anormales, aunque no se requieren para el diagnóstico.

Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales recíprocas (del estilo de las del autismo).

Un interés inusualmente intenso y circunscrito o patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, con criterios parecidos al autismo aunque en este cuadro son menos frecuentes los manierismos y las preocupaciones inadecuadas con aspectos parciales de los objetos o con partes no funcionales de los objetos de juego.

No puede atribuirse el trastorno a otros tipos de trastornos generalizados del desarrollo, a trastorno esquizotípico (F21), a esquizofrenia simple (F20.6), a trastorno reactivo de la vinculación en la infancia de tipo desinhibido (F94.1 y .2), a trastorno anancástico de personalidad (F60.5), ni a trastorno obsesivocompulsivo (F42).

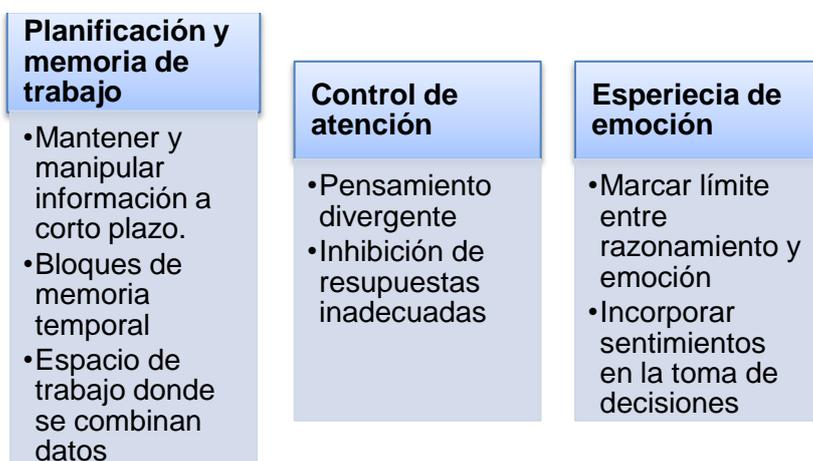
Como vemos, el diagnóstico de S.A es principalmente clínico y el uso de los criterios DSM-V y CIE-10 son orientativos y pueden ayudar, pero debe incluirse una historia médica completa, considerar el entorno, indagar en el desarrollo del lenguaje y de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales del paciente. Por esto, se sugiere el uso de la CIF, para evaluar de manera precisa, y una evaluación de distintos profesionales

como son los médicos, psiquiatras, psicopedagogos, psicólogos y neurólogos. Le damos importancia al diagnóstico porque facilita la comprensión del funcionamiento y las necesidades del paciente, nos posibilita dotarnos de herramientas de ayuda y optimiza la elaboración de protocolos de intervención, sin embargo, no debe presuponer un conjunto de comportamientos preconcebidos.

FUNCIONAMIENTO NEUROPSICOLÓGICO EN EL SA

Como hemos visto anteriormente, las personas con SA suelen tener un nivel de inteligencia dentro de la media o superior, pero tienen una forma peculiar de pensar, aprender y comprender el mundo, por lo que han sido objeto de muchos debates y discusiones. Esta forma de procesar la información se explica a partir de diversos modelos teóricos sobre el funcionamiento cognitivo sin que ninguna de estas teorías haya sido capaz de explicar totalmente el funcionamiento psicológico responsable de todos los rasgos que definen el síndrome. En este apartado analizamos las características típicas del funcionamiento neuropsicológico de las personas con SA y sus posibles implicaciones en la vida diaria. Cabe destacar que existe mucha diversidad en la forma y en la gravedad de las alteraciones. Eso sí, en todos los casos los déficits dificultan la adaptación de estas personas a su entorno, incluidos los que poseen un CI alto.

Una persona con un TEA puede asociarse a diversos niveles intelectuales, habilidades de aprendizaje y características conductuales, que desembocan en dificultades sutiles y situaciones severamente discapacitantes. Pueden acompañarse de distintas comorbilidades o alteraciones que son mecanismos cognitivos subyacentes que debemos comprender para aproximarnos al conocimiento del funcionamiento del cerebro del sujeto con SA. De forma prácticamente unánime, los estudios cognitivos en estos pacientes hacen referencia a la alteración en las funciones ejecutivas derivadas de la actividad del córtex prefrontal y estructuras vinculadas (amígdala, cerebelo y lóbulo frontal). Se considera que el córtex prefrontal es primordial para dar soporte a las funciones expuestas en el siguiente esquema:



Brothers et al.(1992) propusieron que el circuito cerebral responsable de la Teoría de la Mente estaba formado por el córtex órbita-frontal, el surco temporal superior y la amígdala. Para investigar esta hipótesis Baron-Cohen utilizó un test consistente en juzgar a partir de una foto de la expresión de los ojos, lo que una persona piensa o siente. Mediante el uso de la Resonancia Magnética Funcional se confirmó la predicción de Brothers sobre el circuito de la Teoría de la Mente cuando se utiliza la inteligencia social. Al contrario que los sujetos sanos, los pacientes con autismo o SA activaban las regiones fronto-temporales, pero no la amígdala mientras realizaban inferencias mentalísticas.

La amígdala regula los impulsos y las emociones y lo hace manteniendo conexiones con la corteza prefrontal y con el hipotálamo. La estimulación eléctrica genera agresividad tanto en el ser humano como en el mono, y la destrucción produce apatía y desinterés por el medio. La importancia de esta estructura en la interacción social del animal parece fuera de duda, de tal forma que su lesión se traduce en el mono rhesus en aislamiento social, pérdida de la iniciativa para establecer relaciones sociales e incapacidad para responder de forma apropiada a la mímica y gesto de los compañeros de grupo (Emery y cols., 1998).

Las estereotipias motoras, muy frecuentes en el autismo, no son en modo alguno, exclusivas de dicho trastorno. Pueden estar incluidas en un contexto conductual asociadas a la hiperactividad motora propia del TDAH. Estas manifestaciones pueden estar relacionadas con alteraciones de las vías mesolímbicas que contienen dopamina. Las estereotipias de los niños hiperactivos que más se aproximan a las propias de los TEA son: aleteo de manos, picar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos.

Uno de los más claros ejemplos que apoyan la idea de la falta de límites entre trastornos del neurodesarrollo, lo encontramos al comparar TEA con TDAH. Los niños con TDAH pueden mostrar patrones de conducta obsesivos, relacionados con poca flexibilidad mental y baja tolerancia a los cambios y a la frustración, conductas que también en este caso conectan con los TEA. Los problemas de lenguaje, muy frecuentes en el TDAH generan que se puedan adquirir algunas de las características propias de los TEA: ecolalias, pobre capacidad expresiva, deficiente comprensión verbal. Los problemas semánticos, unidos a una pobre habilidad para entender el contexto social, pueden aproximarse a un trastorno semántico-pragmático del lenguaje. Tampoco resulta excepcional que el lenguaje esté afectado a nivel prosódico, o en la modulación del volumen expresivo. Otras veces el niño con TDAH tipo inatento, en lugar de ser extremadamente charlatán, es sumamente callado; aproximándose al mutismo selectivo, a su vez también relacionado con el SA. Igualmente la comunicación derivada de la gesticulación no verbal puede ser muy limitada o inapropiada en el TDAH. El nex

neurocognitivo entre SA y TDAH, quizás resida en el trastorno de la función ejecutiva (FE) que ha sido descrito en ambos trastornos.

La tabla siguiente resume algunos síntomas observados en pacientes con lesiones frontales, que se observan de forma muy acusada tanto en pacientes autistas como en el TDAH.

SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LESIONES FRONTALES
AUSENCIA DE EMPATÍA
CONDUCTA ESTEREOTIPADA
PERSEVERACIONES
RUTINAS
INTERESES RESTRINGIDOS
REACCIONES CATASTRÓFICAS ANTE CAMBIOS DEL ENTORNO
CONDUCTAS COMPULSIVAS
POBRE AFECTIVIDAD
REACCIONES EMOCIONALES INAPROPIADAS Y REPENTINAS
FALTA DE ORIGINALIDAD Y CREATIVIDAD
DIFICULTAD EN FOCALIZAR LA ATENCIÓN
POCA HABILIDAD PARA ORGANIZAR ACTIVIDADES FUTURAS

Estos síntomas se relacionan con una alteración en las funciones ejecutivas (FE), que agrupan una serie de funciones relacionadas con la actividad de las áreas premotoras del lóbulo frontal (LF). Puesto que el lóbulo frontal tiene conexiones con todo en córtex, la FE no se puede considerar circunscrita únicamente al LF, si bien su disfunción representa el paradigma de la lesión frontal. Las funciones ejecutivas nucleares son: planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, monitorización e inhibición.

Además del TDAH algunos sujetos con SA frecuentemente muestran como la hiperlexia, una excelente habilidad para la mecánica lectora pero una comprensión muy baja, la depresión (falta de autoestima, estado de ánimo irritable, falta de energía, somatizaciones y problemas del sueño), los trastornos de ansiedad donde el sujeto muestra un estado permanente de preocupación o aprensión, difícil de controlar (Artigas, 2009; Artigas y Narbona, 2011).

CAPÍTULO 3: ESTUDIO DE CASO

METODOLOGÍA Y DISEÑO

Análisis retrospectivo sobre un caso único de SA. Este caso se ha elegido por ser representativo de un perfil “típico” de SA y por mostrar comorbilidad con otros trastornos

neurológicos, representativo de un resultado excepcional (de éxito o de fracaso). Con este caso se pretende ejemplificar conceptos concretos y puntos teóricos. Para maximizar el rigor metodológico se han tomado abundantes notas de las sesiones y en ocasiones se han grabado en vídeo para después poder estudiar y evaluar sistemáticamente por otros clínicos ajenos al caso (supervisión). Para garantizar el anonimato del individuo se han tomado precauciones preventivas.

L.M.L, paciente de 12 años de edad, diagnosticado de displasia cortical con secuelas de hemiplejía izquierda y epilepsia parcial con alteración de conciencia.

Se procede a valorar al sujeto a través de entrevista con los padres, test y escalas estandarizadas. El paciente inicia la intervención multidisciplinar en el año 2009 desde las áreas de logopedia, pt, psicología y fisioterapia. En el año 2017 desde la Asociación de Asperger Alicante- TEA (ASPALI) se realiza una valoración del paciente L.M.L clasificando sus déficits según la CIF.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO PREVIO Y ACTUAL DEL PACIENTE

A continuación se detallan los datos recogidos a la llegada del paciente a la Asociación Asperger de Alicante – TEA (ASPALI).

Identificación del paciente

L.M.L. Varón

Edad: 12 años

Nivel de estudios: 6º primaria.

Dominancia manual diestro.

Análisis del motivo de la consulta

Los padres de L.M.L acuden a la asociación con el fin de realizar una valoración exhaustiva que permita confirmar o descartar el diagnóstico de Síndrome de Asperger, así como la evaluación de las funciones cognitivas, para posteriormente delimitar las orientaciones terapéuticas más adecuadas para su hijo.

Anamnesis / Historia Clínica

Situación familiar:

L.M.L es el único hijo de un matrimonio no consanguíneo. Núcleo familiar estructurado formado por los padres de L.M.L. Sobreprotección familiar. La familia refiere que el paciente es rutinario y repetitivo con sus temas de interés, le cuesta mantener una conversación centrándose en el tema de la misma.

Desarrollo peri y posnatal:

Embarazo controlado. Parto a término instrumentalizado (espátulas) a las 39 semanas. Peso: 2.800 kg. Talla: 46 cm. Estado normal al nacer.

Historia médica: *(Información aportada por la familia en la entrevista y obtenida del expediente del paciente).*

En la revisión a los 6 meses, la familia afirma observar falta de movilidad del miembro superior izquierdo, que permanece pegado al cuerpo, por lo que el pediatra inicia derivación a Neuropediatría, comenzando seguidamente tratamiento rehabilitador en el hospital hasta los dos años de edad, y de forma privada durante el procedimiento de estudio del caso. A los 18 meses se establece el diagnóstico de DISPLASIA CORTICAL, que deriva en HEMIPARESIA IZQUIERDA, posteriormente EPILEPSIA (a los cinco años), y por último TDAH.

Ha padecido numerosos episodios epilépticos, seis en el año 2014, con ingresos hospitalarios de dos-tres días (epilepsia no fotosensible).

Mantiene seguimiento médico trimestral en el servicio de Neuropediatría, Rehabilitación y Endocrino.

Actualmente mantiene tratamiento farmacológico antiepiléptico (Keppra, Triptal y Vmpat), este último tratamiento puede provocar cefalea y somnolencia. También recibe tratamiento rehabilitador para el estiramiento del tendón con toxina botulínica, con el fin de evitar cirugía por no ser aconsejable actualmente. Porta ortesis tipo DAFO.

Desde hace 5 años acude a un gabinete privado donde recibe intervención psicopedagógica y por problemas de conducta, además asiste a una sesión semanal de fisioterapia, y de natación adaptada, dos días a la semana.

Informes médicos:

Informe Pediatría (06.10.06): Derivación a los siete meses de edad para evaluación por presencia de hemiparesia de miembro superior izquierdo. Retraso en los hitos del desarrollo. Displasia cortical derecha. Ventriculomegalia. Hemiparesia izquierda.

Informe Pediatría (07.03.13): Seguimiento de epilepsia parcial con alteración de conciencia y dolor abdominal epigástrico. Cierta negativismo desafiante. Cefalea como pródromo de un episodio de ausencia.

Informe Pediatría (03.04.14): Seguimiento crisis epilépticas, displasia cortical derecha, genética disencefalía, epilepsia parcial con deterioro del conocimiento. Duerme poco, inquieto.

Informe Servicio de Rehabilitación (16.06.14): Seguimiento de malformación del sistema nervioso, hemiparesia izquierda secundaria a displasia cortical derecha. Afectación coordinación hemicuerpo izquierdo, utiliza poco la extremidad superior izquierda. Portador de ortesis tipo DAFO. Sin ortesis no apoyo del talón durante la marcha. Hiperlordosis lumbar. No disimetría EEII, no desviaciones significativas en la columna. Precisa estiramientos de musculatura acortada y facilitar actividad de musculatura antagonista, y favorecer actividades bimanuales.

Informe Fisioterapia infantil (23.09.14): Independiente a nivel motor. Aunque se aprecia cierto grado de inestabilidad en actividades grupales, considerar que los mecanismos de equilibración y apoyo son más lentos y no siempre efectivos. Vigilar la forma en la que se sienta por tendencia a postura inadecuada.

Descripción del desarrollo evolutivo previo y actual:

Motor-Postural: Gateo. Marcha libre demorada: 24 meses. Ortesis tipo DAFO.

Lenguaje: Desarrollo normalizado del lenguaje. Con lenguaje idiosincrásico.

Control de esfínteres: Adquirido con normalidad.

Patrón de sueño: Despertares frecuentes, inquietud. Según informa la familia, ahora duerme mejor, pero en ocasiones cuando le cuesta conciliar el sueño duerme con ellos porque "le da tranquilidad". Precisa dormir siesta ya que influye en un buen funcionamiento.

Alimentación: No se refieren dificultades significativas.

Habilidades de autoconocimiento y de autorregulación: Le cuesta reconocer, expresar y regular sus propios sentimientos y emociones. Es capaz de identificar sentimientos básicos en sí mismo, pero mayor dificultad con los demás. A veces expresa de manera inadecuada sentimientos negativos, sobre todo enfado y frustración (palabrotas y comentarios ofensivos). Presenta baja tolerancia a la frustración y dificultad para manejar el enfado.

Estereotipias: Balanceo.

Intereses: En la actualidad sus intereses están relacionados con los barcos (posee conocimientos específicos sobre el tema), la tecnología (ordenadores y aparatos electrónicos) y la música. Estos temas de interés se presentan de manera repetitiva, monopolizando las conversaciones. Además practica la natación adaptada, lo cual también le gusta. En general sus intereses son más infantiles de lo esperado para su edad.

Perfil sensorial: Hipersensibilidad auditiva: le molestan determinados ruidos como el bullicio en el aula y las mascletás o petardos.

Autonomía:

Necesita reforzar hábitos de autonomía e independencia propios de su edad, como son el vestido, higiene y desplazamientos, en los que necesita constante apoyo y supervisión por la presencia de dificultades.

En el ámbito académico precisa de la ayuda de su madre en la realización de las tareas escolares. Presenta dependencia de la figura adulta y no busca la autonomía. En casa requiere mucho apoyo.

Área académica y social:

El paciente inició la escolarización en la escuela infantil P., donde realizó 1º y 2º de educación infantil (desde los dos hasta los cuatro años de edad). Debido a las dificultades en la adaptación, inicia 3º de infantil en el CEIP L.R. a los cinco años, mediante Dictamen de escolarización (28.10.09), recibiendo apoyo de pedagogía terapéutica y educador. Allí permanece hasta 4º E.P que se traslada al CEIP R. por motivos relacionales, donde actualmente se encuentra cursando 6º E.P

A nivel académico, el paciente tiene una Adaptación Curricular Significativa y trabaja en el aula con tablet digital. Presenta dificultades para seguir objetivos y contenidos curriculares de su grupo de referencia. Recibe refuerzo educativo a través de una profesora particular a domicilio, dos días a la semana, desde hace 4 años.

A nivel social, ha habido dificultades en el área relacional con el grupo de iguales. Muestra interés por relacionarse, y aunque es activo en el inicio de las interacciones presenta dificultad en ajustarlas de manera adecuada.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN, DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Como en cualquier trastorno del neurodesarrollo, la evaluación de los problemas en individuos con un posible SA es un proceso complejo, en este trabajo se incluye una historia clínica completa y una evaluación neuropsicológica. Se pretende evaluar múltiples aspectos del funcionamiento de la persona, teniendo en cuenta un amplio espectro de componentes conductuales, afectivos, cognitivos y físicos. Para realizar una evaluación lo más adecuada posible también se requiere el conocimiento de los cambios vinculados a la edad y se pretende comprender al adolescente en el contexto del sistema familiar, el de los iguales, el escolar y el social.

Destacar la importancia de una evaluación individualizada y exhaustiva, dada la heterogeneidad que existe dentro de este síndrome. Se debe obtener información de diversas fuentes (por ejemplo, el niño o adolescente, los padres, los profesores, etc.). El proceso de evaluación exige gran destreza y sensibilidad, ya que requiere el uso de muchos y variados métodos, así como la familiaridad con los instrumentos de evaluación. Si se da como resultado un tratamiento, la evaluación debe convertirse en un proceso continuo, para poder encontrar información nueva y comprobar los resultados del tratamiento. De esta manera, el clínico se mantiene abierto a matizaciones y evita realizar juicios rígidos sobre un fenómeno multifacético y de gran complejidad.

En este apartado se describen brevemente los cuestionarios y las pruebas que actualmente están consideradas como protocolo adecuado para el diagnóstico e investigación de los TEA y estas son las utilizadas en este trabajo. Principalmente se valora la capacidad intelectual, el nivel de lenguaje tanto receptivo como expresivo, la

teoría de la mente, las funciones ejecutivas y las competencias motoras. El principal objetivo es tener más facilidades a la hora de identificar y comprender del funcionamiento y las necesidades del paciente. Gracias a estas herramientas obtenemos unos resultados que posteriormente serán convertidos y exportados a un conjunto básico individualizado de la CIF que nos permite obtener un perfil de funcionamiento con el que podemos optimizar la elaboración del protocolo de intervención funcional para el caso.

[Instrumentos de evaluación y clasificación de discapacidad, funcionamiento y salud:](#)

Lista de Cotejo de la CIF

Lista de categorías mayores de la CIF de la Organización Mundial de la Salud. Herramienta práctica para obtener y registrar información sobre el funcionamiento y la discapacidad de la persona.

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0)

Instrumento de evaluación genérico y práctico muy útil para evaluar los niveles de salud y discapacidad. Consta de siete versiones que se diferencian en longitud y modo de administración. El Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS, versión WHODAS 2.0, indaga sobre el nivel de funcionamiento en seis dominios de la vida:

- Dominio 1: Cognición – comprensión y comunicación.
- Dominio 2: Movilidad – movilidad y desplazamiento.
- Dominio 3: Cuidado personal – cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo.
- Dominio 4: Relaciones – interacción con otras personas.
- Dominio 5: Actividades cotidianas – responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela.
- Dominio 6: Participación – participación en actividades comunitarias y en la sociedad.

En este trabajo debido a las características del paciente, se utilizará la versión de 36 preguntas, administrada por el entrevistador.

Conjunto Básico de la CIF

El formulario de documentación basado en la CIF es un instrumento que explora las funciones corporales, las estructuras corporales, las actividades y la participación y los factores ambientales entre otras. Con esta exploración se pretende recabar información necesaria para crear el perfil de funcionamiento de L.M.L.

Gracias a estos instrumentos identificaremos las dificultades específicas de L.M.L a la hora de llevar a cabo las actividades cotidianas necesarias en su entorno, es decir, nos proporcionan información sobre la discapacidad.

Escalas de detección o Cuestionarios de “screening”:

Childhood Asperger Syndrome Test/ Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST) (Scott, F.J; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C. 2002)

Este test es útil en la identificación temprana del TEA en niños con edades entre los cuatro y los once años. Su objetivo principal es el de evaluar las áreas de socialización, comunicación, juego, intereses y patrones de conducta repetitiva. Está compuesto por 37 ítems, de los que sólo 31 contribuyen a la puntuación total del niño (de 0 ó 1). Los 6 restantes son los ítems control que no son puntuados, por lo que la puntuación máxima es de 31. Una puntuación de 15 o más indica la posibilidad de un TEA, y por lo tanto es recomendable derivar al niño a un centro especializado de diagnóstico.

The Australian Scale for Asperger Síndrome / Escala Australiana (ASAS) (Garnertt y Attwood, 2002)

Esta escala compara al niño con otros niños de su rango de edad para ver si existe o no alguna anomalía. Está compuesta por 24 ítems que valoran las siguientes dimensiones: habilidades sociales y emocionales, habilidades de comunicación, habilidades cognitivas, intereses específicos, habilidades en movimientos y otras características de interés. Cada ítem tiene dos categorías de respuesta, “Rara vez” puntuación 0 (nivel esperado en un niño de su edad) y “Frecuentemente” puntuación 6, que representan los extremos de un continuo. Es por esto que si la mayoría de las respuestas son afirmativas y la puntuación se encuentra entre 2 y 6, la escala indica la posibilidad de que exista un Síndrome de Asperger. Cuanto más se acerque a la puntuación 6, más se aleja del nivel normal para su edad, por lo que se aconseja realizar una valoración diagnóstica por parte de un profesional de la salud.

Evaluación del nivel de severidad de las alteraciones nucleares:

Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A.) (Ángel Rivière, 2004)

Este inventario puede tener tres utilidades: establecer el nivel de severidad en el espectro autista de las distintas dimensiones, ayudar a formular estrategias de tratamiento en las dimensiones u observar los efectos de un determinado tratamiento si se producen cambios a medio y largo plazo. Su objetivo es evaluar doce dimensiones que caracterizan a los sujetos que padecen algún TEA y cada dimensión se agrupa en cuatro niveles de afectación con el objetivo de valorar la severidad de la sintomatología autista que manifiesta el sujeto. Consta de cuatro subescalas, el trastorno del desarrollo social, trastorno de la comunicación y el lenguaje, trastorno de la anticipación y flexibilidad y trastorno de la simbolización. La puntuación total se debe encontrar entre 0 y 96, por lo que se planteó la hipótesis de que el sujeto puede manifestar un TEA:

Nivel 1: Autismo Clásico tipo Kanner (puntuaciones altas, entre 70 y 96).

Nivel 2: Autismo Regresivo (puntuaciones aproximadas entre 50 y 70).

Nivel 3: Autismo de Alto funcionamiento (las primeras manifestaciones suelen confundirse con TDA y otros y sus puntuaciones se encuentran entre 40 y 50).

Nivel 4: Síndrome de Asperger (puntuaciones más bajas alrededor de 30 y 45).

Si encontramos puntuaciones menores de 30, nos pueden indicar que ese sujeto tiene problemas en alguna dimensión de las que evalúa el cuestionario, pero se alejarían progresivamente de la posibilidad de la existencia de un TEA.

Evaluación del área cognitiva:

Escala de Inteligencia Wechsler para niños-IV (WISC-IV) (2005)

Valora las aptitudes intelectuales en niños de entre 6 y 16 años. La componen dos subescalas, la verbal y la manipulativa, y en cada una podemos encontrar subtest. En total son 10 pruebas principales y 5 opcionales que nos proveen de un perfil de puntuaciones escalares en cuatro índices (Comprensión Verbal, Razonamiento Perceptivo, Memoria de trabajo y Velocidad de Procesamiento) y un CI total. El cálculo del CI se realiza no sólo para comprobar lo que el sujeto es capaz de resolver en el momento de la valoración, también para descubrir de manera cualitativa lo que es capaz de realizar con ayuda, es decir, que nos ayuda a delimitar su zona de desarrollo próximo según Vygotsky.

Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)

Esta batería evalúa el nivel de madurez global, desarrollo cerebral y el rendimiento cognitivo de niños con edades comprendidas entre los 6 y los 12 años, en actividades que están relacionadas con los diferentes componentes de las Funciones Ejecutivas (FE). Para ello se compone de cuatro pruebas sobre Fluidez Verbal, Construcción de senderos, Construcción con anillas y Resistencia a la interferencia.

Gracias a los resultados podemos saber cuáles son los puntos fuertes y débiles del paciente, ya que permite profundizar en las alteraciones cognitivas o emocionales derivadas del daño o disfunción cerebral, y a la vez orientar la intervención.

Test de Atención d2

Esta prueba evalúa nueve aspectos relacionados con la atención selectiva y la velocidad de procesamiento mediante una tarea de cancelación de estímulos visuales similares en un tiempo limitado. El sujeto debe seguir las instrucciones y ser lo más rápido posible para que finalmente las puntuaciones nos den información sobre la fatiga, la estabilidad, la inhibición atencional, entre otras.

Valoración cualitativa de las habilidades mentalistas (Teoría de la Mente) y habilidades socio-emocionales:

Tarea de “creencia falsa” de Baron-Cohen

El experimentador representa una historia con dos muñecas llamadas Sally y Anne. Los niños neurotípicos a partir de los 4 años son capaces de predecir la conducta de una persona que actúa guiada por una creencia errónea, por lo que la finalidad de esta prueba es investigar la capacidad de inferir el estado de conocimiento o creencia de otra persona. Estas son las denominadas tareas de primer orden porque el niño sólo necesita representarse la falsa creencia que tiene un personaje.

Viñetas

Se presentan varias viñetas tipo cómic en las que aparecen personajes en distintas situaciones sociales y se solicita al niño que explique qué ocurre en cada situación y cómo se sienten los personajes de las historietas. De cada historia se hacen preguntas de comprensión y se le pide al sujeto que identifique los gestos, las emociones y los pensamientos que cree que tiene el personaje. Cada una de estas preguntas es puntuada con 1 punto pudiendo así conseguir hasta tres en cada viñeta.

Entrevista sobre Conocimientos de Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEIC) (Díaz-Aguado, 1986)

Se trata de una entrevista semiestructurada elaborada en base a las interacciones espontáneas entre iguales durante los recreos. En esta entrevista se plantea al niño o adolescente varias situaciones de manera verbal y gráfica, donde debe sugerir estrategias para iniciar relaciones, ayudar a otro niño, resolver conflictos y conseguir objetivos.

Historias extrañas (Happé, 1994)

Happé creó estas historias para evaluar la habilidad de los niños autistas en la atribución intencional a los demás. Se leen diversas historias que describen situaciones sociales y en las que el niño debe identificar los recursos lingüísticos que aparecen en las historias (broma, mentira, ironía, etc.) y aludir a los estados mentales de los personajes (cómo piensan o sienten, qué intenciones tienen, cuáles son sus creencias, etc.). Se pide a los niños después de la lectura de las historias que expliquen lo que sucede, se hacen preguntas de comprensión y luego sobre habilidades mentalistas, así podemos evaluar la capacidad del sujeto para extraer un significado en función de un contexto social determinado sin generar el significado por la literalidad.

Aclarar que estas tareas nos proporcionan unos resultados cualitativos y no son concluyentes. Nos dan información sobre la capacidad que tiene el sujeto para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus

intenciones, sus emociones, sus deseos y creencias, y saber así que estas influyen en su conducta.

La información recogida en los instrumentos servirá como datos objetivos para la planificación de sistemas de compensación y para el diseño del protocolo de actuación.

RESULTADOS

En el siguiente apartado se detallan los resultados obtenidos por el sujeto en las pruebas seleccionadas para el protocolo de evaluación. Para presentar los datos de una manera clara y sistemática se ha creado un perfil de funcionamiento y para ello, se ha llevado a cabo una transformación no lineal o normalizada que implica la manipulación de los datos para ajustarlos a una distribución normal. Se ha tenido en cuenta la Media y la Desviación Típica de cada instrumento.

Resultados de los instrumentos de evaluación y clasificación de discapacidad, funcionamiento y salud:

Lista de Cotejo de la CIF: Gracias a esta lista de las categorías de la CIF, se obtuvo la información sobre el funcionamiento del paciente y en base a esos datos se creó el conjunto básico. *Este instrumento se puede consultar en el anexo 2.*

Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la OMS (WHODAS 2.0): se administró junto a los padres de L.M.L la entrevista versión de 36 preguntas, administrada. *Este instrumento se puede consultar en el anexo 3.*

Conjunto Básico de la CIF: el conjunto básico está individualizado y a partir de él se ha creado el perfil de funcionamiento del sujeto. *Este instrumento se puede consultar en el anexo 5.*

Resultados de escalas de detección o Cuestionarios de “screening”

Childhood Asperger Syndrome Test/ Test del Síndrome de Asperger en la Infancia (CAST) (Scott, F.J; Baron-Cohen, S.; Bolton, P.; Brayne, C. 2002): L.M.L obtiene una puntuación de 20 sobre 31, y el punto de corte a partir del cual se indica la sospecha de Síndrome de Asperger es de 15.

The Australian Scale for Asperger Síndrome / Escala Australiana (ASAS) (Garnertt y Attwood, 2002): La mayoría de respuestas dadas por la madre, indican una frecuencia de “muy a menudo”, por lo que obtiene una puntuación promedio de 4,25. Una puntuación entre 2 y 6 indica la posibilidad de Síndrome de Asperger.

Resultados de evaluación del nivel de severidad de alteraciones nucleares:

Inventario de Espectro Autista (I.D.E.A) (Ángel Rivière, 2004): En el siguiente cuadro se sintetizan las puntuaciones de la persona evaluada:

DIMENSIONES	PUNTUACIÓN
Dimensión social	1+2+3
1.- Trastorno de la relación social	2
2.- Trastorno de la referencia conjunta	2
3.- Trastorno intersubjetivo y mentalista	2
Dimensión de la comunicación y el lenguaje	4+5+6
4.-Trastorno de las funciones comunicativas	2
5.-Trastorno del lenguaje expresivo	2
6.-Trastorno del lenguaje receptivo	2
Dimensión de la anticipación/flexibilidad	7+8+9
7.-Trastorno de la anticipación	3
8.-Trastorno de la flexibilidad	2
9.-Trastorno del sentido de la actividad	4
Dimensión de la simbolización	10+11+12
10.-Trastorno de la ficción e imaginación	6
11.-Trastorno de la imitación	6
12.-Trastorno de la suspensión	4
Puntuación total en el espectro autista	37

L.M.L obtiene una puntuación de 37 de 96, es decir, podemos sospechar de la presencia de SA ya que la puntuación se encuentra entre 30 y 50. La puntuación total de este inventario nos indica la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta el sujeto. En caso de encontrar una puntuación de más de 50 nos indicaría trastorno profundo del desarrollo, con independencia de cuál sea su diagnóstico diferencial.

Resultados de evaluación del área cognitiva:

Escala de Inteligencia Wechsler para niños-IV (WISC-IV) (2005)

El protocolo de evaluación de la WISC-IV se ha podido aplicar, sin embargo, dada la baja motivación de L.M.L por las tareas y su dificultad para centrar la atención en las mismas, los resultados obtenidos pueden estar sesgados y no reflejar así el nivel cognitivo real del paciente. No obstante, tanto a través de los datos recogidos como de la impresión clínica, se ratifica la existencia de dificultades significativas a nivel cognitivo.

Los resultados obtenidos en la WISC-IV por L.M.L son los siguientes:

PRUEBA	Punt. Escalar	Nivel	
Comprensión Verbal	Semejanzas	9	Medio
	Vocabulario	8	Medio
	Comprensión	11	Medio

Razonamiento Perceptivo	Cubos	2	Muy bajo
	Conceptos	5	Muy bajo
	Matrices	3	Muy bajo
Memoria de Trabajo	Dígitos	5	Muy bajo
	Letras y números	7	Bajo
Velocidad de Procesamiento	Claves	5	Muy bajo
	Búsq. símbolos	5	Muy bajo
C.I.T.		60	

Nota: Puntuación Escalar; puntuación entre 1 y 19, con media 10.

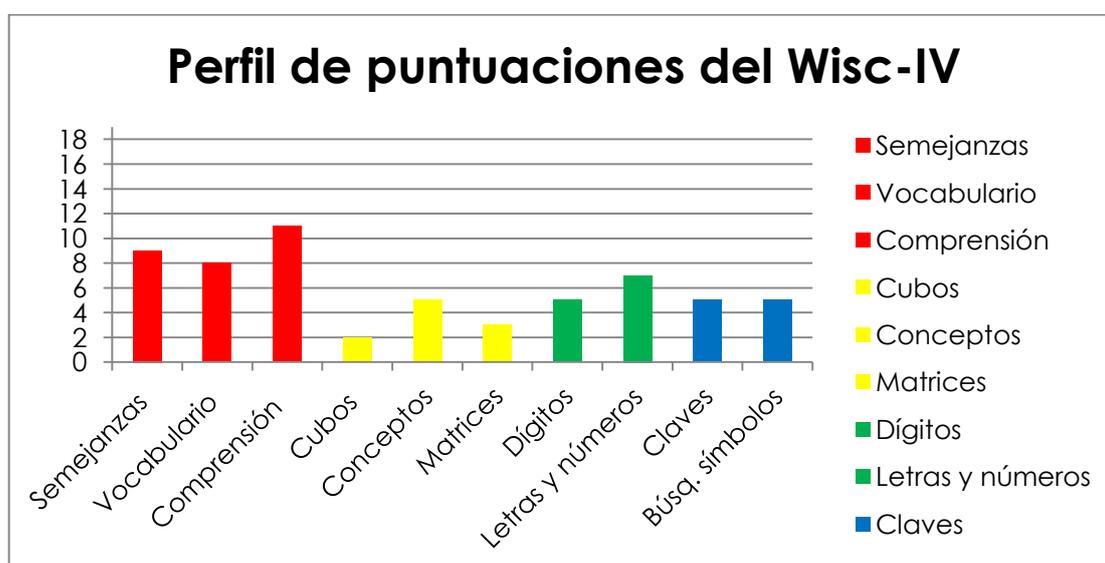


Figura 1. Perfil de puntuaciones de L.M.L en el WISC-IV.

Como puede observarse en el perfil de la figura 1, los resultados arrojan un rendimiento pobre en todas las tareas, a excepción de “semejanzas” (capacidad para establecer relaciones conceptuales y razonamiento lógico, así como en la capacidad de generalización) y “comprensión” (capacidad de comprensión de situaciones sociales). Esto requiere la capacidad de interiorización de valores sociales, paternos y normas culturales, así como establecimiento de juicios sociales. Ambas subescalas pertenecen a la escala de *comprensión verbal* (CV= 97), donde obtuvo un rendimiento normalizado.

En las escalas de *razonamiento perceptivo*, muestra un nivel muy bajo (RP=57), que indica que su capacidad para manejar conceptos abstractos y establecer relaciones lógicas entre los estímulos se encuentra muy por debajo de personas de su misma edad cronológica.

Respecto a la *memoria de trabajo*, es decir, la capacidad para retener cierta información en la memoria de forma temporal, trabajar con ella y generar un resultado,

muestra un nivel bajo (MT=75). Este índice, implica atención, concentración, control mental y razonamiento y está muy relacionada con el rendimiento académico y el aprendizaje.

En la tarea de “Dígitos” (capacidad de atención selectiva, de memoria auditiva inmediata y capacidad de secuenciación), y en la de “Letras y Números” (capacidad para manipular números y letras siguiendo un criterio de ordenación). L.M.L muestra un nivel muy bajo, mostrando que la capacidad de procesamiento mental de la información se encuentra muy por debajo de la media.

En conclusión, en base a los resultados anteriores se puede decir que L.M.L muestra un nivel intelectual general **Bajo** (C.I.T.= 60).

Evaluación Neuropsicológica de las Funciones Ejecutivas en Niños (ENFEN)

Prueba	Puntuación Directa	Puntuación Decatipo	Interpretación
Fluidez Fonológica	4	1	Muy Bajo
Fluidez Semántica	8	1	Muy Bajo
Sendero Gris	19.79	3	Muy Bajo
Sendero a color	6.06	1	Muy Bajo
Anillas	394	1	Muy Bajo

Figura 2. Resultados de L.M.L en las escalas del ENFEN.

A partir de las puntuaciones obtenidas en las pruebas, podemos observar que:

- **Fluidez fonológica** es una tarea de lenguaje expresivo donde se pide al sujeto que diga palabras que empiezan por la letra “m” y se observa gran dificultad para evocar palabras relacionadas fonológicamente. La puntuación obtenida por L.M.L indica que se encuentra muy por debajo de la media esperada para su edad.
- **Fluidez semántica** consiste en nombrar palabras del mismo campo semántico en un periodo breve de tiempo. En esta prueba también obtiene una puntuación correspondiente a un nivel muy bajo.
- Las pruebas de **Senderos**, evalúan la capacidad para utilizar estrategias para programar una conducta y dirigirla a la consecución exitosa de la tarea en el menor tiempo posible. Además valoran la atención selectiva (sendero gris), la atención dividida (sendero a color), la flexibilidad cognitiva, evitación de la perseverancia, habilidad visuoespacial y la toma de decisiones. Obtiene un nivel muy bajo tanto en Sendero Gris como en Sendero a Color debido a que, a pesar de no cometer errores, emplea bastante tiempo en la ejecución de ambas tareas.
- **En la prueba “Anillas”** se evalúa la habilidad para descomponer un problema global en diferentes etapas, la capacidad de abstracción y la memoria prospectiva para

planificar la secuenciación de un objetivo. De nuevo L.M.L alcanza un nivel muy bajo debido a que emplea bastante tiempo en la realización de la misma.

Test de Atención d2

PUNTUACIÓN	PD	PC
Respuestas TR	393	99
Aciertos TA	71	20
Omisiones (O)	89	1
Comisiones (C)	19	10
TOT = TR-(O+C)	285	90
CON =TA-C	52	10
VAR =(TR+)-(TR-)	22	85

Nota: PC = Percentil; puntuación entre 0 y 100, con media 50

En esta prueba que evalúa atención, concentración, distracción y velocidad perceptiva, los resultados indican que el estilo cognitivo de L.M.L tiende a ser rápido pero poco reflexivo e inexacto, ya que su nivel de respuestas es alto pero comete muchos errores (omisiones y comisiones).

Valoración cualitativa de las habilidades mentalistas (Teoría de la Mente) y habilidades socio-emocionales:

Tarea de “creencia falsa” de Baron-Cohen: Tarea de “creencia falsa” de Baron-Cohen: L.M.L tiene la capacidad de inferir el estado de creencia de otra persona ya que durante la representación con los muñecos y otras situaciones, el sujeto se pone en el lugar del personaje y contesta correctamente a las preguntas de comprensión y de Teoría de la Mente. Es consciente de que si una persona no ve cómo cambian un objeto de sitio, cuando vuelva al lugar lo buscará donde lo había dejado por última vez.

Viñetas: se presentan distintas viñetas tipo comic en las que aparecen personajes en distintas situaciones sociales y se solicita al sujeto que explique qué ocurre en cada situación y cómo se sienten los personajes de las historias.

Resultados cualitativos de la prueba:

Viñeta 1: Zancadilla (intencionalidad)	Acierto 1/3	Interpreta correctamente los gestos de los personajes, pero interpreta de forma errónea la intencionalidad de estos (ej, ha hecho la zancadilla sin querer).
Viñeta 2: Teléfono (Aviso y disculpa)	Fallo 0/3	No identifica que los gestos y las palabras del personaje que hace una señal de aviso a toro son para indicarle que tiene una llamada telefónica, así como el texto de disculpa y la aceptación de la misma.

Viñeta 3: Tambor (Mentira piadosa)	Fallo 0/3	No reconoce ni los gestos ni las emociones de los personajes. Tampoco identifica la mentira piadosa ni el sentido de la historia.
Viñeta 4: Pastelitos (Mentira)	Fallo 0/3	No identifica correctamente el gesto de prohibición de uno de los personajes, ni tampoco capta que lo que dice y piensa la niña es distinto (mentira).
Total	1/12	

Resultados cualitativos de la prueba: L.M.L obtiene una puntuación muy baja en esta prueba, haciendo evidentes las dificultades para identificar los gestos y expresiones de los demás. Teniendo en cuenta que las situaciones se le presentan mediante dibujos impresos, por lo que cuenta con tiempo para analizar cada situación, es muy probable que en las situaciones de su vida cotidiana, caracterizadas por mayor complejidad y rapidez, le resulte más complicado interpretar las situaciones sociales de forma correcta.

Test de la mirada (versión niños): L.M.L identifica correctamente 8 de las 28 imágenes que se le presentan. Se observa que la actividad no es de su interés y aunque acaba la tarea, sus repuestas son dadas al azar. Su puntuación está por debajo de lo esperado para el grupo de su edad y nivel de desarrollo.

Entrevista sobre Conocimientos de Estrategias de Interacción con los Compañeros (CEIC) (Díaz-Aguado, 1986): se presentaron cuatro historias en las que se expone una situación o conflicto de carácter social y se le pregunta que haría en esas situaciones. Las respuestas se valoran de 0 (estrategia inadecuada) a 2 (estrategia muy adecuada).

Resultados cualitativos de la prueba:

HISTORIA	PUNT.	RESPUESTAS
Historia 1: Hacerse amigo de un niño nuevo.	1	“Preguntarle: ¿Cómo te llamas? Yo me llamo L.”
Historia 2: Conseguir que un niño le devuelva algo.	1	“Decirle: me voy a chivar al profe” o “te voy a llevar a dirección”.
Historia 3: Convencer a su hermano para que juegue a lo que él quiere.	0	Dice que eso a él no le ocurre, por lo que no da una respuesta a la situación por no conseguir ponerse en el lugar del personaje.
Historia 4: Convencer a otro niño para que comparta algo con él.	0	Decirle con tono imperativo: “¡dame las chuches!”
TOTAL	2/8	

Las respuestas de L.M.L muestran que sus estrategias para resolver conflictos de carácter social son poco adecuadas para su edad y nivel de desarrollo.

Historias extrañas (Happé 1994): En cada una de las historias el personaje dice algo que no debía entenderse en sentido literal y se pide al niño una explicación de por qué el personaje dice eso.

ESTADOS MENTALES	COMPRENSIÓN	TEORÍA DE LA MENTE
A. Frase hecha	1	2
B. Mentira	1	1
C. Mentira piadosa	1	2
1. Broma	1	0
2. Exageración	1	2
3. Mentira	1	2
4. Mentira piadosa	1	0
D. Ironía	1	0
E. Persuasión	1	0
TOTAL	9/9	9/18

Resultados cualitativos de la prueba:

El sujeto responde correctamente a todas las preguntas de comprensión que valoran si ha entendido las historias, sin embargo, cabe destacar que en ocasiones es preciso volver a repetirla. En el test de justificación, donde se valoran sus respuestas y su comprensión de las habilidades mentalistas, L. muestra dificultades a la hora de entender la broma, la ironía y la persuasión.

Observación Cualitativa: A través de la observación clínica y de las entrevistas mantenidas se obtiene información sobre sus características y comportamientos.

A lo largo del proceso ha costado mantener un protocolo de evaluación. El paciente ha mostrado una actitud poco colaboradora, opositora y desmotivada. Las sesiones se redujeron de tiempo (una hora de duración) debido al decaimiento de interés y atención. Se observa dificultad para centrar la atención en actividades de papel y lápiz; procesos de desatención que interfieren en su rendimiento global. Tiende a abandonar la tarea cuando encuentra dificultad y manifiesta rechazo ante actividades que demandan esfuerzo cognitivo sostenido. Evita y abandona con facilidad situaciones exigentes por una baja tolerancia a la frustración.

L.M.L tiene dificultades en la resolución de problemas tendiendo a buscar al adulto. En ocasiones, no entiende las instrucciones de las tareas y permanece sin pedir aclaraciones optando por cambiar de tema de conversación como estrategia.

Notable inquietud motora (le cuesta gran esfuerzo permanecer sentado).

Una vez recogidos todos los datos, las puntuaciones se transforman a las que utiliza la CIF teniendo en cuenta la media y la desviación típica. Para ello se utiliza una tabla de conversión de puntuaciones que se plasma en la *figura 3*, donde se pueden observar las equivalencias de las pruebas sobre la puntuación de la CIF (del 1 al 5), equiparando el rango percentilar.

	CIF	PUNT. CENTIL	PUNT. Z
7 Muy superior		99	3
6 Superior		99	2
5 Normal-alto		80	1
4 No hay problema (ninguno, insignificante)	0 (0-4%)	50	0
3 Problema Ligero (poco, escaso)	1 (5-24%)	40	0
2 Problema Moderado (medio, regular)	2 (25-49%)	25	-1
1 Problema Grave (mucho, extremo)	3 (50-95%)	10	-2
0 Problema Completo (total)	4 (96-100%)	4	-3

WISC-IV	ENFEN	CAST	ASAS	IDEA	ADOS-2
>130	09-10				
120-129	8				
110-119	7				
100-109	6	0	0	<30	0
90-99	5	14-1	1-3	30-40	1-8
80-89	4	15	4-6	40-50	9
70-79	3	30-16	7-9	50-70	10-11
<69	1-2	31	>10	70-96	>12

Figura3. *Tabla de Conversión de puntuaciones.*

Una vez se han equiparado las puntuaciones de cada prueba a una escala de 5 puntos (de 0 a 4), podemos interpretar los datos con el vocabulario estándar que utiliza la CIF. Gracias a esta tabla se han podido elaborar las equivalencias entre los test estandarizados y la codificación de la CIF para así elaborar el protocolo de intervención de la manera más adecuada.

Después de la conversión, los datos se han importado a la CIF y se ha creado un perfil de funcionamiento que se puede consultar en el *anexo 4* de este trabajo. Este perfil es el pilar fundamental para una buena planificación del programa de intervención, proceso complejo que supone el análisis y reflexión de las dificultades que presenta el paciente en cada una de las áreas descritas anteriormente. En consecuencia, tal y como se muestra en el siguiente apartado, la propuesta de intervención está individualizada ajustándose a las necesidades individuales del paciente.

CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Una vez valorada la funcionalidad del paciente, es pertinente establecer las líneas de actuación que abarcará el programa de intervención según la importancia de cada una de ellas. Cannito y Marquardt (1997) proponen observar la severidad de la patología con el objetivo de poder tomar las decisiones.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar las habilidades de interacción social para favorecer las relaciones interpersonales.
- Fomentar el aumento de intereses y actividades que estimulen la atención, comprensión, razonamiento, memoria y percepción.
- Potenciar las habilidades psicomotrices, motricidad fina y gruesa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE CADA ÁREA

1. ÁREA DE LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

- Aprender a iniciar, mantener y finalizar una conversación. Aprender estrategias para diferenciar cuando responder, preguntar e interrumpir la conversación y pedir aclaraciones cuando esté confuso.
- Aprender el significado y utilización adecuada de frases con doble sentido, ironías, frases hechas y metáforas.
- Distinguir y saber utilizar la mentira y la mentira piadosa.
- Aprender a respetar el espacio personal de los demás, dependiendo de la relación con esas personas.
- Favorecer el control de verbalizaciones y comportamientos impulsivos en determinadas situaciones, así como el uso adecuado del lenguaje paralingüístico dotando al sujeto de recursos y estrategias para el autocontrol.

Estos objetivos se trabajarán mediante guiones sociales, rol-play, exposición a situaciones hipotéticas con las que se pueda sentir identificado mediante material visual (imágenes, vídeos, presentaciones de power point), puesta en práctica del lenguaje pragmático (turno de palabra, habilidades conversacionales, lenguaje figurado y clarificaciones) y adquisición de estrategias útiles para el autocontrol. Además será necesario enseñar lenguaje no verbal para complementar la comunicación practicando

los mensajes con los ojos, pedir y señalar objetos, pedir el turno de palabra sin interrumpir, etc.).

2. ÁREA SOCIAL

- Adquirir las habilidades sociales básicas para una adecuada interacción interpersonal.
- Favorecer la comprensión de las relaciones y reglas sociales según el contexto.
- Dotar de estrategias para la resolución de conflictos sociales y llegar a acuerdos de manera correcta.
- Desarrollar conductas de participación, colaboración y cooperación compartiendo y siendo más flexible en sus interacciones con los demás.
- Identificar los propios sentimientos, emociones y necesidades para posteriormente expresarlo a los demás.
- Identificar y respetar las emociones y sentimientos de los demás.

Para conseguir los objetivos de esta área, que en el caso de L.M.L es esencial ya que presenta déficits significativos, se deberán entrenar las habilidades sociales en un grupo de iguales reducido. Las sesiones comenzarán con identificación y expresión emocional, posteriormente se realizarán las actividades más adecuadas y prioritarias para el grupo. Basándome en la propuesta de Bellini (2003) realizo la siguiente propuesta de intervención:

- Medidas entre iguales en contextos naturales.
- Entrenamiento y comprensión de emociones a través de las expresiones faciales.
- Promover situaciones que obliguen a realizar contactos recíprocos (simular que el paciente es un reportero y hace una entrevista a otros compañeros sobre las cualidades de personalidad).
- Uso de historias sociales.
- Dramatizaciones.
- Rol-play.
- Modelado a partir de grabaciones de vídeo.

Además, la asistencia a grupo de habilidades sociales será muy útil para conocer a iguales, mejorar las habilidades de atención, identificación y expresión de emociones, apreciar el humor y la toma de turnos en la conversación, aprendizaje cooperativo mediante juegos, modulación del tono de voz, terminar interacciones, controlar conductas inapropiadas, flexibilidad y asertividad en situaciones sociales.

Con todo ello se favorece el desarrollo de una conducta social y emocional, el conocimiento de sí mismo, de su autoconcepto, mejora de su autoestima y de la identidad personal.

3. ÁREA PSICOMOTRIZ

- Mejorar la coordinación de las extremidades inferiores y superiores.
- Mejorar la motricidad fina y gruesa.
- Mejorar el equilibrio y autocontrol de los movimientos o fuerza inapropiada.
- Favorecer la independencia personal.

Para conseguir estos objetivos se crearán habilidades de autonomía personal progresivamente, enseñando y utilizando claves ambientales y apoyos visuales para clarificar las secuencias a seguir en actividades como por ejemplo ducharse. Además es conveniente realizar tareas de colaboración con los iguales.

4. ÁREA COGNITIVA

- Favorecer la capacidad para focalizar, cambiar, dividir y mantener la atención.
- Entrenar las funciones de la memoria.
- Entrenar las funciones cognitivas superiores como son la comprensión, razonamiento abstracto y verbal, percepción, memoria, resolución de problemas y planificación.
- Favorecer la motivación de otras áreas diferentes a las que no son de su interés.

El área cognitiva se trabajará a través de ejercicios de estimulación, juegos que impliquen las funciones cognitivas, tanto alteradas como no alteradas, ya que debemos potenciarlas y favorecer la compensación. A partir de los temas de interés (informática, música y barcos) se pueden trabajar contenidos curriculares favoreciendo y poniendo en práctica funciones de memoria (declarativa y procedimental) y atencionales en forma de juego, además se debe relacionar ese tema con otros con el fin de superar la monotonía y ampliar el repertorio de intereses de L.M.L.

Destacar también que hay evidencia de que el trabajo sobre la expresión de afecto positivo (Rogers y Lewis, 1989) y sobre el desarrollo de habilidades de atención conjunta (Klinger y Dawson, 1992) produce efectos positivos, es por esto que considero de gran importancia trabajar todas las áreas desarrollando las estas habilidades de manera transversal. En general, el programa de intervención propuesto es estructurado y funcional permitiendo la generalización de los nuevos aprendizajes. No debemos olvidar que las actividades se deben adaptar a las características personales del sujeto y en la medida de lo posible se implicará a la familia y a la comunidad.

Las figuras 4-6 recogen los ítems de la CIF que mejor describen el estado y situación actual de L.M.L. Los datos están organizados en dos bloques: En el primero, *funcionamiento y discapacidad*, donde se incluyen las estructuras corporales afectadas, las funciones derivadas de los sistemas del cuerpo y las *actividades y participación* que son los problemas funcionales derivados de esa alteración. Y en el segundo bloque los factores contextuales, integrado de los factores personales (no clasificados en la CIF por su gran asociación a la variabilidad social y cultural) y los factores ambientales.

El déficit en las habilidades sociales dificulta a L.M.L mantener relaciones satisfactorias y significativas. Dificultad de inferir qué se espera de ellos en situaciones sociales y generalizar las habilidades aprendidas a otros entornos o situaciones, es decir, muestra un déficit en las habilidades mentalistas (Teoría de la Mente).

Figura 4. Estructuras y funciones corporales.

Funcionamiento y discapacidad	
<i>Estructuras corporales</i>	<i>Funciones corporales /Funciones mentales</i>
s1 Estructuras del sistema nervioso	b1304 Control de impulsos
s110 Estructura del cerebro	b140 Funciones de la atención
	b1400 Mantenimiento de la atención
	b1401 Cambios en la atención
	b1402 División de la atención
	b144 Funciones de la memoria
	b164 Funciones cognitivas superiores
	b1643 Flexibilidad cognitiva

Figura 5. Actividades y participación

Actividades y participación
d160 Centrar la atención
d2200 Realizar múltiples tareas
d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas
d3501 Mantener una conversación
d4501 Andar distancias largas
d720 Interacciones interpersonales complejas
d175 Resolver problemas
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados
d710 Interacciones interpersonales básicas

Figura 6. Factores contextuales

Factores contextuales	
Factores ambientales	Factores personales
e310 Familiares cercanos	Factores intelectuales y de personalidad
e445 Actitudes individuales de extraños	Motivación
	Trastornos y enfermedades comórbidos

Todos estos factores afectan a la recuperación del individuo y estarán asociados a la evolución del paciente.

Estas tablas describen los ítems de la CIF donde el paciente muestra más deficiencias, lo cual nos ayuda a comprender el estado y situación actual de L.M.L. En base a esto, se debe decidir la prioridad de intervención y se han tenido en cuenta factores relevantes como son el momento evolutivo de paciente, su situación médica, sus capacidades cognitivas o lingüísticas, su estado motivacional y emocional, la situación económica y técnica y el insuficiente conocimiento sobre las patologías que padece el paciente por parte de su entorno.

Como ya sabemos el SA es un trastorno muy heterogéneo en sintomatología, signos y severidad, y cada una de las variables interaccionan con las del paciente y con las del ámbito social, por lo que no se puede recurrir a programas ya preestablecidos para el SA aplicables de manera sistemática. En este trabajo hemos ajustado el protocolo de intervención a las necesidades actuales de L.M.L. La intervención es integradora y no se ignoran las ramificaciones del trastorno, si no que se comprende y atiende a las deficiencias y limitaciones a la vez que no debemos olvidar potenciar y favorecer los puntos fuertes que ayudan a compensar.

ESTRATEGIAS Y RECOMENDACIONES

1. Falta de flexibilidad cognitiva y comportamental:

- Necesario anticiparle los cambios de rutina (ej. cambio de profesor, actividad, etc.).
- Evitar exámenes sorpresa.
- Organizar las tareas de forma clara y con explicación paso a paso (ej. si tiene que hacer un trabajo, explicar los pasos por escrito también).
- Establecer un tutor de referencia (ej. el orientador del centro, el tutor o profesor PT) para orientarle cuando surjan conflictos interpersonales.

2. Dificultades atencionales:

- Es necesario que su mesa esté situada en primera fila, cerca de la pizarra y del profesor. A ser posible alejada de distractores como ventanas o alumnos que no sean afines a él.
- Presenta dificultades para comprender las instrucciones que se dan de forma general al grupo. Es conveniente darle las instrucciones personalmente y de manera explícita. Su comprensión mejora significativamente cuando las instrucciones se le dan con apoyos visuales.
- Utilizar frases directas, cortas y simples.
- Apoyar los mensajes hablados con apuntes en la pizarra (ej. deberes).

3. Dificultades en la psicomotricidad fina:

- Uso de ordenador y proporcionar apuntes fotocopiados.
- Darle más tiempo para hacer las tareas y exámenes.
- No permitir que sus dificultades grafomotoras repercutan negativamente en sus calificaciones.

4. Teoría de la Mente:

- Se recomiendan materiales como: “Manual de teoría de la mente para niños con autismo” de Anabel Cornago, PSYLICOM, o “En la Mente” de Marc Monfort, Entha. O la página web <http://teoriamente.blogspot.com/>
- Aprovechar situaciones cotidianas para hacer reflexionar al sujeto sobre las creencias, pensamientos y sentimientos de otros.

5. Principios generales de aprendizaje:

- Elaboración del horario por colores emparejados con el color de los libros y libretas para que sea más fácil su asociación y uso adecuado. Este horario debería ser colgado en la clase y en su habitación de estudio en casa.
- Estructurar el tiempo utilizando apoyos visuales que aumenten la comprensión y favorezcan la anticipación de las actividades.
- Secuenciar las actividades intercalando las que le resultan más motivantes con las que son nuevas o muestra más rechazo. Las tareas menos motivantes serán más cortas y progresivamente podemos ampliar el tiempo en el que participa.
- Secuenciación de tareas por pasos: desglosar las tareas en pasos para que pueda aprender a realizarlas.
- Anticiparle cuando va a haber un cambio, dejándole tiempo para que lo asimile.

6. Literalidad:

- Explicar exactamente lo que se quiere decir, evitando el lenguaje metafórico.
- Redactar los enunciados claros, ya que hay una comprensión literal.

7. Dificultades en la capacidad de abstracción

- Proporcionar aclaraciones para una correcta comprensión lectora, subrayar, resumir, etc.
- Indicarle los aspectos relevantes de los conceptos abstractos y poner ejemplos.
- Decirle exactamente lo que debe estudiar y enseñar la diferencia entre información relevante e irrelevante.
- Enseñar a realizar esquemas visuales que faciliten la comprensión de textos.

8. Favorecer las relaciones sociales

- Ayudar a incorporarse en un grupo que se le respete, de manera adecuada.
- En los patios y momentos desestructurados, prevenir las situaciones de burlas y acoso escolar. Poner una persona de su misma edad de referencia.
- Favorecer que se incorpore a grupos cuando está solo en los patios. Permitir espacio de juegos estructurados en los que se pueda sentir competente.

9. La familia

- Incluir la educación, el asesoramiento y orientación a la familia.
- Asistir a las escuelas formativas para padres de la Asociación.

CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES

Es evidente que el SA y otros TGD son un continuo, donde en un extremo se encuentra el diagnóstico del caso más grave o profundo, y en el otro, formas leves como rasgos personales que pueden aparecer también en sujetos neurotípicos. En este caso el diagnóstico de TEA, TDAH y de otros problemas médicos como una disfunción del sistema nervioso central y la epilepsia ha creado conflicto en la familia en cuanto a la crianza y aceptación del progenitor que presenta esta condición. Actualmente contamos con profesionales especializados y herramientas de evaluación e intervención que hacen posible una mejora y adaptación del sujeto a su contexto. Por otro lado, L.M.L y otras personas como él, se pueden incluir en escuelas ordinarias siempre y cuando cuenten con los apoyos que requieren para obtener un mejor aprendizaje y desarrollo en la escuela. Por todo ello, el abordaje del paciente encaja perfectamente en el enfoque transdisciplinar de la intervención.

Se plantea que diagnóstico y clasificación están vinculados, pero es un grave error reducir el diagnóstico a una categoría de la clasificación, ya que es difícil que en una clasificación se tengan en cuenta las particularidades y la complejidad de cada caso. Las clasificaciones son útiles ya que unifican criterios y nos permiten un lenguaje común que facilita el intercambio de información e investigaciones, y también mejora la organización de estrategias de tratamiento de cada categoría, lo que conlleva una mejora de

pronósticos en estos graves trastornos del desarrollo, pero no olvidemos que estos trastornos son dimensionales.

La CIF es una herramienta que integra los modelos existentes de discapacidad y salud, basándose en la integración del modelo médico y social, y utilizando un lenguaje consensuado para describir el funcionamiento del paciente teniendo en cuenta la perspectiva de la persona con dificultades. Gracias a este instrumento, en el presente trabajo se han clasificado las características del entorno de la persona que están influyendo de forma positiva o negativa en su independencia, las limitaciones físicas y cognitivas y los factores contextuales. En base a esta información se establece la línea de intervención específica en L.M.L. que posibilita la potenciación de las posibilidades del sujeto, no centrándonos únicamente en eliminar las conductas indeseables, sino también potenciando y favoreciendo las habilidades alternativas.

Gracias a la utilización de esta clasificación, es posible una evaluación exhaustiva y una intervención que en conjunto puede generar condiciones óptimas, consiguiendo un equilibrio y desarrollo personal significativo, capacitando al máximo sus habilidades y orientando la comprensión del problema tanto al sujeto como las personas de su entorno más próximo, para así conseguir una adaptación más completa y una mejor calidad de vida.

El caso de L.M.L encaja dentro del enfoque multidisciplinar del tratamiento compuesto por varias especialidades y gracias a la CIF podemos ayudar al paciente en cada una de las áreas clasificando los componentes motores y cognitivos alterados (funciones y estructuras corporales) lo que deriva en problemas funcionales (actividades y participación). Se han clasificado las características del entorno del paciente que están influyendo en su independencia de manera positiva o negativa (factores ambientales) y una vez identificado se establecen relaciones entre los problemas y se planifica un protocolo de intervención.

Así mismo los datos recogidos también se pueden utilizar para aumentar la toma de conciencia de la sociedad del problema que supone el SA y poner en marcha actividades sociales y de inclusión. Los factores más importantes en la práctica clínica de este trastorno son el reconocimiento del SA como heterogénea en expresión, el diagnóstico precoz y su comorbilidad y el abordaje psicoeducativo y farmacológico adecuados (Fernández Jaén, 2007).

En definitiva, se trata de un estudio de caso en el que se elaboran las equivalencias entre test estandarizados y la codificación de la CIF para la elaboración de un protocolo de intervención individualizado. El uso de la CIF es una herramienta de gran utilidad para la clasificación y el establecimiento de objetivos funcionales en pacientes con TEA y otros trastornos o enfermedades coexistentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition. Washington, DC: APA. (Traducción española: DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Masson, 1995).

ARTIGAS-PALLARÉS, J., NARBONA, J. (2011). Trastornos del Neurodesarrollo. Ed. Viguera. Barcelona.

BARON-COHEN ET AL. (1994) The brain basis of theory of mind: the role of the orbitofrontal region. *British Journal of Psychiatry*. 165.

BARON-COHEN, S. (2000) Theory of mind and autism. A fifteen year review. En: Baron Cohen, Tager-Flusberg y Cohen (ed) *Understanding other minds. Perspectives from Developmental Cognitive Neuroscience. Second Edition*. New York: Oxford University Press.

BELINCHÓN, M., Y COLS. (2008). *Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades*. Madrid: CPA-UAM, Confederación Autismo España, FESPAU y Fundación ONCE.

Bickenbach J, Chatterji S, Badley EM, Ustun B. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Soc Sci Med*, 48 (1999), [Medline](#).

Botella, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García-Palacios, A. y Riva, G. (2004). Virtual Reality and Psychotherapy. En G. Riva, C. Botella, P. Legeron, G. Optale (Eds.), *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience* (págs. 37-54). Amsterdam: IOSS Press.

BROTHERS, L. (1990): The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. *Concepts in Neuroscience* 1990; 1:2751.

Calley A, Williams S, Reid S, Blair E, Valentine J, Irdler S, Elliott C. A comparison of activity participation and quality of life in children with and without spastic diplegia cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2012;34(15): 1306-10. Epub 2011 Dec 26. PubMed PMID: 22200241.

CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima de edición, apartado de psiquiatría, recogido por la Organización Mundial de la Salud.

World Health Organization. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

CLARK, T., ET AL. (1999). Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Mar;8(1):50-5.

Fernández-Jaén, D. Martín Fernández-Mayoralas, B. Calleja-Pérez b, N. Muñoz Jareño. Síndrome de Asperger: Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2007; 44 (Supl 2): S53-S55.

Freire S, Llorente M, González A. Un acercamiento al síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica. Asociación Asperger España. 2008.

Frith, U. (1991) *Autismo*. Madrid, Alianza Editorial.

Fuentes J, Ferrari A, Booda M. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev de Neurología España* 2006; 43 (7): 425-438.

GARCÍA NONELL, K. Y RIGAU, E. (2011). Valoración neuropsicológica de los trastornos del neurodesarrollo. En J. Artigas Pallarés y J. Narbona (eds). *Trastornos del neurodesarrollo*. Ed. Viguera. Barcelona.

GILLBERT, C. EHLERS, S. SCHAUMANN, H., JACOBSON, G. D AHLGREN, S. LINDBOLM, R. BAHENHOLM, A. TJUUS, T y BLINDER, E. (1990). Autism Ander ante three years: A clinical study of 28 cases in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 921-934.

Grupo Cantabria en Discapacidades. Desarrollo de estrategias e instrumentos para la clasificación y evaluación de discapacidades: un proyecto multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud. *Mapfre Medicina*, 11 (2000), pp. 48-63.

Happé, F. (1998) *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza Editorial.

Hooper, S.R. y Bundy, M.B. (1998). Learning characteristics of individuals with Asperger síndrome. En E. Schopler, B. Mesibov y L.J. Kuncce, *Asperger Syndrome or High Functioning Autism?*. New York: Plenum Press. Pags. 317-342.

J. A. Portellano, R. Martínez-Arias y L. Zumárraga (2009). Evaluación del nivel de madurez y del rendimiento cognitivo en actividades relacionadas con las Funciones Ejecutivas en niños. Tea Ediciones.

Jordan, R. y Powell, S. (1.992). Las necesidades curriculares especiales de los niños autistas. *Habilidades de aprendizaje y de pensamiento*. Sestao (Vizcaya: Centro Especializado de Recursos Educativos. Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco.

Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child* 1943; 2:217-50.

Kingley Publishers. *I am special: introducing children and young people to their autism spectrum disorder*. Londres. 2001.

Lastra-Martínez I, Martínez-Chamorro M. Funcionamiento, discapacidad y rehabilitación. *Inf Psiquiatr*. 2004; 175: 19-30.

Manjiviona, J. y Prior, M. (1999). Neuropsychological profiles of children with Asperger síndrome and autism. *Autism*, 3 (4), 327-356

Martín Borreguero, P. (2004). El síndrome de Asperger. ¿Excentricidad o discapacidad social?. Madrid, 2004.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992/1996). CIE-10. Trastornos mentales y de comportamiento. Madrid: Meditor.

OZONOFF, S. ET AL.(1991) Executive function deficits in high-functioning autistic children: Relationship to theory of mind. J Child Psychol Psychiatry 1991; 32: 1081-106.

Sociedad de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia. Pautas diagnóstico-terapéuticas para la práctica clínica.

Tanaka K, Uchiyama T. Diagnostic criteria for Asperger syndrome. Nippon Rinsho. (2007)

Rivière, A. Martos Pérez, J. Llorente Comí, M. González Navarro, A. Freire, S. Los niños pequeños con autismo. Soluciones prácticas para problemas cotidianos. CEPE.

Rivière, A. (2004). Inventario de Espectro Autista. Fundec.

VALDEZ, D. (2001). Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la educación. Fundec.

Van Wendel, Berna y otros (2000) Manual de Pruebas Neuroconductuales. Organización Internacional del Trabajo. Sa José, Costa Rica

Wade DT, Halligan P. New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. Clin Rehabil. 2003;17:349-54.

Williams, Ch y otros (2000). A-Código de Buenas Prácticas para la Prevención de la Violencia y los abusos hacia las Personas con Autismo. IMSERSO, Madrid.

WING, L. (1981). Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med; 11:115-29.

Wing L. Descripción de los trastornos del espectro autista. Historia. En: El autismo en niños y adultos. 1ª edición en castellano. Barcelona: Paidós; 1998, pp. 23-101.

World Health Organization. (WHO) International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). WHO: Geneva, 2001.

[DIRECCIONES DE INTERNET](#)

Asociación de los Profesionales del Autismo (AETAPI): www.aetapi.org

Asociación española del Síndrome de Asperger: <http://www.asperger.es>

Autismo Europe: <http://autismeurope.arc.be>

Confederación Autismo España: <http://autismo.com>

National Autistic Society (UK): http://www.oneworld.org/autism_uk/

Recursos en línea para los trastornos del espectro autista: www.espectroautista.info/

World Autism Organisation: <http://www.worldautism.org>

Anexo 1. Visión de conjunto de la CIF: tabla del documento oficial “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; 2001”

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ obstáculos	no aplicable

	<p>.....</p> <p>⑥ Desempleado (por salud)</p> <p>.....</p> <p>⑦ Desempleado (otra razón)</p> <p>.....</p> <p>⑧ Otras (especificar)</p> <p>.....</p> <p>⑨</p> <p>_____</p>
<p>A.6 DIAGNÓSTICO MÉDICO de las principales condiciones de salud, si es posible emplear los códigos de la CIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existen condiciones médicas ① • Existe una condición de salud (enfermedad, trastorno, lesión) pero su naturaleza diagnóstica es desconocida. ② • _____ código CIE _____ • _____ código CIE _____ • _____ código CIE _____ 	

PARTE 1a: DEFICIENCIAS DE LAS FUNCIONES CORPORALES

- Funciones Corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas).
- Deficiencias son problemas en la función o estructura corporal, tales como una desviación o una pérdida significativa.

FUNCIONES CORPORALES	Magnitud de la Deficiencia:						
	No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
b1. Funciones Mentales							
b110 Funciones de la Conciencia	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b114 Funciones de la Orientación (tiempo, lugar y persona)	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b117 Funciones Intelectuales	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b134 Funciones del sueño	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b140 Funciones de la Atención	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b144 Funciones de la memoria	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b152 Funciones emocionales	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b156 Funciones de la percepción	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b164 Funciones cognitivas superiores	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b167 Funciones mentales del lenguaje	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b2. Funciones sensoriales y dolor							
b210 Funciones visuales	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b230 Funciones auditivas	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b235 Funciones vestibulares	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b280 Sensaciones de dolor	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b3. Funciones de la voz y el habla							
b310 Funciones de la voz	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b4. Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio							
b410 Funciones del corazón	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b420 Funciones de la presión arterial	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b430 Funciones del sistema hematológico	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b435 Funciones del sistema inmunológico	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b440 Funciones respiratorias	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b5. Funciones de los sistemas digestivo, metabólico y endocrino							
b515 Funciones relacionadas con la digestión	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b525 Funciones relacionadas con la defecación	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b530 Funciones relacionadas con el mantenimiento del peso	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨
b555 Funciones de las glándulas endocrinas	①	②	③	④	⑤	⑧	⑨

b6. Funciones genitourinarias y reproductoras							
b620 Funciones urinarias	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b640 Funciones sexuales	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b7. Funciones neuromusculares y relacionadas con el movimiento							
b710 Funciones y movilidad de las articulaciones	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b735 Funciones relacionadas con el tono muscular	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b765 Funciones relacionadas con los movimientos involuntarios	①	①	②	③	④	⑧	⑨
b8. Funciones de la piel y estructuras relacionadas	①	①	②	③	④	⑧	⑨
Otra función corporal	①	①	②	③	④	⑧	⑨

PARTE 1b: DEFICIENCIAS DE LAS ESTRUCTURAS CORPORALES

- Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes.
- Deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida.

ESTRUCTURAS CORPORALES	Primer calificador Extensión de la deficiencia									
	No hay deficiencia	Deficiencia leve	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable			
s1a. Estructuras del sistema nervioso										
s110a Estructura del cerebro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s120a Médula espinal y nervios periféricos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s2a. El ojo, el oído y estructuras relacionadas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s3a. Estructuras involucradas en la voz y el habla	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s4a. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio										
s410a Estructura del sistema cardiovascular	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s430a Estructura del sistema respiratorio	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s5a. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s6a. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor										
s610a Estructuras del sistema urinario	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s630a Estructuras del sistema reproductor	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s7a. Estructuras relacionadas con el movimiento										
s710a Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s720a Estructuras de la región del hombro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s730a Estructuras de la extremidad superior	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s740a Pelvis	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s750a Estructuras de la extremidad inferior	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s760a Estructura del tronco	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
s8a. Piel y estructuras relacionadas Otra estructura corporal	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦			
ESTRUCTURAS CORPORALES	Segundo calificador Naturaleza de la deficiencia									
	No hay cambio en la estructura	Ausencia total	Ausencia parcial	Parte adicional	Dimensiones aberrantes	Discontinuidad	Posición desviada	Cambios cualitativos en la estructura incluyendo acumulación de fluido	Sin especificar	No aplicable
s1b. Estructuras del sistema nervioso										
S110b Estructura del cerebro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
S120b Médula espinal y nervios periféricos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
s2b. El ojo, el oído y estructuras relacionadas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
s3b.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Estructuras involucradas en la voz y el habla										
s4b. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio										
s410b Estructura del sistema cardiovascular	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s430b Estructura del sistema respiratorio	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s5b. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s6b. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor										
s610b Estructuras del sistema urinario	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s630b Estructuras del sistema reproductor	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s7b. Estructuras relacionadas con el movimiento										
s710b Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s720b Estructuras de la región del hombro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s730b Estructuras de la extremidad superior	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s740b Pelvis	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s750b Estructuras de la extremidad inferior	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s760b Estructura del tronco	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s8b. Piel y estructuras relacionadas Otra estructura corporal	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	

ESTRUCTURAS CORPORALES	Tercer calificador Localización de la deficiencia									
	Más de una región	Derecha	Izquierda	Ambos lados	Adelante	Detrás	Proximal	Distal	No especificado	No aplicable
slc. Estructuras del sistema nervioso										
s110c Estructura del cerebro	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s120c Médula espinal y nervios periféricos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s2c. El ojo, el oído y estructuras relacionadas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s3c. Estructuras involucradas en la voz y el habla	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s4c. Estructuras de los sistemas cardiovascular, inmunológico y respiratorio										
s410c Estructura del sistema cardiovascular	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
s430c Estructura del sistema	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	

respiratorio										
s5c. Estructuras relacionadas con los sistemas digestivo, metabólico y endocrino	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s6c. Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y el sistema reproductor										
s610c Estructuras del sistema urinario	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s630c Estructuras del sistema reproductor	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s7c. Estructuras relacionadas con el movimiento										
s710c Estructuras de la cabeza y de la región del cuello	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s720c Estructuras de la región del hombro	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s730c Estructuras de la extremidad superior	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s740c Pelvis	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s750c Estructuras de la extremidad inferior	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s760c Estructura del tronco	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
s8c. Piel y estructuras relacionadas	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨
Otra estructura corporal	①	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

PARTE 2: LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACIÓN

- Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/ realización de las actividades. Restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

El calificador de desempeño describe lo que una persona hace en su contexto / entorno actual. Como el contexto / entorno actual incorpora un contexto / entorno social, el desempeño puede ser también entendido como "el acto de involucrarse en una situación vital" o la "experiencia vivida" de las personas en el contexto real en el que viven. Este contexto incluye factores ambientales: todos los factores del mundo físico, social y actitudinal, que pueden ser codificados utilizando los factores ambientales.

Nota: Use el anexo 2 (página 12) si necesita elegir información de las Actividades y Participación del individuo.

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	Primer Calificador. Desempeño						
	Magnitud de la restricción de la participación						
	No hay dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d1a. Aprendizaje y aplicación del conocimiento							
d110a Mirar	0	1	2	3	4	8	9
d115a Escuchar	0	1	2	3	4	8	9
d140a Aprender a leer	0	1	2	3	4	8	9
d145a Aprender a escribir	0	1	2	3	4	8	9
d150a Aprender a calcular	0	1	2	3	4	8	9
d175a Resolver problemas	0	1	2	3	4	8	9
d2a. Tareas y demandas generales							
d210a Llevar a cabo una única tarea	0	1	2	3	4	8	9
d220a Llevar a cabo múltiples tareas	0	1	2	3	4	8	9
d3a. Comunicación							
d310a Comunicación-recepción de mensajes hablados	0	1	2	3	4	8	9
d315a Comunicación - recepción de mensajes no verbales	0	1	2	3	4	8	9
d330a Hablar	0	1	2	3	4	8	9
d335a Producción de mensajes no verbales	0	1	2	3	4	8	9
d350a Conversación	0	1	2	3	4	8	9
d4a. Movilidad							
d430a Levantar y llevar objetos	0	1	2	3	4	8	9
d440a Uso fino de la mano	0	1	2	3	4	8	9
d450a Caminar	0	1	2	3	4	8	9
d465a Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	0	1	2	3	4	8	9
d470a Utilización de medios de transporte	0	1	2	3	4	8	9
d475a Conducción	0	1	2	3	4	8	9
d5a. Autocuidado							
d510a Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las manos)	0	1	2	3	4	8	9
d520a Cuidado de partes del cuerpo (lavarse los dientes)	0	1	2	3	4	8	9
d530a Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	0	1	2	3	4	8	9
d540a Vestirse	0	1	2	3	4	8	9
d550a Comer	0	1	2	3	4	8	9
d560a Beber	0	1	2	3	4	8	9
d570a Cuidado de la propia salud	0	1	2	3	4	8	9
d6a. Vida doméstica							

d620a Adquisición de bienes y servicios (comprar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d630a Preparar comidas (cocinar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d640a Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d660a Ayudar a los demás	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	Primer Calificador. Desempeño (continuación)						
	Magnitud de la restricción de la participación						
	No hay dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d7a. Interacciones y relaciones interpersonales							
d720a Interacciones interpersonales complejas	0	1	2	3	4	8	9
d730a Relacionarse con extraños	0	1	2	3	4	8	9
d740a Relaciones formales	0	1	2	3	4	8	9
d750a Relaciones sociales informales	0	1	2	3	4	8	9
d760a Relaciones familiares	0	1	2	3	4	8	9
d770a Relaciones íntimas	0	1	2	3	4	8	9
d8a. Áreas principales de la vida							
d810a Educación informal	0	1	2	3	4	8	9
d820a Educación escolar	0	1	2	3	4	8	9
d830a Educación superior	0	1	2	3	4	8	9
d850a Trabajo remunerado	0	1	2	3	4	8	9
d860a Transacciones económicas básicas	0	1	2	3	4	8	9
d870a Autosuficiencia económica	0	1	2	3	4	8	9
d9a. Vida comunitaria, social y cívica							
d910a Vida comunitaria	0	1	2	3	4	8	9
d920a Tiempo libre y ocio	0	1	2	3	4	8	9
d930a Religión y espiritualidad	0	1	2	3	4	8	9
d940a Derechos humanos	0	1	2	3	4	8	9
d950a Vida política y ciudadanía	0	1	2	3	4	8	9
Otra actividad y participación	0	1	2	3	4	8	9

PARTE 2 (continuación): LIMITACIONES DE LA ACTIVIDAD Y RESTRICCIONES DE LA PARTICIPACIÓN

- Actividad es la realización de una tarea o acción por una persona. Participación es el acto de involucrarse en una situación vital.
- Limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño/ realización de las actividades. Restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

El calificador de capacidad describe la capacidad de un individuo para realizar una tarea o acción. Este calificador tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. La capacidad se mide en un contexto / entorno uniforme o normalizado para neutralizar el impacto variable de diferentes contextos / entornos; por tanto refleja la aptitud ambientalmente ajustada del individuo. El contexto / entorno normalizado puede ser: (a) un contexto/ entorno comúnmente usado para la evaluación de la capacidad en una prueba establecida; ó (b) cuando esto no es posible, un contexto / entorno hipotético con un impacto uniforme.

El componente factores ambientales puede usarse para describir las características de ese contexto / entorno uniforme o normalizado.

Nota: Use el anexo 2 (página 12) si necesita elegir información de las Actividades y participación del individuo.

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	Segundo Calificador. Capacidad (sin asistencia) Magnitud de las limitaciones de la capacidad.						
	No hay dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d1b Aprendizaje y aplicación del conocimiento							
d110b Mirar	0	1	2	3	4	8	9
d115b Escuchar	0	1	2	3	4	8	9
d140b Aprender a leer	0	1	2	3	4	8	9
d145b Aprender a escribir	0	1	2	3	4	8	9
d150b Aprender a calcular	0	1	2	3	4	8	9
d175b Resolver problemas	0	1	2	3	4	8	9
d2b. Tareas y demandas generales							
d210b Llevar a cabo una única tarea	0	1	2	3	4	8	9
d220b Llevar a cabo múltiples tareas	0	1	2	3	4	8	9
d3b. Comunicación							
d310b Comunicación-recepción de mensajes hablados	0	1	2	3	4	8	9
d315b Comunicación - recepción de mensajes no verbales	0	1	2	3	4	8	9
d330b Hablar	0	1	2	3	4	8	9
d335b Producción de mensajes no verbales	0	1	2	3	4	8	9
d350b Conversación	0	1	2	3	4	8	9
d4b. Movilidad							
d430b Levantar y llevar objetos	0	1	2	3	4	8	9
d440b Uso fino de la mano	0	1	2	3	4	8	9
d450b Caminar	0	1	2	3	4	8	9
d465b Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	0	1	2	3	4	8	9
d470b Utilización de medios de transporte	0	1	2	3	4	8	9
d475b Conducción	0	1	2	3	4	8	9
d5b. Autocuidado							
d510b Lavarse (bañarse, ducharse, lavarse las manos)	0	1	2	3	4	8	9
d520b Cuidado de partes de; cuerpo (lavarse los dientes)	0	1	2	3	4	8	9
d530b Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	0	1	2	3	4	8	9

d540b Vestirse	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d550b Comer	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d560b Beber	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d570b Cuidado de la propia salud	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d6b. Vida doméstica							
d620b Adquisición de bienes y servicios (comprar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d630b Preparar comidas (cocinar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d640b Realizar los quehaceres de la casa (limpiar la casa, lavar)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d660b Ayudar a los demás	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

ACTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN	Segundo Calificador. Capacidad (sin asistencia) Magnitud de las limitaciones de la capacidad.						
	No hay dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
d7b. Interacciones y relaciones interpersonales							
d720b Interacciones interpersonales complejas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d730b Relacionarse con extraños	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d740b Relaciones formales	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d750b Relaciones sociales informales	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d760b Relaciones familiares	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d770b Relaciones íntimas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d8b. Áreas principales de la vida							
d810b Educación no reglada	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d820b Educación escolar	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d830b Educación superior	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d850b Trabajo remunerado	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d860b Transacciones económicas básicas	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d870b Autosuficiencia económica	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d9b. Vida comunitaria, social y cívica							
d910b Vida comunitaria	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d920b Tiempo libre y ocio	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d930b Religión y espiritualidad	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d940b Derechos humanos	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
d950b Vida política y ciudadanía	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Otra actividad y participación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

PARTE 3: FACTORES AMBIENTALES

- Factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.

FACTORES AMBIENTALES	Calificador de Ambiente									
	Barrera					Facilitador				
	No hay barrera	Barrera ligera	Barrera moderada	Barrera grave	Barrera completa	No hay Facilitador	Facilitador ligero	Facilitador moderado	Facilitador grave	Facilitador completo
e1. Productos y tecnología										
e110 Productos o sustancias para consumo personal	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal en espacios cerrados y abiertos.	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e125 Productos y tecnología para la comunicación	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e150 Diseño, construcción materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso público	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e155 Diseño, construcción materiales de construcción y tecnología arquitectónica para edificios de uso privado	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e2. Entorno natural y cambios en el entorno derivados de la actividad humana										
e225 Clima	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e240 Luz	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e250 Sonido	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e3. Apoyo y relaciones										
e310 Familiares cercanos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e320 Amigos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y miembros de la comunidad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e330 Personas con cargos de autoridad	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e340 Cuidadores y personal de ayuda	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e355 Profesionales de la salud	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e360 Otros profesionales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e4. Actitudes										
e410 Actitudes individuales de miembros de la familia cercana	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e420 Actitudes individuales de amigos	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e440 Actitudes individuales de cuidadores y personal de ayuda	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e450 Actitudes individuales de profesionales de la salud	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e455 Actitudes individuales de profesionales "relacionados con la salud"	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
e460 Actitudes sociales	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

e465 Normas, costumbres e ideologías sociales	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e5. Servicios, sistemas y políticas										
e525 Servicios, sistemas y políticas de vivienda	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e535 Servicios, sistemas y políticas de comunicación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e540 Servicios, sistemas y políticas de transporte	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e550 Servicios, sistemas y políticas legales	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e575 Servicios, sistemas y políticas de apoyo social general	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y formación	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
e590 Servicios, sistemas y políticas laborales y de empleo	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
Otro factor ambiental	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩

Anexo 3.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 36-preguntas, Administrada - Entrevista

Introducción

Este instrumento ha sido desarrollado por el Grupo de Clasificación, Terminología y Estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro del marco del proyecto conjunto con el Instituto Nacional de Salud (NIH) - OMS/NIH, sobre la Evaluación y Clasificación de Discapacidades

Antes de utilizar el instrumento los entrevistadores requieren un entrenamiento apropiado empleando el Manual "*Medición de Salud y Discapacidad: Manual para el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad – WHODAS 2.0* (OMS 2010), el cual incluye una guía para la entrevista y otro material de capacitación.

Las versiones disponibles para la entrevista son las siguientes:

- 36- preguntas – Administrada por entrevistador^a
- 36- preguntas – Auto-administrable
- 36- preguntas – Administrada- Proxy^b
- 12- preguntas – Administrada por entrevistador^c
- 12- preguntas – Auto-administrable
- 12-preguntas – Administrada- Proxy
- 12+24- preguntas – Administrada por entrevistador

^a Versión computarizada para entrevista (*iSfæI*) esta disponible para las entrevistas asistidas por computadora así como para la captura de los datos.

^b Familiares, amigos y cuidadores

^c La versión de 12 -preguntas explica el 81% de la varianza de la versión más detallada de 36 preguntas.

Para mayores detalles de las versiones, por favor refiérase al Manual *Medición de Salud y Discapacidad: Manual para el Cuestionario para Evaluación de discapacidad de la OMS- WHODAS 2.0* (OMS 2010).

El permiso para traducir este instrumento en cualquier idioma se debe obtener de la OMS, y todas las traducciones deben ser preparadas de acuerdo con las directrices de traducción de la OMS, como se detalla en el manual que acompaña.

Para mayor información, por favor visite www.who.int/whodas o contacte a:

Dr T Bedirhan Üstün
Clasificación, Terminología y Estándares
Estadísticas de Salud e Informática
Organización Mundial de Salud (OMS)
1211 Ginebra 27
Suiza

Tel: + 41 22 791 3609
E-mail: ustunb@who.int



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

Este cuestionario contiene la versión administrada por entrevistador de 36 preguntas del WHODAS 2.0.

Las instrucciones para el entrevistador se escriben en negrita y cursiva - no leer éstas en voz alta.

Texto para el entrevistado está escrito en

[Estándar de impresión en color azul](#)

Lea este texto en voz alta.

Sección 1 Hoja frontal

Las preguntas F1-F5 deben ser completadas por el entrevistador, antes de comenzar la entrevista				
F1	Número de identificación del entrevistado			
F2	Número de identificación del entrevistador			
F3	Número de entrevista (1, 2, etc.)			
F4	Fecha de la entrevista	día	mes	año
F5	Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	Independiente en la comunidad		1
		Necesita asistencia		2
		Hospitalizado		3



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36
Entrevista

Sección 2 Datos Demográficos y de Índole General

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse de 15 a 20 minutos.

En el caso de entrevistados procedentes de la población general (No de población clínica), diga:

Aunque usted este sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa

Comenzaré con algunas preguntas generales.

A1	Anote sexo observado	Femenino	1
		Masculino	2
A2	Cuántos años tiene?	_____años	
A3	Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?	_____años	
A4	Cuál es su estado civil actual? (Seleccione la opción más adecuada)	Nunca ha estado casado(a)	1
		Actualmente está casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viudo(a)	5
		Viviendo en pareja	6
A5	Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral? (Seleccione la opción más adecuada)	Asalariado(a)	1
		Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o empresa agrícola (finca)	2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario, obras de caridad, etc.	3
		Estudiante	4
		Responsable de los quehaceres de la casa	5
		Jubilado(a)	6
		Desempleado(a) (por motivos de salud)	7
		Desempleado(a) (por otros motivos)	8
		Otras (especifique) _____	9



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

Sección 3 Preámbulo

Diga al entrevistado:

La entrevista es acerca de las dificultades que tienen las personas debido a las condiciones de salud.

Entregue la tarjeta #1 al entrevistado

Por "condición de salud" me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración

Señale la tarjeta #1

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

Diga al entrevistado:

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuanta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

Entregue la tarjeta #2 al entrevistado:

Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala

Lea la escala en voz alta:

Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo

Asegúrese de que el entrevistado pueda ver fácilmente las tarjetas # 1 y # 2 durante toda la entrevista

Por favor continúe con la página siguiente.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

Sección 4 Revisión de dominios

Dominio 1 Comprensión y Comunicación

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre comprensión y comunicación.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D1.1	<u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	1	2	3	4	5
D1.2	<u>Recordar</u> las cosas <u>importantes</u> que tiene que hacer?	1	2	3	4	5
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones</u> a los <u>problemas</u> de la vida diaria?	1	2	3	4	5
D1.4	<u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	1	2	3	4	5
D1.5	<u>Entender en general</u> lo que dice la gente?	1	2	3	4	5
D1.6	<u>Iniciar o mantener una conversación</u> ?	1	2	3	4	5

Dominio 2 Capacidad para moverse en su alrededor (entorno)

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su alrededor (entorno).

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D2.1	<u>Estar de pie</u> durante <u>largos periodos</u> de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
D2.2	<u>Ponerse</u> de pie cuando estaba sentado(a)?	1	2	3	4	5
D2.3	<u>Moverse</u> dentro de su casa?	1	2	3	4	5
D2.4	<u>Salir</u> de su casa?	1	2	3	4	5
D2.5	<u>Andar largas distancias</u> , como un <u>kilómetro</u> [o algo equivalente]?	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

Dominio 3 Cuidado Personal

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D3.1	Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	1	2	3	4	5
D3.2	Vestirse?	1	2	3	4	5
D3.3	Comer?	1	2	3	4	5
D3.4	Estar solo(a) durante unos días?	1	2	3	4	5

Dominio 4 Relacionarse con otras personas

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que solo le estoy preguntando acerca de dificultades debidas a problemas de salud física (tales como enfermedades o lesiones), problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D4.1	Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
D4.2	Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
D4.3	Llevarse bien con personas cercanas a usted?	1	2	3	4	5
D4.4	Hacer nuevos amigos?	1	2	3	4	5
D4.5	Tener relaciones sexuales?	1	2	3	4	5

Por favor continúe con la página siguiente.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36
Entrevista

Dominio Actividades de la vida diaria

5(1) Quehaceres de la casa

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar sus quehaceres de la casa, cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.1	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	1	2	3	4	5
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus quehaceres de la casa más importantes?	1	2	3	4	5
D5.3	<u>Acabar</u> todo el trabajo de la casa que tenía que hacer?	1	2	3	4	5
D5.4	Acabar sus quehaceres de la casa <u>tan rápido</u> como era necesario?	1	2	3	4	5

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el D5.2 –D5.5 se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

AUN NO SE PREGUNTO LA 5.5 por que se hace referencia a ella, el entrevistador tendria que pasar a la siguiente pagina preguntar la 5.5 que se refiere a trabajo o actividades escolares y no al hogar.

D5.01	En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus quehaceres de la casa debido a su "condición de salud"?	A note el número de días _____
-------	--	--------------------------------

Si el entrevistado trabaja (remunerado, sin paga, autoempleado) o va a la escuela complete las preguntas D5.5-D5.10. De lo contrario vaya al dominio 6.1



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36
Entrevista

5(2) Trabajo y actividades escolares

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o las actividades escolares.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

Debido a su "condición de salud", en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D5.5	Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	1	2	3	4	5
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	1	2	3	4	5
D5.7	Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer?	1	2	3	4	5
D5.8	Acabar su trabajo tan rápido como era necesario?	1	2	3	4	5
D5.9	Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su "condición de salud"?				No	1
					Si	2
D5.10	Ha ganado menos dinero debido a su "condición de salud"?				No	1
					Si	2

Si alguna de las preguntas comprendidas entre el **D5.5 –D5.8** se puntúa por encima de 1(ninguna), pregunte:

D.02	En los últimos 30 días, cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su "condición de salud"?	Anote el número de días _____
------	---	-------------------------------

Por favor continúe con la página siguiente.

Otra vez se menciona a la 5.5



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

Dominio 6 Participación en Sociedad

Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, es importante que a la hora de contestarlas se refiera exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo le recuerdo que al contestar a cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales (o de los nervios), o problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Muestre las tarjetas #1 y #2 al entrevistado

En los últimos 30 días:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema /no puede hacerlo
D6.1	Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad</u> (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
D6.2	Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>bareras u obstáculos</u> existentes en su alrededor (entorno)?	1	2	3	4	5
D6.3	Cuánta dificultad ha tenido para vivir con <u>dignidad (o respeto)</u> debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
D6.4	Cuánto <u>tiempo</u> ha dedicado a su "condición de salud" o a las consecuencias de la misma?	1	2	3	4	5
D6.5	Cuánto le ha <u>afectado emocionalmente</u> su "condición de salud"?	1	2	3	4	5
D6.6	Qué <u>impacto económico</u> ha tenido para usted o para su familia su "condición de salud"?	1	2	3	4	5
D6.7	Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a su condición de salud?	1	2	3	4	5
D6.8	Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a <u>relajarse o disfrutar</u> ?	1	2	3	4	5

La pregunta D6.4 cuestiona el tiempo, las opciones de respuesta no me parece que apliquen, sin embargo es solo una observación, así esta en la versión en inglés y en la versión traducida al español.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

36

Entrevista

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo <u>realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Tarjeta 1

Condiciones de Salud:

- **Enfermedad u otros problemas de salud**
- **Heridas, lesiones**
- **Problemas mentales o emocionales**
- **Problemas con el alcohol**
- **Problemas con drogas**

Tener dificultades con una actividad quiere decir:

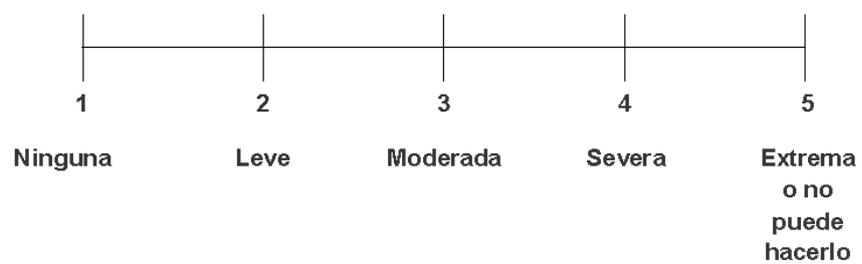
- **Mayor esfuerzo**
- **Molestia o dolor**
- **Lentitud o torpeza**
- **Cambios en la forma o modo en que realiza la actividad**

Tenga en cuenta solo los últimos 30 días

WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Tarjeta 2



Anexo 4. Perfil de Funcionamiento

Perfil de Funcionamiento

FUNCIONES CORPORALES		Deficiencia				
		0	1	2	3	4
b110	Funciones de la conciencia	8				
b1100	Nivel de Conciencia					
b1264	Disposición a vivir nuevas experiencias					
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G)					
b1304	Control de los impulsos					
b140	Funciones de la atención					
b1400	Mantenimiento de la atención					
b1401	Cambios en la atención					
b1402	División de la atención					
b144	Funciones de la memoria					
b147	Funciones psicomotoras					
b1470	Control psicomotor					
b152	Funciones emocionales (G)					
b1521	Regulación de la emoción					
b160	Funciones del pensamiento					
b1600	Flujo del pensamiento					
b164	Funciones cognitivas superiores					
b1642	Manejo del tiempo					
b1643	Flexibilidad cognitiva					
b1644	Instrospección Insight					
b167	Funciones mentales del lenguaje					
b1801	Imagen corporal					
b21020	Sensibilidad a la luz					
b280	Sensación de dolor (G)					
b28013	Dolor en la espalda					
b28016	Dolor en las articulaciones					
b330	Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla					
b3301	Ritmo del habla					
b3303	Melodía del habla					
b4351	Reacciones de hipersensibilidad					
b7101	Movilidad de varias articulaciones					
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular					
b7601	Control de movimientos voluntarios complejos					
b7653	Estereotipias y perseverancia motora					
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		Dificultad				
		0	1	2	3	4
d110	Mirar	D				
		C				
d115	Escuchar	D				
		C				
d1551	Adquisición de habilidades complejas	D				
		C				
d160	Centrar la atención	D				
		C				
d2200	Realizar múltiples tareas	D				
		C				

d2201	Completar múltiples tareas	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (G)	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d335	Producción de mensajes no verbales	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d3501	Mantener una conversación	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d3502	Finalizar una conversación	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d440	Uso fino de la mano	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d450	Andar (G)	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d4501	Andar distancias largas	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d455	Desplazarse por el entorno (G)	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d5101	Lavar todo el cuerpo	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d540	Vestirse	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d5402	Ponerse calzado	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d660	Ayudar a los demás	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d710	Interacciones interpersonales básicas	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d7102	Tolerancia en las relaciones	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d7105	Contacto físico en las relaciones	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d7204	Mantener la distancia social	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d730	Relacionarse con extraños	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d7402	Relaciones entre iguales	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d760	Relaciones familiares	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
d850	Trabajo remunerado (G)	D	9								
		C	9								
d9204	Aficiones	D	[Bar chart]								
		C	[Bar chart]								
FACTORES AMBIENTALES			Facilitador Barrera								
			+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4
e1101	Medicamentos		[Bar chart]								
e130	Productos y tecnología para la educación		[Bar chart]								

D hace referencia a 'desempeño'

C hace referencia a 'capacidad'

Anexo 5. Conjunto básico de la CIF

Formulario de Documentación basado en la CIF

Recuerde: Las categorías del Conjunto Genérico son marcadas con la letra (G).

INFORMACIÓN DEL PACIENTE
L.M.L. Varón Edad: 12 años Nivel de estudios: 6º primaria. Dominancia manual diestro. L.M.L es el único hijo de un matrimonio no consanguíneo. Núcleo familiar estructurado formado por los padres de L.M.L. Sobreprotección familiar. La familia refiere que el paciente es rutinario y repetitivo con sus temas de interés, le cuesta mantener una conversación centrándose en el tema de la misma, iniciar relaciones interpersonales y es muy inflexible ante los cambios.

FUNCIONES CORPORALES		No hay deficiencia	Deficiencia ligera	Deficiencia moderada	Deficiencia grave	Deficiencia completa	Sin especificar	No aplicable
Funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo las funciones psicológicas)								
¿Qué grado de deficiencia tiene la persona en ...		0	1	2	3	4	8	9
b110	Funciones de la conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales generales del estado de alerta y del nivel de conciencia, incluyendo la claridad y la continuidad del estado de vigilia. Incluye: funciones del nivel, continuidad y cualidad de la conciencia; pérdida de conciencia, coma, estados vegetativos, fugas, estados de trance, estados de posesión, alteración de la conciencia inducida por sustancias, delirium, estupor Excluye: funciones de la orientación (b114); funciones de la energía y los impulsos (b130); funciones del sueño (b134)								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Alteración de las funciones de la conciencia debida a crisis de epilepsia parcial.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1100	Nivel de Conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que cuando se alteran producen estados tales como la obnubilación mental, el estupor o el coma.								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Debido a las crisis epilépticas se produce una alteración en el nivel de conciencia.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1264	Disposición a vivir nuevas experiencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que implican una disposición personal a ser curioso, imaginativo, inquisitivo y buscador de experiencias, lo contrario de ser inactivo, pasivo y no mostrar emociones.								
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: No está dispuesto por iniciativa propia a buscar experiencias nuevas, es así cuando los padres le insisten y tranquilizan asegurando lo que va a pasar.								
		0	1	2	3	4	8	9
b130	Funciones relacionadas con la energía y los impulsos (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertas metas. Incluye: funciones del nivel de energía, motivación, apetito, ansia (incluyendo el ansia 'craving'- por sustancias que pueden producir dependencia), y control de los impulsos Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones del temperamento y la personalidad (b126); funciones del sueño (b134); funciones psicomotoras (b147); funciones emocionales (b152)								
Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: No muestra un adecuado control de impulsos, el paciente muestra movimientos y verbaliza ciertas ideas para sentirse mejor, parece no tener control inhibitorio en determinadas situaciones.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1304	Control de los impulsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que regulan y generan resistencia ante el deseo súbito e intenso de hacer algo.								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Normalmente no es capaz de controlar el deseo de hacer cosas como chocar la mano con mucha fuerza, asustar a gente que no conoce, golpear determinados objetos, etc.								

		0	1	2	3	4	8	9
b140	Funciones de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales específicas que permiten centrarse en un estímulo externo o experiencia interna durante el periodo de tiempo necesario. Incluye: funciones relacionadas con el mantenimiento de la atención, cambios del objeto de la atención, división de la atención, compartir la atención; concentración y tendencia a estar distraído Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130); funciones del sueño (b134); funciones de la memoria (b144); funciones psicomotoras (b147); funciones de la percepción (b156)								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Alteraciones global de la atención ante todo tipo de actividades. Suele mostrar serias dificultades para concentrarse en la tarea y se distrae con facilidad.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1400	Mantenimiento de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que producen un estado de concentración durante el periodo de tiempo requerido.								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: No mantiene la concentración en las tareas durante el periodo de tiempo requerido, se fatiga enseguida y se queja constantemente.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1401	Cambios en la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que permiten cambiar el foco de la atención de un estímulo a otro.								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Alteración grave para cambiar el foco de atención.								
		0	1	2	3	4	8	9
b1402	División de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que permiten fijarse en dos o más estímulos al mismo tiempo.								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: No puede prestar la atención requerida a dos o más estímulos simultáneamente.								
		0	1	2	3	4	8	9
b144	Funciones de la memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales específicas relacionadas con el registro y almacenamiento de información, así como con su recuperación cuando es necesario. Incluye: funciones de la memoria a corto y largo plazo, memoria inmediata, reciente y remota; amplitud de la memoria; recuperación de recuerdos; rememorar; funciones utilizadas en el aprendizaje y en el recuerdo, tales como en la amnesia nominal, selectiva y disociativa Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones de la orientación (b114); funciones intelectuales (b117); funciones de la atención (b140); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172)								
Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema: Muestra un nivel muy bajo en pruebas de memoria auditiva inmediata y capacidad de secuenciación. En cuanto a la recuperación de recuerdos recientes hay menos dificultades.								

		0	1	2	3	4	8	9
b147	Funciones psicomotoras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales específicas de control tanto de los actos motores como de los psicológicos en el nivel corporal. Incluye: funciones de control psicomotor, tales como retraso psicomotor, excitación y agitación, adopción de postura, catatonía, negativismo, ambivalencia, ecopraxia y ecolalia; calidad de la función psicomotora Excluye: funciones de la conciencia (b110); funciones de la orientación (b114); funciones intelectuales (b117); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130); funciones de la atención (b140); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos (b176)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Se excita y agita mucho cuando ha sufrido un problema y, en ocasiones, muestra una actitud negativista.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b1470	Control psicomotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales que regulan la velocidad de la reacción o tiempo de respuesta, que implica tanto a los componentes motores como a los psicológicos, tales como en la alteración del control que produce retraso psicomotor (moverse y hablar lentamente; disminución de la gesticulación y de la espontaneidad) o excitación psicomotora (excesiva actividad conductual y mental que con frecuencia se produce de manera no productiva y en respuesta a tensión interna, como por ejemplo tamborilear con los dedos, garabatear, agitación o inquietud).</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Excesiva actividad conductual y mental no productiva debida a tensión interna. Muestra inquietud motora y sobre todo mental, verbalizando todo lo que piensa en ese momento.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b152	Funciones emocionales (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales específicas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales. Incluye: funciones de la adecuación de la emoción, regulación y rango de la emoción; afecto; tristeza, alegría, amor, miedo, enojo, odio, tensión, ansiedad, júbilo, pena; labilidad emocional; aplanamiento afectivo Excluye: funciones del temperamento y la personalidad (b126); funciones relacionadas con la energía y los impulsos (b130)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Dificultades ante la adecuación y regulación emocional. Pasa de estar muy alegre a estar triste o enfadado en muy poco tiempo, es decir se muestra lábil y en ocasiones esa emoción no es la adecuada a la situación. Por ejemplo, puede llegar a reír a carcajadas mientras un compañero llora por tener un problema.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b1521	Regulación de la emoción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales que controlan la experiencia y demostración del afecto.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b160	Funciones del pensamiento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales específicas relacionadas con el componente ideacional de la mente. Incluye: funciones relacionadas con el flujo, forma, control y contenido del pensamiento; funciones del pensamiento con propósito final; funciones del pensamiento sin propósito final; funciones del pensamiento lógico, tales como fuga de ideas, presión, bloqueo e incoherencia del pensamiento, tangencialidad, circunstancialidad, delirios, obsesiones y compulsiones Excluye: funciones intelectuales (b117); funciones de la memoria (b144); funciones psicomotoras (b147); funciones de la percepción (b156); funciones cognitivas superiores (b164); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Muestra fuga de ideas e incoherencia del pensamiento.</p>								

		0	1	2	3	4	8	9
b1600	Flujo del pensamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que determinan la velocidad en el proceso del pensamiento. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: La velocidad de procesamiento, la capacidad para explorar, ordenar y discriminar información de forma rápida y eficaz, se encuentra por debajo de la media esperada para su edad cronológica.								
b164	Funciones cognitivas superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales específicas que dependen especialmente de la actividad de los lóbulos frontales del cerebro, incluyendo conductas complejas con propósito final tales como la toma de decisiones, el pensamiento abstracto, la planificación y realización de planes, la flexibilidad mental, y decidir cuál es el comportamiento adecuado en función de las circunstancias; que a menudo se denominan funciones ejecutivas. Incluye: funciones de abstracción y organización de ideas; manejo del tiempo, introspección (?insight?) y juicio; formación de conceptos, categorización y flexibilidad cognitiva Excluye: funciones de la memoria (b144); funciones del pensamiento (b160); funciones mentales del lenguaje (b167); funciones relacionadas con el cálculo (b172) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Su capacidad de abstracción y planificación de secuencias, para la consecución de un objetivo es muy baja debido a que emplea mucho tiempo en la realización de tareas que evalúan estas habilidades. Además muestra rigidez cognitiva marcada, lo que todo repercute en su vida cotidiana.								
b1642	Manejo del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que permiten ordenar acontecimientos en una secuencia cronológica, asignando tiempos a hechos y actividades. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: A la hora de relatar un acontecimiento no parece tener clara la secuencia cronológica, asignando fechas y tiempos erróneos a los sucesos.								
b1643	Flexibilidad cognitiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales para adoptar estrategias cambiantes o modificar el punto de vista, especialmente implicadas en la resolución de problemas. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Dificultades graves para resolver problemas, tanto matemáticos como sociales.								
b1644	Introspección Insight	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funciones mentales que permiten el conocimiento y comprensión de uno mismo y de la propia conducta. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Distorsión del conocimiento y comprensión de su propio ser y de sus dificultades.								

		0	1	2	3	4	8	9
b167	Funciones mentales del lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales específicas relacionadas con el reconocimiento y la utilización de signos, símbolos y otros componentes del lenguaje. Incluye: funciones de recepción y decodificación de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje tal como el lenguaje de signos; funciones de expresión de lenguaje oral, escrito u otra forma de lenguaje; funciones integrativas del lenguaje, escrito y oral, tales como las involucradas en la afasia receptiva, expresiva, afasia de Broca, de Wernicke y de conducción Excluye: funciones de la atención (b140); funciones de la memoria (b144); funciones de la percepción (b156); funciones del pensamiento (b160); funciones cognitivas superiores (b164); funciones relacionadas con el cálculo (b172); funciones mentales de encadenamiento de movimientos complejos (b176); Capítulo 2 Funciones Sensoriales y Dolor; Capítulo 3 Funciones de la Voz y el Habla</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Las funciones integrativas del lenguaje, tanto escrito como oral, parecen alteradas moderadamente. No es capaz de relatar o inventar un cuento con sentido. Mantiene un rendimiento pobre en todas las tareas de relación de conceptos y razonamiento lógico.</p>								
b1801	Imagen corporal	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones mentales específicas relacionadas con la representación y consciencia sobre nuestro propio cuerpo. Incluye: deficiencias, tales como miembros fantasmas y sentirse muy flaco o muy gordo</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
b21020	Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones visuales que permiten percibir una cantidad mínima de luz (mínimo luminoso) y la mínima diferencia en intensidad (diferencia luminosa). Incluye: funciones de adaptación a la oscuridad; deficiencias tales como ceguera nocturna (hiposensibilidad a la luz) y fotofobia (hipersensibilidad a la luz)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: La familia sostiene que desde pequeño le molesta la luz solar y algunos tubos fluorescentes, lo cual hace que el paciente esté irascible e incómodo.</p>								
b280	Sensación de dolor (G)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Sensación desagradable que indica daño potencial o real en alguna estructura corporal. Incluye: sensaciones de dolor generalizado o localizado, en una o más partes del cuerpo, dolor en un dermatoma, dolor punzante, quemazón, dolor sordo; deficiencias tales como mialgia, analgesia y hiperalgesia</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: En ocasiones muestra hiperalgesia y en otras parece no sentir el dolor.</p>								
b28013	Dolor en la espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Percepción de una sensación desagradable que indica daño potencial o real en cierta estructura corporal y que se siente en la espalda. Incluye: dolor en el tronco; dolor en la parte baja de la espalda</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: A menudo siente dolor en la parte baja de la espalda lo que hace que su fatiga y malestar sea mayor.</p>								

		0	1	2	3	4	8	9
b28016	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Percepción de una sensación desagradable que indica daño potencial o real en cierta estructura corporal y que se siente en una o más articulaciones, incluyendo articulaciones grandes y pequeñas. Incluye: dolor en la cadera; dolor en el hombro</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Debida a la malformación del lado izquierdo del cuerpo, sufre dolores en las articulaciones de la muñeca y el tobillo.</p>								
b330	Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones de producción del flujo y ritmo del habla. Incluye: funciones de fluidez, ritmo, velocidad y melodía del habla; prosodia y entonación; deficiencias tales como tartamudez, verborrea, balbuceo, bradilalia y taquilalia Excluye: funciones mentales del lenguaje (b167); funciones de la voz (b310); funciones de la articulación (b320)</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
b3301	Ritmo del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones de modulación, el ritmo y los patrones de entonación del habla. Incluye: deficiencias del habla tales como una cadencia repetitiva o estereotipada</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Deficiencias en el ritmo del habla. Muestra frases repetitivas como "si, si, como si me importara", "¿quieres que te diga una cosa?"</p>								
b3303	Melodía del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones relacionadas con la modulación del tono del habla. Incluye: prosodia del habla, entonación, melodía del habla; deficiencias tales como habla monótona</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: La melodía y entonación del habla es inadecuada y peculiar.</p>								
b4351	Reacciones de hipersensibilidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones relacionadas con la respuesta corporal de aumento de la sensibilización ante sustancias extrañas, tal como en la sensibilidad hacia diferentes antígenos. Incluye: deficiencias tales como hipersensibilidad o alergias Excluye: tolerancia a la comida (b5153)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Muestra sensibilidad a determinados medicamentos y alergias alimentarias.</p>								
b7101	Movilidad de varias articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones relacionadas con la amplitud y la suavidad de movimiento de más de una articulación.</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Reducida movilidad en muñeca y tobillo del lado izquierdo, lo cual repercute en la cadera.</p>								

		0	1	2	3	4	8	9
b735	Funciones relacionadas con el tono muscular	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones relacionadas con la tensión presente en los músculos cuando están en reposo y la resistencia que ofrecen al intentar moverlos pasivamente. Incluye: funciones asociadas con la tensión de músculos aislados y grupos de músculos, músculos de una extremidad, músculos de un lado del cuerpo, músculos de la mitad inferior del cuerpo, músculos de todas las extremidades, músculos del tronco, y todos los músculos del cuerpo; deficiencias tales como hipertonía, hipotonía, espasticidad muscular Excluye: funciones relacionadas con la fuerza muscular (b730); funciones relacionadas con la resistencia muscular (b740)</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Tensión de los músculos del lado izquierdo del cuerpo.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b7601	Control de movimientos voluntarios complejos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones asociadas con el control sobre movimientos voluntarios complejos y la coordinación de los mismos.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Control y coordinación deficiente de movimientos voluntarios complejos. Muestra dificultad para reproducir e imitar una secuencia de movimientos simples.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
b7653	Estereotipias y perseverancia motora	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Funciones relacionadas con los movimientos espontáneos, sin propósito final, tales como acunarse, asentir repetidamente con la cabeza o contonearse.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Muestra estereotipias como el balanceo y asentir con la cabeza con perseverancia.</p>								

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		No hay dificultad	Dificultad ligera	Dificultad moderada	Dificultad grave	Dificultad completa	Sin especificar	No aplicable
La realización de una tarea o acción por una persona y el acto de involucrarse en una situación vital								
¿Cuánta dificultad tiene la persona para ...		0	1	2	3	4	8	9
D = desempeño para ...								
C = capacidad para ...								
d110	Mirar	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar intencionadamente el sentido de la vista para apreciar estímulos visuales como ver un acontecimiento deportivo o niños jugando.								
Fuentes de información:								
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								
d115	Escuchar	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar intencionadamente el sentido del oído para apreciar estímulos auditivos, como escuchar la radio, música, o una lección.								
Fuentes de información:								
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								
d1551	Adquisición de habilidades complejas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprender conjuntos integrados de acciones, tales como seguir reglas y secuenciar y coordinar los movimientos, tal como aprender a practicar deportes como el fútbol o utilizar una herramienta de construcción.								
Fuentes de información:								
<input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								
d160	Centrar la atención	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrarse intencionadamente en un estímulo específico, por ejemplo filtrando sonidos que provoquen distracción.								
Fuentes de información:								
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								
d2200	Realizar múltiples tareas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar, iniciar y organizar el tiempo y el espacio necesarios para varias tareas, dirigir y ejecutar varias tareas simultánea o secuencialmente.								
Fuentes de información:								
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								
d2201	Completar múltiples tareas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Completar varias tareas, simultánea o secuencialmente.								
Fuentes de información:								
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica								
Descripción del problema:								

		0	1	2	3	4	8	9
d230	Llevar a cabo rutinas diarias (G)	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Llevar a cabo, acciones coordinadas simples o complejas para planear, dirigir y completar los requerimientos de las obligaciones o tareas diarias, como llevar la economía doméstica y hacer planes para distintas actividades a lo largo del día. Incluye: dirigir y completar las rutinas diarias; dirigir el nivel de actividad personal Excluye: llevar a cabo múltiples tareas (d220)</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d240	Manejo del estrés y otras demandas psicológicas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Llevar a cabo acciones coordinadas sencillas o complejas dirigidas a manejar y controlar las demandas psicológicas necesarias para llevar a cabo tareas que exigen responsabilidades importantes y que conllevan estrés, distracciones o momentos de crisis, tales como conducir un vehículo en circunstancias de tráfico denso o cuidar de muchos niños. Incluye: manejo de responsabilidades; manejo de estrés y crisis</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d335	Producción de mensajes no verbales	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Usar gestos, símbolos y dibujos para expresar mensajes, como negar con la cabeza para indicar desacuerdo o hacer un dibujo o un diagrama para ilustrar o expresar un hecho o una idea compleja. Incluye: producir gestos corporales, señales, símbolos, dibujos y fotografías</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Dificultades sobre todo para producir gestos y señales no verbales.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d3500	Iniciar una conversación	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Iniciar un intercambio social, como iniciar los turnos alternativos mediante contactos visuales u otras acciones que conducen a la comunicación o el diálogo, como presentarse, saludar del modo habitual, o introducir un tema de conversación o preguntar algo.</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Inicia la conversación con frases o comentarios fuera de lugar, lo cual provoca rechazo en los demás.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d3501	Mantener una conversación	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Continuar un intercambio de ideas, respetando los turnos, utilizando el discurso o el diálogo, añadiendo puntos de vista, introduciendo un nuevo tema o retomando alguno que había sido previamente mencionado y también respetando los turnos al hablar o al comunicarse en lenguaje de signos.</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: No utiliza el diálogo ni añade puntos de vista, interrumpe al interlocutor sin respetar los turnos y se desvía del tema con facilidad.</p>								

		0	1	2	3	4	8	9
d3502	Finalizar una conversación	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminar un intercambio de ideas o dialogo mediante fórmulas convencionales y que cierren el tema de conversación. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: A menudo no cierra la conversación ni termina el diálogo, suele irse incluso sin despedirse.								
d440	Uso fino de la mano	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realizar acciones coordinadas relacionadas con manejar, recoger, manipular y soltar objetos, utilizando la mano y los dedos incluyendo el pulgar, como es necesario para coger monedas de una mesa, o girar el mando de sintonía de una radio o el pomo de una puerta. Incluye: recoger, manipular y soltar Excluye: levantar y llevar objetos (d430) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Dificultades para recoger y manipular objetos pequeños. No realiza movimientos coordinados y es muy dependiente de la ayuda de los demás.								
d450	Andar (G)	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avanzar sobre una superficie a pie, paso a paso, de manera que al menos un pie esté siempre en el suelo, como pasear, deambular, caminar hacia adelante, hacia atrás o de lado. Incluye: andar distancias cortas o largas; andar sobre diferentes superficies; andar alrededor de obstáculos Excluye: 'transferir el propio cuerpo' (d420); desplazarse por el entorno (d455) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Cuando esta cansado arrastra la punta del pie izquierdo al andar.								
d4501	Andar distancias largas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar más de un kilómetro, como al recorrer un pueblo o ciudad, al ir de un pueblo a otro, o al andar en espacios abiertos. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: No recorre largas distancias por falta de motivación, fatiga y posible dolor en las articulaciones.								
d455	Desplazarse por el entorno (G)	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mover todo el cuerpo de un sitio a otro siempre que no sea andando, como escalar una roca, correr por una calle, brincar, coretear, saltar, dar volteretas o correr esquivando obstáculos. Incluye: arrastrarse, trepar, correr, moverse despacio, saltar, nadar, escabullirse, rodar y caminar arrastrando los pies. Excluye: 'transferir el propio cuerpo' (d420); andar (d450) Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema:								

		0	1	2	3	4	8	9
d5101	Lavar todo el cuerpo	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Aplicar agua, jabón y otros productos de limpieza sobre todo el cuerpo, con el fin de limpiarlo, como darse un baño o una ducha.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: No lo suele hacer solo, le baña la familia porque él no lo hace adecuadamente, no se frota y se deja jabón tanto por el cuerpo como en el pelo.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d540	Vestirse	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Llevar a cabo las acciones y tareas coordinadas precisas para ponerse y quitarse ropa y el calzado en el orden correcto y de acuerdo con las condiciones climáticas, y las condiciones sociales, tales como ponerse, abrocharse y quitarse camisas, faldas, blusas, pantalones, ropa interior, saris, kimonos, medias, sombreros, guantes, abrigos, zapatos, botas, sandalias y zapatillas.</p> <p>Incluye: ponerse o quitarse la ropa y el calzado y elegir una vestimenta apropiada</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Sus dificultades en la motricidad y la dependencia a la madre, hacen que normalmente no lleve a cabo las acciones de vestirse</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d5402	Ponerse calzado	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Llevar a cabo las tareas coordinadas precisas para ponerse calcetines, medias y calzado.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Lleva zapatillas de velcro y a menudo se las pone la madre.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d660	Ayudar a los demás	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Ayudar a miembros de la casa y a otras personas en su aprendizaje, en la comunicación, en el autocuidado o en el desplazamiento dentro o fuera de la casa; preocuparse por el bienestar de los miembros de la casa y de otras personas.</p> <p>Incluye: ayudar a los demás en el autocuidado, a desplazarse, en la comunicación, en las relaciones interpersonales, en la nutrición y en el mantenimiento de la salud</p> <p>Excluye: trabajo remunerado (d850)</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Se preocupa por sus padres y amigos intentando ayudarles, pero en ocasiones no se percata de las necesidades para el bienestar de los demás.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d710	Interacciones interpersonales básicas	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Interactuar con otras personas de manera adecuada para el contexto y el entorno social, como demostrar aprecio y consideración cuando sea apropiado, o responder a los sentimientos de otros.</p> <p>Incluye: mostrar respeto, afecto, aprecio, y tolerancia en las relaciones; responder a las críticas y a los indicios sociales en las relaciones; y usar un adecuado contacto físico en las relaciones</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: No muestra respeto ni afecto en las relaciones interpersonales. Cuadro de conducta arisca y uso inadecuado del contacto físico con los demás.</p>								

		0	1	2	3	4	8	9
d7102	Tolerancia en las relaciones	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mostrar y responder a la comprensión y aceptación del comportamiento, de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: No comprende ni acepta comportamientos de familiares o compañeros, no se adapta al contexto o situación mostrando comportamientos o respuestas inadecuadas y fuera de lugar.								
		0	1	2	3	4	8	9
d7105	Contacto físico en las relaciones	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Establecer y responder al contacto físico con los demás, de manera adecuada para el contexto y el entorno social. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Usa mucha fuerza en abrazos, al chocar la mano, besa en exceso cuando alguien le cae bien, etc.								
		0	1	2	3	4	8	9
d7204	Mantener la distancia social	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser consciente de la necesidad de mantener la distancia social adecuada, en el contexto cultural, entre uno mismo y los demás, y mantenerla. Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: No respeta el espacio personal.								
		0	1	2	3	4	8	9
d730	Relacionarse con extraños	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Establecer contactos y vínculos temporales con desconocidos con propósitos específicos, como cuando se pregunta una determinada información, una dirección o se compra algo. Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Comienza las interacciones con extraños asustando o "gruñendo", lo que provoca rechazo.								
		0	1	2	3	4	8	9
d7402	Relaciones entre iguales	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crear y mantener relaciones formales con gente que socialmente esté en la misma posición de autoridad, rango o prestigio que nosotros mismos. Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input checked="" type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica Descripción del problema: Le cuesta esfuerzo y tiempo crear relaciones formales con sus iguales discapacitados, pero los mantiene desde hace años. Con los iguales que no tienen algún tipo de dificultad no crea ni tampoco mantiene relación social ya que muestra muchas dificultades en las habilidades sociales y no suele ser aceptado.								

		0	1	2	3	4	8	9
d760	Relaciones familiares	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Crear y mantener, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia.</p> <p>Incluye: relaciones padre-hijo e hijo-padre, relaciones con hermanos y con otros miembros de la familia</p> <p>Fuentes de información: <input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Idolatra a su padre que pasa poco tiempo con él y parece no querer a su madre a pesar de que es la que más le cuida, mimó y comprende.</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d850	Trabajo remunerado (C)	D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>Participar en todos los aspectos del trabajo remunerado (en una ocupación, negocio, profesión u otra forma de empleo), estando empleado a tiempo parcial o a jornada completa, o trabajando como autónomo. Incluyendo buscar y conseguir trabajo, cumplir las obligaciones del trabajo, ser puntual, supervisar a otros trabajadores o ser supervisado y cumplir las obligaciones solo o en grupo.</p> <p>Incluye: trabajo como autónomo, empleo a tiempo parcial y a jornada completa</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema:</p>								
		0	1	2	3	4	8	9
d9204	Aficiones	D	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		C	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Participar en pasatiempos, como coleccionar sellos, monedas o antigüedades.</p> <p>Fuentes de información: <input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica</p> <p>Descripción del problema: Colecciona y se interesa en exceso por lo relacionado con la tecnología, la música y con la náutica.</p>								

FACTORES AMBIENTALES												
constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas.												
<i>¿Qué grado de facilitador o barrera representa el factor para la persona ...</i>												
Usted puede evaluar también los factores ambientales como facilitador o barrera si es aplicable.												
		Facilitador Completo	Facilitador sustancial	Facilitador moderado	Facilitador ligero	No es facilitador ni barrera	Barrera ligera	Barrera moderada	Barrera grave	Barrera completa	Sin especificar	No aplicable
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e1101	Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier sustancia natural o fabricada por el hombre, recogida, procesada o manufacturada para fines médicos, como medicación alopática y naturópata.												
Fuentes de información:												
<input checked="" type="checkbox"/> Historia clínica <input type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica												
Descripción del facilitador/barrera:												
Su medicación actual es Keppra, Trileptal y Vimpat para la epilepsia parcial.												
		+4	+3	+2	+1	0	1	2	3	4	8	9
e130	Productos y tecnología para la educación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipamiento, productos, procesos, métodos y tecnología utilizados para la adquisición de conocimiento, experiencia o habilidades, incluyendo aquellos adaptados o diseñados específicamente.												
Incluye: productos y tecnología generales y de ayuda para la educación												
Fuentes de información:												
<input type="checkbox"/> Historia clínica <input checked="" type="checkbox"/> Cuestionario reportado por el paciente <input type="checkbox"/> Examen clínico <input type="checkbox"/> Investigación técnica												
Descripción del facilitador/barrera:												
Utiliza la tablet con programas adaptados para trabajar y examinarse en el colegio.												