

# TEA EN FEMENINO

Joana María Andrés Tauler

Psiquiatra IBSMIA

Hospital Son Espases

# HOJA DE RUTA

1. Introducción
2. Prevalencia
3. Diferencias de sexo
4. Comorbilidad
5. Fenotipo TEA
6. Instrumentos evaluación
7. Testimonios personales
8. Caso clínico



# INTRODUCCION

Grunya Sukhareva <

Psiquiatra



Grunya Efimovna Sukhareva fue una psiquiatra infantil soviética. Publicó la primera descripción detallada de síntomas de autismo, en ruso en 1925 y en alemán un año más tarde. [Wikipedia](#)

**Fecha de nacimiento:** 11 de noviembre de 1891, [Kiev, Ucrania](#)

**Fallecimiento:** 26 de abril de 1981, [Moscú, Rusia](#)

## Sesgo de género histórico:

- Estudios previos en autismo a Leo Kanner y Hans Asperger.
- Estudio descriptivo de 6 niños durante un periodo de dos años.
- Utilizó el término de psicopatía esquizoide según la clasificación Bleuler y Kretschmer. Luego lo reemplazó por **“psicopatía autista psicológicamente evasiva”**.
- Los niños fueron llevados a una escuela terapéutica, donde recibieron entrenamiento en habilidades sociales y motoras, con terapia ocupacional en madera, pintura y gimnasia. Todo ello facilitó su progresión hacia una escuela ordinaria.



# INTRODUCCIÓN

- El **TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA** es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades en comunicación e interacción social, flexibilidad cognitiva y conductual y procesos de sensibilidad.
- Se traduce en dificultades sociales, emocionales, conductuales, ocupacionales y económicas.
- La detección precoz :
  - intervención en aspectos del desarrollo
  - Fomentar la identidad como individuo a través del conocimiento de sus fortalezas y debilidades para afrontar la vida, lo que previene el desarrollo de comorbilidades.
- Las mujeres tienen un elevado riesgo de no ser diagnosticadas o recibir diagnóstico tardío en relación a los hombres (Lai and Baron-Cohen 2015).
- Para ser diagnosticadas requieren síntomas de autismo más severos (Russell et al 2010) y mayores problemas cognitivo conductuales (Dworsynsky et al 2012)
- Los rasgos no son detectados por los profesores en el aula (Posserud et al 2006).

# PREVALENCIA

- Ratio TEA varón / hembra (Ratto et al 2018)
  - Con DI: 2/1
  - Sin DI: 8/1
- Distribución bimodal del momento de diagnóstico.
  - TEA con DI: **infancia**
  - TEA sin DI: **adolescencia y adultez.**



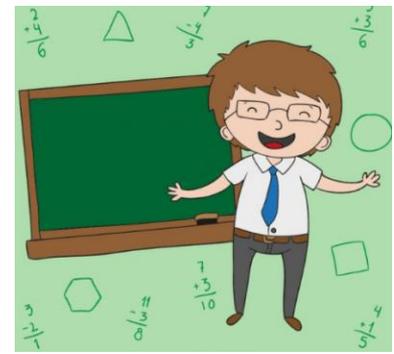
# INVISIBLES EN LA CLÍNICA

- Las chicas con TEA leve presentan capacidades básicas en atención conjunta, hay sonrisas, no suele haber intereses marcados restringidos, no hay conductas estereotipadas pero sí pueden tener problemas de conducta que camuflan su inflexibilidad mental.
- Riesgo de ser diagnosticadas de:
  - TEL
  - Trastorno de Comunicación Social
  - T. Semántico Pragmático
  - TDAH
  - Trastorno de conducta.





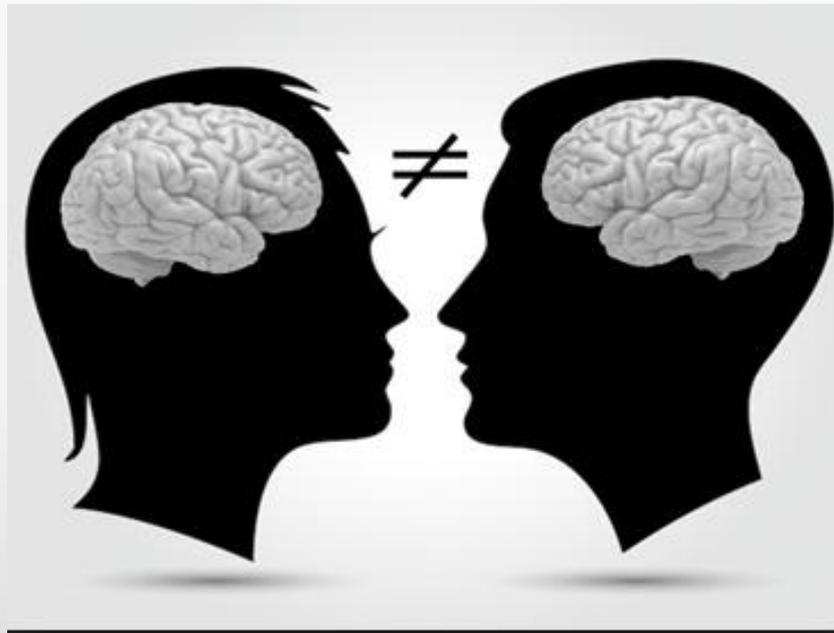
## INVISIBLES EN EL RECORRIDO ESCOLAR



- Dificultad por profesores de entender los handicaps de las alumnas TEA, no solo en las necesidad de adaptación (organización de contenido, literalidad, dificultades atencionales, etc.) sino también en el alto nivel de ansiedad que les genera desenvolverse en un ambiente social como es el aula.
- Manifiestan **interés en socializar** por lo que no se detecta ningún problema.
- Es necesario prestar atención en la **calidad de las relaciones sociales**, que en su gran mayoría, no son sanas ni de igualdad, sino que son víctimas de abuso, exclusión social y acoso entre iguales.
- El malestar que sienten se manifiesta a diferencia de los chicos con **sintomas internalizantes**. Tienen apariencia de normalidad debido al autocontrol, pero con estallidos emocionales en el hogar familiar, depresiones, dependencia emocional, ansiedad y baja autoestima, lo que avoca a la inadaptación y fracaso escolar en etapas de secundaria/ adolescencia.



# DIFERENCIAS DE SEXO EN TEA





# DIFERENCIAS



## RELACIÓN SOCIAL

- Las niñas y chicas con mejor CI suelen tener una mayor competencia social pero superficial, mejor interacción e iniciativa pero falta reciprocidad, lo que las hace desinhibidas, impulsivas, más irritables.
- Mayor interés por pertenecer a un grupo y mejores competencias en la acomodación social (pero son estrategias cognitivas, aprendidas y no innatas).
- Aprendizaje social a través de la observar situaciones de juego y sociales, a otras niñas a la que considera más adaptativas y populares. Pueden imitar a celebridades y personajes de ficción. Copia frases y cualidades del habla (acentos).
- Ejercen un rígido auto-control para evitar cometer “errores sociales”.



# DIFERENCIAS

## COMUNICACIÓN SOCIAL



### ➤ **VERBAL:**

- Mejor a nivel conversacional.
- Más conductas repetitivas verbales (ecolalia y preguntas repetitivas).
- Mejor **Pragmática del lenguaje.**

### ➤ **NO VERBAL:**

- En las tareas de demostración del ADOS las niñas usaban gestos más vívidos que los niños (Rynkiewicz y Lucka 2015)
- Gestos más vivos con aumento de energía, estereotipados sin comprensión subyacente que podrían ser aprendidos. Más proclives a la imitación compleja, lo cual dificulta la detección en las pruebas específicas.



# DIFERENCIAS



## COGNICIÓN SOCIAL

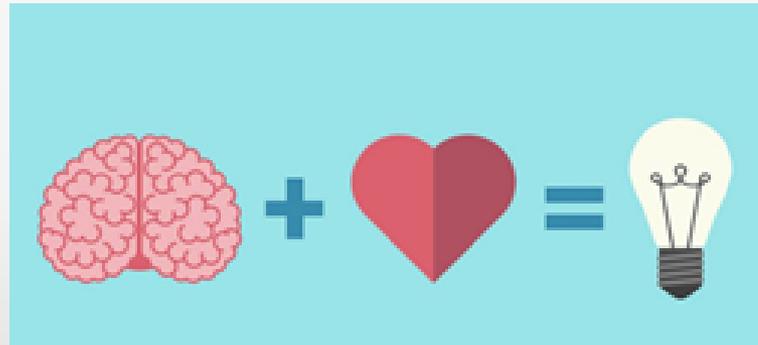
- **Teoría de la mente:** un estudio afirma que mujeres TEA tanto de bajo como alto funcionamiento identifican mejor la mirada que los varones.
- Dificultades en cognición social (intenciones, expresiones, bromas, sutilezas sociales, ironías, tonos de voz, etc. ).
- Las **niñas TEA** tienen capacidad de decodificar situaciones sociales o ensayar interacciones prospectivas durante juegos solitarios (pe usar muñecas y juguetes como objetos representativos o usar sus propias manos para representar figuras) para informar y mejorar su comprensión de los otros.
- En la **adolescencia** tienen más dificultades en entender la relación compleja de las chicas, debido a la mayor complejidad de las relaciones sociales, lo que explicaría mayores tasas de aislamiento social y problemas de salud mental en niñas con TEA (síntomas internalizantes).



# DIFERENCIAS

## INSIGHT:

- **Adolescentes con TEA** tienen una mayor percepción de sí mismas y una mayor capacidad para comprender las normas y convenciones sociales que los varones adolescentes con autismo (Rynkiewicz y Łucka 2015).



# DIFERENCIAS

## JUEGO:

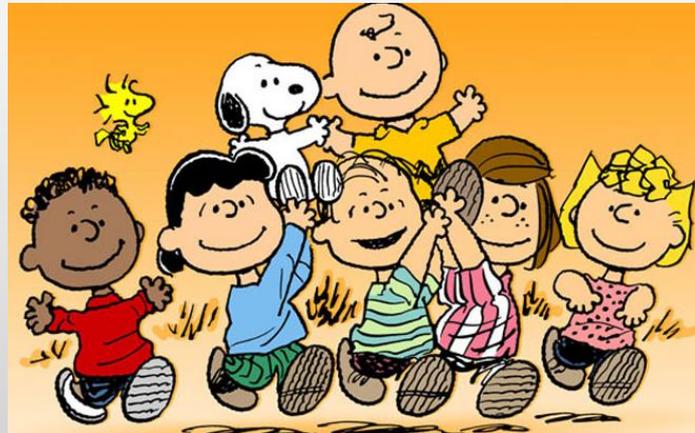
- **Niñas:** mejor juego imaginativo e imitación social.
  - Juego solitario representando escenas (evento real o escena de libro o película). **Amigos imaginarios.**
  - Juego social natural con falta de reciprocidad; demasiado controladoras cuando juegan con iguales. Necesitan controlar el juego y dirigir sin interferencias.
- **Adolescencia** pueden seguir con amigos imaginarios. Esta cualidad puede malinterpretarse como evidencia de alucinaciones y delirios dar pie a un dx erróneo.



# DIFERENCIAS

## AMISTADES:

- **niñas TEA:** más probabilidades de ser cuidadas o aceptadas por niñas no autistas como miembros marginales de grupos sociales femeninos (Tierney et al)
- **Adolescentes TEA:** dificultades en tener amigas del mismo sexo debido a la complejidad de la relación. Suelen preferir amistades masculinas, con un estilo relacional más directo.



# DIFERENCIAS

## CONDUCTAS REPETITIVAS:

- En niñ@s pequeños: no hay diferencias.
- En niñas más mayores: No suelen tener conductas repetitivas, sino **estereotipias motoras inconsistentes**, que pueden controlar, debido a esto suele haber falsos diagnósticos.
- Otros estudios sin diferencias.
- En chicas no suele puntuar en conductas repetitivas, pero sorprende su **nivel de tensión y su ansiedad y su capacidad para la regulación emocional.**



# DIFERENCIAS

## INTERESES RESTRINGIDOS

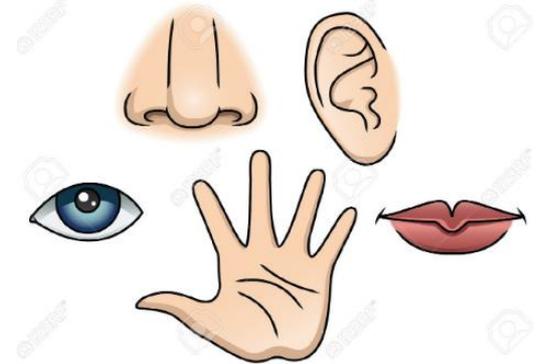
- intereses muy parecidos a las niñas normotípicas.
- Hay que fijarse en la intensidad y frecuencia del interés, es decir, cuanto tiempo dedica a ese interés y a socializarlo.
- En la adolescencia, su tema de interés puede ser socializar, la moda, música, animales...
- La relación inusual entre **talentos e intereses en mujeres TEA** (Attwood y Grandin-2006) en el lenguaje, la música, el teatro y el canto puede ser representativa de una habilidad natural.
- El talento facilita la inclusión social, ya que les permite imitar a una persona o adoptar una imagen a través de un guión y un perfil de personaje. (Ingersoll 2008).



# DIFERENCIAS

## ALTERACIONES SENSORIALES

- más frecuentes en mujeres, aunque les cuesta identificarlas, muy relacionado con regulación emocional.

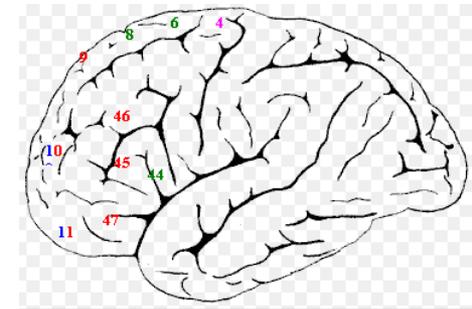


## FUNCIÓN EJECUTIVA:

- más interferencia funcional
- más dificultades en función ejecutiva.

## APARIENCIA FÍSICA:

- Falta de interés en ir a la moda (igual que los chicos).
- Preferencia por ropa cómoda y práctica.
- No usan cosméticos ni desodorantes.



# MOTIVO DERIVACIÓN A SALUD MENTAL



- Síntomas TEA.
- Conductas externalizantes.
- 2 o más diagnósticos comórbidos.



- Bajo CI.
- Problemas de conducta.
- Comorbilidad psiquiátrica (alto funcionamiento)
- Mayor riesgo de no ser detectadas ni diagnosticadas.



# FORMA DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

## COMORBILIDAD

- Ansiedad
- Depresión
- Problemas digestivos y de alimentación
- Autolesiones
- Intento de suicidio
- Problemas de regulación emocional (TLP)
- Alteraciones sensoriales.
- TDAH
- TND
- TC
- Rasgos psicopáticos



# SENSIBILIDAD DE LAS PRUEBAS ESPECÍFICAS

## ○ **ADOS:**

- Da mucha importancia a la interacción y comunicación social.
- Prototipo de conductas estereotipadas según modelo masculino.
- No identifica al 30% de la población femenina, a partir de los 8 ó 9 años.
- Mejor Módulos 1 y 2.

## ○ **ADIR:**

- Mujeres con mejor CI no cumplen criterios.
- El predictor más fuerte de no cumplir criterios en el ADIR fue no mostrar diferencias en el desarrollo temprano.
- Se plantea necesidad de adaptar el ADIR al DSM-V.

## ○ **DSM-V:**

- No incluye items de alteraciones en el desarrollo temprano.
- El criterio B requiere 2 ítems que en ocasiones no se detectan.



# LIMITACIONES DE LAS PRUEBAS ESPECÍFICAS

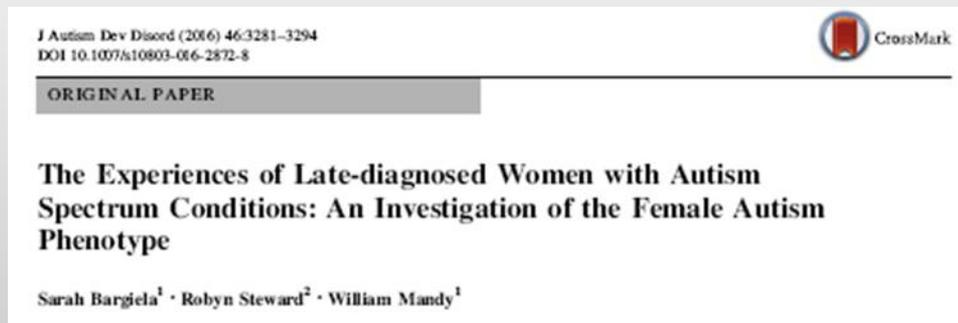
## PROPUESTAS DE MEJORA:

- Añadir técnicas de **entrevista cognitiva** (Beatty y Willis 2007) para conocer si las participantes:
  - entienden y responden a las encuestas y pruebas específicas.
  - perciben que dichas pruebas recogen bien su vida diaria.
- Recoger los datos de forma estructurada y cualitativa para conocer la efectividad de las pruebas en las mujeres con TEA.
- Las investigaciones comienzan a prestar más atención a las experiencias personales de mujeres diagnosticadas tardíamente y los efectos deletéreos de ello (Bargiela et al 2016).



# FENOTIPO TEA FEMENINO

- Evidencia creciente en la existencia de un **fenotipo de TEA femenino** que no encaja perfectamente con la conceptualización actual de TEA (Hiller 2014; Lai 2015).
- Se ha sugerido la **capacidad de camuflaje** de las dificultades sociales (Kenyon 2014) como un hecho clave del **fenotipo femenino**.
- Se necesita definir el constructo de camuflaje.



# MARCO DE ANÁLISIS

TEMAS	SUBTEMAS	
<b>FALTA DE DIAGNÓSTICO</b> <b>“No eres autista”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiquetado con diagnóstico de no TEA</li> <li>• Estereotipos profesionales de autismo no útiles</li> <li>• Niña tranquila en el colegio</li> <li>• Incomprendida, falta de apoyos o invisible a los profesores</li> </ul>	<p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>2</p>
<b>“Simulando ser normal”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Llevar una máscara”</li> <li>• Aprender conductas sociales a través de TV, libros o revistas.</li> <li>• Mímetismo social</li> <li>• El coste de la mascara</li> </ul>	<p>8</p> <p>6</p> <p>5</p> <p>5</p>
<b>Pasivo a asertivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complaciente, apaciguadora, evita el conflicto</li> <li>• Se ve atrapada en relaciones abusivas o situaciones de riesgo</li> <li>• Víctima de abuso sexual</li> <li>• Aprendiendo a ser asertiva</li> </ul>	<p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>8</p>
<b>Forjando una identidad como mujer con TEA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presiones sociales: Qué se espera de una mujer joven</li> <li>• Amigos: incertidumbre e intensidad</li> <li>• Más fácil hacer amigos varones.</li> <li>• Amistades y apoyo online</li> <li>• Los intereses definen identidad y confianza en uno mismo</li> </ul>	<p>8</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>7</p> <p>7</p>

# CONCLUSIONES

- Las participantes hablaban de
  - Elementos **conscientes** del camuflaje: aprender a usar las habilidades sociales neurotípicas, “ponerse una máscara” (Baldwin and Costley 2015 Cridland et al 2014). El aprendizaje lo hacen mediante la observación de iguales, lectura de libros de psicología, imitación de personajes y ensayo error de situaciones sociales.
  - Elementos **inconscientes** de camuflaje, donde las mujeres referían que su conducta social era en imitación a personas de su alrededor sin ninguna intención de hacerlo.
- Desventajas del camuflaje:
  - sensación de agotamiento
  - confusión sobre la verdadera identidad individual,
  - No se reciben los apoyos necesarios.



## The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype

Sarah Bargiela<sup>1</sup> · Robyn Steward<sup>2</sup> · William Mandy<sup>1</sup>

# CONCLUSIONES

## Dificultades de la mujer TEA:

- Rol de género: Expectativas sociales y culturales en la mujer según roles tradicionales (madre, pareja..) . Muchas manifiestan su deseo de vivir aceptando su identidad como persona TEA sin embargo se sienten presionadas por el rol.
- Tanto adolescentes (Cridland et al 2014) como las mujeres de la muestra informan que sus dificultades sociocomunicativas les imposibilita juntarse y disfrutar de grupos pares de mujeres, a las que perciben como más sutiles y expertas en la relación con el otro sexo.
- Se sugiere la potencial influencia de problemas de identidad de género (Strang et al 2014) o rechazo a identidad de género binaria (Kristensen and Broome 2015) debido a los **ratios elevados de disforia de género y genero no binario entre mujeres con TEA.**



# CONCLUSIONES

## The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype

Sarah Bargiela<sup>1</sup> · Robyn Steward<sup>2</sup> · William Mandy<sup>1</sup>

- El hecho de que las mujeres no sean diagnosticadas o se diagnostiquen tarde sugiere:
  - Características específicas del fenotipo femenino TEA.
  - Sistemas de identificación de mujeres con TEA insuficientes.

### Hipótesis:

- Las mujeres con mayor habilidad en el camuflaje corren mayor riesgo de no ser detectadas.
- Tendencia a problemas internalizantes (ansiedad, depresión)
  - No se identifican en el aula.
  - Las comorbilidades enmascaran el TEA.



# CONCLUSIONES

## The Experiences of Late-diagnosed Women with Autism Spectrum Conditions: An Investigation of the Female Autism Phenotype

Sarah Bargiel<sup>1</sup> · Robyn Steward<sup>2</sup> · William Mandy<sup>1</sup>

Hay mujeres con dificultades severas autistic-like (en la reciprocidad y comunicación social, flexibilidad y procesamiento sensorial) pero no cumplen criterios TEA para el diagnóstico (Dworzynsky et al 2012).

No está claro si deben ser incluidas en estudios del fenotipo TEA femenino.

2 posturas:

- No cumple criterios entonces se considera no TEA.
- Son TEA pero los criterios diagnósticos actuales son incapaces de detectarlas.

No existen biomarcadores específicos de TEA (Mandy and Lai 2016) por lo que no hay forma definitiva de resolver la cuestión.





# TANNIA MARSCHAL

## PSICÓLOGA AUSTRALIANA



20 años de experiencia en consulta con niñas y mujeres TEA de diferentes países y culturas.  
Existe un estereotipo histórico del autismo de tipo masculino.

**MASCARA  
SOCIAL**



- GENÉTICA
- TEMPERAMENTO
- PERSONALIDAD
- COMORBILIDADES
- AMBIENTE FAMILIAR
- CRIANZA



- **Rol social**
- **TIPOS DE MUJERES TEA**



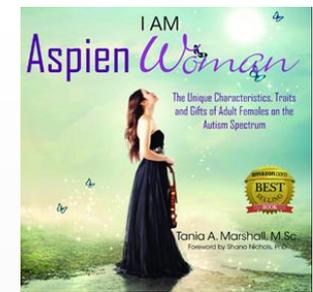
# TIPOS DE NIÑA / MUJER TEA



- **“marimacho” (“Tomboy”)** Viste de forma andrógina, o con ropa de chicos. Le es más fácil hablar con chicos varones u hombres. Es el tipo más derivado a evaluación. Proclive a **problemas de identidad de género, genero no binario, disforia de género.**
- **estrella académica,** usa su inteligencia para ganar títulos y premios. Tiene un CI > 130 que le ayuda a manejar situaciones sociales. Cuanto más hábil, más diferente puede ser la presentación.
- **pasiva** es un chica normalmente complaciente, tímida, tranquila, obediente, cooperativa, no suele pedir ayuda, le cuesta defenderse de hostigadores en la escuela, y suelen aprovecharse de ella.
- **agresiva** historia previa larga de malos entendidos sociales, impulsiva, frecuentes enojos y tendencia a romper lazos con todos, es el subtipo más asociado con los **rasgos del TLP** en adultas y puede haber recibido este diagnóstico.
- **científica** puede tener un interés especial en Física, Matemática, Química, Biología y Animales, Programación informática. Hiperfocalizada en su área de interés, llegando a grandes niveles de aprendizaje y distinción (tales como másters, o doctorados).



# TIPOS DE NIÑA / MUJER TEA



- **Icono de la moda** siempre está pendiente de las tendencias y la moda, puede trabajar en moda, diseño, como actriz o como modelo. Altos conocimientos en moda. Apariencia perfecta. Se maneja bien con charlas cortas, que la hacen parecer neurotípica y le permiten afrontar situaciones sociales, y encajar con pares. Su apariencia puede ser excéntrica pero pasa desapercibida en el ambiente en que se mueve.
- **Ama de Casa o Cocinera**, Le encanta tener gente en su casa, cuidar y entretener. Ser anfitriona le evita socializar con otros.
- **Artista** Es diferente o excéntrica, porque la sociedad espera lo mismo de un artista, por ese motivo, suele permanecer no identificada o diagnosticada, hasta que tenga una crisis. Pueden ser pintoras, actrices, modelos, cantantes, miembros de una banda etc.
- **Guerrera de Justicia** obsesionada con la justicia, la ecuanimidad, y lo que está bien y lo que está mal, que se convierte en obsesión intentando organizar grupos que no prosperan por sus malas formas. Tienen un sentido de justicia equivocado. Estas personas terminan comenzando causas una y otra vez.



# TEA Y TCA



- Ratio de género inverso en TCA y TEA **varón / hembra**.
  - 1/10 en TCA
  - 4-8/1 en TEA.



# CLASIFICACIÓN

## DSM-IV

### Trastorno de la Conducta Alimentaria

#### INFANCIA

- Pica
- Rumiación
- Trastorno de ingestión alimentaria de la infancia y niñez.

#### ADOLESCENCIA

- Específicos:
  - Anorexia Nerviosa
  - Bulimia Nerviosa
- No específicos
- En estudio trastorno por atracón

## DSM-V

### T. Alimenticios y de la ingesta de alimentos

- Anorexia Nerviosa (F50.0)
  - Tipo restrictivo
  - Tipo atracones purgas
- Bulimia Nerviosa (F50.2)
- Trastorno por atracón (F50.8)
- Otro trastorno alimentario o de la ingestión especificado (F50.8)
- Trastorno alimenticio y de la ingestión de alimentos no especificado (F50.9)
- Pica (F50.8)
- Trastornos de rumiación (F98.51)
- Trastorno de la evitación/restricción de alimentos (F50.8)

# ESTUDIOS TEA Y TCA

Gillberg, C. (1985). Autism and anorexia nervosa: Related conditions?. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 39(4), 307-312.

Zucker, N. L., Losh, M., Bulik, C. M., LaBar, K. S., Piven, J., & Pelphrey, K. A. (2007). Anorexia nervosa and autism spectrum disorders: guided investigation of social cognitive endophenotypes. *Psychological bulletin*, 133(6), 976.

Tchanturia, K., Smith, E., Weineck, F., Fidanboyly, E., Kern, N., Treasure, J., & Cohen, S. B. (2013). Exploring autistic traits in anorexia: a clinical study. *Molecular Autism*, 4(1), 44.

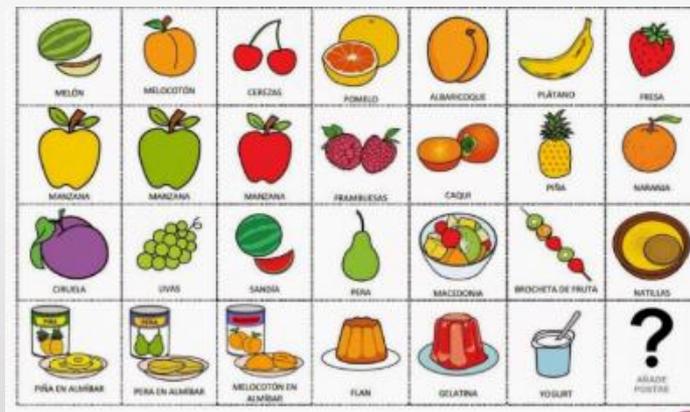
Oldershaw, A., Treasure, J., Hambrook, D., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2011). Is anorexia nervosa a version of autism spectrum disorders?. *European Eating Disorders Review*, 19(6), 462-474.

Rhind, C., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S., ... & Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Molecular autism*, 5(1), 56.



# PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN EN NIÑAS TEA

- Alteraciones del ritmo de la comida
- Negativa a comer sólidos
- Variedad de alimentos extremadamente limitada
- Rituales marcados
- Problemas conductuales
- Conductas de pica



# FACTORES DE RIESGO TCA EN MUJERES TEA

- Alteraciones sensoriales
- Hiperselectividad alimentaria
- Posibles alteraciones gastrointestinales
- Resistencia al cambio ++ /Halmi et al.(2012)
- Enfermedades, intolerancias alimentarias, alergias
- Problemas conductuales relacionados con áreas del desarrollo



# TENER EN CUENTA

- Karlsson et al (2013), los trastornos alimentarios son comunes en el TEA, pero a menudo se pasan por alto.
- Es **necesario conocer la comorbilidad** entre ambos trastornos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.
- Los puntos de partida terapéuticos deben respetar los síntomas individuales y sus vínculos mutuos.
- La orientación clínica de los pacientes con tales comorbilidades es siempre más exigente y **requiere experiencia con ambos diagnósticos**.



# TEA Y SEXUALIDAD



- **GENERO ASIGNADO AL NACER:** binario.
- **IDENTIDAD DE GÉNERO:** percepción subjetiva que un individuo tiene sobre su propio género, que podría coincidir o no con el sexo biológico dado al nacer.
- **ORIENTACIÓN SEXUAL:** Patrón de atracción sexual, erótica, emocional y amorosa.
- **ROL DE GÉNERO:** conjunto de normas sociales o comportamentales esperadas en una cultura asociadas a la idea de feminidad o masculinidad.
- **DISFORIA DE GÉNERO:** discordancia entre su identidad de género y el género asignado al nacer con el que no se siente identificado y le provoca malestar.



# TEA Y SEXUALIDAD

- Adolescencia periodo crítico.
- Cambios hormonales y físicos. Menarquia.
- Relaciones sociales más complejas.
- Comprensión de las intenciones del otro.
- Malinterpretaciones del otro de la propia conducta.
- Riesgo de victimización
- Riesgo de abuso sexual.
- El fenómeno camuflaje desvirtua la propia identidad y crea confusión.



## INTERVENCIÓN GRUPAL

- Se recomienda en la intervención grupal de adolescentes **sesiones separadas por sexo** alternadas con sesiones mixtas para tratar temas específicos e importantes.
- Dar estrategias.



# INCONGRUENCIA DE GENERO / DISFORIA DE GENERO

*Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 105–115, 2018

Published with license by Taylor & Francis

ISSN: 1537-4416 print/1537-4424 online

DOI: 10.1080/15374416.2016.1228462



## Initial Clinical Guidelines for Co-Occurring Autism Spectrum Disorder and Gender Dysphoria or Incongruence in Adolescents

John F. Strang<sup>1</sup>, Haley Meagher<sup>1</sup>, Lauren Kenworthy<sup>1</sup>, Annelou L. C. de Vries<sup>2</sup>, Edgardo Menvielle<sup>3</sup>,  
Scott Leibowitz<sup>4</sup>, Aron Janssen<sup>5</sup>, Peggy Cohen-Kettenis<sup>6</sup>, Daniel E. Shumer<sup>7</sup>, Laura Edwards-Leeper<sup>8</sup>,  
Richard R. Pleak<sup>9</sup>, Norman Spack<sup>10</sup>, Dan H. Karasic<sup>11</sup>, Herbert Schreier<sup>12</sup>, Anouk Balleur<sup>6</sup>,  
Amy Tishelman<sup>13</sup>, Diane Ehrensaft<sup>14</sup>, Leslie Rodnan<sup>15</sup>, Emily S. Kushner<sup>16</sup>,  
Francie Mandel<sup>17</sup>, Antonia Caretto<sup>18</sup>, Hal C. Lewis<sup>19</sup>, and Laura G. Anthony<sup>20</sup>



## INCONGRUENCIA DE GENERO / DISFORIA DE GENERO

- Alta incidencia de adolescentes TEA con problemas de identidad de género /disforia de género.
- Se aconseja:
  - Explorar síntomas TEA en adolescentes con disforia de género
  - Explorar síntomas de disconformidad de género en adolescentes TEA.
  - Apoyo entre ambas especialidades.
- Se establece un protocolo de evaluación y de pasos a seguir en el tratamiento cuando la persona con TEA decide un cambio de sexo.



# INSTRUMENTOS EVALUACIÓN TEA

- **ASSQ-girl**
- Q-ASC Questionnaire for Autism Spectrum Conditions (Arrwood, Garnett and Rynkiewicz 2011) sensible a las diferencias de conducta social en niños y niñas con TEA. En proceso.



# ASSQ-GIRL

## Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (extensión para chicas) (ASSQ-GIRL)

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ PNAC \_\_\_\_\_

Cuestionario cumplimentado por: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	NO	ALGO	SI
1. Imita a los adultos (puede que de forma muy discreta)			
2. Episodios de problemas con la alimentación,			
3. Sin percepción del tiempo,			
4. Demasiada simpatía,			
5. Extremadamente interesada en grupos de pop/rock, series televisivas, desastres naturales,			
6. Evita hacer peticiones,			
7. Muy resuelta,			
8. Dificultades al elegir; siempre evita hacerlo,			
9. Dificultades con el cuidado personal,			
10. Descuidada o demasiado meticulosa en relación con su apariencia física o modo de vestir,			
11. Ingenua,			
12. Se acerca demasiado a las otras personas,			
13. Interactúa principalmente con niños más pequeños,			
14. Se involucra en actividades peligrosas			
15. Exageradamente fantasiosa,			
16. Habla sin contenido,			
17. Escribe largos relatos (puede que en flagrante contraste con su nivel verbal),			
18. Actúa o vive diferentes papeles (estrellas de la televisión, videos, animales),			

## INTERPRETACION:

El Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (extensión para chicas) (ASSQ-GIRL) ha sido obtenido y traducido directamente de la siguiente publicación: Kopp, S: Girls with social and/or attention impairments Institute of Neuroscience at Sahlerenska Academy 2010.

Se trata de un cuestionario con preguntas sobre el comportamiento de las chicas (opcionalmente también chicos) pensado para ser contestado por los **padres**. Estos aspectos han determinado el estilo de traducción de las preguntas y se han de tener en cuenta al interpretarlas.

El Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista (extensión para chicas) se administra a chicas (y chicos) de **6 a 16 años de edad**. El cuestionario presenta 18 items que se puntúan escogiendo entre las opciones **No** **Algo** y **Si** asociadas a los valores numéricos de 0, 1 y 2 respectivamente:

**No:** Normalidad; **Algo:** Indica algún nivel de alteración; **Si:** Define una alteración.

La **puntuación total** va de **0 a 36**. Los autores del cuestionario no han establecido puntos de corte, es decir, puntuaciones que permitan clasificar el nivel de afectación según la puntuación obtenida. De lo que disponemos es del resultado obtenido al enfrentar el cuestionario a diversos grupos de población. Estos grupos son los siguientes:

Chicas TBA	Chicas TDAH	Chicos TBA	Chicos TDAH	Chicos control
14,4 (± 6,8)	9,2 (± 4,7)	18,9 (± 6,7)	9,1 (± 6,4)	1,7 (± 1,9)

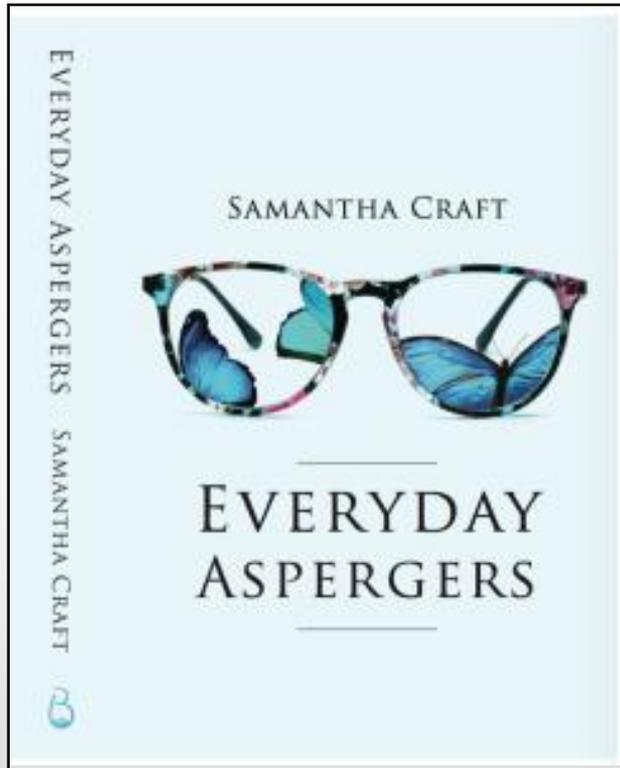
La forma de interpretar la puntuación obtenida al completar el cuestionario consiste en compararla con la media obtenida en los experimentos citados. Si el resultado obtenido es similar o superior a la media obtenida por uno de los grupos de población clínica estaremos frente a un caso que aconseja la consulta de un profesional de la salud.

# TESTIMONIOS PERSONALES



# SAMANTHA CRAFT

## ESCRITORA Y ARTISTA USA



### MUJERES CON ASPERGER

#### LISTADO NO OFICIAL

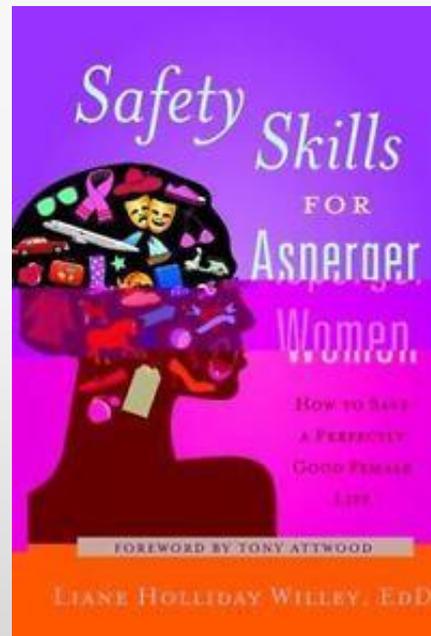
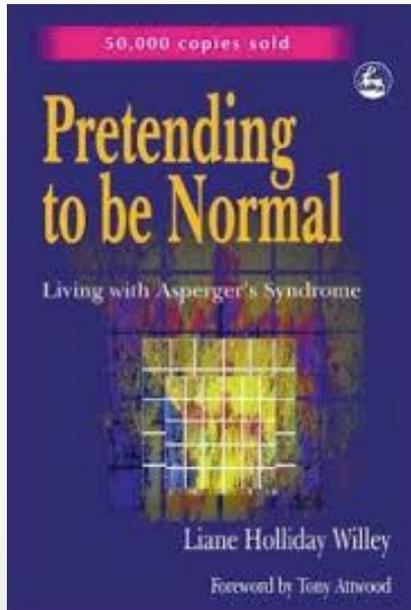
“Esta es solo mi opinión basada en la experiencia de trabajar 12 años con autismo y haber sido diagnosticada de Síndrome de Asperger”

“Esta lista no busca reemplazar la definición de autismo del DSM-V ni ser utilizada en el diagnóstico clínico”.



# LIANE HOLLIDAYS WILLEY

ESCRITORA EEUU



Dx a los 35 años  
Termino "aspie"



# DONNA WILLIAMS

## (1963-2017)

Escritora, artista, cantoautora, escultora, guionista

Profesora, consultora de autismo

Australia

Dx esquizofrenia con 2 años

Autismo a los 37 años



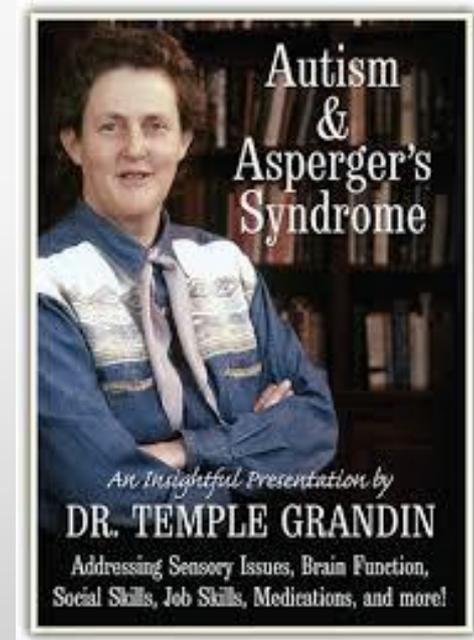
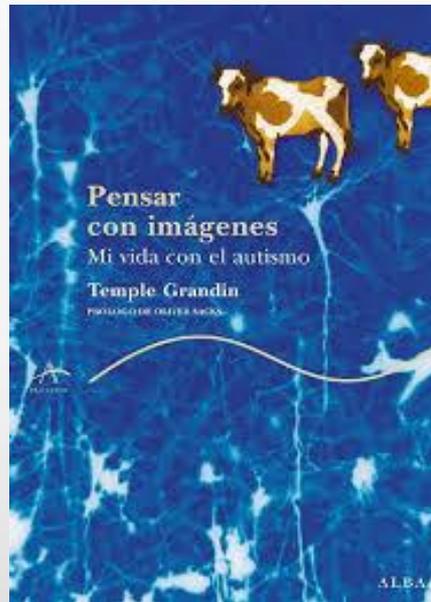
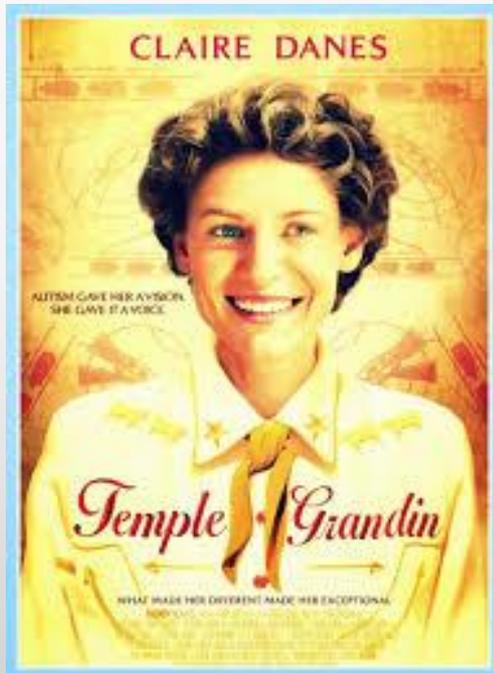
# TEMPLE GRANDIN

1945 Massachussets

zoóloga, etóloga, diseñadora de mataderos y profesora de la Universidad.

Psicología del comportamiento animal

Dx daño cerebral con 3 años.



# TESTIMONIOS DE MUJERES CON TEA

EN PRIMERA PERSONA

## Tengo 34 años y hace tres me diagnosticaron autismo

- El diagnóstico fue mi salvación. La mía y la de mi familia
- La gente debería conocer más cosas del autismo, en especial los profesores



Esta soy yo. Foto de Chomí Delgado

IRENOULA - 22 NOV 2015 - 09:03 CET

Tengo 34 años y hace tres me diagnosticaron Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Llamar a alguien "autista" se convirtió, hace ya tiempo, en un insulto. Bien pensado, todo es susceptible de ser utilizado como insulto: ser alto, ser bajo, llevar gafas, tener mucho pelo, tener poco pelo, cecear, sesear, ser cojo, ser listo, ser tonto... en fin, la lista es larguísima. Por eso, cuando me enteré que estaba dentro de eso que llaman autismo, flipé. ¡Uf! Por si no me habían rechazado poco en mi vida, encima ahora me llamarían "autista..."

Pero, a la larga, el diagnóstico ha sido literalmente mi salvación. Y la de mi familia. Tengo más paciencia conmigo; tienen más paciencia conmigo. Tomo una medicación adecuada para regular mis niveles de serotonina y me reconozco a mí misma en el espejo. Soy la misma persona que era antes, pero ha salido de la nada un aura que me rodea y me protege. Aunque los síntomas del autismo no siempre son los mismos, os contaré los que yo he conocido y cómo he tenido que esforzarme para desenvolverme en el día a día.



# CASO CLINICO

## MOTIVO DE CONSULTA (ENERO 2018) :

- Chica de **13 años** derivada por pediatra por **problemas de alimentación.**
- **Hace 2 meses** a raíz de una charla de nutrición en el IES Lucia manifestó a su madre que “se sentía culpable por comer”. Se notificó al IES, que deriva a pediatra . La madre refiere que notó que había perdido peso, coincidiendo con crecida y alimentación más selectiva.

## ENFERMEDAD ACTUAL

- inicio de conductas problema en **Verano 2016.** Coincide con cambio domicilio y cambio al Instituto. "Había oído hablar de vomitar, pero nunca lo había hecho, pensé que lo podía hacer y que podría parar, pero me di cuenta que no podía... era una rutina...por eso pedí ayuda a la nutricionista". Refiere vómitos de más de un año de evolución con una frecuencia inicial de 3-4 veces semana coincidiendo con comidas más fuertes. Algunos espontáneos otros provocados. En momento actual frecuencia de 1 vez semana.
- Previamente tras ver un documental dejó de comer comida rápida. Fue reduciendo fritos, pasta y cantidades de alimentos. Hace unas semanas quiere ser vegetariana "porque me dan pena los animales".
- Dice no poder controlar las conductas alimentarias "se ha convertido en una rutina". "A veces cuando me pongo nerviosa como y luego vomito".



# CASO CLINICO

## Biografía:

- Hija única. Padres separados desde sus 4 años. Buena relación. No hay un régimen estricto entre ellos. Madre trabaja de administrativa y padre de marger. Siempre habían vivido cerca de la abuela materna y solía comer en su casa hasta el cambio de domicilio. Ahora come en casa con su madre que trabaja al lado. Algún día se va a comer con la abuela.
- **AP:** Nada de interés.
- **AF:**
- Abuela materna **depresiones**. Lucia ha convivido mucho con ella. Bisabuela materna se **suicidio** (defenestración) por depresión. Prima hermana de la madre con **Esquizofrenia**.
- Abuelo paterno **alcoholismo** muerte por cirrosis.

## Descripción de la madre:

- Caracter introvertido. Le cuesta hablar de emociones. Si la madre lo intenta la hace parar o cambia de tema. Puede hablar de cosas banales, zombies, series...



# CASO CLINICO

## DESARROLLO:

- **Embarazo:** Madre con 20 años y padre 26 años. No tabaco ni fármacos. No problemas en embarazo o parto. Problemas de sueño el primer año, muy aferrada a la madre y al pecho el primer año. Nadie más la podía coger ni la abuela. Tenía que dormir en el maxicosi pero no tumbada porque se despertaba llorando. Tenía mucha hambre. Percentil de peso por encima de la media++. Buen beikost. Hábitos alimenticios familiares (abuela) de sobrealimentación. No intolerancias ni alergias. Primeras palabras antes del año, primera palabra "yeye". "No se si esto es relevante pero no me gustaba el chupete". Lenguaje precoz con buen nivel de vocabulario.
- **Guardería:** 1,5 años. Cariñosa con cuidadoras. "Niña muy buena". "No me ha gustado jugar con otros niños al pilla-pilla, me gustaba más estar sentada hablando, porque creo que soy una persona mayor escondida en este cuerpo...". Poco interés por niños de su edad "me parecen muy simples, no entienden como hablo". "Me gusta estar sola aunque hablo mucho...".
- **Escolarización:** 2º ESO con buen rendimiento académico desde siempre. Mejor en castellano, inglés y catalán. Facilidad para idiomas. Peor en matemáticas. Quiere ser profesora de castellano.
- Bullying desde 1º EP hasta 3º EP por sobrepeso. Nunca contó nada. Se relacionaba con un niño que también era acosado y en casa hablaba de él mostrando preocupación, no sobre sí misma. Epoca de aislamiento con dificultades sociales, sin relaciones personales.
- No quiso ir al IES adjudicado porque "quería comenzar de nuevo, no quería ser la gorda de la clase y que se rieran de mí".

# CASO CLINICO

- **Socialización:** Problemas sociales desde siempre. Falta de adaptación. "Si hubiera gente más madura me gustaría pero no entienden mi forma de hablar". "Ahora en el IES estoy más a gusto, porque comparten mis intereses" ( Anime. Harry Potter). Repite "no se si es relevante o no". "Todo el mundo me dice que tengo un tono elevado de voz, ellos (señala a los padres), los profesores, los alumnos, los familiares...".
- **Amistades:** No tiene una mejor amiga. Este año va con una chica (residente en centro de Menores) con la que comparte el interés en el Anime. No quedan fuera. Habla por instagram con una niña de la escuela de baile y han quedado alguna vez. No le gusta mucho salir, casera.
- **Juegos:** Tendencia a juego individual: pintar, leer, manualidades. Alguna muñeca que vestía. Imaginativa. "Tengo mundos en mi cabeza". No le gustan los videojuegos. No juego compartido "se inventan sus propias historias, yo quiero mandar...". "Yo tengo mis cosas en la cabeza y cuando otro interviene lo cambia, a mí no me gusta que lo cambie".



# CASO CLINICO

- **Conductas estereotipadas:** Colocaba coches. muñecos en fila, por orden concreto.
- **Rutinas/Manias:** Sentido del humor "tenemos para rato..." "... Tiene su orden concreto en el cuarto, nota y le molesta si su madre le toca algo. Luego es desordenada. En Mercadona coloca los productos a su manera. En clase coloca mesas "no cuesta nada poner el palo izquierdo sobre la línea" "cuando se acaba la clase me levanto y borro la pizarra, primero hago polvitos, luego en círculos y en diagonal, y así me despido del profe". Tiene un ritual de saludo y despedida de profesores. "Siempre tengo la misma frase, si la quisiera cambiar tendría que entrenarlo mucho en la cabeza..." "Yo tengo una frase para cada ocasión y si tuviera que cambiarla tendría que estar un par de meses". "Me molesta cuando ponen la fecha de la pizarra muy arriba o abajo, tienen que tener su margen o cuando sin querer la línea de escribir se tuerce".
- **Intereses:** "Yo voy por etapas". "Busco información y la recolecto, a mí me gusta que mi papa, que explica muy bien la historia, me la explique". "Busco información de H. Potter o Castle y la voy apuntando". Animales. Lego del salón de Big Bang "me gusta organizar a los personajes en fila o a cada uno en su sitio, una vez intenté colocar a Sheldon en la butaca y me dió un ataque". "Yo creo que Sheldon es como un yo pero muy bruto".



# CASO CLINICO

- **Hipersensibilidad:** a los ruidos como una lata vacía que cae, apretar el botón del boli (se retrae al hacerlo en su presencia), arrugar papel. Le molestan la faldas porque le rozan en las piernas. Lleva camisetas interiores sin tirantes "se puede dañar mi hombro". Tendencia a vestir muy ancha hasta hace poco. No le gusta mostrar el cuerpo. No le gusta ir a la playa por la arena (lloraba de pequeña) ni el agua, ni la piscina pública porque hay mucha gente, "botan y me molestan". No le gusta caminar descalza en la hierba.
- **Fobias:** alturas, ratas, lugares concurridos.
- **Gestos:** Me hace de forma estereotipada el gesto de "ok" con los pulgares.
- **Coordinación motora:** falta de coordinación. No sabe montar en bicicleta. Pierde pelotas, miedo a los balones. Ha visto un anime de boleybol y repite la acciones con una amiga. "Buscamos a alguien a quien darle en la nuca como en el Anime".
- **ToM:** No le gustan las bromas "una broma es una broma si se ríen todas las partes si yo no me rio no es una broma". Cuando las hace ella las repite muchas veces. Comprensión literal. Falta de picardía, ingenua. Se enfada "los niños de mi edad son unos brutos, hacen bromas malvadas, las mías son para hablar...".
- **Habilidades:** Aprendió a pintar con videos de youtube copiando los movimientos.
- **Aficciones:** Baile, patinaje. Le gusta pintar, leer, manualidades.



# CASO CLINICO

## EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

- Escaso contacto ocular inicial luego va mejorando. Tono de voz infantil y elevado. Lenguaje muy formal con frases estereotipadas. Problemas de relación social “antes nunca había tenido un mejor amigo, yo me llevaba bien con todo el mundo y ya está... aquí (nuevo IES) tengo más amigos de confianza... puedo contar secretos”.
- **¿qué cosas te interesan?** Se le ilumina la cara y se aproxima a la mesa. "Me interesan mucho Ed Cheeran, Castle, Harry Potter...". "A mí hablar de eso no me cuesta nada, de mis cosas sí...". "Yo se lo que me pasa, podría expresarlo pero no lo hago...". "A veces estoy triste pero no ha pasado nada triste...". Se preocupa por sus padres "Yo tengo un listado de preguntas qué hacerles cuando llegan a casa... “hola buenos días qué tal ha ido al trabajo... qué tal estás... y a la yaya, qué tal el hombro, la cadera, la tensión...". Sentido del humor. Los padres confirman que su pregunta siempre es la misma, Lucía les corrige "a veces cambio el orden para que no sea repetitivo". Cariñosa con la madre y padre.
- Conductas restrictivas, atracones y purgas coincidiendo con momento vital de cambios en verano 2016 a valorar desde TCA.



# CASO CLINICO. VALORACIÓN UTCA.

## ENERO 2018 (UTCA)

- OD: Bulimia Nerviosa Purgativa.
- Tratamiento: Fluoxetina.20 mg.

## FEBRERO 2018:

Siguen episodios de atracones y vómitos a diario. Los “atracones” son subjetivos, de poca cantidad, es consciente de ello pero lo vive mal. Estudia en biblioteca y aún así vomita allí en los baños. Comprueba continuamente el contorno de brazos, costillas, huesos de la pelvis, muñecas... Dice que lo hace de manera inconsciente. Miedo a engordar. Cuenta las calorías y revisa características de los alimentos no quiere pasar de 1000-1400 kcal/d.

**Ha cogido una muestra de chicas de su clase, les ha preguntado lo que pesan, las ha medido, les ha medido los contornos y ha extrapolado los resultados al total de la clase y la media que le ha salido es de 42 kg.** Se le hace corrección cognitiva con argumentos científicos.

Hace meses alguien le dijo que hacer deporte era saludable y comenzó a hacer **ejercicio de forma compulsiva** (en el recreo del IES da vueltas o hace abdominales, se mete en el baño y mientras vomita hace abdominales, cuenta los pasos que da y el gasto energético de su actividad diaria..). Ni los padres ni el IES tenía conocimiento.

Aumento dosis a 40 mg.

# CASO CLINICO

## Marzo 2018 (PSQ UTCA)

No ha aumentado dosis por miedo a la reaccion. Refiere sentirse muy nerviosa, quiere pero no puede controlar los vómitos. Niega atracones. Tiene mucho miedo a comer, todo le parece demasiado. Hace lucha en gimnasio y ya no camina de forma compulsiva. Explica que **hay 2 Lucías, un ángel y un demonio, y que le dicen cosas buenas y malas respecto a la comida**. En casa dice que está aprendiendo a abrirse más y a explicarles más cosas a los padres, contenta con eso.

Reciente **incidente en el colegio** relacionado con dificultades TEA, un compañero le puso saliva en la cara y en su mesa, lo vivió muy mal, salió de clase llorando y muy nerviosa y en el WC se golpeó los brazos (lleva morado). “Me siento tonta”

## Junio 2018 (PSQ UTCA)

Ha aumentado dosis a fluoxetina 40 mg.

Alimentación controlada, no atracones o conductas purgativas.

Va progresando en las dificultades de ir mezclando alimentos (sintomatología TEA)

Animada, buen humor.



# CASO CLINICO

## Junio 2018 PSC UTCA

Refiere que ha tenido un sueño muy triste hace 3 días y todavía está mal, se moría unos de sus personajes preferidos de ficción. A veces **parece mezclar realidad con ficción aunque luego distingue**. Niega atracones, vómitos y/o restricciones.

Centrada en el deporte. Reconoce tener sentimientos intensos pero no sabe identificarlos. Eutímica pero tiene un punto de tristeza debido a las dificultades interpersonales que le hace ponerse mal. Ella ha decidido mostrarse tal como es con los compañeros e intentar no tomarse mal sus comentario pero a veces no lo consigue. Los padres después explican que está muy bien aunque la ven aún un poco triste.

## Julio 2018 psiquiatra referente

PADRES: Refieren que ha tenido época difícil por malas experiencias sociales. Tiene interés en ir a una **asociación de ILTGB** porque en su clase "son homófobos". Muestra **interés sexual por el mismo sexo**. La madre me dice que en consulta tiene una pose, mientras que en casa llora. Desea tener amigos, se compara con otra niña. Tiene cuenta de instagram vigilada por los padres. Comienza a colgar alguna foto. Mejoría en alimentación. Hay regresiones en momentos sociales adversos.



# SCREENING EDUCACIÓN

DOCUMENT DE DERIVACIÓ A EADISOC CURS 2017-2018							
<b>DERMANT</b>	<b>EDUCACIÓ</b>	<b>CAPDI</b>	<b>PEDIATRIA</b>	<b>IBSMIA</b>	<b>NRP</b>	<b>SS</b>	<b>GH</b>
Data de derivació	1 febrer 2018	26 GENER 2018					
Autorització pares o tutor legal							
DADES PERSONALS I EDUCATIVES							
Nom			Llinatges				
Data de naixement	28/07/2004	Edat	14 anys	Sexe	dona		
Nom pare/mare o tutor legal							
Telèfon de contacte		651780097 / 651780084					
DADES EDUCATIVES							
Centre educatiu			Curs	2017-2018			
Localitat	Palma		Telèfon	071770267			
Orientador/a							
Correu electrònic							
Dictamen educatiu							
SCREENING I AVALUACIÓ PSICOPEDAGÒGICA							
Informe escolar	Data: 31 gener 2018	Nom tutor					
Signes NICE	Data: 31 gener 2018	Puntuació: 3					
AMSE	Data:	Puntuació:					
M-CHAT-R	Data:	Puntuació:					
SCQ	Data:	Puntuació:					
Capacitat intel·lectual							
No s'ha fet cap exploració al llarg de la seva escolarització perquè no s'ha detectat indicadors de possibles problemes d'aprenentatge.							
Aprenentatge							
És una alumna que durant la seva escolarització no ha tingut problemes d'aprenentatge. Té una mitja de notes de notable.							
Llenguatge							

SERVEIS SOCIALS SVAP / IBAS			
Nom professional			
Avaluació	Grau d'incapacitat		
GASPAR HAUSER / ALTRES CENTRES COINCERTATS			
Professionel			
DADES SANITÀRIES I EXPLORACIONS			
Pediatra			
Infermera	CENTRE SALUT		S'EXCORRADOR
Hèica Llevent			
Història clínica			
Exploració física i neurològica			
Descartar OFT / O RL			
M-CHAT-R			
UCSMIA	Referent:		
NEUROPEIATRIA			
Avaluació RM			Avaluació Retard del llenguatge
GENÈTICA			
Àravs			X fràgil

# SEÑALES DE ALARMA NICE = 3

SENYALS D'ALARMA TEA PER A SECUNDÀRIA – GUIA NICE (≥11 anys o edat mental similar)	
NOM DE L'ALUMNE/A: <u>Lucia Valera Hernandez</u>	DATA: 31 gener 2018
CENTRE ESCOLAR: <u>les ses estacions</u>	ORIENTADOR/A: <u>maria antich</u>
PROFESSIONAL D'ADISOC (A O IMPLIR NOMÉS PER ELL/A):	
Marcar amb una X només la senyal detectada.	
<b>1) INTERACCIÓ SOCIAL I COMUNICACIÓ RECÍPROCA</b>	Detectat
<b>LLENGUATGE PARLAT</b>	
Us molt limitat.	
Entonació monòtona.	
Discurs repetitiu, us freqüent de frases o oracions estereotipades (apreses), contingut de la parla dominat per un excés d'informació sobre temes de seu interès.	
Parlar "a" altres en lloc de compartir una conversa recíproca.	
Les respostes que donen poden semblar brusques, inadequades o de mala educació.	
<b>INTERACCIÓ AMB ELS ALTRES</b>	
Consciència reduïda o absent de l'espai personal, o molt poca tolerància a que els altres entrin en el seu espai personal.	
Llarga història de dificultats en la comunicació i la interacció social recíproca; té pocs amics propers o relacions recíproques.	
Comprensió reduïda absent del que és l'amistat, sovint té un desig frustrat de tenir amics (encara que pot resultar-li més fàcil amistar-se amb adults o nens més petits).	
Aïllament social i aparent preferència per la solitud.	
Conduïtes de salutació i/o acomiadament reduïdes o absents.	
Poca o gens de consciència de quines conduïtes són socialment adequades.	
Problemes per entendre, acceptar, collir tom, perdre en els jocs, canvis de normes...	
Sembla que no té interès o no s'adona del que està de moda o interessa als altres joves de la seva edat.	
Incapacitat d'adaptar el seu estil comunicatiu a diferents situacions socials, pe pot ser massa formal o inadequadament familiar.	
Dificultats subtils en la comprensió de les intencions dels altres, poden entendre les coses literalment, i malinterpretar els sarcasme o les metàfores.	
Fa comentaris inadequats, fora tenir en compte les subtils en les relacions socials i/o jeràrquies.	
Resposta exagerada i negativa a les peticions dels altres (conduïtes d'evitació davant de demandes).	
<b>CONTACTE OCULAR, ASSENYALAMENT I ALTRES GESTOS</b>	
Disminució i pobre integració de la parla i els gestos emprats en la comunicació amb altres: expressions facials, orientació del cos, contacte ocular amb comunicació social quan parla (assumint que no hi ha problemes de visió ni en el llenguatge emprat per comunicar-se).	

<b>IDEES I IMAGINACIÓ</b>	
Història de joc imaginatiu poc flexible o poca o gens de creativitat; tot i que pot repetir escenes vistes/escoltades en diferents mitjans de comunicació, que si un descobreix poden semblar creatives.	
<b>2) INTERESSOS POC COMUNS O RESTRINGITS I/O CONDUCTES RÍGIDES I REPETITIVES</b>	
Moviments repetitius estereotipats, com ara: aleteig de mans, balanceig del cos al estar dret, volta d'arumt un mateix, moviments estranys de dits.	X
Predilecció per interessos o aficions molt específiques.	
Veherent en el compliment de normes i el que ell considera just fins a causar bregues i disputes.	
Comportaments repetitius i/o ritualistes que alteren, negativament, el dia a dia.	
Reaccions emocionals desmesurades, angoua, tristesa, al que als altres ens sembla insignificant, pe canvis en la rutina.	X
Aversió davant el canvi, que sovint causa a ansietat o altres formes d'angoua i pot ambar a l'agressió.	
<u>Hiper</u> o <u>hipo</u> reactivitat als estímuls sensorials, pe rexe mple, les textures, els sons, les olors..	
Resposta desmesurada al gust, les olors, les textures o l'aparència d'aliments o excepcionalment selectiu en els aliments que menja.	X
<b>3) ALTRES FACTORS QUE PODEN ORIENTAR LES SOSPIES CAP A UN TEA</b>	
Perfil poc comú d'habilitats o deficièts (pe habilitats socials o habilitats de coordinació motora mal desenvolupades, mentre que àrees específiques de coneixement, lectura o vocabulari són mes avançades que el que correspon a la edat cronològica o mental).	
Desenvolupament social i emocional més immadur que altres àrees de desenvolupament, confiança excessiva (ingenuitat), manca de sentit comú, menys independents que els companys...	
<b>PUNTUACIÓ TOTAL: 3</b>	

# INFORME TUTOR



## INFORME ESCOLAR EDUCACIÓ SECUNDÀRIA

NOM DEL ALUMNE:	DATA DE L'INFORME: 31 gener 2018
DATA DE NAIXEMENT: 28/07/2004	CURS I GRUP: 2n ESO B
CENTRE EDUCATIU:	NOM DEL TUTOR/A:

La vostra col·laboració en la identificació de símptomes en problemes de socialització i comunicació és de gran ajuda en el procés d'avaluació i diagnòstic.

Gràcies per la vostra col·laboració.

1. Des del vostre punt de vista, quin és el problema més important que presenta aquest/a alumne/a?

- Que ha manifestat que té problemes amb l'alimentació.
- A vegades, dins classe, pareix que vol cridar l'atenció

2. Hi ha trets de la seva conducta a l'aula, en el pati i/o a educació física que cridin l'atenció? Descriu la conducta.

- Fa moviment de balanceig quan està nervios a o quan no li donen atenció (aparentment).
- A vegades fa intervencions o observacions fora de context.

3. Com es relaciona amb els iguals? I amb l'adult?

- Amb els adults de manera correcta.
- Té un grup d'amigues amb les quals té bona relació.

4. Com és la comunicació del nin/a? Comparteix converses amb els companys i/o adults? Sol parlar sempre del mateix tema?

- Amb els adults comparteix converses sobre el tema que, generalment, li planteja l'adult. No és repetitiva amb el tema.
- Amb els companys la comunicació és fluïda, participa de les activitats de grup i en temps de l'esplai té converses amb els iguals.

5. Presenta problemes de conducta?

- No té ni ha tengut problemes de conducta.

6. Te fixació en interessos poc comuns o malgrat siguin comuns són molt intensos? Quins?

- Diu que li agrada llegir.
- A vegades mostra curiositat per alguns temes.

# SCQ = 12

**I N S T R U C C I O N E S**

Por favor, responde a este cuestionario con cuidado pensando bien las respuestas. Diferente a cada pregunta revisada en un minuto en cada caso el sujeto evaluado ha manifestado la conducta deseada durante su vida pasada. Algunas de las preguntas se refieren al mismo tipo de conductas relacionales entre él, en esos casos marca la casilla si si cualquiera de esas conductas se ha producido o no ha producido aunque sea en el pasado. En mi algún caso no está seguro de si el comportamiento deseado se ha producido o no, responde SI o NO atendiendo a lo que usted planea. Resda en cada caso la respuesta correcta: SI o NO.

1. ¿Es capaz de hablar usando frases u oraciones cortas? .....  SI  NO

*Indicaciones: si tu respuesta NO, pasa directamente a la pregunta 8*

2. ¿Puede usted tener una conversación con él o con ella, en la que participen ambos y se vayan turnando o vayan construyendo sobre lo ya dicho? .....  SI  NO

3. ¿Ha usado alguna vez frases raras o ha dicho la misma cosa una y otra vez y casi exactamente de la misma manera ya fueran frases que ha oído a otras personas o frases que se ha inventado? .....  SI  NO

4. ¿Ha hecho alguna vez preguntas o afirmaciones socialmente inconvenientes, tales como preguntas indiscretas o comentarios personales en momentos inoportunos? .....  SI  NO

5. ¿Ha confundido alguna vez los pronombres diciendo, por ejemplo, -tú- o -ella- en lugar de -yo-? .....  SI  NO

6. ¿Ha usado alguna vez palabras que ha inventado, ha expresado algunas cosas de una manera rara o indirecta o ha usado formas metafóricas para referirse a las cosas, como por ejemplo, decir -luz que caliente- en lugar de -vapor-? .....  SI  NO

7. ¿Ha dicho en ocasiones la misma cosa una y otra vez y exactamente de la misma manera o ha insistido para que usted diga las mismas cosas una y otra vez? .....  SI  NO

8. ¿Ha insistido alguna vez en hacer ciertas cosas de una manera o en un orden muy particular o ha habido determinadas "rutinas" que pretendía que usted respetase? .....  SI  NO

9. ¿Piensa usted que por lo general su expresión facial se ha podido considerar adecuada a la situación del momento? .....  SI  NO

10. ¿Ha usado alguna vez la mano de usted como una herramienta o como si fuera parte de su propio cuerpo, por ejemplo, apuntando con su dedo o poniendo la mano de usted en el tirador de la puerta para lograr que la abriera? .....  SI  NO

11. ¿Ha mostrado alguna vez interés por cosas que le preocuparan mucho y que a otras personas les parecieran extrañas, por ejemplo, semáforos, tuberías de desagüe u horarios de transporte? .....  SI  NO

12. ¿Ha estado alguna vez más interesado en las piezas de un juguete o de un objeto (por ejemplo, dar vueltas a las ruedas de un coche), que en usar el objeto de acuerdo a su finalidad? .....  SI  NO

13. ¿Ha mostrado alguna vez un interés especial por algún tema (p.e.: trenes, dinosaurios, etc.) que, aun siendo normal a su edad y en su ambiente, pareciera fuera de lo normal por su intensidad? .....  SI  NO

14. ¿Ha mostrado alguna vez un interés excepcional por la vista, el tacto, el sonido, el sabor o el olor de las cosas o las personas? .....  SI  NO

15. ¿Ha realizado en ocasiones gestos o movimientos extraños con las manos o los dedos, como agitar o mover sus dedos delante de sus ojos? .....  SI  NO

16. ¿Ha realizado en ocasiones movimientos complicados de su cuerpo, como dar vueltas, retorcerse o dar saltos repetidos en el sitio? .....  SI  NO

17. ¿Se ha hecho daño a propósito alguna vez, por ejemplo, mordiéndose un brazo o golpeándose la cabeza? .....  SI  NO

18. ¿Ha tenido alguna vez objetos que necesitaba llevar consigo, aparte de un muñeco o una maleta? .....  SI  NO

19. ¿Tiene un amigo íntimo o alguna amistad en particular? .....  SI  NO

**TEA** Autores: M. Rutter, A. Bailey, S. Kazak Berumeni, C. Lord y A. Pickles.  
Copyright original © 2003 by WPS, Western Psychological Services.  
Copyright de la edición española © 2005 by TEA Ediciones, S.A. - Este ejemplar está impreso en DOS TIRAJAS. Si le presentan un ejemplar en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y un el suyo propio NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Impreso en España. Printed in Spain.

Responde con los requisitos de cada conducta en la vida pasada en el período de tiempo que se indica entre los 4 y los 5 años. Si puede que le resulte más fácil recordar lo que sucedía en aquel tiempo si se concentra en momentos específicos, como el horario en la escuela, los cumpleaños, las vacaciones u otros hechos que sean fáciles de recordar en su mente. Si el niño no ha cumplido todavía los cuatro años, por favor piense en su conducta durante los 12 últimos meses.

2. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿habló con usted alguna vez sólo para ser simpático y amable y no para conseguir algo? .....  SI  NO

3. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿imitaba alguna vez espontáneamente a otras personas o lo que hacían (como pasar la aspiradora, cocinar o arreglar cosas)? .....  SI  NO

4. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿señalaba alguna vez espontáneamente las cosas que veía sólo para mostrárselas a usted y no porque quisiera obtenerlas? .....  SI  NO

5. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿hacía alguna vez gestos para indicarle lo que quería, aparte de señalar el objeto o tirarle a usted de la mano? .....  SI  NO

6. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿asentía con la cabeza para decir sí? .....  SI  NO

7. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿negaba con la cabeza para decir no? .....  SI  NO

8. Cuando tenía entre 4 y 5 años, al hablarlo o hacer algo con usted, ¿señalaba mirarle directamente a la cara? .....  SI  NO

9. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿devolvía la sonrisa si alguien le sonreía? .....  SI  NO

10. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿le mostraba a usted alguna vez cosas que le interesaban a fin de captar su atención? .....  SI  NO

11. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿se ofrecía alguna vez a compartir cosas con usted, aparte de alimentos? .....  SI  NO

12. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿quiso alguna vez que usted participara en sus juegos? .....  SI  NO

13. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿intentó alguna vez consolarle si vio que usted estaba triste o se había hecho daño? .....  SI  NO

14. Cuando tenía entre 4 y 5 años y quería algo o buscaba ayuda, ¿le miraba y hacía gestos con señas o palabras para captar su atención? .....  SI  NO

15. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿mostraba una variedad normal de expresiones faciales? .....  SI  NO

16. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿tomó parte espontáneamente alguna vez en juegos de grupo o trato de imitar las acciones de los juegos sociales? .....  SI  NO

17. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿jugaba a disfrazarse, a simular que era otra persona o a juegos de ficción en general? .....  SI  NO

18. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿mostraba interés por niños de su edad a los que no conocía? .....  SI  NO

19. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿respondía positivamente al acercarse de otro niño? .....  SI  NO

20. Cuando tenía entre 4 y 5 años, si usted entraba en un cuarto y empezaba a hablarle sin decir su nombre, ¿por lo general levantaba la vista prestándole atención? .....  SI  NO

21. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿participó alguna vez con otros niños en juegos de ficción, de tal manera que fuese claro que unos y otros comprendían en qué consistía el juego? .....  SI  NO

22. Cuando tenía entre 4 y 5 años, ¿participaba activamente en juegos que requerían colaborar con otros niños en grupo, como jugar al escondite o a la pelota? .....  SI  NO

# ADIR ADAPTADO DSM-V

ENTREVISTA ADIR ADAPTADA A DSM-V  
LUCÍA SABINA VALERA HERNANDEZ 6/2/2018

## A. DEFICIT Y COMUNICACIÓN SOCIAL (mínimo 3/3)

### A1. DEFICIT RECIPROCIDAD SOCIOEMOCIONAL

31. **Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse.** NO
35. **Conversación recíproca.** Se puede tener una conversación durante un breve tiempo, pero acaba hablando de sus temas: series. Ed **Shogun**...
53. **Ofrimientos para compartir.** Le ha costado, los padres le han insistido. Siempre ha sido muy suya. No tenía la iniciativa de compartir con los demás.
54. **Compartir su deleite o gozo con otros.** Disfrutaba con alegría desorbitada con sus intereses de pequeña las **Mojoes Hide**, solo hablaba de eso y actualmente Harry Potter. Ed **Shogun**. Pone interés en hacer partícipes a los demás, quiere que su madre vea los videos con ella.
55. **Ofrimiento de consuelo.** Falta de reconocimiento de emociones salvo que es algo muy evidente (llorar). Ayudarle si alguien llora o se hace daño. El padre se quemó y le estuvo curando. Cambia su expresión a medios que lo hace.
56. **Calidad de los acercamientos sociales.** Siempre ha pedido todo hablando, razonaba porqué lo quería, sabía expresar lo que quería, no recuerdan que señalara.
58. **Expresiones faciales inapropiadas.** Sus expresiones se corresponden a la situación. Se queda paralizada ante reacciones dramáticas del **equipo(s) bovine** no sabe **reaccionar**. Se **gira** y el entorno no sabe de qué, "es que me ha acordado de un meme..."
59. **Calidad apropiada de las respuestas sociales.** Si la persona le es familiar no tiene problemas para relacionarse (abuela, madre). En general no es efectiva. Si la persona es desconocida tiene dificultades, se retrae. Evita miradas, no sonríe de forma inicial **(e)** si va a la trabajo de la madre y le hablan las compañeras).

### A2. ALTERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

42. **Señalar para mostrar interés.** Señalaba, presencia de atención conjunta.
43. **Asentir con la cabeza.** **(s)**
44. **Negar con la cabeza.** **(s)**
45. **Gestos convencionales / instrumentales.** Uso de gestos desde siempre.
46. **Atención a la voz.** Miraba y respondía al comentario de la madre.
50. **Mirada directa.** Evitación contacto ocular con extraños, la madre ha trabajado la exposición a situaciones públicas (pagar la cuenta...)
51. **Sonrisa social. Inicio / respuesta.** Solo sonríe con el entorno próximo familiar no con otras personas ni respuesta ni inicio.

52. **Mostrar y dirigir la atención.** Ha mostrado y compartido sus intereses desde siempre, quiere que la madre vea el programa de su **loido**, lo repite.

57. **Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse.** Rango variado de expresiones, manifiesta más las emociones negativas. "Está enfadado pero no sabemos porqué".

### A3. RELACIONES SOCIALES

49. **Juego imaginativo con iguales** Tuvo una profesora con 4-5 años que le estimulaba mucho el juego grupal imaginativo con otros niños. En un parque hacía a los padres que jugaran con ella, no aceptaba bien el acercamiento de otros niños desconocidos y ella no los buscaba.
61. **Juego social imitativo.** NO participaba en un juego social, en el colegio la profesora le hacía participar. La madre ha visto las diferencias con su sobrino en cuanto la socialización en el parque.
62. **Interés por otros niños** Nunca se ha interesado por niños desconocidos. Ahora dice que los niños son inmaduros, que no saben seguir una conversación.
63. **Respuesta a las aproximaciones de otros niños.** Responde diferente si la persona es familiar o no. Si es desconocido se queda mirando hacia abajo, no sabe cómo desenvolverse.
65. **Amistades** Este curso ha comenzado el IES, ha comenzado gente nueva. Ha hecho un esfuerzo por **integrarse**. Tuvo **bullying**. Ayuda a integrarse a un niño nuevo y luego le comenta a la madre como un logro. Ayer una niña de la clase le hizo un comentario de la **bulimia** y por primera vez le contestó y se defendió. Nunca se supo defender antes ni pedir ayuda a profesores o padres.
66. **Desinhibición social.** Hace comentarios sobre aspectos íntimos familiares en contextos inadecuados. En el trabajo le tiene que recordar que no haga comentarios delante de su jefe. Muy ingenua a nivel social.

### B. PATRONES REPETITIVOS Y RESTRINGIDOS (mínimo 2/4)

81. **MOVIMIENTOS MOTORES, USO DE OBJETOS O LENGUAJE ESTEREOTIPADO O REPETITIVO.**
33. **Expresiones estereotipadas y ecolalia diferida.** De pequeña repetía frases de películas que veía muchas veces "hola Nueva York". Temporada larga.
36. **Preguntas o expresiones inapropiadas.** Comentarios inadecuados en situaciones sociales.
37. **Inversión de pronombres.** **(p)**
38. **Neologismos / lenguaje idiosincrásico.** Se inventaba palabras o expresiones "los platos que giran". Siempre ha jugado con el lenguaje. En la casa utilizan un lenguaje propio inventado con la madre.

69. **Uso repetitivo de objetos o interés por parte de ellos.** Tenía coches y daba vueltas a las ruedas **agarradas**. Sentaba a las muñecas en fila pero no interactuaba de forma simbólica. Los sacaba y los guardaba.

77. **Manierismos de manos y dedos.** **(p)**

78. **Otros manierismos complejos o movimientos estereotipados del cuerpo (no incluye balanceo aislado no)**

### B2. RUTINAS

39. **Rituales verbales.** Hace las mismas preguntas. Si pregunta a la madre necesita que le conteste tal como ella le formule la pregunta. Pregunta qué comerán mañana, qué van a hacer.... Lo repite si la madre le contesta que no lo sabe.
70. **Compulsiones/rituales.** Rutina en orden de actividades el levantarse por la mañana.
74. **Dificultades en cambios menores de rutinas propias o del entorno.** Tiene un lego colocado de una forma determinada, se percata y no tolera cualquier cambio. También le pasa con la estantería de su cuarto aunque la habitación esté desordenada. Vuelve a cambiar objetos que la madre le cambia de sitio. No tolera que se le cambie de sitio en la mesa **(papa)** familiar. "Este es mi sitio".

### B3. INTERESES RESTRINGIDOS

67. **Preocupaciones inusuales no**

68. **Intereses circunscritos** **Mojoes Hide** a los 4-5 años. **Harop**, **Montana**, **Harry Potter**, **Ed Shogun**, series temas de los que siempre quiere hablar con iguales haciéndose pesado. Muy obsesivo con el tema que siempre saca en cualquier conversación. Le llaman la atención pero no es consciente.

76. **Apego inusual a objetos.** En preescolar llevaba moneditas en la mano, el bolsillo. De más mayor un muñeco "Eiji" de **Wojje de Fu** (9-12 años) que si se separaba tenía ansiedad.

### B4. ALTERACIONES SENSORIALES

71. **Intereses sensoriales inusuales.** **(p)**
72. **Excesiva sensibilidad al ruido.** Le molestan los ruidos repetitivos: teclado ordenador, boli, Se asustaba mucho antes sonidos fuertes. No soportaba los petardos ni tambores se paralizaba.
73. **Respuesta anormal, idiosincrásica, negativa a estímulos sensoriales específicos.** Tuvo un tiempo que no toleraba texturas semilíquidas **(papa)**. **Reacción** desmedida a petardos y tambores (se acuerda de viaje a las Fallas). Le costó mucho caminar en la arena. En el parque tardó en poder jugar con arena.

# INFORME EADISOC

## OD: TEA NIVEL SEVERIDAD 1 + BULIMIA NERVIOSA PURGATIVA

<p> G CONSELLERIA O SALUT I SERVEI SALUT B IL·LES BALEARS</p> <p> <b>INFORME DEVOLUCIÓ EADISOC</b></p> <p><b>Datos del Esicista:</b> Nombre: _____ FN: 18/07/2004 Centro escolar: _____ Curso: 2º ESO Centro Salud: Son Godes</p> <p><b>Declaración de Salud:</b> Fecha declaración: Enero 2018</p> <p><b>Profesionales del EADISOC:</b> Sanidad: Dra. Juana María Andrés</p> <p>Menor de 14 años derivada del IES por presentar problemas en la conducta alimentaria. En la primera entrevista con psicóloga se detectan problemas en socialización que son evaluados a través del EADISOC. Se resuelve simultáneamente a la Unidad de TCA.</p> <p>Se han llevado a cabo los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Screening Educación.</li><li>• Historia clínica y del desarrollo.</li><li>• Entrevista y exploración clínica</li></ul> <p>Se han detectado síntomas de autismo en las diferentes áreas</p> <p><b>A. DEFICIT Y COMUNICACIÓN SOCIAL (mínimo 3/3)</b></p> <p><b>A1. DEFICIT RECIPROCIDAD SOCIOEMOCIONAL</b></p> <p>31. <b>Uso del cuerpo de otra persona para comunicarse.</b> No detectados alteraciones.</p> <p>35. <b>Conversación recíproca.</b> Se puede tener una conversación durante un breve tiempo, pero acaba hablando de sus temas: series, Ed Sheeran... En la entrevista se muestra inicialmente tímida y al abordar los temas de interés se objetiva el cambio de expresividad y el entusiasmo con los que habla de forma unidireccional.</p> <p>53. <b>Ofrecimientos para compartir.</b> Le ha costado, los padres le han insistido. Siempre ha sido muy suya. No tenía la iniciativa de compartir con los demás.</p> <p>54. <b>Compartir su deleite o gusto con otros.</b> Disfrutaba con alegría desorbitada con sus intereses de pequeña las <i>Mooney</i> <i>Kidz</i>, solo hablaba de eso y actualmente Harry Potter, Ed Sheeran. Pone interés en hacer partícipes a los demás, quiere que su madre vea los videos con ella.</p>	<p> G CONSELLERIA O SALUT I SERVEI SALUT B IL·LES BALEARS</p> <p></p> <p>55. <b>Ofrecimiento de consuelo.</b> Falta de reconocimiento de emociones salvo que es algo muy evidente (llorar). Ayudaría si alguien llora o se hace daño. El padre se quemó y le estuvo curando. Cambia su expresión a medida que lo hace.</p> <p>56. <b>Calidad de los acercamientos sociales.</b> Siempre ha pedido todo hablando, razonaba porqué lo quería, sabe expresar lo que quiere, no recuerdan que señalara.</p> <p>58. <b>Expresiones faciales inapropiadas.</b> Sus expresiones se corresponden a la situación. Se queda paralizado ante reacciones dramáticas del <i>popopo(a)</i> abuela) no sabe <i>oopa</i>, reaccionar. Se oja y el entorno no sabe de qué, "es que me he acordado de un meme..."</p> <p>59. <b>Calidad apropiada de las respuestas sociales.</b> Si la persona le es familiar no tiene problemas para relacionarse (abuela, madre). En general no es efectiva. Si la persona es desconocida tiene dificultades, se retrae. Evita mirado, no sonríe de forma inicial (aj) si ve a la trabajo de la madre y le hablan las compañeras).</p> <p><b>A2. ALTERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN NO VERBAL</b></p> <p>42. <b>Señalar para mostrar interés.</b> Señalaba, presencia de atención conjunta.</p> <p>No alteraciones en gestos convencionales, asentir o negar con la cabeza. Lenguaje no verbal algo más exagerado.</p> <p>46. <b>Atención a la voz.</b> Miraba y respondía al comentario de la madre.</p> <p>90. <b>Mirada directa.</b> Evitación contacto ocular con extraños, la madre ha trabajado la exposición a situaciones públicas (pagar la cuenta...).</p> <p>51. <b>Sonrisa social. Inicio / respuesta.</b> Solo sonríe con el entorno próximo familiar no con otras personas ni respuesta ni inicio.</p> <p>52. <b>Mostrar y dirigir la atención.</b> Ha mostrado y compartido sus intereses desde siempre, quiere que la madre vea el programa de su ídolo, lo repite.</p> <p>57. <b>Variedad de expresiones faciales usadas para comunicarse.</b> Rango variado de expresiones, manifiesta más las emociones negativas. "Esté enfadado pero no sabemos <i>poque</i>".</p> <p><b>A3. RELACIONES SOCIALES</b></p> <p>49. <b>Juego imaginativo con iguales.</b> Tendencia a juego solitario. Tuvo una profesora con 4-5 años que le estimulaba mucho el juego grupal imaginativo con otros niños. En un parque hacía a los padres que jugaran con ella, no aceptaba bien el acercamiento de otros niños desconocidos y ella no iba a buscarlos. <i>Tadodocia</i>, a juego individual y actividades como pintar, manualidades. Vestía a muñecas. No juego compartido. Le gusta guilar el juego. "Yo tengo mis cosas en la cabeza y cuando otro interviene lo cambia, a mí no me gusta que lo cambie".</p> <p>61. <b>Juego social imitativo.</b> No participaba en un juego social, en el colegio la profesora le hacía participar. La madre ha visto las diferencias con su sobrino en cuanto la socialización en el parque.</p>	<p> G CONSELLERIA O SALUT I SERVEI SALUT B IL·LES BALEARS</p> <p></p> <p>62. <b>Interés por otros niños</b> Nunca se ha interesado por niños desconocidos. Ahora dice que los niños son inmaduros, que no saben seguir una conversación.</p> <p>63. <b>Respuesta a las aproximaciones de otros niños.</b> Responde diferente si la persona es familiar o no. Si es desconocida se queda mirando hacia abajo, no sabe cómo desenvolverse.</p> <p>65. <b>Amistades</b> Este curso ha comenzado el IES, ha comenzado gente nueva. Ha hecho un esfuerzo por integrarse. Tuvo <i>bullying</i>. Ayuda a integrarse a un niño nueva y luego le comenta a la madre como un logro. Ayer una niña de la clase le hizo un comentario de la <i>bulimia</i> y por primera vez le contestó y se defendió. Nunca se supo defender antes ni pedir ayuda a profesores o padres.</p> <p>66. <b>Desinhibición social.</b> Hacer comentarios íntimos de la familia en situaciones sociales o en familia. Comentarios inadecuados en el contexto. En el trabajo la madre le tiene que recordar que no haga comentarios delante de su jefe. Ingenua e nivel social.</p> <p><b>B. PATRONES REPETITIVOS Y RESTRINGIDOS (mínimo 2/4)</b></p> <p>81. <b>MOVIMIENTOS MOTORES, USO DE OBJETOS O LENGUAJE ESTEREOTIPADO O REPETITIVO.</b></p> <p>33. <b>Expresiones estereotipadas y ecolalia diferida.</b> De pequeña repetía frases de películas que veía muchas veces "hola Nueva York". Temporada larga.</p> <p>36. <b>Preguntas o expresiones inapropiadas.</b> Comentarios inadecuados en situaciones sociales.</p> <p>38. <b>Neologismos / lenguaje idiosincrásico.</b> Se inventaba palabras o expresiones "los platos que giran". Siempre ha jugado con el lenguaje. En la casa utilizan un lenguaje propio inventado con la madre.</p> <p>69. <b>Uso repetitivo de objetos o interés por parte de ellos.</b> Tenía coches y daba vueltas a las ruedas <i>oopa</i>. Los colocaba en fila. Sentaba a las muñecas en fila pero no interactuaba de forma simbólica. Los sacaba y los guardaba.</p> <p>77. <b>Manierismos de manos y dedos.</b> Presencia ocasional.</p> <p><b>82. RUTINAS</b></p> <p>39. <b>Rituales verbales.</b> Hace las mismas preguntas. Si pregunta a la madre necesita que le conteste tal como ella le formule la pregunta. Pregunta qué comerán mañana, qué van a hacer... Lo repite si la madre le contesta que no lo sabe. "Yo tengo una frase para cada <i>oopa</i> y si tuviere que cambiara tendría que estar un par de meses".</p> <p>70. <b>Compulsiones/rituales.</b> Rutina en orden de actividades el levantarse por la mañana. Necesita un orden concreto de colocación: mesas en el aula, objetos en su cuarto. Borra la pizarra con un orden y método determinado que ella explica.</p> <p>74. <b>Dificultades en cambios menores de rutinas propias o del entorno.</b> Tiene un lego colocado de una forma determinada, se percaza y no quiere cualquier cambio. También le pasa con el estantería</p>
---	---	--

# INFORME EADISOC



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS



de su cuarto aunque la habitación esté desordenada. Vuelve a cambiar objetos que la madre le cambia de sitio. No tolera que se le cambie de sitio en la mesa (espacio familiar). "Este es mi sitio".

## 83-. INTERESES RESTRIGIDOS

### 67. Preocupaciones inusuales no

68. **Intereses circunscritos** **Monster** desde los 4-5 años, **Happy Montana**, **Harry Potter**, **Ed Sheeran**, series de TV: **Bing Bang Theory**. Tendencia a hablar sobre estos temas haciéndose pesada. Muy obsesiva con el tema que siempre saca en cualquier conversación. "Busco información y la recolecto".

76. **Apego inusual a objetos**. En preescolar llevaba moneditas en la mano, el bolsillo. De más mayor un muñeco "Eduá" de **Wipe de Fu** (8-12 años) que si se separaba tenía ansiedad.

## 84. ALTERACIONES SENSORIALES

72. **Excesiva sensibilidad al ruido**. Le molestan los ruidos repetitivos: teclear ordenador, boiler. Se asustaba mucho antes sonidos fuertes. No soportaba los petardos ni tambores se paralizaba. Le molestar ruido de una lata vacía que cae.

73. **Respuesta anormal, idiosincrásica, negativa a estímulos sensoriales específicos**. Tuvo un tiempo que no toleraba texturas semilíquidas (sopas). **Reacción** desmedida a petardos y tambores (se acuerda de viaje a las Fallas). Le costó mucho caminar en la arena. En el parque tardó en poder jugar con arena. No toleraba el roce de las faldas en las piernas.

Otros:

Problemas de coordinación motora.  
Habilidad en el dibujo.

## DIAGNÓSTICO:

Trastorno del Espectro Autista Nivel gravedad 1 (TEA en DSM-V) = **Sd Asperger** (DSM-IV)

Comorbilidad psiquiátrica: T. Conducta Alimentaria.

Alteraciones pragmáticas del lenguaje.

## PLAN DE ACTUACIÓN:

### A. Centro educativo:

- 1) Se hace copia mail de informe a orientadora del IES.
- 2) Desde el Centro Educativo realizar adaptaciones curriculares, metodológicas necesarias.
- 3) Se aconseja la presencia de un alumno tutor.

### B. SANIDAD:

1. Grupos semanales durante un trimestre realizados por psicólogos de IBSMIA en H. Son Espases. Planta -1 Módulo A:



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS



### A. ~~Habilidades sociales~~ para niños con TEA.

B. Grupo de psicoeducación en TEA para padres.

2. Se **aconseja** bibliografía a los padres sobre "**Síndrome de Asperger**, **Tomoy Attwood**".

3. Entrega del informe a padres en cita control tras el diagnóstico.

4. Seguimiento periódico de síntomas TEA.

5. Abordaje de la comorbilidad detectada en Trastorno de Conducta Alimentaria desde IBSMIA.

## C. SERVICIOS SOCIALES (VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD)

Debido a la necesidad futura que pueda tener se aconseja acudir al Centro de Valoración de Discapacidad (IEAS)

## D. RECURSOS TERAPEUTICOS

Asociación de Asperger

Palma a 6 de mayo del 2018

Atentamente

Dra. Juana María Andrés Tapia  
Psiquiatra IBSMIA

EADISOC A

# BIBLIOGRAFIA

- **WHAT ABOUT THE GIRLS? SEX-BASED DIFFERENCES IN AUTISTIC TRAITS AND ADAPTATIVE SKILLS. RATTO ET AL. JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS (2018).**
- **THE PATTERN OF ABILITIES AND DEVELOPMENT OF GIRLS WITH ASPERGER'S SYNDROME. T. ATTWOOD. REFERENCE: HOLLIDAY-WILLEY, L. (1999) PRETENDING TO BE NORMAL: LIVING WITH ASPERGER'S SYNDROME. LONDON. JESSICA KINGSLEY PUBLICATIONS.**
- **PROFILING AUTISM SYMPTOMATOLOGY: AN EXPLORATION OF THE Q-ASC PARENTAL REPORT SCALE IN CAPTURING SEX DIFFERENCES IN AUTISM. ORMOND S. BROWNLOW C; GARNET M.S.; RYNKIEWICZ; ATTWOOD T. J. AUTISM DEV. DISORD (2018)**
- **THE EXPERIENCE OF LATE DIAGNOSED WOMEN WITH AUTISM SPECTRUM CONDITIONS: AN INVESTIGATION OF THE FEMALE AUTISM PHENOTYPE". S. BARGIELA ET AL. J. AUTISM DEV DISORDERS (2016)**
- **AUTISM SPECTRUM DISORDER IN ANOREXIA NERVOSA: AN UPDATE LITERATURE REVIEW. WESTWOOD H ET AL. CURR PSYCHIATRY REP (2017)**



Mi agradecimiento a todas las mujeres que me han estimulado a profundizar en el autismo femenino para intentar entenderlo.

