

Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament (TMSD) del Nen de 2 a 6 Anys: Un Estudi de Tres Anys de Seguiment

Ester Pla

Cdiap Integra Garrotxa, Olot. Facultat d'Educació i Psicologia,
Universitat de Girona, Girona, Espanya.

Rosa M. Galceran

Cdiap Oreig, Palamós, Espanya.

Olga Casas

Cdiap Ramon Noguera, Girona, Espanya.

Ferran Viñas

Facultat d'Educació i Psicologia, Universitat de Girona, Girona, Espanya.

Júlia Clara Buscató

Cdiap Pacem, Figueres, Espanya.

Published Online May 2014 in SciRes.

Traducció: Jordi Arevalo - psicòleg general sanitari i psicoterapeuta integrador.
<http://www.scirp.org/journal/psych> | <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.57076>

Tipologia de l'article: article d'investigació

Resum

En aquesta recerca es van estudiar nens que van ser diagnosticats de Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament (TMSD) (NC, 2002) utilitzant el *Manual de Classificació Diagnòstica i dels Trastorns del Desenvolupament en la Infantesa i Primera Infància* (DC: 0-3). En tots els casos es va mostrar, en diferent mesura, dificultats en relacionar-se amb els altres, jugar, interacció afectiva i un sever retard en desenvolupar habilitats de comunicació.

Alguns estudis han mostrat certa correlació amb el diagnòstic d'autisme en els primers anys de vida. L'objectiu d'aquest estudi és el d'analitzar el desenvolupament dels infants amb TMSD en els quals el diagnòstic d'autisme no estava confirmat. També varem tractar de verificar qualsevol possible diferència del desenvolupament psicomotor basada en, o vinculada a, la severitat i la tipologia (B i C) del TMSD. Per a poder aconseguir aquest objectiu varem portar a terme un estudi de seguiment de 3 anys durant els quals es van valorar els infants (n=15) i els pares. Els infants tenien entre 2 i 4 anys. Els resultats indiquen que els infants tipus B van presentar una major discapacitat de desenvolupament psicomotor en els testos de valoració. Tanmateix, no es va observar cap correlació entre el grau dels símptomes inicials i el posterior diagnòstic.

Conclusió: malgrat que la nostra mostra era petita, podem concloure que no hi ha una clara evolució en el diagnòstic, però que varem trobar diferències significatives en la simptomatologia entre el tipus B i C.

Paraules clau

Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament (TMSD), Desenvolupament, Diagnòstic, Primera Infantesa, Trastorn de l'Espectre Autista (TEA).

1. Introducció

La recerca en el Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) ha generat sempre un gran interès. Els estudis recents han donat lloc a comptar amb valuosa informació tant per diagnosticar el trastorn com pel seu tractament. Les estimacions de la prevalença del TEA estan constantment essent revisades. Aportacions recents suggereixen que es tractaria d'un 1% (APA, 2013) amb una proporció per sexes de 4:1 de nens respecte de les nenes.

Mentre que l'autisme és un trastorn que és freqüentment diagnosticat en la primera infantesa, encara no sabem gaire sobre els factors que causen o no causen respostes favorables, quin tractament és el més efectiu i quins són els factors que poden contribuir a un increment en la seva ocurrència.

El Departament de Treball, afers socials i família inclou Centres de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç (CDIAP). Aquests són organitzacions que proveeixen de serveis per a infants que tenen retards en el desenvolupament i discapacitats des del naixement fins als 6 anys d'edat així com també a les seves famílies. Algunes d'aquestes famílies tenen infants de 2 anys d'edat que poden presentar patrons que podríem vincular al Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament (TMSD) (DC, 0-3 Centre Nacional pel Programa Clínic Infantil, 2002). Aquest inclou: pobre contacte ocular, escàs interès en les interaccions amb els altres i les joguines, retard en el llenguatge i trastorns del comportament. Aquestes dificultats poden variar tant en forma com en severitat, i diferenciem entre els TMSD tipus A, B o C tenint en compte la severitat, sent el A el més afectat i el C el que menys.

Les característiques definitòries del Trastorn Multisistèmic del Desenvolupament (TMSD) són:

1. Discapacitat significativa, però no complerta falta d'habilitat per relacionar-se en connexió social i emocional amb el cuidador primari.
2. Deteriorament significatiu en la formació, manteniment i/o desenvolupament de la comunicació. Comunicació gestual inclou la verbal, així com la comunicació simbòlica verbal i no verbal.

3. Disfunció significativa en el processament auditiu.
4. Disfunció significativa en el processament d'altres sensacions, incloent l'excessiva o insuficient reactivitat i planificació motora.

Podem diferenciar el grau d'implicació en el Patró TDM A, B o C, de més a menys afectats.

1.1 Patró A

Infants que viuen sense relacionar-se la majoria del temps, amb dificultats de planificació motora severes. Mostren escàs afecte i algunes vegades manifesten una conducta impròpia o pobrament modulada. En aquests infants existeix un alt grau de conductes rítmiques, autoestimulació i fixacions als objectes. Molts tenen un pobre to muscular i tendeixen a ser hiperactius als sentiments, requerint d'un estímul que vagi incrementant la intensitat per tal d'aconseguir una resposta. Tenen patrons selectius d'hipersensibilitat a sensacions, tals com el contacte o alguns tipus de soroll.

1.2. Patró B

Els infants que estan connectats intermitentment i que són capaços de fer gestos intencionals simples part del temps. En aquest grup, l'afecte sembla accessible, però és efímer, amb petites illes de satisfacció o plaer, però són sistemàtiques i sense calidesa interpersonal. Tendeixen a gaudir una activitat amb objectes repetitius i persistents, però són molt rígids i reaccionen intensament a qualsevol canvi que es doni en el medi. Els infants amb aquestes característiques tenen patrons mixtos de reactivitat sensorial i to muscular. Són molt més organitzats que els infants amb patró A, pel que fa a com miren o eviten sensacions. Sovint controlen el cúmul d'estímuls sensorials i les emocions que poden absorbir, expressant les seves intencions en evitacions deliberades o negativisme.

1.3. Patró C

Aquests infants tendeixen a evitar de forma continuada les relacions, però poden tenir moments d'afecte i relacions càlides. Són coneixedors de simples

gestos socials i puntualment de formes complexes. No els hi agraden els canvis i són conservadors. Un altre tret seria la hiperactivitat a les sensacions.

L'experiència clínica ens ha mostrat que alguns infants diagnosticats amb TMSD finalment desenvolupen autisme o altres trastorns de l'espectre autista. Tanmateix, hi ha un percentatge d'aquests infants que desenvolupen altres tipus de patologies o trastorns del desenvolupament (Chawarska, Klin, & Volkmar, 2007; Landa & Garret-Mayer, 2006).

Aquests infants comparteixen inicialment símptomes que finalment es desenvolupen en diferents direccions. Quines variables podrien ser factors contribuents en aquest procés?

Com a especialistes en el desenvolupament primerenc, també ens trobem amb altres problemes, per exemple, la manca d'una reconeguda classificació diagnòstica per pre-escolars. Actualment, disposem d'una classificació diagnòstica específica i acurada per infants de 0 a 3 anys, així com classificacions per adults i nens en edat escolar (DSM, CIE). Tanmateix, això no inclou els pre-escolars per sobre de 4 anys d'edat pels quals trobar un diagnòstic acurat pot ser una qüestió difícil.

Mentre que existeix un gran nombre d'estudis sobre el TEA n'hi ha molt pocs que siguin específics per infants de 2 a 5 anys amb TMSD. Portar a terme una avaluació en aquests petits infants és difícil i encara més degut a les dificultats d'expressió, interacció i comunicació que caracteritzen els nens amb TMSD. A més, sabem ben poc sobre els diferents factors que afecten el desenvolupament dels nens autistes al llarg del seu creixement (Charman, Taylor, Drew, Cockerill, Brown, & Baird, 2005; Ventola, Kleinnam, Pandey, 2007; Turner, Stone, Pozdol, & Coonrod, 2006; Sullivan, Finelli, Marvin, et al., 2007; Lord, 1995). A això s'hi suma, que hi ha un menor nombre d'estudis que hagin usat específicament la Classificació Diagnòstica de 0 a 3 anys.

El propòsit d'aquest article és el de mostrar la recerca longitudinal que vàrem portar a terme per fer un seguiment del desenvolupament del diagnòstic en els nens inicialment diagnosticats de TMSD durant els 3 anys en què van ser atesos als nostres CDIAPs. El nostre objectiu era mirar de comprendre les diferents direccions en les quals aquests diagnòstics poden evolucionar, i si existia alguna possible manera d'anticipar aquests diferents camins en funció de la severitat del primer diagnòstic (específicament pel TDM tipus B i C).

Les hipòtesis eren les següents:

- 1) Els nens diagnosticats amb TMSD es desenvolupen diferentment en relació a si tenen una severitat tipus B o C. Inicialment, la nostra expectativa era que, per quan haguessin estat donats d'alta del Centre, els infants amb el tipus B haurien estat diagnosticats de TEA. Mentre que esperaríem que aquells nens diagnosticats amb TDM tipus C serien diagnosticats en una més àmplia gama de diagnòstics com el retard en el llenguatge o el trastorn de conducta disruptiva.
 - a) Hi haurien característiques personals i familiars que permetrien explicar les diferències entre els dos grups.
 - b) Les puntuacions en els testos serien diferents pels dos grups.
- 2) Els infants amb TMSD tipus C a qui s'administrés algun tipus d'intervenció es desenvoluparien més favorablement pel que fa la comunicació, la relació, i les habilitats motrius, de llenguatge i cognitives.

2. Mètode

2.1. Participants

Quatre CDIAPs (Garrotxa, Baix Empordà, Alt Empordà i Gironès) de quatre àrees diferents de Girona (Espanya) van participar en l'estudi. Els participants en l'estudi eren nens petits que havien estat diagnosticats de TMSD amb la classificació diagnòstica de 0 a 3 anys (NC, 2002) en els CDIAPs durant el període que va de gener a desembre de 2007. La participació va ser voluntària i va tenir una taxa de participació del 100%. Els nens estaven en un rang d'edat dels 2 als 4 anys.

De les 687 incorporacions en els CDIAPs durant el període de recull de la mostra (de gener a desembre de 2007), 15 van ser diagnosticats de TMSD, dels quals 10 eren del tipus B i 5 del tipus C. Les edats estaven entre els 24 i els 47 mesos, el 20% de la mostra tenien 31 mesos mentre que el 50% tenien 30 mesos o menys. Pel que fa al gènere el 67% eren nens i el 33% nenes (Taula 1).

2.2. Instruments

Els següents testos i enquestes van ser usats:

Qüestionari parental- Anamnesi i història clínica amb les dades detallades del desenvolupament de l'infant, de la concepció al moment de l'entrevista.

Test de cribatge-Inventari del Desenvolupament Battelle (IDB, Newborg, 1984): La versió espanyola de la Fundació Catalana del Síndrome de Down va ser usada (1989). Estadísticament, els resultats de l'Inventari del Desenvolupament Battelle (IDB) són predictors amb una correlació igual o més alta de .96. La fiabilitat i la validesa dels testos de cribatge és alta, amb correlacions entre l'IDB i el test de cribatge per sobre del .90.

Variable	
Mostra	N=15
Gènere	67% nens 33% nenes
Diagnòstic	Tipus B= 10 infants Tipus C=5 infants
Edat	24-47 mesos

Taula 1. Desglossament de les dades per edat i gènere

L'IDB és una bateria estandarditzada individualment administrada de les habilitats claus del desenvolupament per nens fins als 8 anys.

També inclou un test de cribatge que permet una ràpida valoració del nivell de desenvolupament del nen en cada àrea en el moment d'avaluació.

Les àrees del desenvolupament valorades són:

- Personal/Social: valorant les habilitats i característiques que capaciten un nen a crear relacions socials significatives.
- Adaptativa: valorar la capacitat que té un nen per fer servir informació de d'altres àrees.
- Llenguatge: valorar l'expressivitat i receptivitat de les habilitats de comunicació.

- Motora: valorar habilitats motores gruixudes i fines.
- Cognitiva: valorar capacitats i habilitats de naturalesa conceptual.

La consistència interna de les diferents àrees és molt alta, amb correlacions superiors als .90.

Escala d'Avaluació de Trets Autistes (ATA, Jané, Capdevila, & Domenech, 1994). Dissenyada com a instrument de diagnòstic primerenc per l'autisme. Aquest és un test estandarditzat que avalua els patrons conductuals del nen en relació a un nombre de criteris diagnòstics. La seva fiabilitat és de .81, 100% de sensibilitat i una especificitat del 50%, seguint els criteris diagnòstics del DSM-IV. L'índex d'eficiència global és del 90.69%.

L'ATA és un test basat en l'observació que permet un seguiment longitudinal del desenvolupament dels símptomes de l'autisme. A més alta la puntuació en l'escala, major severitat dels símptomes.

Entrevista per al Diagnòstic de l'Autisme Revisada (ADI-R, Rutter, Le Couteur, & Lord, 2006): Aquest és un qüestionari basat en una entrevista que té la finalitat de proporcionar una avaluació exhaustiva de l'autisme i dels trastorns de l'espectre autista. L'ADI-R es focalitza en les conductes específiques del trastorn. És apropiada per a nens i adults, des dels 2 anys en endavant. La seva validesa test-retest és del .93 i .97. El coeficient de correlació entre examinadors és del 0.72.

L'entrevista es focalitza en tres àrees: el llenguatge i la comunicació, les interaccions socials recíproques, les conductes restrictives, repetitives i estereotipades i els interessos.

L'inventari de la Primera Infància (ECI, Sprafkin & Gadow, 1996, versió espanyola). Aquesta és una eina de cribatge per símptomes cognitius, conductuals i emocionals dels trastorns psiquiàtrics per nens en període pre-escolar. Existeix una directa correspondència amb els criteris diagnòstics del DSM-IV, que li dóna una alta validesa de contingut. La seva sensibilitat i especificitat és molt alta, amb una consistència interna que oscil·la entre el .62 i el .94. Les mesures poden ser categorials o dimensionals. Els símptomes tenen un valor binomial on 0=mai/algunes vegades i 1=sovint/molt sovint en la valoració categorial.

Inclou una escala per pares i una altra per mestres. Per aquesta recerca es va utilitzar l'escala parental. L'IPI ens permet reunir informació sobre els trastorns disruptius com: TDAH, tics, obsessions, trastorns emocionals, trastorns conductuals, trastorn d'estrès post-traumàtic, autisme i síndrome d'Asperger.

Graella de recollida de dades: Va ser dissenyada pel nostre equip de recerca. És una graella fàcil d'utilitzar que ens va permetre guardar els resultats de tots els tests i qüestionaris usats al llarg dels 3 anys d'investigació. Les dades recollides a la graella són dels instruments mencionats anteriorment: ATA, IPI, ADI-R i IDB.

3. Procediment

Tots els professionals implicats en la investigació eren psicòlegs qualificats amb més de 10 anys d'experiència clínica. Tots els professionals van passar per una formació d'un any de durada amb l'objectiu d'assegurar criteris uniformes per l'avaluació i els procediments diagnòstics.

Es va recollir la mostra incloent tots els infants que acudien als 4 CDIAPs que havien estat diagnosticats de TMSD en el període que va de gener a desembre de 2007.

Totes les famílies participants van rebre una instrucció a l'estudi i el corresponent consentiment informat; el 100% dels pares van donar el seu consentiment. En conseqüència es va administrar IDB test de cribatge i l'escala ATA als nens i l'ECI, l'entrevista ADI-R i el qüestionari parental als corresponents pares. Tanmateix, l'entrevista ADI-R no va ser administrada als pares quan els nens tenien una edat mental menor de 2 anys. Tots els nens participants van rebre tractament terapèutic als CDIAPs, 80% dels quals una hora a la setmana i el 20% dues hores a la setmana, d'acord amb la severitat dels símptomes i de la seva situació personal. Als quatre centres es va seguir la mateixa línia d'intervenció, basada en la teràpia cognitiva conductual i l'estimulació relacional. Al llarg dels següents tres anys, es van administrar tests i qüestionaris anualment als infants i les seves famílies per tal d'analitzar estadísticament els canvis que poguessin ocórrer usant el programa estadístic SPSS 15.0. Les dades van ser analitzades amb els testos no paramètrics de Friedman i X^2 de Pearson. La significació estadística va ser de $p < .05$.

4. Anàlisi de les dades

4.1. Nens amb TMSD tipus B Evolucionarien cap a TEA, Mentre que Nens amb TMSD Tipus C Produirien una Varietat de Diagnòstics al llarg del 3 Anys de Període d'Estudi.

En la comparació d'infants diagnosticats amb TDM tipus B i C:

4.1.1. En relació a les dades personals

No existeixen diferències significatives en relació al gènere. Tanmateix, es va observar una tendència comú: un 66.7% de la nostra mostra va ser diagnosticada amb TMSD tipus B i, d'aquests, un 60% eren nens i el 40% nenes. Aquesta tendència es va incrementar pel tipus C, on el 80% eren nens i només el 20% nenes.

No hi ha diferències entre els dos grups pel que fa al país d'origen.

De la mateixa manera, no es van trobar diferències entre els dos grups en relació a les dades pre i post-natals, com el pes al néixer, l'alçada, el tipus d'embaràs, test d'amniocentesi anormal o criatge metabòlic, i situacions estressants durant l'embaràs. Tampoc es va trobar una correlació entre el tipus de trastorn i tenir o no una història familiar relacionada.

4.1.2. Anàlisi dels testos administrats

ATA: Es van trobar diferències significatives entre les mitjanes de puntuacions de les mostres al llarg dels tres anys (Gràfica 1) (Friedman: 11.164, $p = .004$). Hi ha un decreixement en les puntuacions i, per tant, en la severitat dels símptomes que es mostren en aquest test.

Podem observar que el tipus C ($M = 18.80$, $ds = 3.42$) puntua menys que el tipus B ($M = 28.36$, $ds = 5.65$) en la primera administració del test. Per tant, el tipus C mostra menor severitat inicial.

Tanmateix, no existeix relació entre els valors de l'administració inicial i el diagnòstic de desenvolupament al llarg dels tres anys $X^2(1, N_{15}) = .55$. (NS).

4.1.3. En relació a la Variabilitat en el Diagnòstic

Al final del període de tres anys, podem observar que el 13% dels infants havien estat diagnosticats amb trastorn d'autisme, el 67% TEA no especificat i un 20% amb altres diagnòstics (retard mental, TDAH, conducta disruptiva i retard en el llenguatge) d'acord amb els criteris del DSM-IV-R de l'APA. Sense trobar relació significativament estadística entre el tipus inicial i el diagnòstic posterior. Pel que fa als diagnòstics inicials, es van trobar correlacions significatives entre els dos instruments de mesura: ATA i escales ADI-R A i C (Taula 2).

Variable	Valor	Sig
ADI-R A	.615	.04
ADI-R B	.093	.86
ADI-R C	.735	.03
ADI-R D	.000	1

Taula 2. Escales de puntuació ADI-R.

4.2. Aquells Nens Diagnosticats amb TMSD Tipus C es van Desenvolupar més Favorablement en Cognició, Llenguatge, Relació-Comunicativa I Habilitats Motores.

Generalment, es van trobar pitjors puntuacions en els testos de desenvolupament en la mesura que passaven els anys, dirigint-se cap a una desviació estàndard de dos negatius en l'avaluació final. Es va portar a terme un anàlisi de les diferents àrees de desenvolupament a través del període de tres anys i es van classificar en quatre diferents categories: 1) millora, 2) no canvis, 3) deteriorament menor, i 4) deteriorament major. Aquests han estat definits com a 1) increment en les puntuacions (millora), 2) sense canvis en les puntuacions (no canvi), 3) una puntuació que ha caigut fins a 20 punts (deteriorament menor) i 4) una puntuació que ha caigut més de 20 punts (deteriorament major). Vegeu Gràfica 2.

Àrea adaptativa: 71.42% dels casos mostren deteriorament (78% del tipus B) i el 21% mostren millorança (65% del tipus B). Mentre que els nens tipus

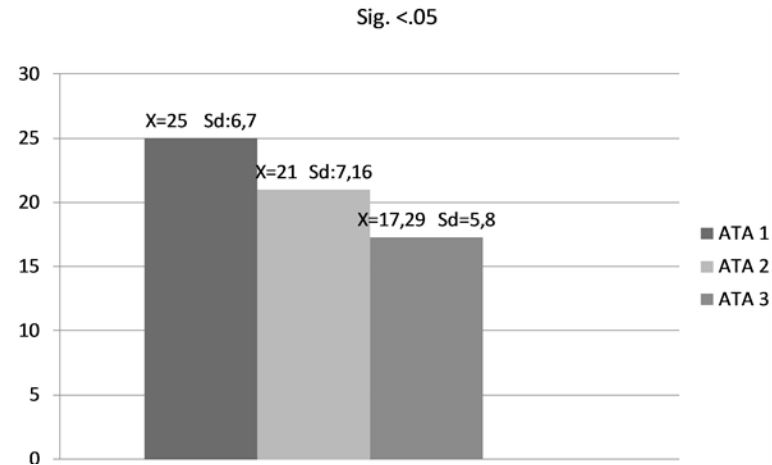
B mostren una certa dicotomia, vàrem trobar més variabilitat al llarg dels tres anys entre els nens tipus C, amb alguns nens no mostrant canvis, alguns millorant i altres mostrant deteriorament (22.22% dels casos van tenir una bona evolució mentre que el 77.77% van empitjorar). Aquestes diferències, tanmateix, no són estadísticament significatives, $X^2(1, N_{14}) = .33$. NS).

Àrea social: no es van observar diferències estadísticament significatives entre el primer i el tercer any $X^2(1, N_{14}) = .302$. NS). Tanmateix, en el tipus B es va notar un deteriorament en un llarg percentatge de nens (65%). En cap cas es va trobar millora en el període de tres anys.

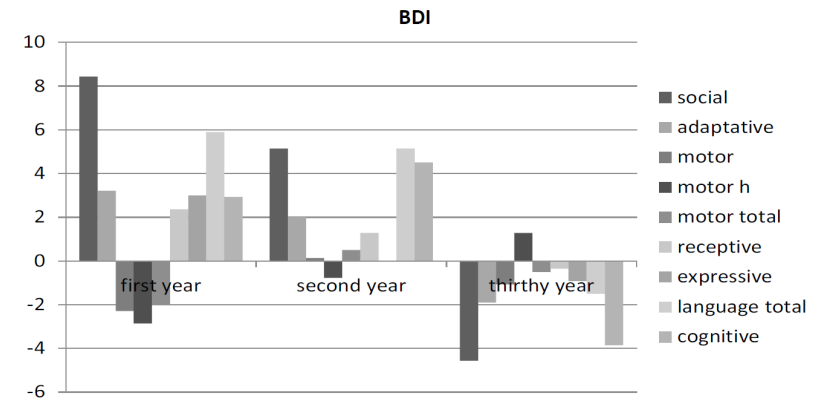
Àrea motor: el 80% dels nens que van millorar en aquesta àrea pertanyien tots al grup C. Només els nens del tipus B van tenir deteriorament.

Pel que fa a les habilitats manipulatives, el 100% dels nens tipus C van tenir un resultat positiu. $X^2(1, N = 15) = .52$. NS).

Àrea de llenguatge receptiu: en aquesta àrea, mentre que els nens tipus C van mostrar variades puntuacions, no hi va haver cap millora per cap nen del tipus B. $X^2(1, N_{15}) = .115$, NS).



Gràfica 1. Puntuació ATA en els tres anys.



Gràfica 2. Evolució psicomotor en les escales TICDB (BDI).

Àrea de llenguatge expressiu: els nens del tipus B van mostrar una millora de l'11% dels casos, mentre que els de tipus C van mostrar una millora del 20% dels casos. En aquesta àrea ambdós B i C mostren un menor deteriorament en el 78% dels casos. $X^2(1, N_{15}) = .69$. NS).

Àrea Cognitiva: els nens de tipus B van ser l'únic grup on les dades recollides relacionades amb el desenvolupament cognitiu van mostrar un deteriorament en termes generals. $X^2(1, N_{15}) = .37$. NS).

5. Discussió

Tant a nivell pràctic com clínic, sempre hem cregut que a més símptomes severs inicials, pitjor seria la prognosi. Tanmateix, hem estat capaços d'observar que això no sempre és veritat, i que mentre alguns nens podrien mostrar una menor severitat en el diagnòstic del trastorn de l'espectre autista, altres desenvoluparien un sever trastorn autista independentment de la severitat de l'avaluació inicial. Tot i que infants amb TMSD tipus B, puntuen més alt en valors de símptomes autistes (ATA) i pitjors puntuacions en l'escala de desenvolupament (IDB), això no afecta al diagnòstic en el tercer any.

Malgrat reunir dades pre-, peri i post-natals, no vàrem ser capaços de determinar cap variable específica que pogués explicar la diversitat del diagnòstic a un nivell estadísticament significatiu.

Pel que fa a l'avaluació, podem observar que tant l'ADI-R com l'ATA ens permeten avaluar i diferenciar la severitat del trastorn. Això també va corroborar el criteri clínic dels psicòlegs. Els símptomes de dèficit d'atenció, la falta d'interès en aprendre i els moviments estereotipats van ser els ítems més persistents al llarg dels tres anys.

En tots dos grups, el TEA roman com a diagnòstic principal. Tanmateix, vàrem determinar que al llarg del temps, alguns nens desenvolupaven altres tipus de trastorns que estarien ells mateixos subjectes a posterior recerca dins dels altres trastorns autistes (Mendoza & Muñoz, 2005; Ventola et al., 2007; Osterling et al., 2002; Charman et al., 2005).

A més, els nostres resultats semblen indicar que els infants amb TMSD tipus C tendeixen a mostrar millors resultats en el llenguatge i en les habilitats socials i personals que els del tipus B. També hem estat capaços d'observar com els infants amb TMSD tipus C tendeixen a mostrar menys deteriorament a través del pas dels anys mentre que, infants amb el tipus B varien enormement en conjunt al llarg del seu desenvolupament. Desafortunadament, no podem provar estadísticament aquestes observacions. Així, tot i que no es podia corroborar mitjançant l'anàlisi estadístic, de forma conjunta, es va observar que els infants amb el tipus C tendeixen a tenir puntuacions majors que els infants amb el tipus B en les àrees de sociabilitat, adaptabilitat, llenguatge i habilitats cognitives.

Aquells infants del tipus C mostren millors aptituds per relacionar-se amb els altres, i també, mostren millor accés a la seva expressió en el llenguatge, fins i tot serien capaços d'usar algunes paraules d'una forma simple. Necesitaríem tenir en consideració que la nostra mostra era petita, cosa que va limitar probablement els nostres resultats i l'anàlisi estadística. Tanmateix, el fet que aquest estudi hagi estat portat a terme només en aquests nens petits li dóna un valor real. La raó per la qual la nostra mostra només incloïa nens que acabaven de ser admesos als centres sense tractament clínic previ és perquè volíem tenir el control tant sobre el procés de diagnòstic com del conseqüent desenvolupament del nen.

Aquesta recerca ha aportat importants *insights*; tanmateix, és important continuar estudiant les etapes primerenques del desenvolupament i continuar treballant en els temes que es plantegen i s'exploren en aquest article.

Seria molt interessant realitzar un seguiment de la nostra mostra en anys posteriors i valorar com evolucionen els diagnòstics. També hauríem de realitzar un estudi similar però amb una mostra més gran.

Finalment, voldríem emfatitzar la importància de la intervenció en la primera infància, pel desenvolupament de la comprensió dels nens i dels pares sobre aquesta discapacitat (Dawson, 2008; Mahoney & Perales, 2005; McConachie & Diggle, 2007).

6. Conclusió

Les dades pre-, peri i post-natals que s'extreuen del qüestionari parental no mostren diferències significatives entre els tipus B i C. Pel que fa a l'evolució del diagnòstic, trobem una variabilitat tant pel que fa al grup B com al C: el 20% mostra altres diagnòstics, com el retard mental, el trastorn del llenguatge, TDAH. Hem de tenir present que la nostra mostra clínica és petita, seria molt interessant reproduir l'estudi amb una mostra més àmplia.

Hem trobat diferències significatives entre els tipus B i C en: l'ATA, BDI-personal-social, llenguatge i testos d'habilitats adaptatives. Les puntuacions dels tipus B són majors que les del Tipus C. El tipus B puntuen altament sota desviació: dues negatives en el BDI, però no tant el tipus C. Després d'analitzar els ítems dels instruments de mesura usats, podem concloure que en general, els nens tipus B tendeixen a ser més solitaris i a mostrar conductes repetitives. No hi haurien altres diferències rellevants.

En relació als dos tipus, podem veure que les puntuacions del tipus C estarien per sobre de les del tipus B en l'escala IPI tant en la sociabilitat com en el llenguatge. Aquells infants del tipus C mostren millors aptituds en relacionar-se amb els altres, i també, mostren millor accés al llenguatge expressiu, fins i tot arriben a fer servir llenguatge. Després d'analitzar els resultats de l'ATA i de l'ADI-R (A i C), podem corroborar la importància de la interacció, la discapacitat intencional comunicativa i la conducta de limitats interessos, com a factor principal de detecció, encara més rellevant que l'expressió verbal del llenguatge en sí mateixa en els estadis primerencs de la vida.

Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-5). American Psychiatric Association, APA, 2013.

Charman, T.; Taylor, E.; Drew, A.; Cockerill, H.; Brown, J. A.; & Baird, G.: “Outcome at 7 Years of Children Diagnosed with Autism at Age 2: Predictive Validity of Assessments Conducted at 2 and 3 Years of Age and Pattern of Symbol Change over Time”: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 2005, pág. 500-513. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00377.x>

Chawarska, K.; Klin, A.; Paul, R.; & Volkmar, F.: “Autism Spectrum Disorder in the Second Year: Stability and Change in Syndrome Expression”: *Journal of Psychology and Psychiatry*, 48, 2007, pág. 128-138. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01685.x>

Dawson, G.: “Early Behavioral Intervention, Brain Plasticity, and the Prevention of Autism Spectrum Disorder”: *Development and Psychopathology*, 20, 2008, pág. 775-803. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579408000370>

Jané, M. C.; Capdevila, R. M.; & Domenech, E.: “Escala de Valoración de Autismo (ATA)”: *Revista de Psiquiatria Infantojuvenil*, 4, 1994, pag. 254-263.

Landa, R.; & Garret-Mayer, E.: “Development in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Prospective Study”: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 2006, pág. 629-638. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01531.x>

Lord, C.: “Follow-Up of Two-Year-Olds Referred for Possible Autism”: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1995, pág. 36, 1365-1382. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.1995.tb01669.x>

Mahoney, G.; & Perales, F.: “Relationship-Focused Early Intervention With Children With Pervasive Developmental Disorders and Other Disabilities: A Comparative Study”: *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26, 2005, pág. 77-85. <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-200504000-00002>

McConachie, H.; & Diggle, T.: “Parent Implemented Early Intervention for Young Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review”: *Journal of Evaluation and Clinical Practice*, 13, 2207, pág. 120-129. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2753.2006.00674.x>

Mendoza, E.; & Muñoz, J.: “Del trastorno específico del lenguaje al autismo”: *Revista de Neurología*, 41, 2005, pág. S91-S98.

National Center for Clinical Infant Program (2002). Classification 0-3. Paidós, Barcelona.

Newborg, J.: *Battelle Developmental Inventory*. TEA Editions, Barcelona, 2005.
Osterling, J.; Dawson, G.; & Munson J.: “Early Recognition of 1-Year-Old Infants with Autism Spectrum Disorder versus Mental Retardation: A Study of First Birthday Party Home Videotapes”: *Development and Psychopathology*, 14, 2002, pág. 239-251. <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579402002031>

Rutter, M.; Le Couteur, A.; & Lord, C.: (Adaptadores: V. Nanclares-Nogués, A. Cordero, & P. Santamaría). *Scale ADI-R*. TEA Ediciones, Barcelona, 2006.

Sprafkin, J.; & Gadow, K. D.: *Early Childhood Symptom Inventories*. Checkmate Plus, Nueva York, 1996.

Sullivan, M.; Finelli, J.; Marvin, A.; Garret-Mayer, E.; Bauman, M.; & Landa, R.: “Response to Joint Attention in Toddler at Risk for Autism Spectrum Disorder: A Prospective Study”: *Journal of Autism Developmental Disorders*, 37, 2007, pág. 37-48. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-006-0335-3>

Turner, L. M.; Stone, W. L.; Pozdol, S. L.; & Coonrod, E. E.: *Follow-Up of Children with Autism Spectrum Disorder from Age 2 to Age 9*. *Autism*, 10, 2006, pág. 243-265. <http://dx.doi.org/10.1177/1362361306063296>

Ventola, P.; Kleinman, J.; & Pandey, J.: “Differentiating between Autism Spectrum Disorders and Other Developmental Disabilities in Children Who Failed a Screening Instrument for ADS”: *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 2007, pág. 425-436. <http://dx.doi.org/10.1007/s10803-006-0177-z>