



Facultad de
Educación

GRADO DE MAESTRO EN EDUCACIÓN INFANTIL

CURSO ACADÉMICO 2014/2015

TRASTORNO DE ESPECTRO AUTISTA: UNA PERSPECTIVA PEDAGÓGICA DIRIGIDA AL PROFESORADO.

AUTISM SPECTRUM DISORDER: PEDAGOGICAL PERSPECTIVE FOR TEACHERS.

Autor: Marina Josefa González Ortiz
Director: M^a Ángeles del Río Barriuso

Fecha: Octubre de 2015

VºBº DIRECTOR

VºBº AUTOR

PRECISIONES EN TORNO AL USO DEL LENGUAJE EN ESTE TRABAJO

A lo largo del presente trabajo, y con la finalidad de facilitar la lectura del mismo, se ha empleado el masculino genérico para referirse a las personas de ambos sexos, sin que ello signifique un uso sexista del lenguaje ni de las connotaciones que éste implica.

“Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis « alteradas » son formas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Haz un esfuerzo por comprenderme”.

Ángel Rivière (Q.E.P.D)

ÍNDICE

1. Resumen.....	Pág. 4
2. Abstract.....	Pág. 5
3. Introducción.....	Pág. 6
4. Justificación.....	Pág. 8
5. El autismo a lo largo de la historia.....	Pág. 9
6. Definición ¿Qué es el TEA?.....	Pág. 13
7. Clasificación de los TEA.....	Pág. 16
8. Características.....	Pág. 20
9. Etiología.....	Pág. 23
9.1. Factores genéticos.....	Pág. 24
9.2. Factores neurobiológicos.....	Pág. 25
9.3. Factores ambientales.....	Pág. 26
9.4. Factores psicológicos.....	Pág. 27
10. Prevalencia.....	Pág. 31
11. Detección y diagnóstico.....	Pág. 32
12. Pronóstico y tratamiento.....	Pág. 36
13. Intervención educativa.....	Pág. 38
14. Bibliografía.....	Pág. 43
15. Anexos.....	Pág. 47
15.1. Anexo 1: Conductas que pueden explicar cada una de las cinco teorías psicológicas.....	Pág. 48
15.2. Anexo 2: Criterios del DSM-V.....	Pág. 52
15.3. Anexo 3: ¿Qué nos pediría un autista?.....	Pág. 58

1. Resumen

El Trastorno de Espectro Autista (TEA), es un trastorno del desarrollo que afecta principalmente a tres dimensiones: la interacción social, la comunicación y la flexibilidad de intereses y conductas. Este trastorno de espectro incluye el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno del desarrollo no especificado, los cuales suelen manifestarse durante los tres primeros años de vida del niño, siendo más frecuentes en varones que en mujeres. El TEA es un síndrome que presenta una base neurobiológica y que a día de hoy se considera consecuencia de múltiples factores.

Por otro lado, cabe destacar que en los últimos años se ha dado un aumento en la prevalencia del autismo, que puede deberse entre otros aspectos, al continuo avance de las investigaciones realizadas y a la modificación de criterios para la realización de su diagnóstico, ya que recientemente éstos han sido modificados en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-V). Además, el TEA no tiene cura por lo que es de gran relevancia que el docente lleve a cabo una adecuada intervención educativa en el aula que favorezca la evolución del niño, que a pesar de no poder curarse definitivamente, sí puede experimentar ciertos avances en su desarrollo.

Palabras clave: Trastorno de Espectro Autista, Trastorno Generalizado del Desarrollo, Intervención educativa, Interacción, Comunicación, Detección.

2. Abstract

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a developmental disorder that primarily affects three dimensions: social interaction, communication and flexibility of interests and behaviors. This disorder spectrum includes autistic disorder, Asperger syndrome, childhood disintegrative disorder and developmental disorder not otherwise specified which usually occur during the first three years of the child, being more common in men than in women. The TEA is a syndrome that has a neurobiological basis and today is considered a result of multiple factors.

On the other hand, it notes that in recent years, it has been given an increase in the prevalence of autism, which may be due among others, to the continuous progress of investigations and changing criteria for the realization of their diagnosis, as recently they have been modified in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V). In addition, the TEA has no cure and it is of great importance that teachers carry out appropriate educational intervention in the classroom that favor the development of the child, although definitely not be cured, it can experience some progress in his development.

Key Words: Autism Spectrum Disorder, Pervasive Developmental Disorder, Educational intervention, Interaction, Communication, Detection.

3. Introducción

La situación actual en la sociedad genera cierto desconocimiento e inseguridad debido al aumento de prevalencia del Trastorno de Espectro Autista (TEA), que se puede definir como un trastorno del desarrollo que aparece en los primeros años de vida del niño y que afecta principalmente a tres áreas: la interacción social, la comunicación y la presencia de patrones conductuales repetitivos.

De entrada, a través del presente trabajo se pretende mostrar al lector el recorrido que ha experimentado el concepto de autismo desde su origen en 1911 con Bleuler hasta la actualidad, donde más que el propio término de “autismo”, se debiera pensar en el concepto de Trastorno de Espectro Autista (TEA), que incluye el trastorno de autismo, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Una vez comentado el origen, la definición y la clasificación del Trastorno de Espectro Autista, y tras comentar y exponer los diferentes síntomas y características que presentan las personas con TEA, se considera primordial mencionar las posibles causas conocidas hasta el momento del trastorno que nos ocupa. Asimismo, aunque a día de hoy aun no se conoce una única causa de dicho trastorno, a lo largo del apartado correspondiente a la etiología se muestran las diferentes ideas y teorías que aunque por sí solas no pueden explicar todos los aspectos propios del autismo, por separado dan respuesta a algunos de los síntomas o características manifestadas por las personas que padecen este trastorno.

Acto seguido se analiza la prevalencia que presenta el TEA en la sociedad en la que vivimos, la manera en que se detecta y diagnóstica dicho trastorno y el pronóstico que presentan las personas que lo padecen, de manera que el lector pueda conocer el autismo en profundidad.

A continuación, se ha dedicado un apartado a la intervención educativa en el aula, donde se pretende mostrar al lector una serie de consejos de actuación

y organización para llevar a cabo en el aula si se cuenta con la presencia de un niño con TEA.

Finalmente, decir que se ha creído conveniente abordar esta temática debido a la relevancia que presenta en la sociedad y especialmente en el ámbito educativo, donde muchos docentes se encuentran en la situación de educar a niños con autismo sin conocer previamente en profundidad dicho trastorno. Motivo por el que en el trabajo que nos ocupa se ha dado una mayor relevancia al conocimiento del Trastorno de Espectro Autista que a la intervención educativa, tras considerar que cada niño requiere una intervención individualizada y que todo docente que conozca en profundidad el trastorno puede adecuarse a las necesidades de cada estudiante con autismo.

4. Justificación

El trabajo que nos ocupa presenta una gran relevancia en la sociedad, puesto que son muchas las personas que presentan un Trastorno del Espectro Autista, y que día a día se encuentran con múltiples dificultades en su vida cotidiana. Esto es debido, a que no son muchos los que conocen las características propias de estas personas, y por tanto los que no comprenden sus actuaciones ni son capaces de ponerse en su lugar.

Simultáneamente, sucede algo similar en el ámbito de la educación, donde todo docente debe adaptarse a diversas situaciones dentro del aula, lo que no resulta fácil si no se tienen los conocimientos necesarios. Motivo por el que el trabajo que nos ocupa puede servir de utilidad para todos aquellos docentes que necesitan conocer información respecto a las personas con autismo para poder llevar a cabo una adecuada intervención en el aula.

Tarea que requiere de unos conocimientos básicos respecto al origen, las características, la detección y el pronóstico de personas con Trastorno de Espectro Autista. Información útil para apoyar a los menores ayudándoles a integrarse con el resto de compañeros y para que el docente pueda buscar apoyos y actuaciones que procuren ayudar al alumnado con autismo a desarrollar las áreas en las que presentan mayor alteración, como son las relaciones sociales, la comunicación y la tendencia a seguir unas mismas rutinas.

En definitiva, el objetivo de este trabajo es proporcionar información adecuada a cualquier persona, en especial a todos aquellos docentes, que presenten interés por el Trastorno de Espectro Autista, y que requieran comprender las características de estos niños para poder realizar una intervención adecuada teniendo en cuenta las necesidades de cada estudiante.

5. El autismo a lo largo de la historia.

Para hablar del autismo es importante tener en cuenta tanto su definición como el origen de dicha palabra, ya que a lo largo de la historia, se ha ido modificando notablemente su uso y las ideas concernientes al autismo.

Éste término, tal y como afirma Garrabé de Lara (2012): “aparece por primera vez en la monografía *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* redactada por Eugen Bleuler (1857-1939) para el Tratado de Psiquiatría [...] publicado en Viena en 1911” (p.257).

En dicha monografía Bleuler emplea el término de esquizofrenia para sustituir el de demencia precoz de Emil Kraepelin (1856-1926), tras reflexionar sobre la definición utilizada por éste sobre la enfermedad y considerar que “no se trata de una verdadera demencia sino de una pseudodemencia, resultante de la acción combinada del trastorno de las asociaciones, de la discordancia afectiva y de la evasión autística” (Elstein, s.f.).

Es por ello, que el psiquiatra suizo Eugen Bleuler utilizó el término autismo por primera vez en el ámbito de la psiquiatría “para describir pacientes con esquizofrenia que presentaban retraimiento o despego de la realidad, pérdida del sentido de la realidad y pensamiento esquizofrénico” (Vargas & Navas, 2012, p.45)

Además, como afirman Cuxart y Jané (1998), “Bleuler encuadra el autismo dentro de los trastornos esquizofrénicos más severos, considerándolo una alteración de las funciones mentales complejas” (p.371).

Más tarde, el psiquiatra Eugène Minkowski (1885-1972) que trabajó junto a Bleuler, define el autismo como “la pérdida de contacto del élan vital con la realidad”, interpretación que utilizó para crear su propia percepción de la esquizofrenia (Garrabé de Lara, 2012). Es decir, hoy en día no se debe tener en cuenta únicamente la introducción del término autismo realizada por Bleuler, para explicar las limitaciones que presentaban algunas personas con el mundo exterior, sino que es relevante considerar el papel que tuvo dicha introducción en el estudio de la esquizofrenia.

Asimismo, no se puede olvidar que estos autores hablan de enfermedades como la demencia precoz y la esquizofrenia, que se dan a partir de la adolescencia. Por tanto, teniendo en cuenta las ideas que estos autores tenían respecto al autismo, lo consideraron como una patología mental propia del adulto joven (Garrábe de Lara, 2012).

No obstante, como afirman Ĺpez, Rivas y Taboada (2009), a pesar de que durante los siglos XVIII y XIX, existí un gran inteŕs por aquellos níos que presentaban alteraciones en las interacciones sociales, no fue hasta el siglo XX, cuando los psiquiatras comienzan a utilizar nuevos conceptos para explicar “ciertos casos de śndromes psićticos precoces semejantes a las descripciones contempoŕneas del autismo”.

Por consiguiente, nos encontramos con algunos conceptos como el de *dementia precoćsima* utilizado en los trabajos del italiano Sante de Sanctis entre los áos 1906 y 1909 (Huertas & Del Cura, 1996), el de *dementia infantilis* descrito por el austriaco Theodore Heller en 1908 como una entidad cĺnica diferente (Hudolin, 1957), o el de *esquizofrenia infantil* de la norteamericana Loretta Bender que en 1942 se refiere a la esquizofrenia como una entidad cĺnica que implica una patoloǵa en los niveles de conducta y en las funciones vinculadas al sistema nervioso central que se manifiesta antes de los once áos de edad (Mart́n, 2013).

Sin embargo, a pesar de las diferentes aportaciones previas en las que se relaciona el autismo con la esquizofrenia, y aunque el t́rmino “autismo” tiene su origen gracias a Bleuler, hoy en d́a se considera a Leo Kanner como el primer psiquiatra infantil que describí en 1943 lo que hoy conocemos como autismo cĺsico (Baron-Cohen, 2010).

En otras palabras, fue gracias a la descripcío de Kanner que el autismo se comenź a reconocer como una entidad diferente de la esquizofrenia (Vargas & Navas, 2012). Para ello, Kanner aisla a un grupo de once níos, primordialmente varones, diagnosticados con esquizofrenia que presentaban una serie de śntomas comunes que le llevan a describir un cuadro cĺnico caracterizado por una alteracío en la adquisicío del lenguaje verbal, una conducta de aislamiento y la insistencia de mantener el ambiente que les rodea

sin cambios (Garrabé de Lara, 2012). Además, según Kanner el autismo se manifiesta desde el nacimiento, y a pesar de las características mencionadas con anterioridad, también considera que estos niños tienen ciertas habilidades por lo que pueden presentar un gran potencial cognitivo (López, Rivas & Taboada, 2009).

Tras la aportación de Kanner en 1943 se fue redefiniendo el término a medida que se iba avanzando o investigando en mayor profundidad. Así, entre 1943 y finales de la década de 1980 se mostraron diferentes estudios acerca de los niños con autismo considerados durante estos años como menores diferentes al resto que presentaban un trastorno grave y raro.

Entre los estudios que favorecieron el avance en los conocimientos del autismo aparecen los nombres de Victor Lotter, Michael Rutter, Bruno Bettelheim, o Niko Tinbergen. Así, el psiquiatra infantil Rutter considero el autismo como una patología médica siendo el primero en descubrir que el autismo presentaba un componente genético, y afirmó basándose en el estudio de prevalencia llevado a cabo por Lotter que la tasa de autismo entre los niños era de 4 por cada 10.000.

Igualmente, no podemos dejar de lado las aportaciones del psicoanalista Bettelheim, quien en la década de 1960 afirmó que los niños con autismo vivían en una “burbuja de cristal” que los hacía inalcanzables al resto de personas, comportamiento causado en reacción a una relación poco afectiva con los padres. Ésta idea, llevo a Bettelheim a diseñar un tratamiento al que llamo “parentectomía”, que consistía en apartar al niño de sus padres para que se recuperara y pudiera adquirir capacidades en un hogar de acogida afectuoso, aunque tras ver los resultados sus ideas y tratamientos perdieron vigencia hasta que el étologo Tinbergen recupero en 1983 las teorías de Bettelheim sobre la culpabilidad de los padres y desarrollo la “terapia del apego” donde en lugar de separar a los niños de sus padres, los obligaba a abrazarse.

No obstante, afortunadamente las teorías de Rutter demostraron, que el autismo no era consecuencia de las relaciones del niño con sus padres, lo que permitió a muchos padres liberarse de esa carga de culpabilidad y continuar las investigaciones por un camino más acertado (Baron-Cohen, 2010).

Paralelamente y en desconocimiento de las investigaciones mencionadas con anterioridad por Leo Kanner en 1943, el pediatra austriaco Hans Asperger describe en 1944, tras observar a un grupo de niños, un trastorno con síntomas similares a los de los niños estudiados por Kanner, pero con la singularidad de que presentaban una mayor habilidad verbal y cognitiva, considerándolo un trastorno de personalidad al que denominó “psicopatía autista” (Vargas & Navas, 2012).

No obstante, a pesar de la relevancia del trabajo realizado por Asperger, éste murió en 1980 sin que se reconociera su trabajo, y fue la psiquiatra social Lorna Wing en 1981 quien se percató del síndrome descrito por Asperger considerándolo una variante del autismo que se daba en niños con un mayor coeficiente intelectual (Vargas & Navas, 2012). Por otro lado Baron-Cohen (2010) sugirió que “el autismo era un trastorno de espectro que afectaba hasta a 1 de cada 500 niños con un coeficiente intelectual por debajo de 70 (es decir, autismo clásico)”.

Ahora bien, no fue hasta 1944 que los comités internacionales que examinan los criterios de diagnóstico deciden reconocer el Síndrome de Asperger como un subgrupo del espectro autista al que más tarde se añadirían otros (Baron-Cohen, 2010).

Igualmente, a parte de la contribución de Wing para el trastorno tampoco podemos olvidar al psiquiatra sueco Christopher Gillberg que realizó el primer estudio de prevalencia infantil del síndrome de Asperger donde comprobó que uno de cada 330 niños padecía éste trastorno, y a la pediatra británica Gillian Baird que afirmó que un 1 por ciento de la población presentaba los rasgos de trastorno autista (Baron-Cohen, 2010).

En definitiva, aunque el origen de la palabra autismo tiene lugar en 1911 gracias a Bleuler, fue Kanner quien en 1943 describió el autismo como un síndrome, aunque tras su estudio adquirieran gran relevancia las aportaciones de Asperger y Wing. Aportaciones, que como afirma Jiménez (2001), a partir de la década de los noventa han sido relevantes para los trabajos de Baron-Cohen, Uta Frith, o Ángel Rivieré entre muchos otros que han contribuido en la comprensión del autismo.

6. Definición ¿Qué es el TEA?

Como hemos mencionado en el apartado anterior, son muchos los que a partir de las investigaciones de Kanner, Asperger y Wing, han intentado aportar ideas a los conocimientos que se tienen hasta el momento. No obstante, a continuación se describirá la definición de autismo y del trastorno de espectro autista, aunque como se menciona en López, Rivas y Taboada (2009), resulta complicado establecer una única definición técnicamente aceptada y compartida del autismo.

El término autismo tiene una etimología griega ya que procede de la palabra “autos” que significa “consigo mismo” (Baron-Cohen, 2010), y se caracteriza por una dificultad en la adquisición de algunas áreas del desarrollo como la comunicación o la interacción con otras personas, tal y como observo Kanner en 1943. Tras el estudio del autismo, Ángel Riviére citado por Felici (2010), nos aporta en 2001 una primera definición:

“[...] es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausente- mentalmente ausentes- a las personas presentes, y que por todo ello se siente incompetente para regular y controlar su conducta por medio de la comunicación”.

Otra definición más actual que podemos tener del autismo es la desarrollada por López, Rivas y Taboada (2009) como:

“Trastorno neuropsicológico de curso continuo asociado, frecuentemente, a retraso mental, con su inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad”.

Sin embargo, no se puede olvidar que según Baron-Cohen (2010), “Lorna Wing sugirió que el autismo era un trastorno de espectro”. Es decir, con espectro se refiere a la extensa variedad de síntomas, habilidades y niveles de discapacidad que pueden tener las personas que lo padecen. De ahí, que durante los últimos años no solo se haya matizado la definición de autismo de Kanner y Asperger, sino que además se ha desarrollado el concepto de Trastorno del Espectro Autista (Alcantud, Rico & Lozano, 2012).

Según el Ministerio de Educación de Perú (2013) en su Guía para la atención educativa de niños y jóvenes con TEA, los trastornos de espectro autista (TEA), también considerados trastornos generalizados del desarrollo (TGD), son “un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal”

Por tanto, podemos decir que el Trastorno del Espectro Autista (TEA) es un síndrome. Es decir, es un conjunto de síntomas que caracterizan un trastorno del desarrollo que aparece durante los tres primeros años de vida y que por lo general es más común en varones que en mujeres. No es una enfermedad, ya que a pesar de que las personas que lo presentan pueden avanzar y progresar en su desarrollo, hasta el momento, no existe ningún tratamiento médico para “curar” este trastorno, por lo que esta discapacidad se mantendrá a lo largo de la vida de la persona. El Trastorno de espectro autista puede variar mucho de una persona a otra y se caracteriza por presentar un retraso o alteración del desarrollo principalmente en tres dimensiones que constituyen la tríada de Wing (en honor a Lorna Wing) y que son las siguientes:

- *Interacción social:* presentan dificultades para relacionarse con las personas que lo rodean, así como para compartir sus pensamientos, sus intereses y sus puntos de vista. Además, les cuesta comprender las normas sociales y las emociones de otras personas, lo que dificulta su participación en conversaciones y actividades.

- *Comunicación verbal y no verbal:* presentan dificultades para entender a los demás y para expresar lo que quieren, ya que suelen utilizar pocas palabras e incluso a veces repiten lo que les dicen. Además, tienen un contacto visual limitado durante la conversación que unido a la limitación de expresiones faciales y gestuales, dificulta la posibilidad de mantener una conversación.

- *Flexibilidad de intereses y de conducta:* presentan una dificultad para adaptarse a los cambios, por lo que necesitan un ambiente inamovible donde puedan mantener sus rutinas. Además, sus intereses se caracterizan por su intensidad ya que se centran en ello, olvidando el resto. Asimismo, las actividades realizadas pueden ser repetitivas y poco imaginativas, y pueden realizar movimientos estereotipados con su cuerpo.

7. Clasificación de los TEA.

A lo largo de los años se ha intentado no solo definir el autismo, sino que también se ha intentado clasificar en función de las características y la sintomatología que presenta.

Actualmente, contamos con dos sistemas de clasificación diagnóstica como son el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) establecido por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ministerio de Salud, 2011).

Además, Baron-Cohen (2010) tiene en cuenta un coeficiente intelectual que supere el 85 (1 DE por debajo de la media) ya que considera que un coeficiente de 70 conlleva importantes problemas de aprendizaje. Asimismo, nos recuerda la existencia de seis subgrupos del espectro autista que comparten la dificultad en la comunicación social y los intereses obsesivos y acciones repetitivas. Esta clasificación se muestra a continuación en la tabla I.

Tabla I. Subgrupos del espectro autista.

- *Síndrome de Asperger* (IQ por encima de 85, sin retraso en la adquisición del habla).
- *Autismo de alto funcionamiento* (IQ por encima de 85 con retraso en la adquisición del habla).
- *Autismo de funcionamiento medio* (IQ entre 71-84, con o sin retraso en la adquisición del habla).
- *Autismo de bajo funcionamiento* (IQ por debajo de 70 con o sin retraso en la adquisición del habla).
- *Autismo atípico* (bien porque se manifestó tarde o porque sólo se da uno de los dos rasgos típicos).
- *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado* (los síntomas son demasiado leves como para poder dar un diagnóstico claro de autismo o síndrome de Asperger aunque el individuo muestre más rasgos autistas de lo normal)

(Baron-Cohen, 2010)

Sin embargo, a pesar de la importancia de las aportaciones de Baron-Cohen, 2010), a lo largo del trabajo que nos ocupa tendremos en cuenta las clasificaciones de los dos sistemas mencionados anteriormente que tienen en cuenta otros aspectos para establecer el diagnóstico, los cuales se explicarán más detalladamente en un apartado posterior.

Así pues, para la clasificación del Trastorno de espectro Autista se tendrá en cuenta la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la cuarta versión revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM- IV-TR).

Es importante tener en cuenta que en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, los trastornos del espectro autista (TEA) representan tres de los trastornos generalizados del desarrollo entre los que se encuentran el trastorno Autista , el síndrome de Asperger y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (Vargas & Navas, 2012). Sin embargo, el síndrome de Rett y el trastorno desintegrativo de la infancia, aunque se encuentran dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo y deben tenerse en cuenta para la realización del diagnóstico, no se consideran como TEA (Vargas & Navas, 2012).

Por tanto, aunque ambos sistemas se basan en las dificultades cualitativas que presentan y guardan cierta similitud entre sí, Ruiz-Lázaro, Posada e Hijano (2009) afirman que el trastorno del espectro autista (TEA) agrupa cinco cuadros clínicos según el DSM-IV-TR, mientras que el CIE-10 congrega ocho. Véase tabla II.

Tabla II. Clasificación según CIE-10 y DSM-IV-TR

CIE-10	DSM-IV-TR
Autismo infantil (F84.0)	Trastorno autista
Síndrome de Rett (F84.2)	Trastorno de Rett
Otros trastornos desintegrativos infantiles (F84.3)	Trastorno desintegrativo infantil
Síndrome de Asperger (F84.5)	Trastorno de Asperger
Autismo atípico (F84.1)	Trastornos generalizados del desarrollo no especificado (incluido autismo atípico)
Otros trastornos generalizados del desarrollo (F84.8)	
Trastorno generalizado del desarrollo inespecífico (F84.9)	
Trastorno hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados	

(Ruiz-Lázaro, Posada & Hijano, 2009)

Así, tal y como afirman Ruiz Lázaro et al. (2009), Alcantud et al. (2012), y Limon (2006), y cómo podemos observar en la tabla anterior, el DSM-IV-TR establece cinco trastornos considerados como Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD):

1. *Trastorno autista, autismo infantil o Síndrome de Kanner*: Es un trastorno que presenta dificultades en las área cognitiva, social y de comunicación, e incluye la forma de autismo clásica descrita anteriormente por Kanner. Además, las personas que presentan este trastorno no solo presentan dificultades para comunicarse e interactuar con otros, sino que también presentan comportamientos estereotipados y la necesidad de seguir unas mismas rutinas.
2. *Trastorno de Rett o Síndrome de Rett*: Conlleva una degeneración motriz y de conducta significativa, y a diferencia del resto de trastornos aquí mencionados se presenta principalmente en niñas, y se conoce su causa, ya que ocurre debido a la mutación de un gen que produce la proteína MECP2. Además, suele asociarse a un retraso mental, una regresión gradual del lenguaje y los movimientos,

y microcefalia (estancamiento en el crecimiento cefálico). Actualmente, a pesar del fenotipo autista que presenta se tiende a no considerarlo TEA.

3. *Trastorno desintegrativo infantil o Síndrome de Heller*: La persona presenta un desarrollo aparentemente normal, hasta que alrededor de los dos años de edad experimenta una regresión evolutiva, ya que sufre una pérdida significativa en las diversas áreas de desarrollo (movimiento, control de esfínteres, etc.). Es un trastorno infrecuente.
4. *Trastorno de Asperger o Síndrome de Asperger*: Es una forma de autismo, en la que la persona presenta importantes dificultades en la interacción social, aunque a diferencia del autismo, por lo general no implica alteraciones del lenguaje y presenta un adecuado desarrollo cognitivo.
5. *Trastorno generalizado del desarrollo no especificado*: Se presenta en personas con dificultades severas y generalizadas en el desarrollo de las habilidades de comunicación y en sus interacciones sociales, que presentan además un comportamiento y unos intereses estereotipados. No obstante, a pesar de estas características, presentan una sintomatología atípica o no cumplen los criterios para ser clasificados en el resto de trastornos ya descritos anteriormente.

Sin embargo, no nos podemos olvidar de que a finales de mayo de 2013 se ha publicado ya el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-V), y que a diferencia del CIE-10 y del (DSM-IV-TR), no explica las categorías. Es decir, no trata de clasificar a las personas, sino que en el DSM-V se entiende el TEA desde un punto de vista dimensional con la finalidad de conseguir un diagnóstico más conciso y consistente (Hidalgo & Rodríguez, 2013). Además, el DSM-V cambia la organización de los trastornos desapareciendo así el trastorno de autismo, el síndrome de Asperger y otros dos trastornos más, que pasan a formar parte de un continuo, es decir, de una misma categoría: Trastornos del Espectro Autista (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

8. Características

En este apartado, se tratarán en mayor profundidad los síntomas y características principales del autismo que ya hemos mencionado con anterioridad junto con la definición de trastorno de espectro autista.

Así, como ya sabemos, se considera al autismo como un síndrome, ya que presenta un conjunto de síntomas característicos en todas las personas que lo padecen. No obstante, no podemos olvidarnos que el trastorno de espectro autista incluye diferentes tipos de trastornos, que a su vez pueden variar mucho en las manifestaciones de la sintomatología de una persona a otra, motivo por el que trataremos la sintomatología de TEA de manera general.

Los síntomas del autismo suelen empezar a percibirse entre los 18 y los 24 meses de edad, pero aunque las personas pueden experimentar avances, el TEA se mantiene a lo largo de su vida.

Igualmente, podemos separar los síntomas que suelen presentar estas personas en dos grupos: Síntomas primarios y síntomas secundarios. Dentro de los síntomas primarios nos encontramos con los conocidos como la tríada de Wing: interacción social, comunicación verbal y no verbal, y flexibilidad de intereses y de conducta, que son los más significativos y los que en mayor o en menor medida se dan en los niños con autismo. Los síntomas secundarios, son aquellas alteraciones que se pueden dar o no, en mayor o menor medida en estos niños, es decir, se refieren a problemas asociados al trastorno de espectro autista. (Instituto Colombiano de bienestar familiar & Secretaría de Integración social, 2010).

No nos podemos olvidar que las capacidades cognitivas, la edad y el sexo de las personas, aparte de otros factores, influyen notablemente en la variedad y el grado de manifestación de los síntomas, ya que como ya hemos mencionado las personas con autismo aunque tienen que vivir con ello siempre, pueden experimentar ciertos avances en algunas de las características o síntomas que presentan.

A continuación, se podrá ver la tabla III realizada a partir de los estudios realizados por Gadia y Tuchman (2003) y Chamorro (2011), respecto a los síntomas primarios que presentan las personas con TEA:

Tabla III. Síntomas primarios.

Interacción social

- *Falta de correlación social:* la limitación o ausencia de la empatía, dificultan su relación con las personas, tendiendo incluso a aislarse.
- Dificultad en “leer la mente de los demás”.
- *Dificultades para compartir sus experiencias, pensamientos e intereses.*
- *Dificultades en el contacto social:* pueden ser muy pasivos con los demás, o incluso demasiado activos sin considerar las reacciones del resto de personas.
- *Dificultades en la comprensión de normas.*

Comunicación verbal y no verbal

- *Alteración en los procesos comunicativos básicos:* escaso contacto ocular, dificultades en la comunicación tanto verbal como gestual y ausencia de vocalizaciones comunicativas.
- Déficit de Atención conjunta.
- *Ausencia de lenguaje como medio de comunicación social.*
- *Lenguaje desprovisto de significado:* se expresan con frases hechas y un uso repetitivo del lenguaje.
- *Dificultades para atender y percibir la información (sordera paradójica).*
- *Dificultades para comprender la información.*

Flexibilidad de intereses y de conducta

- *Intereses restrictivos,* por el tipo de objetivo u objeto, o por la gran intensidad que demuestran hacia ellos (fechas, mapas, monedas, etc.)
- *Apego inflexible a rutinas* específicas.
- *Estereotipias:* manierismos motores estereotipados y repetitivos como mecerse, aletear con los brazos, sacudir o girar las manos).
- *Gran interés por ciertos objetos:* curiosidad casi obsesiva y persistente por determinadas partes de los objetos.
- *Juego repetitivo,* poco imaginativo y no suelen presentar juego simbólico (agrupar, contar, etc.)
- *Insistencia en mantener el ambiente sin cambios.*

(Gadia y Tuchman, 2003 & Chamorro, 2011)

Por otro lado, y adicionalmente a las tres características principales, nos encontramos los síntomas secundarios, que como hemos especificado anteriormente, aunque no siempre se dan, las personas con autismo tienen una mayor probabilidad de presentar algunas características como por ejemplo:

- *Hipo-hipersensibilidad a estímulos sensoriales* (los estímulos que para unos niños pueden ser “normales”, otros los pueden experimentar como desagradables o incluso dolorosos, ya que los perciben de manera diferente).
- *Alteraciones alimenticias* (intolerancia a ciertos alimentos como la leche o la harina).
- *Alteraciones del sueño* (problemas para conciliar el sueño o para mantenerse dormido).
- *Conductas agresivas-autolesivas*.
- *Alta –Baja resistencia a la frustración*.
- *Alteraciones motoras* (híper-hipo actividad).
- *Epilepsia*.
- *Cambios bruscos de humor sin motivo “aparente”*.
- *Habilidades “especiales”*.

Es por ello, por lo que como afirman Alacantud et al. (2012), los TEA suelen asociarse a otras enfermedades o trastornos del desarrollo, psicomotor, emocional, sensorial o del comportamiento, ya que las personas que los padecen tiene mayor vulnerabilidad a sufrir algunos problemas como: los trastornos genéticos, gastrointestinales o del sueño, las convulsiones, defunción de integración social, o Pica (trastorno por el que la persona come cosas que no son alimentos).

Luego, es importante tener en cuenta los síntomas y características que pueden tener las personas con trastorno del espectro autista, pero siendo conscientes que cada persona es un mundo y por tanto no todos experimentarán los síntomas de igual manera. Además, es importante tener en cuenta que aunque el diagnóstico suele realizarse entre los 18 meses y los dos años de edad, los niños pueden presentar signos precoces que si se presta atención pueden ayudar a un diagnóstico precoz.

9. Etiología.

El Trastorno del Espectro Autista, es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta durante los tres primeros años de vida y que no afecta a todas las personas que lo padecen por igual. Además, es un trastorno que durante mucho tiempo ha sido investigado con el objetivo de mejorar la calidad de vida de éstas personas, y aunque es mucho lo que se ha avanzado en dichos estudios, respecto a su origen, a día de hoy todavía no se conoce una causa exacta.

Al principio de las investigaciones, tal y como afirman Vargas y Navas (2012) “se consideró a la familia como el factor determinante en el origen del autismo”, ya que en 1964 el psicoanalista Bruno Bettelheim apuntó que el autismo era consecuencia de la carencia de afecto por parte de los padres. Más tarde, en 1982 el etólogo Niko Tinbergen, atribuyó a la ansiedad la causa del autismo, ya que consideraba que las causas de éste síndrome eran únicamente psicogénicas, es decir, “puramente mentales” de manera que los niños con autismo presentaban un desarrollo normal excepto en lo emocional (Baron-Cohen, 2010).

Sin embargo, al igual que estas teorías fueron descartadas con el tiempo tras la realización de nuevos estudios, las investigaciones biomédicas han rechazado que el autismo se deba únicamente a factores psicológicos. Estos avances en las investigaciones, han tenido lugar en parte, gracias a los progresos que ha ido experimentando la tecnología a lo largo de las décadas. Tanto es así, que se ha pasado de realizar en los años setenta una Tomografía axial computarizada (TAC) a utilizar en el siglo XXI las resonancias magnéticas (RM), tecnologías que han permitido sustentar la base biológica del autismo (Baron-Cohen, 2010).

Precisamente, aunque a lo largo de los años se han desarrollado diferentes teorías acerca del origen del autismo, actualmente no se puede considerar que exista una única teoría para explicar los síntomas de este trastorno, sino que se tiene en cuenta la contribución de los factores genéticos, biológicos y ambientales (Ministerio de educación de Perú, 2013). Por tanto,

como afirman Alacantud et al. (2012) actualmente se considera que las personas con autismo presentan unas bases neurobiológicas y una etiología multifactorial.

A continuación se tendrán en cuenta los factores que influyen en el trastorno de espectro autista según las últimas investigaciones realizadas. Por ello, actualmente nos encontramos con factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, junto a teorías psicológicas.

- **Factores genéticos:**

Cada vez adquieren mayor importancia en la etiología del autismo debido a que con las investigaciones realizadas se está probando la influencia de los genes.

Así, como afirma Baron- Cohen (2010), el autismo es una patología hereditaria, ya que se han realizado múltiples estudios que indican el papel relevante que presenta la genética, y además es un trastorno que se da más en varones que en mujeres.

Entre estos estudios, nos encontramos con los realizados a gemelos, ya que se ha demostrado que si uno de ellos es autista, hay muchas probabilidades de que el otro también lo sea. Es más, la probabilidad es aún mayor en gemelos idénticos (monocigóticos). Además, el autismo se encuentra muy vinculado a las familias, ya que como en el caso de los gemelos, si un hermano lo padece tiene mayor posibilidad de que el otro también padezca autismo u otra patología relacionada con éste síndrome (retrasos en la adquisición de lenguaje, dislexia, etc.). Igualmente, aunque no padezcan el síndrome, los familiares de primer grado como los padres y hermanos de las personas con autismo, pueden presentar el fenotipo autista amplio, es decir, muestran ciertos rasgos del autismo pero en menor medida (Baron- Cohen, 2010).

Por otro lado, también se han demostrado ciertas alteraciones genéticas, ya que como afirman Vargas y Navas (2012), “se han descrito al menos 10 genes que se multiplican e interactúan entre sí mostrando una gran variación fenotípica”. Además, se ha destacado la existencia de una posible relación entre el autismo y algunos síndromes neurogenéticos como pueden ser el

síndrome de X frágil, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria, duplicación materna del cromosoma 15, y neurofibromatosis, entre otros (Vargas & Navas, 2012).

Por consiguiente, aunque mediante los genes no se haya podido mostrar qué genes o cuántos de ellos debe tener una persona para presentar autismo, lo que está claro, es que el autismo es una patología hereditaria.

- **Factores neurobiológicos**

En los estudios realizados durante los últimos años, se han encontrado algunas diferencias entre las personas con autismo y las que no presentan dicho síndrome. Así, se han encontrado alteraciones en el crecimiento cerebral, un aumento de la serotonina, y alteraciones en el cerebelo (Vargas y Navas, 2012). Estas alteraciones, se han podido comprobar gracias a la realización de resonancias magnéticas y de estudios post mortém.

Precisamente, para explicar las alteraciones en el crecimiento cerebral, tal y como afirma Baron-Cohen (2010) “los niños autistas atraviesan por una fase de hipercrecimiento cerebral en los primeros años de vida, es decir, su cabeza (y cerebro) crecen por encima de la media”. Además, en los estudios post mortém se señala que la densidad celular es por lo general mayor en personas con autismo, al menos en ciertas regiones como son el hipocampo (responsable de la memoria) y la amígdala (responsable de dar respuesta y reconocer las emociones de los demás). Por otro lado, también se ha comprobado que la amígdala, el hipocampo, el núcleo caudado y partes del cerebelo (responsable de la atención y coordinación), suelen ser más pequeños en personas autistas, aunque en el caso de la amígdala depende de la edad de la persona, ya que por lo general es menor que la media en adolescentes y adultos, y mayor que la media en los niños (Baron- Cohen, 2010).

Respecto al desequilibrio de los neurotransmisores, nos encontramos con que las personas con autismo suelen presentar un aumento en la serotonina, que es relevante para controlar la ira, el humor, la agresividad, el apetito y el sueño; y los bajos niveles de las células de Purkinje, que son neuronas gabaérgicas localizadas en el cerebelo cuya función es reducir la excitabilidad

de la persona (Baron-Cohen, 2010). Además, también se han descubierto deficiencias inmunológicas, ya que se han encontrado bajos niveles de inmunoglobulina A y un posible trastorno autoinmune (el sistema inmunitario ataca y destruye sus propias células por error) (Vargas & Navas, 2012).

No obstante, aunque a día de hoy, la base neurobiológica del autismo esta clara, es necesario continuar investigando y aclarando todas las diferencias que se puedan encontrar.

- **Factores ambientales**

Aunque se sabe que los Trastornos de Espectro Autista, tienen una base neurobiológica, a lo largo de los años se han tenido en cuenta también los factores ambientales que si bien no son el origen principal del autismo, pueden afectar en mayor o menor medida en el desarrollo de una persona con el fenotipo autista (Ministerio de Educación de Perú, 2013).

Justamente, entre los factores ambientales, nos encontramos con algunos asociados al trastorno que nos ocupa como la edad de los padres, la impronta genética u otros. Estos factores ambientales se han distribuido según Vargas y Navas (2012) en tres periodos: prenatal, perinatal y postnatal.

En el periodo prenatal, pueden afectar en gran medida en el desarrollo del feto los efectos teratógenos de medicamentos administrados a la madre como la talidomida o el ácido valproico. Además, también pueden influir la edad y las enfermedades maternas (López, Rivas & Taboada, 2009). Durante el periodo perinatal, pueden influir según Vargas y Navas (2012), el peso de nacimiento del bebe, la duración de la gestación, y las posibles complicaciones que se pueden dar en el parto, mientras que finalmente en el periodo postnatal se ha propuesto la posibilidad de que las responsables del autismo fueran la triple vacuna (sarampión, paperas, rubeola) y otras vacunas con mercurio (Vargas & Navas, 2012).

Sin embargo, a pesar del gran numero de investigaciones llevadas a cabo para comprobar la influencia de estos factores, a día de hoy todavía son poco concluyentes, por lo que se deben realizar más estudios para poder comprobar su influencia y confirmar estos razonamientos (López, Rivas & Taboada, 2009).

- **Factores psicológicos:**

Además de los factores genéticos, neurobiológicos y ambientales ya planteados anteriormente para explicar las características del autismo, es importante tener en cuenta también las teorías psicológicas como afirman Baron-Cohen (2010), Alacantud et al. (2012), y el Ministerio de Educación de Perú (2013). A continuación se muestran algunas de las teorías más relevantes:

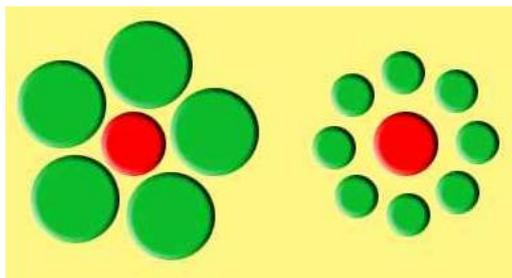
- Teoría de la mente.

Esta teoría, también conocida como teoría de la ceguera mental, sugiere que quienes padecen el TEA, muestran una gran dificultad para atribuir estados mentales a sí mismos y al resto de personas. Es decir, presentan dificultades para ponerse en el lugar de otra persona, imaginar lo que siente y lo que piensa, y para comprender y predecir su conducta. Por ello, suelen extrañarse ante ciertas reacciones que les parecen impredecibles, ya que les cuesta identificar las intenciones de otras personas y respecto al lenguaje tienen dificultades en la comunicación ya que si alguien menciona por ejemplo un refrán, el autista suele entenderlo literalmente, lo que no favorece su comunicación y sociabilidad. Sin embargo, no debemos caer en la idea de que la teoría de la mente explica únicamente algunos rasgos propios del autismo, sino que es importante tener en cuenta que también se da en otras patologías (esquizofrenia, trastorno de la personalidad) por lo que se debe tener en cuenta más factores para diagnosticar el autismo (Baron-Cohen,2010).

- Teoría de la coherencia central débil.

Esta teoría, explica los problemas que presentan las personas con autismo para integrar la información, en palabras de Baron-Cohen (2010) en un “todo coherente y general”. Es decir, las personas con autismo tienden a fijarse más en los detalles específicos que perciben, que en la información global, ya que tardan más en percibir el contexto general, lo que no significa que sean incapaces de percibirlo (Baron-Cohen, 2010).

Un ejemplo muy claro es el que nos propone Chamorro (2011), donde explica que si se muestra la imagen que aparece a continuación a un niño con autismo, éste centrará su atención en cada círculo por lo que fácilmente se percatarán de que el círculo rojo de ambas flores es de igual tamaño, aunque en un principio no se darán cuenta de que esos círculos componen una flor.



➤ Teoría de la disfunción ejecutiva.

La función ejecutiva es el conjunto de habilidades cognitivas que facilitan la planificación, la autorregulación, la anticipación, la atención, la flexibilidad de pensamiento y la inhibición de conductas, cuya actividad se considera a día de hoy propia de los lóbulos frontales y prefrontales (Ministerio de educación de Perú, 2013). Sin embargo, las personas con autismo presentan una disfunción ejecutiva, motivo por el que suelen presentar incapacidad para planificar acciones, dificultades para planificar, atender, controlar movimientos, acciones e incluso pensamientos (Baron-Cohen, 2010).

Por consiguiente, quienes están de acuerdo con esta teoría afirman en palabras de Baron-Cohen (2010) que “podría explicar la conducta repetitiva”. Conducta que ocasiona que las personas con autismo tengan la necesidad de seguir unas rutinas y todo cambio les resulte incómodo debido a su imprevisibilidad.

➤ Teoría de la empatía-sistematización

Esta teoría, se centra en los impedimentos que tienen las personas con TEA para establecer comunicaciones y crear una relación social con diferentes individuos, los cuales indican retrasos y déficits en la empatía.

No obstante, dicha teoría se centra no solo en los impedimentos que pueden presentar los autistas, sino también en sus habilidades como puede ser la sistematización (organizaciones y clasificaciones), aspecto en el que pueden llegar a superar a personas que no padecen este trastorno.

Por tanto, aunque esta teoría explica rasgos correspondientes a la sociabilidad, la focalización en ciertos temas y las conductas repetitivas, una de las críticas es que esta teoría solo permita explicar conductas y características del los autistas de alto funcionamiento o de Asperger (Baron-Cohen, 2010).

➤ Teoría del cerebro masculino extremo

Esta teoría, trata de explicar lo ya comentado en la teoría de la “empatía – sistematización”, pero basándose en la prueba de que existen diferencias para ejercer la empatía y para sistematizar, según el género de la persona. Así, según Baron-Cohen (2010), las mujeres puntúan mejor en los estudios de empatía, mientras que los hombres califican mejor en aquellas pruebas que implican la sistematización. Además, se ha demostrado que el cerebro de los hombres autistas suele ser mayor que en varones típicos, lo que puede facilitar la comprensión de por qué hay más hombres con autismo que mujeres.

➤ Teoría magnocelular

Según ésta teoría, el autismo es causado por una disfunción específica en el conducto del cerebro denominado: magnocelular, que es el encargado de procesar el movimiento, mientras que el conducto parvocelular se encuentra íntegro (Baron-Cohen, 2010). Por ejemplo, si se lleva a cabo una prueba de destellos luminosos donde se hace pasar una misma figura rápidamente

cuatro veces seguidas y en la cual, los pacientes deben explicar cuándo ven aparecer una nueva figura, lo más probable es que los autistas responderán más lentamente (Baron-Cohen, 2010). No obstante, esta teoría también recibe críticas, ya que puede servir para diagnosticar otros trastornos y se centra en el sentido de la vista cuando realmente el autismo afecta a todos los sentidos (Baron-Cohen, 2010).

Cabe decir que todas las teorías psicológicas mencionadas pueden guardar cierta relación entre sí y explicar conductas equivalentes. Así, respecto a las teorías podemos ver en el Anexo 1 una tabla comparativa donde se puede ver qué tipo de conductas explicaría cada una de las cinco teorías.

En resumen, el trastorno del espectro autista (TEA) aunque está claro que presenta una base neurobiológica, a día de hoy no tiene una única causa que explique sus características, sino que es consecuencia de múltiples factores.

10. Prevalencia

Habitualmente, hasta hace unas décadas el autismo era un trastorno de escasa prevalencia, cuyos estudios registraban que aproximadamente existían entre cuatro y cinco personas de cada 10.000, afectadas por los trastornos del espectro autista (TEA) (Alacantud et al., 2012).

Sin embargo, con el paso de los años, estas cifras han ido en aumento, de manera que ya en el 2007, Johnson citado por Vargas y Navas (2012), apuntó que en Europa y Norteamérica la prevalencia era de seis por 1.000 (o lo que es lo mismo 60 por 10.000) para el espectro autista.

Igualmente, y centrándonos en la edad escolar, es importante tener en cuenta tal y como afirma Alacantud et al. (2012), que en los estudios recientes se ha dado una prevalencia de un caso de TEA por cada 150 estudiantes. Además cabe destacar, que en todos los estudios realizados hasta el momento se han encontrado que los TEA son más frecuentes en varones que en mujeres, presentando una proporción 4:1 (Alacantud et al., 2012).

Asimismo, según Baron- Cohen (2010), es importante tener en cuenta que el autismo ha sufrido diferentes cambios a lo largo de la historia, ya que se ha pasado de realizar un diagnóstico categórico a tener la idea del autismo como un trastorno de espectro, además de que se han incluido nuevos subgrupos que gracias a los avances se han podido diagnosticar y tratar de una manera más adecuada. Es decir, los cambios en la clasificación o la realización del diagnóstico del TEA, también pueden influir en la prevalencia.

Así pues, según Prieto (2015), en función de los últimos resultados obtenidos, actualmente la prevalencia del Trastorno de Espectro Autista se ha incrementado sorprendentemente, llegando incluso al 1%. No obstante, en Europa aún no existen datos que reúnan el número exacto de afectados y de sus condiciones de vida, por lo que se continúan realizando diferentes estudios (Prieto, 2015).

11. Detección y diagnóstico

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados con anterioridad respecto al Trastorno de Espectro Autista, su etiología, características y el aumento en la prevalencia de dicho trastorno, es esencial llevar a cabo una detección temprana que permita favorecer una futura evolución del niño.

Si bien, como afirma Vargas y Navas (2012), no existe un único “marcador biológico” que nos permita detectar el autismo, éste trastorno sí presenta diversas conductas específicas que se manifiestan durante los primeros años de vida del menor, y que facilitan la detección temprana del mismo.

Ahora bien, para percatarse de dichas conductas y poder advertir las dificultades o alteraciones del desarrollo que muestra cada persona, es importante conocer y tener presentes los momentos críticos tanto biológicos como psicológicos del “neurodesarrollo típico”. Igualmente, es importante recabar la información proporcionada tanto por los padres como por los profesionales, conocer los antecedentes familiares y la historia clínica del menor, y fijarse en las señales de alerta, lo que facilita la detección temprana del autismo (Martos-Pérez, 2006).

En relación con las señales de alerta que puede presentar un niño con autismo, cabe destacar las mencionadas por la organización *Autismo Europa*, donde Barthélémy et al. (2009), indican la presencia de los siguientes síntomas como propios del autismo:

- No balbucear, no señalar ni realizar gestos similares y no responder a su nombre a los doce meses.
- No aparición de palabras simples a los 18 meses.
- No aparición de frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses.
- Cualquier pérdida en el lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.

Estos síntomas entre otros, suelen manifestarse en los tres primeros años de vida, y cuanto antes se lleva a cabo la intervención son más las mejoras significativas que se producen. Es por ello que la detección de los Trastornos de espectro autista, es actualmente un tema de gran relevancia, puesto que

como se ha comentado en el apartado correspondiente, en los últimos diez años se ha experimentado un gran aumento en la prevalencia, convirtiendo así al autismo en un trastorno más común de lo que se creía anteriormente y buscando una detección aun más temprana que favorezca el desarrollo de los niños y una intervención lo más adecuada posible (Canal et al., 2015).

Con respecto al proceso de detección, hay que decir, que ha variado a lo largo de los años. Así, tal y como se muestra en Pérez y Artigas (2014) y Martos-Pérez et al. (2013), las investigaciones referentes a la detección han pasado en los últimos años de un mayor uso de los métodos retrospectivos (información aportada tras la observación de los padres y videos domésticos), a un incremento de los métodos prospectivos (información de bebés en riesgo, su cronología y curso de aparición de síntomas).

El proceso de detección del autismo que se lleva a cabo consiste según Caretti y Alcamí (2007), en realizar un seguimiento de todos los niños desde que nacen, prestando atención a cualquier signo de alarma que pueda mostrar un desarrollo atípico del menor, para posteriormente poder investigar con mayor profundidad al niño con la intención de comprobar si presenta cualquier tipo de trastorno del desarrollo y comprobar así el tipo de intervención que necesita, y realizando a su vez y si es posible un diagnóstico. En este proceso la intervención de Atención Temprana, junto con la familia y otros profesionales adquiere un papel relevante para llevar a cabo el diagnóstico.

No obstante, se debe tener en cuenta que son muchos los aspectos que pueden dificultar el diagnóstico, ya que los síntomas pueden llegar a pasar desapercibidos en los primeros años, causando así un retraso en la detección que repercutirá en la intervención y por tanto, en el desarrollo del menor. Además, aunque es mucho lo que se conoce sobre autismo, a día de hoy, todavía no existe una única prueba que especifique claramente la presencia o ausencia de autismo, por lo que el diagnóstico se suele llevar a cabo mediante la observación de la conducta, el conocimiento de la historia del desarrollo y mediante la realización de pruebas médicas y psicológicas (Alacantud et al., 2012).

En relación con los estudios realizados hasta el momento, es relevante tener en cuenta los criterios empleados y aceptados por la Asociación Americana de Psiquiatría en el año 2014, en el Manual Diagnóstico y Estadístico en su quinta edición (DSM-V), que a diferencia del DSM-IV y de la CIE-10, ha modificado las categorías y la organización, ya que el síndrome de Asperger, el trastorno autista, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado forman ahora la categoría: “Trastornos del espectro autista (TEA)”, excluyendo de esta clasificación el síndrome de Rett. A continuación, se puede ver en la tabla IV los criterios diagnósticos del autismo extraídos en la guía de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), información que se puede ver con mayor profundidad en el Anexo 2.

Tabla IV. *Criterios diagnósticos para TEA (DSM-V).*

-
- A. Déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en diversos contextos, manifestados actualmente o en el pasado de la siguiente manera:
1. Déficits en la reciprocidad socioemocional.
 2. Déficits en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social.
 3. Déficits en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones.
-
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestados en al menos dos de los siguientes criterios, actualmente o en el pasado:
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
 2. Insistencia en la monotonía, inflexibilidad de rutinas o patrones de comportamiento verbal o no verbal ritualizados.
 3. Intereses restringidos y fijos con un grado anormal de intensidad y focalización.
 4. Hiper-o hipo reactividad a estímulos sensoriales o interés inusual por aspectos sensoriales del entorno.
-
- C. Los síntomas están presentes en las primeras fases del período de desarrollo, aunque no siempre se manifiestan de igual manera.
-
- D. Los síntomas suponen un deterioro relevante en lo social, laboral o incluso en otras áreas del funcionamiento.
-
- E. La discapacidad intelectual o un retraso global del desarrollo no justifican mejor estas alteraciones.

Igualmente, el DSM-V no solo ha variado en las categorías y criterios, sino que para realizar el diagnóstico es importante especificar si el TEA se encuentra asociado con otro trastorno, u otra afección médica o genética, y si la persona presenta déficit intelectual o de comunicación. Además, presenta tres niveles de gravedad: necesita ayuda muy notable, necesita ayuda notable y necesita ayuda, los cuales se encuentran más desarrollados en el ya mencionado Anexo 2.

Ahora bien, a parte de la importancia del DSM-V y de la observación, para la realización del diagnóstico que suele realizarse entre los 18 meses y los 3 años, existen diferentes instrumentos de recogida de información, que aunque no exista una única prueba o test fiable, ayudan en el diagnóstico de los TEA. Entre las herramientas más utilizadas encontramos las siguientes:

- *Entrevista clínica para el diagnóstico del autismo (ADI)*: es una herramienta estandarizada proporcionada a padres o personas cercanas al niño para facilitar el diagnóstico de autismo. Existe una versión revisada (ADI-R) que consta de 37 ítems (Martos-Pérez et al., 2013).
- *Escala de observación diagnóstica del autismo (ADOS)*: es una herramienta estandarizada basada en la observación de personas que puedan presentar autismo.
- *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)*: es la escala más utilizada que permite medir el autismo en menores de entre un año y dos años y medio, que detecta la ausencia de las conductas típicas de un niño con un desarrollo “normal”. Esta prueba presenta un CHAT cuantitativo (CHAT-Q) y una versión revisada (CHAT-R) (Baron-Cohen, 2010).

No obstante, también existen herramientas que facilitan el diagnóstico del TEA, como el *Coeficiente de espectro autista (AQ)* o el *Adult Asperger Assessment (AAA)*, entre otros muchos test tanto infantiles como para adultos que se pueden encontrar en www.autismresearchcentre.com (Baron-Cohen, 2010).

En conclusión, es relevante recordar la importancia de una detección temprana para una mejor intervención que favorezca el desarrollo del menor, para lo que es primordial utilizar la observación y tener diferentes instrumentos de diagnóstico para poder decir si una persona presenta o no autismo.

12. Pronóstico y Tratamiento.

Los Trastornos de Espectro Autista (TEA), como ya se ha mencionado con anterioridad, son trastornos del neurodesarrollo que no tienen cura, motivo por el que presentan un pronóstico poco alentador, ya que las personas que lo presentan pueden experimentar mejoras considerables pero sin que por ello desaparezca el trastorno.

De entrada, en palabras de Alacantud et al. (2012), “se puede decir que cuantas más capacidades tiene la persona, mejor será su pronóstico, aunque ello no signifique su normal desenvolvimiento en la vida adulta” (p.17). Es decir, aunque no se puede predecir con exactitud, por lo general, las personas que presentan una mayor inteligencia, síntomas leves y una mejor adaptación, tienen mayor posibilidad de tener un pronóstico más favorable que el resto de personas que no presenten estas características.

En otras palabras, en el pronóstico de las personas con TEA influyen no solo las características personales de cada uno sino que también actúan diferentes factores externos como el momento de detección, el contexto en que se desarrolla la persona con autismo y los tratamientos empleados (Alacantud et al., 2012).

Con respecto a los tratamientos, hay que destacar que con el paso de los años se han diseñado diferentes procedimientos de actuación e intervención teniendo en cuenta las fortalezas evolutivas y las motivaciones propias de cada persona, ya que es esencial que cada intervención sea individualizada (Ruiz-Lázaro et al., 2009).

A continuación, en la tabla V extraída de Ruiz-Lázaro et al. (2009), se pueden observar algunos de los tratamientos utilizados para los trastornos de espectro autista.

Tabla V. Valoración de los tratamientos utilizados en los trastornos del espectro autista (TEA)

Sin evidencia, no recomendados	no	<ul style="list-style-type: none"> • Doma-Delacato • Lentes de Irlen • Comunicación facilitada • Terapia psicodinámica • Secretina • Terapia antimicótica • Tratamiento con quelantes • Inmunoterapia • Terapia sacro-craneal • Terapias asistidas con animales
Evidencia débil, solo recomendados en estudios experimentales	solo en	<ul style="list-style-type: none"> • Integración auditiva • Integración sensorial • Psicoterapias expresivas • Vitaminas y suplementos dietéticos • Dietas sin gluten/caseína
Evidencia débil, aunque recomendados	débil,	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de competencias sociales • Sistemas alternativos/aumentativos de la comunicación • Sistema TEACH (tratamiento y educación del alumnado discapacitado por autismo y problemas de comunicación) • Terapia cognitivo-conductual • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina –ISRS-(en adultos) • Estimulantes (en TGD+ TDAH)
Evidencia de eficacia, recomendados		<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones conductuales • Risperidona

(Ruiz-Lázaro et al., 2009)

Finalmente, dejar claro que el autismo es un trastorno que no tiene cura, pero que gracias a intervenciones conductuales educativas, emocionales y psíquicas, adaptadas individualmente a cada persona, éstas pueden experimentar un progreso en su desarrollo.

13. Intervención educativa

El Trastorno de Espectro Autista, es un trastorno del neurodesarrollo que suele afectar principalmente a tres dimensiones: la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, y la flexibilidad de intereses y conductas. Además, es un trastorno cuya prevalencia ha aumentado notablemente en los últimos años, por lo que es muy probable que muchos docentes se encuentren con niños con autismo dentro del aula.

Si bien es cierto que los niños con TEA suelen estar escolarizados en función de sus características y diagnósticos en centros específicos, o en un aula específica de un centro ordinario, también pueden presentar una escolarización combinada (unos días en el centro ordinario y otros en el específico), o incluso estar escolarizados en centros ordinarios (Conserjería de Educación, 2007).

Una situación, que se puede presentar en cualquier momento generando ciertas inquietudes en el profesorado que debe aceptar al alumno con TEA dentro de su aula. Dicho de otra manera, si ya de por sí, el docente debe tener en cuenta las particularidades que pueda presentar cada uno de sus alumnos, al tener en el aula un alumno autista puede sentirse inseguro ya que a pesar de ser un caso cada vez más frecuente en los colegios, son muchas las personas que no están acostumbradas a lidiar con dicha situación. Es por ello, que todo docente debe procurar evitar las inseguridades y considerar la presencia de estos menores en el aula como un reto que aunque al principio pueda presentar ciertas complicaciones, con el tiempo favorecerá tanto la labor educativa del maestro como el aprendizaje del resto de compañeros (Organización para la investigación del autismo, 2004).

Ahora bien, para llevar a cabo una adecuada intervención en el aula, es imprescindible que el docente conozca los aspectos básicos del Trastorno del Espectro Autista, aspectos que se han tratado a lo largo de todo el trabajo que nos ocupa, y que facilitarán la labor e intervención docente.

Asimismo, cabe destacar que cada niño es diferente, y que por tanto puede requerir de unas atenciones y adaptaciones dispares a las que puede

necesitar otro niño de su misma edad y con el mismo trastorno. Motivo por el que en el ámbito escolar es muy importante a la hora de diseñar un programa educativo, contemplar tanto la intervención con el niño como con el contexto que lo rodea, procurando así responder a sus necesidades y favorecer su desarrollo, tarea en la que intervienen junto con el docente otros profesionales como el de Pedagogía Terapéutica, el de Audición y Lenguaje, el profesor de Psicomotricidad, etc. Igualmente, la intervención será relevante no solo en el ámbito escolar sino también en el familiar, ya que la cooperación entre familia y escuela desempeña un papel vital en el desarrollo de todo niño (Conserjería de Educación, 2007).

Para una mejor comprensión del trastorno autista y como ayuda a la información aportada a lo largo del trabajo no nos podemos olvidar de Ángel Rivière quien expone 20 puntos que pueden permitir tanto al docente como a las familias entender mejor cómo ve el niño autista el mundo, lo que permite ser más comprensivo y realizar una mejor intervención en el aula. En el Anexo 3 se pueden ver los puntos mencionados por Rivière, recopilados en Amodia y Andrés (2006).

Por otro lado, con respecto a la intervención educativa cabe destacar que existen dos enfoques diferentes a la hora de su planteamiento:

- El enfoque *evolutivo*, que realiza la intervención teniendo como base la programación realizada para el niño con desarrollo “normal” y adaptándola al nivel evolutivo del niño con autismo.
- El enfoque *ecológico*, cuya intervención se basa en los ambientes que rodean al menor, buscando aumentar la capacidad del niño para adaptarse funcionalmente a su entorno.

Así, al igual que no existe un único enfoque, tampoco hay un único método de enseñanza, sino que los docentes suelen adoptar dos tipos de posturas: la conductual (actuación sobre las conductas que presenta el niño con la intención de favorecer los comportamientos deseables), o la interaccionista (que entiende la educación como un proceso de experiencias comunicativas y de interacción que impliquen al niño).

Sin embargo, no existe un único método de enseñanza ni un enfoque que sea mejor que otro, por lo que lo ideal sería seleccionar los aspectos positivos de cada uno y llevarlos a cabo en función de las necesidades de cada niño (Conserjería de Educación, 2007).

A continuación se han recopilado de Amodia y Andrés (2006) y de la Conserjería de Educación (2007) una serie de pautas de intervención apropiadas para llevar a cabo si se tienen estudiantes con TEA en el aula.

- ✓ Elaboración de programas personalizados y adaptados a las características concretas de cada alumno.
- ✓ Uso de sistemas alternativos de comunicación que favorezcan el desarrollo del lenguaje.
- ✓ Utilización de un lenguaje claro, conciso y sencillo, que facilite la comunicación.
- ✓ Adaptación del entorno a sus peculiaridades, organizando el espacio y el tiempo de manera estructurada y predecible.
- ✓ Plantear situaciones educativas concretas y adaptadas, con material de apoyo adecuado a las necesidades del niño.
- ✓ Proporcionar situaciones de aprendizaje fundamentadas en el “aprendizaje sin error”, ya que la estrategia “ensayo-error” no es efectiva para estos estudiantes que necesitan aprender paso a paso.
- ✓ Desarrollar sus “puntos fuertes” y fomentar su independencia.
- ✓ Emplear reforzadores e indicadores y apoyos que faciliten la comprensión y la comunicación (lenguaje de signos, pictogramas, etc.)
- ✓ La enseñanza explícita de las funciones de humanización (comunicación, interacción, imaginación, capacidad para “leer la mente”).
- ✓ Utilización del juego como proceso de enseñanza-aprendizaje, para el desarrollo motor, la interacción y la imitación.
- ✓ Implicación de la familia en el proceso de aprendizaje del niño.

Por tanto, es imprescindible que el centro, en especial el aula presente una organización estructurada, fija y predecible, que permita al niño anticiparse

a los acontecimientos y sentirse cómodo en un ambiente sin cambios evitando así que se sienta frustrado. Además, el aula debe presentar zonas bien diferenciadas unas de otras según las actividades para las que están destinadas, e incluirán el material que se va a utilizar en dicho espacio. Igualmente el aula debe contar con una diversidad de materiales de apoyo para el alumno con autismo como pictogramas, dibujos, carteles u otros, que se encuentren adaptados a la edad y que sean de fácil manejo.

Por otro lado, la Conserjería de Educación (2007), señala cuatro áreas que deben tenerse en cuenta por ser las más alteradas en los niños con autismo y por tanto las que requieren de una mayor intervención. Estas áreas de intervención son: la interacción social, la comunicación y lenguaje, la cognitiva y la autonomía personal, cuyos objetivos se plantean en la tabla VI que se muestra a continuación.

Tabla VI. Áreas de intervención.	
<i>Interacción social</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollar el interés y el uso de los objetos. ➤ Desarrollar el interés por las personas. ➤ Conocer y adaptarse a las normas de su entorno. ➤ Desarrollar y generalizar las habilidades sociales. ➤ Favorecer las relaciones con otras personas. ➤ Conocer y participar en diversas actividades. ➤ Colaborar y mostrar afecto. ➤ Expresar emociones e ideas propias y comprender al resto.
<i>Comunicación y lenguaje</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favorecer las competencias comunicativas. ➤ Promover diversas estrategias de comunicación, tanto verbales como gestuales. ➤ Aprender a intercambiar conversaciones ajustándose a las normas básicas. ➤ Expresar pensamientos, sentimientos y necesidades. ➤ Emplear tanto lenguaje oral como signado de forma simultánea.
<i>Cognitiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollar la atención selectiva y las asociaciones sencillas. ➤ Adquirir pautas de imitación. ➤ Fomentar un aprendizaje funcional, espontáneo y generalizado.

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adquirir habilidades de comprensión, razonamiento, percepción y resolución de problemas. ➤ Potenciar la motivación, centrándose en los intereses. ➤ Desarrollo de la memoria y de las estrategias de organización. ➤ Adquisición de nuevos patrones comportamentales y de conducta.
<i>Autonomía personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar y solucionar las necesidades básicas. ➤ Alcanzar un mayor grado de autonomía en cada uno de los ámbitos del desarrollo. ➤ Desarrollar la autonomía en las actividades de la escuela. ➤ Conocer habilidades y estrategias de autocontrol.

(Conserjería de Educación, 2007)

Así pues, decir que la coordinación entre los distintos profesionales que mantienen contacto con el estudiante es vital para la realización de la intervención y el progreso del alumno. Así, es preciso que el tutor informe y presente una estrecha relación con todos y cada uno de los docentes que intervienen en el aula como pueden ser los profesores de música, psicomotricidad, u otros con los que pueda tener contacto el alumno como el profesional de Pedagogía Terapéutica o el de Audición y Lenguaje, los cuales deben tener una gran colaboración entre sí procurando facilitar al máximo la adaptación del niño a la escuela. Para ello, es recomendable, que entre todos establezcan unos horarios y espacios estables que eviten la frustración del alumno, y que contrasten las metodologías empleadas y los contenidos proporcionados en los diferentes ámbitos.

Finalmente, cabe destacar que aunque la cooperación entre profesionales es vital, también hay que procurar coordinarse con el resto del personal docente, y con la familia, cuya implicación es muy relevante para el desarrollo del niño. Esto es así, porque por lo general son las personas que más tiempo pasan con el niño, por lo que debe existir una colaboración mutua entre escuela y familia que facilite el aprendizaje de ambos entornos con respecto a la educación del menor, ya que de manera mutua se puede llegar a comprender mejor las características que presenta el niño y por tanto, se favorezca el desarrollo del menor.

14. Bibliografía

- Alcantud, F., Rico, D. & Lozano, L. (2012). *Trastornos del Espectro Autista: Guía para padres y profesionales*. Valencia: La Plaça. Extraído de <http://roderic.uv.es/handle/10550/25487>
- Amodia, J. & Andrés, M.A. (2006). Trastorno de Autismo y discapacidad intelectual. En *Síndromes y apoyos: Panorámica desde la ciencia y desde las asociaciones*, (3) 77-107. Madrid: FEAPS. Extraído de http://www.feaps.org/biblioteca/sindromes_y_apoyos/capitulo03.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (5ta. ed.). Arlington: Autor. Disponible en <http://www.alansaludmental.com/dsm-5/>
- Autism Research centre (2015). Recuperado de <http://www.autismresearchcentre.com/>
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Madrid, España: Alianza.
- Barthélémy, C., Fuentes, J., Howlin, P. & Van der Gaag, R. (2009). Persons with Autistic Spectrum Disorder: Identification, understanding and intervention. *Autismo Europa*. Extraído de: <http://www.autismosevilla.org/profesionales/General%20TEA/Autismo%20Europa%20Descripcion%20%20Edicion%20Ingles.pdf>
- Canal, R., García, P., Hernández, A., Magán, M., Sanchez, A.B. & Posada, M. (2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a partir del cribado prospectivo. *Revista Neurología*, 60 (1), s25- s29.
- Caretti, E. & Alcamí, M. (2007). Instrumentos para la detección precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 9 (34), 301-315.
- Chamorro, M. (2011). El trastorno del espectro autista: Intervención educativa. *Pedagogía Magna*, (3), 53-66.

- Conserjería de Educación (2007). *Guía para la Atención Educativa del Alumnado con Trastorno Generalizado de Desarrollo (Autismo)*. España: Junta de Extremadura.
- Cuxart, F. & Jané, M.C. (1998). Evolución conceptual del término “autismo”: una perspectiva histórica. *Revista de historia de la Psicología*, 19 (2-3), 369-388.
- Elstein, L. (s.f). Bleuler: un pionero. *Intercanvis digital de psicoanálisis*, (7), 61-64. Disponible en: http://intercanvis.es/articulos/07/art_n07_05R.html
- Felici, M.S. (2010). *Intervenciones psicoeducativas en el espectro autista* (Tesis inédita de maestría). Universidad Internacional de Andalucía. España.
- Gadía, C.A. & Tuchman, R.F. (2003). Manejo de los niños con trastornos del espectro autista. *Revista Neurología*, 36 (2), 166-173.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo: Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35 (3), 257-261.
- Hidalgo, M.I. & Rodríguez, P.J. (2013). DSM-5. Manual diagnóstico de los trastornos mentales: últimas novedades. *Pediatría integral*, 17 (7). Extraído de <http://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-09/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-ultimas-novedade/>
- Hudolin, V. (1957). Dementia Infantilis Heller: Diagnostic with a case report. *Journal of Intellectual Disability Reserach*, 1 (2), 79-90. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2788.1957.tb00002.x/abstract>
- Huertas, R. & Del Cura, M. (1996). La categoría “Infancia Anormal” en la construcción de una taxonomía social en el primer tercio del s. XX. *Revista Asclepio*, 48 (2), 115-127.
- Instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF) & Secretaría de Integración social (SISD). (2010). Orientaciones pedagógicas para la atención y la

promoción de la inclusión de niñas y niños menores de seis años con autismo. Recuperado de

<http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/RecursosMultimedia/Publicaciones/Editoriales1/CARTILLA-AUTISMO-5.pdf>

- Jiménez, F. (2001). Investigación en autismo. *Revista de educación*, 3, 81-92.
- Limon, A. (2006). Síndrome del espectro autista: Importancia del diagnóstico temprano. *Gaceta Médica de México*, 143 (1), 73-78.
- López, S., Rivas, R.M. & Taboada, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 555-570.
- Martín, M.L. (2013). Lauretta Bender (1897-1987): una revisión histórica del tratamiento y diagnóstico de la esquizofrenia infantil. *Revista de historia de la Psicología*, 34 (4), 27-46.
- Martos-Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista Neurología*, 42(2), s99-s101.
- Martos-Pérez, J., Freire-Prudencio, S., González-Navarro, A., Llorente-Comí, M. & Ayuda-Pascual, R. (2013). Evolución y seguimiento de los trastornos del espectro autista. *Revista Neurología*, 56 (1), s61-s66.
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía de práctica clínica de detección y diagnóstico oportuno de los trastornos del espectro autista (TEA)*. Santiago: Autor.
- Ministerio de Educación de Perú. (2013). *Guía para la Atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro autista- TEA*. Perú: Autor.
- Organización para la investigación del autismo (2004). *Un viaje por la vida del autismo: Guía para los educadores*. Arlington: Autor.
- Pérez, I.P. & Artigas, J. (2014). El autismo en el primer año. *Revista Neurología*, 58 (1), s117-21.
- Ponce, A. (2013). *¿Qué le pasa a este niño?: Una guía para conocer a los niños con discapacidad* (2ª ed.). Mallorca, España: Feaps Balears.

Prieto, O. (2015). Los expertos constatan “un aumento asombroso” de la prevalencia del autismo. Periódico digital Salud a Diario. Extraído de <http://www.saludadiario.es/investigacion/los-expertos-constatan-un-aumento-asombroso-de-la-prevalencia-del-autismo>

Ruiz-Lázaro, P.M., Posada, M. & Hijano, F. (2009). Trastornos del espectro autista: Detección precoz, herramientas de cribado. *Revista Pediatría de Atención Primaria*; 11 (17), s381-s397.

Vargas, M.J. & Navas, W. (2012). Autismo infantil. *Revista Cúpula*, 26 (2), 44-58.

ANEXOS

Anexo 1: Conductas que pueden explicar cada una de las cinco teorías psicológicas.

Rasgos a explicar	Ámbito	TCCD	FE	TdM	Magnocelular	E-S/CME
Movimiento de manos	Motor		√			√
Andar de puntillas	Motor					
No usar la diestra	Motor					√
Dixprasia	Motor	√	√			
Predilección por mundos de ficción regulados	Repetición			√		√
Estereotipos y jugueteos	Repetición		√			√
Llevar siempre la misma ropa	Repetición		√			√
Insistir en comer lo mismo todos los días	Repetición		√			√
Ver la misma película una y otra vez	Repetición			√		
Rutinas y rituales	Repetición		√			√
Juegos y técnicas/ reglas repetitivas	Repetición		√			√
Rabietas ante cambios u otros puntos de vista	Repetición		√	√		√
Obsesión con los sistemas, intereses restringidos	Repetición	√				√
Gusto por las reglas y modelos	Repetición					√
Crear sistemas y orden	Repetición					√
Fijación con las repeticiones	Repetición		√			√
Conducta rígida	Repetición		√			√
Hipercontrol	Repetición					√
Habilidad sintáctica	Lenguaje/comunicación					√
Exceso de detalle en la comunicación (incapacidad para resumir)	Lenguaje/comunicación			√		√
Lenguaje literal	Lenguaje/comunicación			√		√
Retraso en señalar protodeclarativamente	Lenguaje/comunicación			√		√
Poca información en las respuestas	Lenguaje/comunicación			√		√

Retraso en la capacidad lingüística	Lenguaje/comunicación			√		√
Ecolalia	Lenguaje/comunicación			√		√
Poca pragmática	Lenguaje/comunicación			√		√
Inversión de pronombres	Lenguaje/comunicación			√		√
Dificultades con el lenguaje figurativo, incluidos chistes	Lenguaje/comunicación			√		√
Vocabulario precoz	Lenguaje/comunicación			√		√
Retraso en atención conjunta (incluido el control de miradas)	Social			√		√
Egocentrismo yo-yo	Social			√		√
Preferencia de compañía adulta	Social			√		√
Falta de autoconciencia	Social			√		√
Insistir en los propios deseos	Social			√		√
Conducta mandona y controladora	Social			√		√
Entender el engaño	Social			√		√
Preferencia por la soledad	Social			√		√
Nada de diplomacia o mentiras piadosas	Social			√		√
Escasa capacidad para prever las consecuencias de las propias acciones o sentimientos.	Social		√	√		√
Dificultades para relacionarse socialmente en grupo (más de una persona)	Social			√		√
Insistencia en que los demás sigan las reglas	Social			√		√
Tendencia a ser un chivato	Social			√		√
Dificultades para ver emociones e intenciones	Social			√		√
Meteduras de pata frecuentes	Social		√	√		√
Dificultades para percibir el movimiento biológico	Social			√	√	√
Ningún interés en juegos imaginarios	Social			√		√
Fácil de	Social			√		√

engañar/crédulo						
Contacto visual inusual	Social			√	√	√
Dificultades para identificar emociones	Social			√		√
Moralidad basada en la justicia más que en afecto	Social			√		√
Dificultades para apreciar el punto de vista del otro	Social			√		√
Tendencia al monólogo	Social		√	√		√
Dificultades para cambiar de tema	Social		√	√		√
Intrusión en el espacio personal	Social			√		√
Falta de reciprocidad y poca habilidad social	Social	√		√		√
No entiende lo que es fingir	Social			√		√
Retraso en la capacidad de percibir engaños	Social			√		√
Diferencias de género en la cognición típica	Cognición					√
Ningún interés por estimaciones u aproximaciones	Cognición					√
Búsqueda de la verdad	Cognición					√
Dificultades para la planificación general	Cognición	√	√			√
Monotropismo	Cognición		√			√
Procesamiento local de la información	Cognición	√				√
Reluctancia a generalizar	Cognición					√
Física intuitiva intacta	Cognición			√		√
Razonamiento intacto	Cognición			√		√
Talento musical	Cognición					√
Isletas de habilidades artísticas, memorísticas y de cálculo	Cognición					√
Precisión de exactitud, buena vista para los detalles	Cognición		√			√
Sólo hacen una cosa a la vez/ dificultades multifuncionales	Cognición		√			√
Buena memoria para los detalles/ hechos	Cognición		√			√

Pensamiento en blanco y negro	Cognición			√		√
Colecciones completas	Cognición		√			√
Aprender listas de nombres/ eventos/ hechos	Cognición					√
Hacer listas	Cognición					√
Catalogar/clasificar	Cognición					√
Coleccionar significados de palabras	Cognición					√
Comprobación de errores	Cognición					√
Contar	Cognición					√
Resolver problemas d matemáticas	Cognición					√
Memorizar calendarios y horarios	Cognición					√
Riesgo bajo de IQ	Cognición	√	√			?
Entender la totalidad de un sistema	Cognición					√
Superioridad en la prueba de cubos	Cognición	√				√
Mayor atención al detalle	Cognición	√				√
Hipersensibilidad sensorial	Cognición	√				√
Habilidad con los rompecabezas	Cognición	√				√
Dificultades para fijar la atención en otra cosa	Cognición		√			√
Interés por la ciencia ficción pero no por la ficción pura	Cognición			√		√
Hiperlexia	Cognición					√
Baja frecuencia espacial	Cognición				√	

Clave: √ = puede explicarse por la teoría; TCCD: Teoría de la coherencia central débil; FE: Teoría de la disfunción ejecutiva; TdM: Teoría de la ceguera mental; E-S: Teoría de la “empatía-sistematización”; CME: Teoría del cerebro masculino extremo.

(Barón- Cohen, 2010)

Trastorno del espectro del autismo

Trastorno del espectro del autismo

299.00 (F84.0)

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

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

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

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

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

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

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). **(Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

Procedimientos de registro

Para el trastorno del espectro del autismo que está asociado a una afección médica o genética conocida, a un factor ambiental o a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental, o del comportamiento, se registrará el trastorno del espectro del autismo asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor) (p. ej., trastorno del espectro de autismo asociado al síndrome de Rett). La gravedad se registrará de acuerdo con el grado de ayuda necesaria para cada uno de los dominios psicopatológicos de la Tabla 2 (p. ej., “necesita apoyo muy notable para deficiencias en la comunicación social y apoyo notable para comportamientos restringidos y repetitivos”). A continuación, se debe especificar “con deterioro intelectual acompañante” o “sin deterioro intelectual acompañante”. Después se hará constar la especi-

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inusuales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.

TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo (cont.)

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

ficación de la deterioro del lenguaje. Si existe un deterioro del lenguaje acompañante, se registrará el grado actual de funcionamiento verbal (p. ej., “con deterioro del lenguaje acompañante-habla no inteligible” o “con deterioro del lenguaje acompañante-habla con frases”). Si existe catatonía, se registrará por separado “catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo.”

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Anexo 3: ¿Qué nos pediría un Autista? (Ángel Rivière)

1. Ayúdame a comprender. Organiza mi mundo y facilítame que anticipe lo que va a suceder. Dame orden, estructura, y no caos.
2. No te angusties conmigo, porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más.
3. No me hables demasiado, ni demasiado deprisa. Las palabras son "aire" que no pesa para ti, pero pueden ser una carga muy pesada para mí. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo.
4. Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuándo he hecho las cosas bien y ayúdame a hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo que a ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.
5. Necesito más orden del que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir.
6. Me resulta difícil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener un sentido concreto y descifrable para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.
7. No me invadas excesivamente. A veces, las personas sois demasiado imprevisibles, demasiado ruidosas, demasiado estimulantes. Respeta las distancias que necesito, pero sin dejarme solo.
8. Lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me golpeo, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es difícil atender o hacer lo que me pides, no estoy tratando de hacerte daño. ¡Ya que tengo un problema de intenciones, no me atribuyas malas intenciones!
9. Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis "alteradas" son

formas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir.
Haz un esfuerzo por comprenderme.

10. Las otras personas sois demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado, sino simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan sin tapujos ni mentiras, tan ingenuamente expuesto a los demás, que resulta difícil penetrar en él. No vivo en una "fortaleza vacía", sino en una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible. Tengo mucha menos complicación que las personas que os consideráis normales.
11. No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. ¡El autista soy yo, no tú!
12. No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente, o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis "normales". Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien.
Es más lo que compartimos que lo que nos separa.
13. Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.
14. No me agredas químicamente. Si te han dicho que tengo que tomar una medicación, procura que sea revisada periódicamente por el especialista.
15. Ni mis padres ni yo tenemos la culpa de lo que me pasa. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpéis unos a otros. A veces, mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de "culpa" no produce más que sufrimiento en relación con mi problema.
16. No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer. Pero pídemme lo que puedo hacer. Dame ayuda para ser más autónomo, para comprender mejor, pero no me des ayuda de más.
17. No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te

encierras y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mí alrededor para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que me pasa.

18. Ayúdame con naturalidad, sin convertirlo en una obsesión. Para poder ayudarme, tienes que tener tus momentos en que reposas o te dedicas a tus propias actividades. Acércate a mí, no te vayas, pero no te sientas como sometido a un peso insoportable. En mi vida he tenido momentos malos, pero puedo estar cada vez mejor.
19. Acéptame como soy. No condiciones tu aceptación a que deje de ser autista. Sé optimista sin hacerte "novelas". Mi situación normalmente mejora, aunque por ahora no tenga curación.
20. Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís "normales". Me cuesta comunicarme, pero no suelo engañar. No comprendo las sutilezas sociales, pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser satisfactoria si es simple, ordenada y tranquila. Si no se me pide constantemente y sólo aquello que más me cuesta. Ser autista es un modo de ser, aunque no sea el normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya "normal". En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos y compartir muchas experiencias.

(Amodia & Andrés, 2006)

