

Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Dr. A. Miguel Pérez

1. Trastorno del Espectro Autista (TEA).
 - 1.1. Alfa (autismo).
 - 1.2. Omega (Asperger).
 - 1.3. Criterios diagnósticos.
 - 1.4. Síntomas asociados.
2. Hipótesis explicativas
3. Intervención

Recursos

Bibliografía recomendada

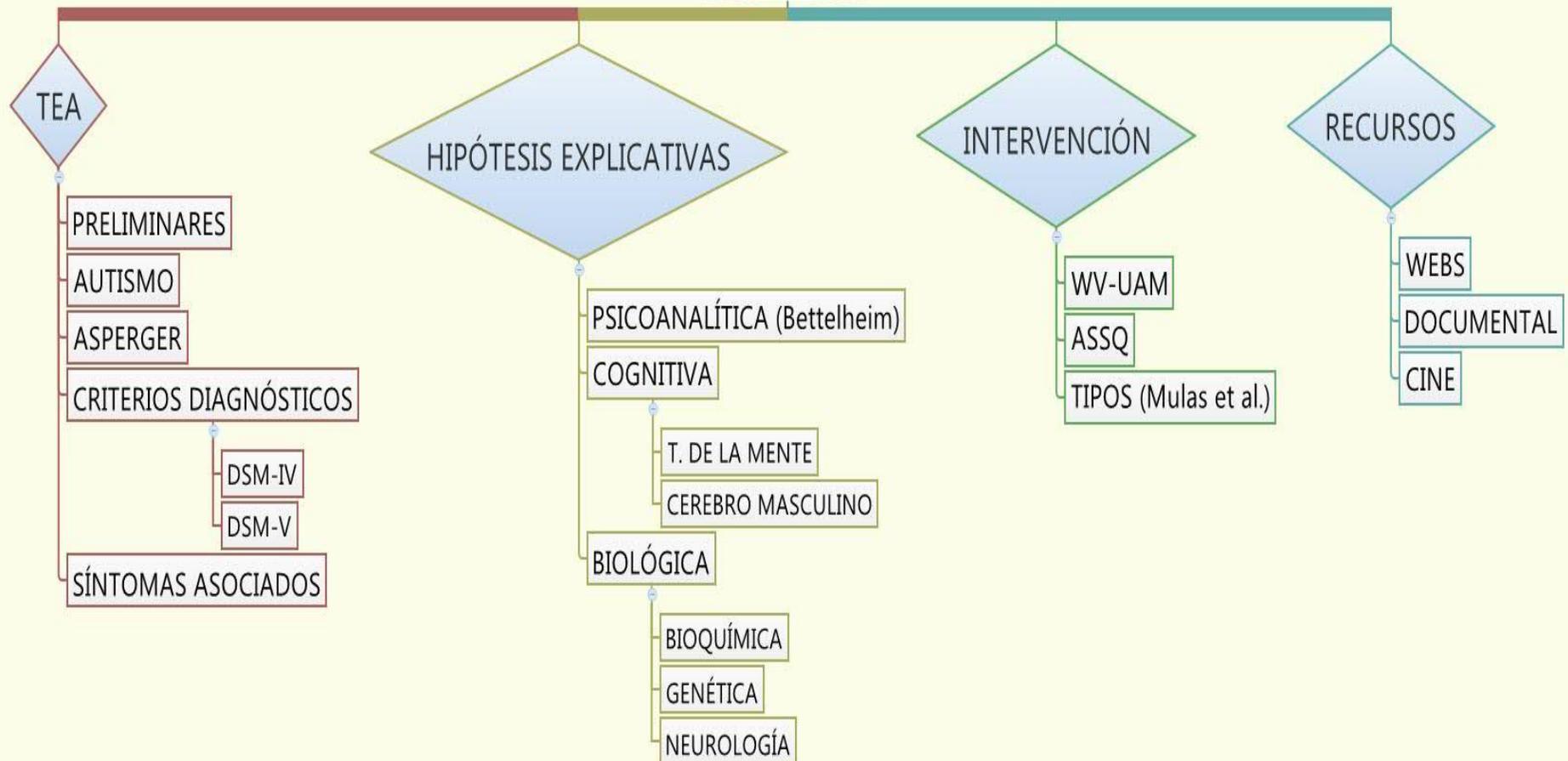
Páginas WEB

Documentales

Cine y discapacidad

Bibliografía

Trastorno del Espectro Autista



1. TRASTORNO del ESPECTRO AUTISTA (TEA).

En el DSM-IV (Pichot, 1995) se incluyen dentro de la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) los siguientes trastornos específicos:

1. trastorno autista,
2. trastorno de Rett,
3. trastorno desintegrativo infantil,
4. trastorno de Asperger y
5. trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

“Estos trastornos se caracterizan por déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados” (Pichot, 1995, p.40).

En el DSM-V (APA, 2013) la categoría TGA pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista (TEA) e incluye cuatro de los cinco trastornos anteriores, el trastorno de Rett desaparece en TEA, de esta forma se eliminan cuatro categorías diagnósticas y queda únicamente el, ya citado, Trastorno del Espectro Autista (*Autism Spectrum Disorder*).

En DSM-IV, el TGD se caracteriza por perturbación grave y generalizada de:

- a) las habilidades para la interacción social,
- b) las habilidades para la comunicación, y
- c) la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

En DSM-V, estas tres áreas se convierten en dos:

- a) ‘socio-comunicativa’, y
- b) ‘intereses fijos y conductas repetitivas’.

El objetivo de estos cambios es el de poder ‘situar’ en un continuo referido a las dos áreas anteriores a los sujetos afectados de TEA (Kupfer, Kuhl y Regier, 2013) en lugar de etiquetarlos con su correspondiente ‘trastorno específico’.

Así pues ya no consideramos que un sujeto está afecto de autismo o que sufre el síndrome de Asperger, consideramos que esa persona tiene un TEA y que está en un punto determinado de un continuo referido a las dos áreas citadas anteriormente. Evidentemente este

continuo tiene un punto grave y un punto leve.

En estos breves apuntes vamos a considerar dos de los puntos del continuo TEA, más grave (autismo) y menos grave (s. Asperger).

1.1. ALFA (autismo).

Fue por los años 40 del pasado siglo cuando Leo Kanner (1896-1981) acuñó el término de ‘autismo infantil temprano’ a partir de la observación del comportamiento de 11 niños que presentaban unas características comportamentales determinadas.

A partir de sus investigaciones Kanner estableció las características del sujeto autista, que son (Kanner, 1976):

- “imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y las situaciones” (p. 737),
- “actúan como si las personas que les rodean no estuvieran, que dan la impresión de sabiduría silenciosa.” (p. 738),
- el lenguaje que adquieren (2/3 de los sujetos autistas) no les sirve al principio como medio de comunicación,
- excelente memoria mecánica para recordar poesías, canciones, carreteras, ...,
- ecolalia,
- “las palabras toman un significado inflexible y no pueden usarlas más que en la acepción que aprenden originalmente” (p. 738),
- falta de formación espontánea de las frases,
- los pronombres personales los repiten tal como los oyen, es decir, si al niño le dicen: ‘toma **tú** la pelota que **yo** te voy a dar’, el niño se llama a sí mismo ‘tú’ y a las personas a las que se dirige ‘yo’,
- rutinarios en todos los aspectos de la vida,
- se relacionan muy bien con los objetos,
- nunca miran a nadie a la cara,
- “todos ellos poseen una indudable capacidad cognoscitiva” (p. 740),
- los antecedentes familiares muestran que “Los ascendientes y parientes colaterales de la mayoría eran personas intensamente preocupadas por abstracciones científicas, literarias o artísticas y poco dados a los genuinos intereses humanos. Incluso los matrimonios más felices eran fríos y formales” (Kanner, 1976, p. 740).

Resumiendo: problemas de comunicación (lenguaje y social) y conducta. El autor

dice que estos sujetos tienen una alta inteligencia y se apunta a la explicación de las causas del autismo por medio del trato parental que veremos más adelante.

1.2. OMEGA (s. de Asperger).

Por las mismas fechas que Kanner investigaba en USA, Hans Asperger (1906-1980) lo hacía en Austria. A partir del estudio de cuatro casos estableció el término de ‘psicopatía autista’ con características semejantes a las que Kanner atribuyó a sus 11 casos, diferenciándose en la ausencia de problemas en el lenguaje.

La diferencia, según el DSM-IV, con el autismo es la **no** existencia de retrasos en:

- el lenguaje que sean clínicamente significativos,
- el desarrollo cognoscitivo
- el desarrollo de habilidades de autoayuda, y
- el comportamiento adaptativo en aspectos no referido a la interacción social.

El término ‘Síndrome de Asperger’ no aparece en el DSM hasta su versión número IV de 1994, 50 años después de las investigaciones de Asperger. El término, que no fue utilizado hasta un año después de la muerte de su descubridor, fue propuesto por Lorna Wing en un artículo de 1981 (Wing, 1981) en el que ponía en cuestión el modelo de autismo de Kanner. Esta autora, junto con Judith Gould, entiende el autismo como un continuo más que como una categoría fija (Wind y Gould, 1979).

Resumiendo: problemas de comunicación (lenguaje y social) y conducta.

Son muchos los personajes de los que se ha dicho que tenían este síndrome: Einstein, Isaac Newton, Syd Barret (Pink Floyd), Spielberg, Bill Gates, Daryl Hannah, Satoshi Tajiri (creador de ‘Pokemon’)..., en cualquier caso estas cosas hay que tomarlas con prudencia.

En cualquier caso, muchas de las afirmaciones efectuadas por Kanner y Asperger no son asumibles en la actualidad.

1.3. Criterios diagnósticos.

En la página 18 se muestran los criterios que el DSM-IV (Pichot, 1995) establece para el diagnóstico de Trastorno autista y de Asperger.

En el DSM-V, que se publicará en España en 2014, los 12 síntomas que aparecen en el DSM-IV se reducen a 7, no es que se eliminen¹ sino que se fusionan aquellos criterios que describen características semejantes. De forma muy resumida, estos 7 criterios son²:

A) área ‘socio-comunicativa’:

- déficits en las conductas de interacción mutua en el campo social y emocional: desde problemas muy leves (inicio de interacción más o menos ‘anormal’, no alternancia en la conversación), hasta la inexistencia de interacción social,
- déficits en las conductas de comunicación empleadas en la comunicación social: desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, hasta la inexistencia de expresiones o gestos faciales,
- déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones: desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado en el juego con otros niños, por ejemplo, hasta la inexistencia de ‘interés’ por los otros,

B) área de ‘intereses fijos y conductas repetitivas’:

- lenguaje oral, movimientos corporales, etc., estereotipados y/o repetitivos: estereotipias motoras, ecolalia, ...,
- rutinas, rituales verbales, no verbales, motores, ... (de todo tipo),
- muy pocos intereses en los que se centran de forma que no prestan atención a nada que esté fuera de ellos,
- mucha o poca reacción a estímulos sensoriales: pasividad al dolor, al calor, al frío, al olor, a la iluminación, a objetos móviles, ... o todo lo contrario.

Se añade que todos estos síntomas se deben presentar en la primera infancia pero que pueden no llegar a manifestarse por diversos motivos, y que todos ellos hacen que el sujeto no pueda ‘funcionar’ en el día a día de una forma más o menos ‘normal’.

1.4. Síntomas asociados (DSM-IV).

Son los siguientes (Pichot, 1995):

- el 75 % (más o menos) de los niños con trastorno autista sufre retraso mental moderado (CI = 35-50),
- el desarrollo de las habilidades cognitivas suele ser irregular: una niña autista de 4 años de edad puede ser capaz de leer (hiperlexia),

¹ Salvo en el caso del retraso en el desarrollo del lenguaje que sí se elimina por no ser específico del TEA.

² <http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-V-TEA>

- la comprensión del lenguaje es inferior al del lenguaje expresivo (vocabulario, etc.).
- hiperactividad, impulsividad, agresividad, conductas autolesivas (cabezazos contra la pared, mordiscos en manos, dedos, ...), pataletas.
- atención reducida,
- ante un estímulo sensorial (dolor, sonidos, luces, contacto físico) las respuestas que dan los sujetos con TEA pueden ser muy peculiares,
- irregularidades en las comidas: dieta limitada a muy pocos alimentos, por ejemplo,
- alteraciones en el sueño: despertar recurrente o balanceo nocturno
- alteraciones del humor o la afectividad: reír o llorar sin motivo (a juicio del observador)
- ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuesta a objetos no dañinos.
- es posible que el TEA transcurra con alguna enfermedad médica,
- retraso en las etapas del desarrollo motor: torpeza motora,
- posibles depresiones por toma de conciencia de sus limitaciones.

2. HIPÓTESIS EXPLICATIVAS.

Las hipótesis sobre las causas del autismo son numerosas, tantas como investigadores y estudiosos del tema, una de las cosas que tienen en común es que no se ha demostrado fehacientemente ninguna.

Evidentemente, las hay más o menos ‘imaginativas’, más o menos ‘científicas’ pero, repito, ninguna ha sido demostrada. Hoy por hoy lo que sabemos sobre el autismo es que sabemos muy poco.

Una de las hipótesis ‘imaginativas’ es la proporcionada, desde el campo del **psicoanálisis**, por Bruno Bettelheim (1903-1990) quien sostenía que las causas del autismo residen en las malas relaciones padres-hijos, especialmente el nulo apego de la madre por el hijo (madres-nevera las llamó) y la ausencia del padre por dejación de funciones.

Parece ser que Bettelheim elaboró su teoría (a partir de ahora, BB) inspirado en sus propias vivencias.

BB era judío en la Austria de Hitler, por ello fue internado en varios campos de concentración (*Dachau* y *Buchenwald*) en 1938, al año siguiente fue liberado por presiones internacionales (se dice que su libertad fue comprada) y emigró a Estados Unidos.

Las atrocidades que vio en los campos fueron determinantes en su futura teoría, BB observó que algunos internos llegaban al punto de dejarse morir de hambre sin que al parecer les importara ni mucho ni poco, el comportamiento de los guardianes (por llamarles de alguna manera) hacia estas personas (en la jerga de los campos eran llamados ‘musulmanes’, sin ninguna connotación religiosa) era el de ‘dejarles en paz’ porque sabían que no tardarían mucho en morir además de que ya no obedecían a ninguna orden que recibiesen.

El prisionero había sido sacado de su vida, a saber, toda persona realiza una serie de rutinas en su vida cotidiana: se levanta a la misma hora, más o menos, desayuna, se va a trabajar, come a una hora más o menos determinada, vuelve a su casa, cena y se retira hasta el día siguiente, es una vida más o menos predecible. Cuando esta misma persona es internada en un campo se encuentra con que toda su vida ha desaparecido, le han separado de su familia, le maltratan, en su nuevo hábitat no existe ninguna rutina, ninguna regla a seguir, todo queda a la voluntad de sus carceleros: se levantará cuando le digan, comerá cuando le digan, le golpearán cuando sus carceleros quieran y por los motivos que quieran, esta persona es incapaz de prever mínimamente su futuro.

Algunas de estas personas, incapaces de funcionar en estas condiciones, se van encerrando en sí mismas de tal forma que llega un momento en que no atienden a ningún estímulo externo, ni órdenes, ni golpes ni amenazas, ni ausencia/presencia de comida, cuando llegan a este punto parecen ‘sombras que vagan sin ningún propósito’.

A partir de estas observaciones BB supone que el niño autista percibe un ataque tan brutal del exterior que su reacción es la de aislarse en una burbuja sin querer saber nada de ese mundo percibido como amenaza: “Los niños autistas en particular sólo tienen un pavor permanente por su vida; además, parecen convencidos de que su muerte es inminente y que ésta se puede retrasar un instante comportándose de forma indiferente para con la vida.” (Bettelheim, 1967/2001, p. 101).

Plantearé dos cuestiones:

1ª) ¿Qué tipo de ataque siente un niño entre los 0 y los 3 años de edad para llegar al extremo que BB plantea?, y

2ª) Lo que le faltaba a la madre de un niño autista es que SU MÉDICO le diga que la ‘culpa’ del autismo de su hijo la tiene ella porque no quiere a su hijo (incluso decirle que le odia) y que debido a su comportamiento pernicioso, su hijo ...

He de hacer notar que BB tuvo una enorme influencia en su época, fue profesor de psicología en la Universidad de Chicago y director del Instituto Ortogénico (donde realizó todas sus investigaciones) dependiente de la misma universidad, desde 1944 hasta su retiro en 1973. El mismísimo Woody Allen le invitó a participar, y participó, en su película *Zelig* de 1983.

Son muchos los estudiosos del tema que consideran que el deterioro social es el síntoma primario del trastorno, desde un punto de vista **cognitivo** se explica este deterioro por el hecho de que el sujeto autista no es capaz de ponerse en el lugar del otro, es incapaz (más o menos) de ver las cosas desde un punto de vista distinto al propio, es lo que se conoce como ‘ceguera mental’, carecen de una ‘Teoría de la Mente’ del otro.

Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) investigaron esta teoría mediante la siguiente experiencia:

Les pidieron a 20 sujetos autistas, 14 afectados de síndrome de Down y 27 sujetos ‘normales’ (las características de estos sujetos se ofrecen en la tabla 1) que respondieran a la siguiente proposición (que les fue presentada a los participantes por medio de dibujos³):

- 1º) Sally tiene una canasta y Anne tiene una caja de cartón.
- 2º) Sally pone su pelota en la canasta y la tapa con un pañuelo.
- 3º) Sally sale fuera de la habitación.
- 4º) Anne cambia la pelota de sitio: la pone dentro de la caja de cartón (cerrada).
- 5º) ¿Dónde irá Sally a buscar la pelota cuando vuelva a entrar en la habitación?

Los resultados mostraron que las respuestas de los sujetos ‘normales’ y los afectados de Down eran similares: ambos grupos respondieron de la forma que consideraríamos ‘lógica’: Sally buscará su pelota en el sitio donde la dejó. Por el contrario las respuestas de los sujetos autistas fueron que Sally iría a buscar su pelota en la caja de cartón.

La explicación a este hecho va en la línea de la Teoría de la Mente (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985; Frith, 1989): los sujetos ‘normales’ y Down son capaces de ponerse en el lugar del otro y dar la respuesta correcta, los sujetos autistas no son capaces de hacerlo y dan la respuesta que ellos consideran correcta: ‘¿cómo va Sally a decir que la pelota está

³ ver Frith & Frith (1999), p. 1692.

en la canasta si **yo** he visto que está en la caja de cartón!'.

Tabla1.

Edad cronológica y mental de los participantes en la experiencia 'Sally & Anne' [elaboración propia a partir de Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985)].

	Edad cronológica (EC)	Edad mental (EM)	
		No-Verbal	Verbal
Autistas	11 años y 11 meses	9 años y 3 meses	5 años y 5 meses
Down	10 años y 11 meses	5 años y 11 meses	2 años y 11 meses
Normal	4 años y 5 meses	= EC	= EC

Otra explicación un tanto curiosa, también desde un punto de vista **cognitivo**, es la que plantea la teoría del 'cerebro masculino extremo', la cual deriva de la teoría de la empatía-sistematización (Baron-Cohen, 2005, 2009) según la cual la capacidad de sentir empatía caracteriza al cerebro femenino y la de sistematización al cerebro masculino. De forma muy resumida diré que esta teoría plantea que puesto que los sujetos afectados de TEA tienen reducida en mayor o menor grado su capacidad de empatizar y aumentada, más o menos, su capacidad de sistematizar, presentan un cerebro masculino extremo (Baron-Cohen, 2005a, 2005b), es decir extremadamente *sistematizador* y mínimamente *empatiador*.

La investigación actual pone de manifiesto la presencia de diversas alteraciones de tipo **biológico** -bioquímicas, genéticas, neurológicas- en los sujetos autistas:

- la hipótesis 'bioquímica' se apoya en el hecho de que en los sujetos autistas se han encontrado diferencias en lo referente a los neurotransmisores: GABA, serotonina, dopamina y noradrenalina; por ejemplo, el GABA actúa contra el estrés y la dispersión mental, frena la transmisión de las señales nerviosas, por lo que niveles bajos de GABA (como sucede en los sujetos autistas) origina que dichas señales nerviosas se transmitan a gran velocidad, resultado: hipersensibilidad,
- la hipótesis 'genética' se sustenta en la mayor probabilidad de presencia de autismo en los hermanos de sujetos autistas que entre la población general,
- por último, la hipótesis 'neurológica' se fundamenta, entre otras evidencias, en las observaciones post-mortem del cerebro de individuos autistas: diferencias en el cerebelo ('cerebro reptiliano'), sistema límbico ('cerebro emocional') y corteza cerebral ('cerebro racional'); también se han observado diferencias en los ventrículos cerebrales (mediante

TAC).

Hay más evidencias, es frecuente encontrar en la literatura científica hallazgos que muestran la presencia/ausencia de diversos parámetros biológicos, así:

- existen anomalías estructurales en el cerebro de sujetos autistas: en el cerebelo, sistema límbico, cortezas frontal y temporal, cuerpo caloso y ganglios basales (Payá y Fuentes, 2007),
- “La investigación actual sostiene que muchos casos de autismo dependen de una alteración hereditaria de la comunicación entre las células nerviosas” (Brose, 2009, p. 36),
- la alteración del sistema oxitocinérgico (la oxitocina es un neurotransmisor conocido como la ‘hormona de los mimosos’) podría ser uno de los posibles factores perinatales implicados en la etiología del autismo (Olza, Marín, López y Malalana, 2011),
- el cerebro de la mujer autista es diferente al del hombre autista (Lai et al., 2013),
- existen genes asociados con el autismo en la corteza del cerebelo, se han encontrado 26 (Menashe et al., 2013).

En todas estas investigaciones no se ha podido establecer ninguna relación de causa-efecto en relación con el autismo, las relaciones son correlacionales en el mejor de los casos.

3. INTERVENCIÓN.

Puesto que el TEA es un continuo que va de mayor a menor gravedad hemos de establecer cómo debe intervenir el maestro de Educación Primaria, generalista, en los diferentes puntos de este trastorno, consideraré solamente dos.

A) El West Virginia (Cone, 1981; Martín, Márquez, Rubio y Juan, 1990) es un instrumento que se creó para evaluar la conducta de personas con discapacidad intelectual pero también es utilizado en la evaluación y establecimiento de programas de intervención en los sujetos afectados de TEA. En la tabla 2 se muestran cuatro de las seis áreas evaluadas por el test y un ejemplo de ítem de cada una de ellas.

Las otras dos áreas evaluadas por el WV son: sensorial y habilidades específicas. Es evidente que este instrumento se emplea con los sujetos afectados de TEA en su polo más grave (autistas). Teniendo en cuenta que **nunca se debe generalizar**⁴, es muy posible que el

⁴Un sujeto autista (o con cualquier otra problemática) no recibe una determinada atención por el hecho de estar afecto de TEA, recibe esa atención porque mediante ella se va a resolver lo que se pretenda resolver; una vez resuelto habrá que volver a evaluar la situación y decidir si el sujeto sigue recibiendo esa atención u otra distinta para alcanzar los objetivos que se pretenden conseguir en esta segunda

maestro de Educación Primaria, generalista, no vea en toda su vida profesional un caso de este tipo.

Tabla2.

Ejemplos de ítems evaluados por el WV (tomado de Martín, Márquez, Rubio y Juan, 1990).

Motricidad Gruesa	Giro: 4. Estando tumbado/a boca abajo se da la vuelta completa sobre sí mismo. 3. Cuando está tumbado/a boca abajo balancea su cuerpo de un lado a otro. 2. Cuando está tumbado/a boca abajo vuelve la cabeza por lo menos 45°. 1. Vuelve la cabeza o el tronco ligeramente.
Interacción Social (comunicación)	Juego: 4. Juega cooperativamente, dar o recibir, con, al menos, otra persona. 3. Juega al lado de otros chicos con juguetes que no requieren interacción. 3. Juega o pasa al menos dos minutos sin compañía con diversos juguetes. 1. Juega al menos a algún juego.
Autoayuda (autonomía personal)	Masticar la comida: 4. Mastica cualquier tipo de comida sin ayuda. 3. Mastica la comida si antes ha sido picada. 2. Acepta la comida si antes ha sido triturada. 1. Mastica por lo menos algo de comida.
Aprendizajes Escolares	Sostener un lapicero o pintura: 4. Sostiene un lápiz o pintura de tamaño normal de forma adecuada para escribir. 3. Sostiene un lápiz o pintura de tamaño normal con el puño apretado. 2. Sostiene un lápiz gordo. 1. Por lo menos una vez, ha sostenido un lápiz o pintura de cera.

B) El Cuestionario de Screening para Espectro Autista de Alto Funcionamiento (ASSQ) de Ehlers, Gillberg y Wing (1999) está formado por 27 enunciados que son una muy buena descripción de las características de un sujeto afecto de TEA pero en el polo opuesto que el caso anterior (en este caso: Asperger). A continuación, algunos de esos ítems:

- Es considerado por otros chicos como un “profesor excéntrico”.
- Vive en cierta forma en su propio mundo, con intereses intelectuales, idiosincrásicos y restrictivos.
- Posee una comprensión literal del lenguaje metafórico o ambiguo.
- Posee un estilo de comunicación desviado, con un lenguaje formal, detallado, anticuado o con la entonación similar a la de “un robot”.
- Le falta empatía.
- Realiza comentarios ingenuos o embarazosos.
- Tiende a desviar la mirada.

intervención. Es la diferenciación entre el ‘por qué’ y el ‘para qué’: La pregunta no es **¿Por qué** necesita Juan ...?, es: **¿Para qué** necesita Juan ...?

- Puede estar con otros chicos pero sólo estableciendo sus propios términos.
- Le falta sentido común.
- Tiene rutinas especiales: insiste en no cambiar.

La Asociación Asperger Argentina⁵ ofrece en su web 72 características que pueden darse en estas personas, separadas en 6 áreas (ejemplos de ellas: tabla 3), estos rasgos, sin ser exhaustivos, son una buena descripción de cómo son y actúan estas personas. Por su parte, la Federación Asperger España⁶ en su página describe muy acertadamente esta problemática.

Tabla 3.

Características (algunas) del Síndrome de Asperger (Asoc. Asperger Argentina).

habilidades sociales y control emocional	Se relaciona mejor con adultos que con los niños de su misma edad. No entiende las reglas implícitas del juego. Quiere imponer sus propias reglas al jugar con sus pares. Llora fácilmente por pequeños motivos. Tiene dificultad para entender las intenciones de los demás. No tiene malicia y es sincero.
habilidades de comunicación	No suele mirarte a los ojos cuando te habla. Interpreta literalmente frases como: "hay miradas que matan". Se interesa poco por lo que dicen los otros.
habilidades de comprensión	No comprende por qué se le riñe, se le critica o se le castiga. Le es difícil entender cómo debe portarse en una situación social determinada.
intereses específicos	Suele hablar de los temas que son de su interés sin darse cuenta si el otro se aburre. Le gusta la rutina. Tiene rituales elaborados que deben ser cumplidos. Por ejemplo, alinear los juguetes antes de irse a la cama.
habilidades de movimiento	Tiene una pobre coordinación motriz.
otras	Miedo, angustia, malestar debido a: sonidos ordinarios, ruidos inesperados, llevar determinadas prendas de ropa.

El diagnóstico de estos niños suele ser más tardío que el de los que se encuentran en el polo opuesto, solamente cuando el niño tiene una cierta edad comienzan los padres a preocuparse por ciertas conductas ‘raras’ que presenta el hijo, es posible (seguro) que el maestro también se dé cuenta y los compañeros también. El maestro de Educación Primaria, generalista, debe conocer las características de estos chicos con la finalidad de intervenir lo antes posible⁷.

⁵ http://www.asperger.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=49

⁶ <http://www.asperger.es/asperger.php?t=3>

⁷ Aquí he de hacer una puntualización, el maestro de EP no es el profesional indicado para hacer el diagnóstico pero sí lo es para detectar un posible problema, esto no quiere decir que tenga que estar detrás de sus alumnos a ver si ..., el maestro no debe ‘psicologizarse’ o ‘psiquiatrizarse’ hasta el punto de que ‘vea’ trastornos por todas partes, podría llegar al extremo de pensar que todo chico

La intervención psicológica con estos niños debe ir orientada a conseguir que sus interacciones sociales sean lo más ‘normales’ posible ya que los problemas de comunicación que presentan estos chicos pueden llegar a ser muy incapacitantes. Imagínese un alumno con características tales como: no entiende los chistes, el doble sentido, la ironía, que ‘va a la suya’, ¿cómo se tendrían que dirigir sus compañeros a él para que no se ofenda y les entienda?, ¿cómo tendría que comportarse Juan para que sus compañeros le entiendan y comprendan?, ¿cómo tendría que organizar la enseñanza el maestro?, a estas tres preguntas tiene que dar respuesta la escuela, si no se consigue es más que probable que el niño fracase pero no por déficit intelectual sino por no poder soportar el clima del aula.

El fracaso escolar puede convertirse también en fracaso personal ya que el niño con TEA puede llegar al convencimiento de que no puede revertir la situación en la que vive: su autoestima puede llegar a ser muy negativa.

Así pues la intervención debe ir encaminada, como apuntaba antes, a la adquisición de habilidades sociales que permita al niño afecto de TEA desenvolverse con éxito en su medio social, esencialmente en la clase pero no solamente en ella y a modificar aquellas conductas que socialmente ‘no están bien vistas’. Al mismo tiempo hay que trabajar con los demás niños de la clase explicándoles las características de su compañero y la forma de interactuar con él, también sus pares tienen que desarrollar habilidades sociales.

Estas habilidades deben aprenderse practicándolas, es decir en la clase ordinaria, es absurdo plantear que para aprender a nadar hay que estudiar un manual de natación: o te tiras a la piscina o no aprendes, en estos casos igual. El maestro de primaria no es un especialista en modificación de conducta ni en la aplicación de programas de habilidades sociales pero sí lo es en metodología de la enseñanza, por ello deberá diseñar el proceso de enseñanza y aprendizaje de forma que las habilidades a las que me refiero fluyan de forma natural durante el desarrollo de las clases. Es muy evidente que en una organización del aprendizaje de forma ‘tradicional’ estos chicos (y todos) van a tener problemas, pero esto es otro asunto.

Mulas et al. (2010) describen los modelos de intervención en niños con autismo:

- a) Intervenciones psicodinámicas. No suelen usarse en la actualidad.

que sea un poco ‘raro’ es que le pasa algo. No quiera imaginar el lector las ‘rarezas’ que acumula un profesor con unos cuantos años de experiencia ni lo que los alumnos piensan de él como sea algo más ‘raro’ de lo normal.

b) Intervenciones biomédicas:

- medicación, se tratan las enfermedades o síntomas asociados con TEA: epilepsia, trastornos de conducta (TDAH) o del sueño,
- medicina complementaria: dietas de exclusión, suplementos vitamínicos, etc., no está clara su eficacia.

c) Intervenciones psicoeducativas:

- intervenciones conductuales, se basan en enseñar a los chicos con TEA nuevas conductas y habilidades: Programa Lovaas, análisis aplicado de la conducta⁸ (refuerzos positivos), etc.
- intervenciones evolutivas, centradas en la enseñanza de técnicas sociales/comunicación y en desarrollar habilidades para la vida diaria, todo ello en ambientes muy estructurados,
- intervenciones basadas en terapias (sobre dificultades específicas): intervenciones centradas en la comunicación, sensorio-motoras (audición, integración sensorial),
- intervenciones basadas en la familia: proporcionan entrenamiento a todos los miembros de la familia del niño afecto de TEA,
- intervenciones combinadas: programa TEACCH⁹ (por ejemplo)

Por último apuntar que los servicios de orientación educativa, y los maestros especialistas en Educación Especial, están para apoyar al maestro de Educación Primaria en aquellas intervenciones que escapan a su formación generalista.

⁸ <http://www.feathouston.org/Spanish1>.

⁹ <http://www.teacch.com/>

Bibliografía recomendada

- Artigas, J. et al. (2004). *Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica*. Madrid: Asociación Asperger España.
- Lovaas, I. *Tell my book*. Versión de consulta en formato PDF, disponible en: <http://www.psico-diagnosis.es/downloads/librolovaas.pdf>
- Verdugo Alonso, M.A. (1995). *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo Veintiuno. (Capítulo 21).

Páginas WEB

Federación Española de Autismo:

<http://www.fespau.es/>

Asociación Guipuzcoana de Autismo:

<http://www.gautena.org>

Federación Asperger España:

<http://www.asperger.es/>

Asociación Asperger Argentina:

http://www.asperger.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=49

TEACCH Autism Program:

<http://www.teacch.com/>

Documentales

El laberinto del autismo:

http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=zgpqcaIa5bE

La cámara viviente. Dibujar Roma de memoria:

http://www.youtube.com/watch?v=JrhLWoMl7_Y

Redes. Autismo. Los incomunicados:

<http://www.youtube.com/watch?v=p2rQIGBVdFs>

Cine y discapacidad

María y yo.

Ficha: <http://www.filmaffinity.com/es/film405439.html>

Mozart y la Ballena.

Ficha: <http://www.filmaffinity.com/es/film173714.html>

Rain Man.

Ficha: <http://www.filmaffinity.com/es/film579520.html>

BIBLIOGRAFÍA

- APA, American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA (USA): American Psychiatric Publishing.
- Baron-Cohen, S. (2005). La gran diferencia. Como son realmente los cerebros de hombres y mujeres. Barcelona: Amat.
- Baron-Cohen, S. (2005a). The essential difference: the male and female brain. *Phi Kappa Phi Forum*, 85 (1), 23-26.
- Baron-Cohen, S. (2005b). Testing the extreme male brain (EMB) theory of autism: Let the data

- speak for themselves. *Cognitive Neuropsychiatry*, 10 (1), 77-81.
- Baron-Cohen, S. (2009). Autism: The Empathizing-Systemizing (ES) Theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156 (1), 68-80.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bettelheim, B. (1967/2001). *La fortaleza vacía*. Barcelona: Paidós.
- Brose, N. (2009). Autismo. *Mente y Cerebro*, 38, 36-41.
- Cone, J.D. (1981). *The West Virginia Assessment and Tracking System*. Morgantown, US-WV: West Virginia University.
- Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A Screening Questionnaire for Asperger Syndrome and Other High-Functioning Autism Spectrum Disorders in School Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 129-141.
- Frith, C. & Frith, U. (1999). Interacting minds - A biological basis. *Science*, 286, 1692-1695.
- Frith, U. (1989). Autism and "Theory of Mind". In C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism* (pp. 33-52). New York: Plenum Press.
- Kanner, L. (1976). *Psiquiatría Infantil*, 4ª ed. Buenos Aires (AR): Siglo veinte (1ª edición en inglés: (1935) Child Psychiatry. Springfield (Ill, USA): Charles C. Thomas).
- Kupfer, D.J., Kuhl, E.A. y Regier, D.A. (2013). DSM-5 —The Future Arrived. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 309 (16), 1691-1692. Disponible en <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1656312>
- Lai, M.-C., Lombardo, M.V., Suckling, J., Ruigrok, A.N.V, Chakrabarti, B., Ecker, C., Deoni, S.C.L., Craig, M.C., Murphy, D.G.M., Bullmore, E.T., MRC AIMS Consortium, and Baron-Cohen, S. (2013). Biological sex affects the neurobiology of autism. *Brain*, 1-17. Disponible en <http://brain.oxfordjournals.org/content/early/2013/08/08/brain.awt216.full.pdf+html>
- Martín, A. Márquez, M.O. Rubio, V.J. y Juan, M. (1990). *Sistema de Evaluación y Registro del Comportamiento Adaptativo WV-UAM*. Madrid: MEPSA
- Menashe, I., Grange, P., Larsen, E.C., Banerjee-Basu, S., Mitra, P.P. (2013) Co-expression Profiling of Autism Genes in the Mouse Brain. *PLoS Comput. Biol.*, 9 (7), e1003128. doi: 10.1371/journal.pcbi.1003128,
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M.G., Etchepareborda, M.C., Abad, L. y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, 50 (3), S77-S84.
- Olza, I., Marín, M.A., López, F. y Malalana, A.M. (2011). Oxitocina y autismo: una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4 (1), 38-41.
- Payá, B. y Fuentes, N. (2007). Neurobiología del autismo: estudio de neuropatología y neuroimagen. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (4), 271-276. Disponible en http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/desarrollo_tr_generalizados/32032/ld
- Pichot, P. (Coord.) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-IV)*. Barcelona: Masson. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (1994), publicado por la American Psychiatric Association, Washington, D.C.).
- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe Impairments of Social Interaction and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-29.
- Wing, L. (1981), Asperger's Syndrome: a Clinical Account. *Psychological Medicine*, 11, 115-130.

DSM-IV: Criterios para el diagnóstico de Trastorno autista (Pichot, 1995, pp. 74-75)

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
- (1) alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
 - (c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés)
 - (d) falta de reciprocidad social o emocional
 - (2) alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - (a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)
 - (b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros
 - (c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico
 - (d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo
 - (3) patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
 - (a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo
 - (b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (d) preocupación persistente por partes de objetos
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

DSM-IV: Criterios para el diagnóstico de Trastorno de Asperger (Pichot, 1995, p. 81)

- A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- (1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
 - (2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
 - (3) ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
 - (4) ausencia de reciprocidad social o emocional
- B. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.
- F. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia
- C. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:
- (1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
 - (2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
 - (3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - (4) preocupación persistente por partes de objetos
- D. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).