

*Revista de Neuro-Psiquiatría, 57: 139-149, 1994*

## SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON AUTISMO INFANTIL

Por HORACIO B. VARGAS \* y HECTOR TOVAR\*\*

### RESUMEN

*Se realizó el seguimiento de 22 pacientes con autismo infantil, atendidos en el Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", de 1982 a 1986. Se dividió el progreso obtenido por cada paciente en cuatro categorías: éxito bueno (vida social normal o casi normal y funcionamiento satisfactorio en la escuela o trabajo), éxito regular (cierto progreso social y educacional, a pesar de anormalidades significativas, en la conducta o las relaciones interpersonales), éxito pobre (problemas graves, sin proceso social independiente), y éxito muy pobre (incapaz de llevar cualquier tipo de existencia independiente). La mitad de los pacientes estudiados, presentó éxitos buenos o regulares. Los resultados de cada grupo fueron: éxito bueno: 7 (31.82%), éxito regular: 4 (18.18%), éxito pobre: 9 (40.90%) y éxito muy pobre: 2 (9.09%). Los éxitos buenos o regulares superan lo encontrado en la literatura mundial. Los factores asociados a éxito que tuvieron significancia estadística fueron: cociente intelectual y social, escala de habilidades escolares, severidad del cuadro clínico, tiempo de entrenamiento recibido en la escuela, tiempo de tratamiento y respuesta clínica en el Instituto.*

### SUMMARY

*Twenty two outpatients with infantile autism, between 1982 to 1986, were followed up for 6 to 12 years at the Children and Adolescent Department of the "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" National Institute of Mental Health. The obtained progress were divided in every patient in four categories: good issue (normal or almost normal social life and satisfactory function at school or work), regular issue (certain social and educational progress, to sorrow of significant anomalies, inclosed hallmark, at the*

\* Médico-Cirujano, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

\*\* Médico-Psiquiatra, Jefe del Departamento de Niños y Adolescentes del INSM "HD-HN". Profesor Auxiliar, Departamento de Psiquiatría, UPCH.

*behaviour of the interpersonal relation), poor issue (severe problems, without independent social process) and very poor issue (incapable of carry independent existent). Half of the patients studied presented good o regular issues. The results of each group was: good issue: 7 (31.82%), regular issue: 4 (18.18%), poor issue: 9 (40.90%) and very poor issue: 2 (9.09%). The good o regular issues were more frequent than world literature. The associated factors to issues with statistic signification were: intelectual and social quality, scale of school hability, grave clinic finding, delay gave at the school, time of treatment and clinic answer at the Institute.*

PALABRAS - CLAVE: Autismo, seguimiento, éxito.

KEY - WORDS: Autism, follow up, issue.

### INTRODUCCION

El autismo infantil es un síndrome psiquiátrico que Leo KANNER describió por primera vez en 1941. En su estudio de seguimiento de 11 pacientes autistas<sup>1</sup>, consideró que la incapacidad que mostraban los niños para relacionarse de manera habitual con la gente y con las situaciones desde el inicio de la vida, constituía la característica patognomónica del nuevo síndrome. La mayoría de reportes informan cifras de prevalencia entre 2-4 autistas por cada 10,000 recién nacidos<sup>2, 3, 4</sup>. Es más frecuente en varones que en mujeres, en una proporción de 3-4/1<sup>2, 4</sup> y ha sido descrito en todos los grupos étnicos.

Se ha realizado diversos estudios de seguimiento de pacientes autistas a nivel mundial. LOTTER en 1976<sup>5</sup>, realizó una revisión de todos los estudios de seguimiento (21 estudios de Inglaterra, Norteamérica y varias partes de Europa, que incluían 1380 niños de los cuales 1278 fueron seguidos por varios períodos). Trece estudios fueron excluidos por diversas razones (criterios de diagnóstico inciertos, períodos de seguimiento demasiado cortos, pocos casos específicos). Los ocho restantes fueron seleccionados en base a duración del seguimiento, edades de los sujetos, tipos de reporte,

etc. Para proveer mayor precisión, LOTTER clasificó los estudios donde había mayor similitud en el diagnóstico de autismo, los cuales eran comparables en término de duración de seguimiento y datos de colección y reportes. Se encontró que 5-17% de los niños autistas tenían éxito bueno (normal o cerca de lo normal en la vida social y funcionamiento satisfactorio en la escuela o trabajo). El 61-73% presentó un éxito pobre (limitación severa, sin progreso en el logro de la independencia social). Pocos consiguieron empleo y alrededor de la mitad fueron colocados en una institución. Esta proporción tiende a elevarse con la edad. Tres medidas fueron halladas relacionadas al éxito: cociente intelectual, uso del habla y severidad del cuadro.

En el estudio de RUTTER<sup>6</sup>, el puntaje de cociente intelectual fue el mejor predictor de éxito. Estimados de cociente intelectual en niños autistas derivan de puntajes de pruebas no verbales. Una puntuación baja (50 o no puntuación inclusive) en tales pruebas, está asociada con una menor probabilidad de desarrollo de habla útil y con éxito pobre. Un puntaje no verbal alto con un no desarrollo subsecuente del lenguaje no es de valor predictivo; mientras que si el lenguaje se desarrolla subsecuentemente, el puntaje no verbal es una guía útil para

posteriores puntajes generales de cociente intelectual.

Parece que alguna combinación de habla y cociente intelectual puede ser un predictor más útil que ambos separados. Sin embargo, podemos ver que hay limitaciones del habla y cociente intelectual como predictores. El cociente intelectual predice mejor sólo aquellos casos con éxitos pobres.

En el estudio de DE MYER *et al.* en 1973<sup>5</sup>, el predictor más eficiente encontrado fue de sumo interés. En vez de usar un índice indirecto, estos investigadores escogieron predecir directamente la perspectiva educacional y de empleo de sus sujetos de investigación. Cada niño fue clasificado sobre una escala de 5 puntos (normal, fronterizo, educable, entrenable), usando criterios de observación simple de habilidades escolares, incluyendo por ejemplo si el niño podía ser manejado en clases.

Clasificaciones similares fueron realizadas en el seguimiento con la adición de variables tales como entrenamiento post-escolar y empleo. Esta escala fue encontrada como mejor predictor de cuan bien funcionaría el niño educacionalmente en el seguimiento. Se encontró que los niños con alto rendimiento y pocos síntomas en la evaluación inicial se desarrollaron mejor (en estudio de seguimiento de 6 años) que los de bajo funcionamiento, medidos en el mismo período de tiempo. En los autistas de funcionamiento bajo (cociente intelectual inicial por debajo de 40) el éxito fue pobre sin excepción.

Otras cuatro variables han sido correlacionadas con éxitos aunque en menor grado: total del tiempo que pasaba el niño en la escuela, clasificación de conducta social, clasificación de madu-

rez social y desarrollo inmaduro. También se encontró variables relacionadas a éxito en algunos estudios y en otros no, como sexo, algún índice de daño cerebral y la categoría de niño "no entrenable". Entre las variables no asociadas a éxito se encuentran las experiencias pasadas en el hogar, tipo de inicio, desarrollo tardío de convulsiones, peso al nacer, complicaciones perinatales, edad de inicio, clase social y enfermedades mentales en la familia.

En cuanto a las características de la evolución del cuadro se encontró un curso relativamente estable. Una proporción algo grande de niños desarrolla ataques epilépticos por primera vez en la adolescencia o en la temprana adultez. Durante la adolescencia parece empezar a emerger progresos por primera vez en forma diferente de aquellos que tenían éxito pobre. Se observó que más o menos entre los 13 y 19 años llegan a estar enterados de sus peculiaridades y empiezan o hacen un esfuerzo en favor de su superación.

En suma se puede decir que un resultado importante del trabajo de seguimiento es la demostración sistemática de la amplitud del manejo de éxitos; una pequeña proporción de niños autistas emerge suficientemente como para ser socialmente y vocacionalmente independiente, pero para la mayoría las perspectivas son pobres.

El siguiente estudio de seguimiento tiene como objetivo describir cómo son los niños autistas atendidos en la experiencia nacional en su vida posterior y determinar factores asociados a progresos y fracasos, para lo cual se identificó un grupo de niños atendidos en el consultorio externo del Departamento de Niños y Adolescentes del Instituto

Nacional de Salud Mental (INSM) "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de 1982 a 1986.

Hay que tener en cuenta que este estudio se basa en una muestra no aleatoria, por lo cual, los resultados obtenidos no pueden inferirse a la población general. De la misma forma, el análisis de las historias clínicas puede ser incompleto por omisiones o restricciones de información que suelen contener. Sin embargo, constituye el primer estudio de seguimiento a largo plazo que se realiza con pacientes del INSM, cuyos resultados servirán para reforzar el tratamiento de estos pacientes.

### *SUJETOS Y METODO*

El presente es un estudio prospectivo que involucra un grupo de pacientes con diagnóstico de autismo infantil, atendidos de 1982 a 1986 en el Departamento de Niños y Adolescentes del INSM.

Con tal propósito se realizaron las siguientes tareas:

1. Identificación de los casos de estudio: se utilizó los libros de registro del Departamento. Se identificó 40 casos para el período mencionado.

2. Análisis de las historias clínicas.

3. Visitas domiciliarias y/o conversaciones telefónicas: con el fin de determinar el estado actual del paciente en base a una entrevista con el mismo y sus familiares.

Los parámetros de evaluación del seguimiento se realizaron en base al siguiente esquema, que utilizó LOTTER en 1976 para analizar los diversos estudios de seguimiento<sup>5</sup>:

1. Exito bueno: Vida social normal o casi normal y funcionamiento satisfactorio en la escuela o trabajo.

2. Exito regular: Cierta progreso social y educacional, a pesar de anomalías significativas, incluso marcadas, en la conducta o las relaciones interpersonales.

3. Exito pobre: Problemas graves, sin proceso social independiente.

4. Exito muy pobre: Incapaz de llevar cualquier tipo de existencia independiente.

Hay que aclarar que estos parámetros de evaluación del seguimiento, involucran sólo el progreso obtenido en lo cognoscitivo y social, y no toman en cuenta el área afectiva.

Dichos parámetros se confrontaron con las siguientes variables:

1. Tipo de familia.
2. Edad de inicio del trastorno.
3. Curso previo a la admisión.
4. Complicaciones perinatales.
  - 4.1. Complicaciones durante el embarazo.
  - 4.2. Complicaciones neonatales y durante el parto.
  - 4.3. Hipoxia neonatal.
5. Enfermedades previas al trastorno autístico.
6. Grado de instrucción de los padres.
7. Ocupación de los padres.
8. Dinámica familiar.
9. Sexo.
10. Trastornos mentales en la familia.
11. Severidad de la tensión sicosocial.
12. Cociente intelectual.
13. Severidad clínica del trastorno autístico.
14. Severidad del retardo del lenguaje.
15. Escala de habilidades escolares.
16. Cociente social.

17. Entrenamiento recibido (escuela o centro de rehabilitación, entrenamiento terapéutico grupal o ambos).
18. Cantidad de trimestres de Entrenamiento Terapéutico Grupal recibidos.
19. Tiempo de entrenamiento recibido en la escuela o centros de rehabilitación
20. Deprivación socioemocional.
21. Características del afecto.
22. Presencia de impulsividad o agresividad.
23. Severidad del retardo en autoevaluamiento.
24. Desarrollo tardío de convulsiones.
25. Tiempo de tratamiento en el Instituto
26. Respuesta clínica en el Instituto.
27. Edad a la que acuden al Instituto.

Hay que aclarar que estas variables no son las únicas que están involucradas en el progreso de los pacientes autistas. Han sido consideradas debido a que se podía obtener información de ellas en base a las historias clínicas y porque gran parte de éstas han sido tomadas en cuenta en otros estudios.

Parte de los cálculos matemáticos realizados fueron descripciones porcentuales de las variables estudiadas. Para probar la validez estadística de las comparaciones se usó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Yates y la prueba exacta de Fisher (debido al poco número de pacientes seguidos) y el coeficiente de correlación de Pearson.

En este trabajo no se realizó un estudio exhaustivo y profundo de los factores psicológicos involucrados en el área afectiva de los pacientes, debido a las limitaciones que ofrece la información obtenida de las historias clínicas y porque hubiera sido necesario establecer entrevistas repetidas y minuciosas con

los padres de familia y los pacientes (lo que hubiera demandado mucho mayor tiempo de estudio). Quizás estos aspectos puedan ser examinados en un estudio complementario.

### RESULTADOS

Se identificó 40 pacientes con diagnóstico de autismo infantil, atendidos en el INSM. de 1982 a 1986, de los cuales se descartó 18 debido a que no pudieron ser ubicados (4 migraron fuera de Lima, 6 se mudaron de casa sin dejar nuevo domicilio y no se pudo localizar la vivienda de 8). De los 22 casos que se tomaron para el estudio, 5 no pudieron ser ubicados, pero fueron incluidos debido a que tenían 6 o más años de seguimiento y la información obtenida de las evoluciones médicas mostraba una imagen casi completa del progreso alcanzado.

En la Tabla 1 se aprecia el progreso alcanzado por los niños autistas al final del seguimiento, de acuerdo a los parámetros de éxito definidos en la sección sujetos y métodos. La mayoría obtiene un éxito pobre, sin embargo, los porcentajes para éxito bueno y éxito regular son alentadores.

**TABLA N° 1**  
EXITO EN NIÑOS AUTISTAS

EXITO	TOTAL	%
Exito bueno	7	31.82
Exito regular	4	18.18
Exito pobre	9	40.90
Exito muy pobre	2	9.09
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>

Podemos apreciar que la mitad de los pacientes estudiados alcanza un éxito bueno o regular al final del seguimiento.

De las variables estudiadas, las que tuvieron significancia estadística

**TABLA N° 2**  
COCIENTE INTELECTUAL Y  
EXITO EN NIÑOS AUTISTAS

Cociente intelectual	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
<36	0 ( 0.00%)	2 ( 18.18%)
36-49	0 ( 0.00%)	2 ( 18.18%)
50-69	2 (18.18%)	1 ( 9.09%)
70-119	6 (54.55%)	0 ( 0.00%)
No testable	1 ( 9.09%)	1 ( 9.09%)
No solicitado o no realizado	2 (18.18%)	5 ( 45.46%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

**TABLA N° 3**  
COCIENTE SOCIAL Y  
EXITO EN NIÑOS AUTISTAS

Cociente social	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
<36	0 ( 0.00%)	3 ( 27.28%)
36-49	4 ( 36.36%)	2 ( 18.18%)
50-69	0 ( 0.00%)	2 ( 18.18%)
70-119	6 ( 54.55%)	0 ( 0.00%)
No solicitado o no tomado	1 ( 9.09%)	4 ( 36.36%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

fueron: cociente intelectual (Tabla 2), cociente social (Tabla 3), escala de habilidades escolares (Tabla 4), severidad del cuadro clínico (Tabla 5), tiempo de entrenamiento recibido en la escuela (Tabla 6), tiempo de tratamiento (Tabla 7) y respuesta clínica en el Instituto (Tabla 8).

**TABLA N° 4**  
ESCALA DE HABILIDADES  
ESCOLARES Y EXITO EN  
NIÑOS AUTISTAS

Habilidades escolares	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
Fronterizo	4 ( 36.36%)	0 ( 0.00%)
Educable	6 ( 54.55%)	0 ( 0.00%)
Entrenable	1 ( 9.09%)	7 ( 63.64%)
Subentrenable	1 ( 9.09%)	2 ( 18.18%)
No entrenable	0 ( 0.00%)	2 ( 18.18%)
	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

**TABLA N° 5**  
SEVERIDAD DEL TRASTORNO  
AUTISTICO Y EXITO EN  
NIÑOS AUTISTAS

Severidad	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
Leve	1 ( 9.10%)	0 ( 0.00%)
Moderado	8 ( 72.72%)	3 ( 27.27%)
Grave	2 ( 18.18%)	8 ( 72.72%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

TABLA N° 6

TIEMPO DE ENTRENAMIENTO  
EN LA ESCUELA O CENTROS  
DE REHABILITACION Y  
EXITO EN NIÑOS  
AUTISTAS

Tiempo	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
1-2 años	0 ( 0.00%)	1 ( 9.10%)
2-5 años	0 ( 0.00%)	4 ( 36.36%)
5 o más años	11 (100.00%)	3 ( 27.27%)
No recibieron	0 ( 0.00%)	3 ( 27.27%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

TABLA N° 7

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN  
EL INSTITUTO Y EXITO EN  
NIÑOS AUTISTAS

Tiempo	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
0-1 años	1 ( 9.09%)	6 ( 54.55%)
1-3 años	0 ( 0.00%)	3 ( 27.27%)
3 o más años	10 ( 90.91%)	2 ( 18.18%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

TABLA N° 8  
RESPUESTA CLINICA EN EL  
INSTITUTO Y EXITO EN  
NIÑOS AUTISTAS

Respuesta clínica	Exito bueno o regular	Exito pobre o muy pobre
Mejóro	11 (100.00%)	5 ( 45.46%)
Estacionario	0 ( 0.00%)	4 ( 36.36%)
Empeoró	0 ( 0.00%)	2 ( 18.18%)
<b>TOTAL</b>	<b>11 (100.00%)</b>	<b>11 (100.00%)</b>

TABLA N° 9  
EXITOS EN NIÑOS AUTISTAS

Estudio	NS	EB	EP O MP	EMP	INS
EISENBERG (1956)	63	5%	73%	-----	-----
CREAK (1963)	100	17%	73%	5%	39%
MILLER <i>et al.</i> (1966)	26	-----	-----	0	74%
RUTTER <i>et al.</i> (1967)	63	14%	61%	3%	44%
RUTTER <i>et al.</i> (1970)	63	17%	64%	13%	54%
LOTTER (1970)	29	14%	62%	4%	48%
DE MYER <i>et al.</i> (1973)	27	14%	-----	-----	-----

NS: número de seguimientos; EB: éxito bueno; EP: éxito pobre;  
MP: éxito muy pobre; EMP: empeorado; INS: institución.

## DISCUSION

Hay que aclarar, como se mencionó en la sección sujetos y método, que los parámetros de evaluación del seguimiento utilizados en este estudio, involucran sólo el progreso obtenido en lo cognoscitivo y social, y no toman en cuenta los factores psicológicos involucrados en el área afectiva. Por otro lado, las variables estudiadas no son las únicas que están relacionadas con el progreso de los pacientes autistas. Estas han sido consideradas debido a que se podía obtener información de ellas en base a las historias clínicas y porque gran parte de éstas han sido tomadas en cuenta en otros estudios de seguimiento. Se debe tomar en cuenta también la posibilidad de sobrediagnósticos en algunos de estos pacientes debido a que algunos trastornos mentales en niños pueden acompañarse de rasgos autísticos.

Los éxitos buenos o regulares obtenidos en nuestro estudio se encuentran por encima de lo obtenido en estudios de seguimiento realizados a nivel mundial, como se observa en la Tabla 9, tomada de la revisión teórica sobre autismo infantil realizada por NAKAMURA en 1984<sup>5</sup>, en la cual se muestra el éxito obtenido en diferentes estudios de seguimiento, que fueron recolectados por LOTTER en 1976<sup>7</sup>.

De la Tabla 9 se deduce que 5-17% de los niños autistas obtuvieron un buen éxito y 61-73% un éxito pobre o muy pobre. Sin embargo, en el estudio de Bruno BETTELHEIM en 1967<sup>8</sup>, de un total de 40 pacientes, los resultados finales de la terapia fueron pobres con 8 (20%), 15 (37.5%) obtuvieron resultados regulares y los 17 restantes (42.5%) resultados buenos; es decir, 32 (80%) de 40 pacientes tuvieron resultados buenos o regulares,

cifras que muestran un mejor progreso en comparación con otros seguimientos. En este trabajo se hace énfasis en el área afectiva, en lo que se refiere a la génesis y progreso del trastorno autístico. Apparentemente los pacientes que obtuvieron resultados buenos o regulares tenían funcionamiento intelectual normal o superior, pero no especifica cuáles eran sus cocientes intelectuales (no menciona si les llegaron a medir estos cocientes). Tampoco explora las otras variables que han sido estudiadas en otros seguimientos. Llama la atención que LOTTER no lo halla tomado en cuenta.

En el estudio de seguimiento de 201 niños autistas en áreas de Kyushu y Yamaguchi en Japón<sup>9</sup>, se encontró que 31.5% de los casos mostró marcado deterioro en la adolescencia y 43.2% mostró mejoría durante este período. Otro estudio prospectivo realizado por BERGER *et al.* en 1993<sup>10</sup>, concluyó que la capacidad intelectual sería un predictor de progreso en la madurez social en adolescentes autistas con alto funcionamiento.

Los resultados revelan que los pacientes atendidos en el INSM tienen un mejor pronóstico que los pacientes de otras partes del mundo, con excepción de lo encontrado en el estudio de BETTELHEIM. Sin embargo, hay que tomar en cuenta ciertas limitaciones del trabajo. El número de pacientes seguidos y el tiempo de seguimiento es menor a lo mostrado en otros estudios (muchos de nuestros pacientes estudiados son aún adolescentes y no se sabe si en el futuro estarán en la capacidad de desempeñarse en un empleo o quedarse definitivamente a cargo de una institución). Por otro lado, el no haber podido localizar a un grupo de pacientes y el hecho que el INSM sea un centro de referencia a nivel nacional pue-

de crear un cierto sesgo en los resultados. Sin embargo, estas limitaciones no le quita mérito a los hallazgos obtenidos.

Al igual que en otros estudios de seguimiento, las variables: cociente intelectual y social, habilidades escolares, severidad del cuadro clínico y tiempo de entrenamiento recibido en la escuela, tuvieron relación con el éxito obtenido (diferencia estadísticamente significativa). Otras variables como: tiempo de tratamiento y respuesta clínica en el INSM, que no fueron exploradas en otros estudios, tuvieron significancia estadística.

A diferencia de otros estudios, no se encontró relación con la severidad del compromiso del lenguaje. Solamente un paciente presentó convulsión tardía en contraposición con lo encontrado en otros seguimientos. Las otras variables que fueron evaluadas en este estudio no tuvieron relación estadística significativa.

### CONCLUSIONES

El desarrollo del presente trabajo permite las siguientes conclusiones:

1. El 50% de los pacientes estudiados en el INSM, presentaron éxitos buenos o regulares (éxitos favorables).

2. Los resultados de éxitos buenos o regulares (éxitos favorables) superan lo encontrado en la mayoría de estudios de seguimiento realizados a nivel mundial. De la misma forma, los éxitos pobres o muy pobres (éxitos desfavorables) fueron menores a lo encontrado en la mayoría de otros seguimientos.

3. Los parámetros de evaluación del seguimiento, utilizados en este estudio, involucran sólo el progreso obtenido en lo cognoscitivo y social, y no toman en cuenta el área afectiva.

4. Los factores asociados a éxito que tuvieron significancia estadística fueron: cociente intelectual, cociente social, escala de habilidades escolares, severidad del cuadro clínico, tiempo de entrenamiento recibido en la escuela, tiempo de tratamiento y respuesta clínica en el Instituto.

5. El éxito bueno o regular estuvo relacionado con cociente intelectual y social >70, escala de habilidad educable o fronterizo, cuadro clínico leve o moderado, tiempo de entrenamiento en la escuela de 5 o más años, tiempo de tratamiento en el INSM de 3 o más años y mejoría en la respuesta clínica en el INSM.

6. El éxito pobre o muy pobre estuvo relacionado con cociente intelectual y social <36, escala de habilidad escolar entrenable, subentrenable, cuadro clínico severo, tiempo de entrenamiento en la escuela menor de 3 años y curso estacionario y desmejoría en la respuesta clínica en el INSM.

7. Se encontró que los pacientes que acudían a más temprana edad al INSM (dentro de los 3 primeros años de vida), tendieron a presentar éxitos buenos o regulares, a diferencia de los que acudieron tardíamente que tendieron a presentar éxitos pobres o muy pobres. La diferencia no fue estadísticamente significativa.

8. Se encontró otros factores asociados a éxito, pero no tuvieron significancia estadística como: curso previo a la admisión, severidad del retardo del lenguaje, entrenamiento recibido, trimestres de entrenamiento terapéutico grupal recibidos, deprivación socio-emocional, impulsividad o agresividad.

9. Entre las variables no asociadas a éxito se encontraron: sexo, edad de inicio del trastorno, complicaciones perinatales, enfermedades previas al

trastorno, grado de instrucción y ocupación de los padres, dinámica familiar y tipo de familia, trastornos mentales en la familia, severidad de la tensión psicosocial, características del afecto y severidad del retardo en autovalimiento.

Creemos que el presente trabajo debe motivar:

1.- Estudios que abarquen mayor tiempo de seguimiento.

2.- Difusión de conocimientos so-

bre autismo infantil en la población general, para evitar que los niños autistas acudan tardíamente a los servicios especializados.

3.- Inclusión de programas para niños con autismo infantil en los servicios de educación especial y capacitación de las personas encargadas de estos servicios para evitar maltratos, discriminaciones e instrucción inadecuada por desinformación.

### RESUME

Nous avons suivi 22 patients ayant un autisme infantile dans le Département des Enfants et Adolescents de l'Institut National de la Santé Mentale "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de 1982 à 1986. L'évolution est divisé en: bonne, régulière, pauvre, très pauvre. Dans la moitié des cas l'évolution était bonne ou régulière. Nous trouvons 7 cas (31.82%) avec une bonne évolution, 4 cas (18.18%) régulières, 9 cas 40.90 pauvres et 3 cas (9.09%) très pauvre. Le pourcentage des cas avec une évolution bonne ou régulière est supérieur aux pourcentages mondiaux. Les facteurs associés à cette bonne évolution sont: quotient intellectuel et social, échelle des capacités à l'école, sévérité du tableau clinique, temps à l'école, temps de traitement et réponse clinique dans l'Institut.

### ZUSAMMENFASSUNG

Man hat 22 Patienten mit kindlichem Autismus in der Kinder -und Adoleszenten-Abteilung des National Instituts für Geistesgesundheit "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" untersucht in der Zeit von 1982-1986. Es wurde der Verlauf der Patienten in vier Kategorien (Gut- Mässig- Schlecht- Sehr Schlecht) eingeteilt. Die Befunde bei jeder Gruppe waren: Gut: 7(31.82%), Mässig: 4(18.18%), Schlecht; 9(40.90%) und sehr Schlecht: 2(9.09%). Man behauptet, dass die guten und mässigen Befunde besser seien als die, die in der übrigen Literatur beschrieben seien. Eine wichtige Rolle bei den guten Befunden spielen; Intelligenz und sozialer Quotient, schulische Schwierigkeiten, Intensität des klinischen Status, Schulalter, Behandlungszeit und Verlauf am Institut.

### BIBLIOGRAFIA

1. KANNER, L. (1977): "Follow-up study of eleven autistic children originally reported in 1943". *J. Autism. Child. Schizophr.*; 1, 2: 114-145.- 2. CAMPBELL, M. & GREEN, W. (1985): "Pervasive developmental disorders of childhood". In:

*Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th. edition, H. Kaplan & B. Sadok (Eds.), Williams & Wilkins, Baltimore, pp.: 1672-83.- 3. FISH, B. & RITVO, E. (1979): "Psychoses of childhood". In: *Basic Handbook of Child Psychiatry*, J. Noshpitz

- (Ed.), Basic Books, Inc., New York, pp: 249-304.-
4. SCHOPLER, E. (1978): "National Society for Autistic Children. Definition of the syndrome of autism". *J. Autism. Child. Schizophr.*; 8: 162-169.-
5. NAKAMURA, J. (1984): *Autismo, revisión teórica*. Tesis para optar el Grado de Bachiller en Psicología. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.-
6. RUTTER, M. & LOCKYER, L. (1967): "A five to fifteen year follow up study of infantile psychosis: I. Descripción of a sample". *Brit. J. Psychiatry.*; 113:1169-1182.-
7. RUTTER, M. & SCHOPLER, E. (1984): *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Alhambra, Madrid.-
8. BETTELHEIM, B. (1972): *La fortaleza vacía: el autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. Editorial Laia, Barcelona.-
9. KOBAYASHI, R. (1992): "A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi areas, Japan". *J. Autism. Dev. Discord.*; 22: 395-411.-
10. BERGER, H. J. (1993): "Cognitive shifting as predictor of progress in social understanding in high-functioning adolescents with autism: a prospective study". *J. Autism. Dev. Discord.*; 2: 341-59.