TRABAJO FIN DE GRADO

EL AUTISMO EN LA PRIMERA INFANCIA

Revisión bibliográfica

GARCÍA LIÑÁN, LAURA

Grado en Educación Infantil

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Granada

Curso académico 2014/2015

EL AUTISMO EN LA PRIMERA INFANCIA

Autor: *Laura García Liñán*

Resumen: El presente trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca del Autismo, que tiene como finalidad recopilar información sobre esta temática, de manera que lleguemos a conocer en qué consiste, y de este modo saber cómo actuar cuando nos encontramos un caso en el aula.

Este trastorno se encuentra registrado en el manual DSM-IV (APA, 2000), DSM-IV-TR (2002), y DSM-V (APA, 2013), y pertenece a las categorías de Trastornos del Neurodesarrollo y de TEA (Trastornos del Espectro Autista).

También, hemos identificado quienes fueron sus pioneros. El término Autismo hace referencia a un trastorno neuropsicológico de curso continuado, comúnmente asociado a discapacidad intelectual, con una aparición previa a los tres años de edad, que se muestra con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con diferentes niveles de gravedad.

Los signos y características de este trastorno exigen evaluar alteraciones en la interacción social, la comunicación y patrones de comportamiento, intereses o actividades.

Entre las posibles causas del Autismo, que aún no están claras, se encuentran: probables trastornos genéticos, trastornos congénitos del metabolismo, factores prenatales, epilepsia, factores perinatales y enfermedades infecciosas. Igualmente, agrupamos las distintas teorías acerca de las posibles causas, haciendo alusión a bases cognitivas, neurológicas y genéticas.

Por último, reflejamos que para tratar esta condición particular de la persona autista, la intervención educativa es la opción más recomendada, dando resultados de mejora a largo plazo, asimismo se proponen pautas de actuación para controlar las situaciones ansiógenas.

Palabras clave: Trastorno autista, TEA, signos de alarma, diagnóstico, intervención psicoeducativa.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN..... 3

OBJETIVOS 3

MÉTODO DE SELECCIÓN... 4

ANÁLISIS TEÓRICO DEL AUTISMO 4

1. Ubicación conceptual del Trastorno autista.....4

2. Trastornos del Espectro Autista (TEA) 5

3. Trastorno autista: núcleo central de este trabajo..... 6

3.1. ¿Cuándo se empezó a hablar de Autismo? 6

3.2. Definición del concepto del Trastorno autista 7

3.3. Características del Trastorno autista 8

3.4. Detección temprana de síntomas de alarma..... 11

4. Instrumentos utilizados para diagnosticar el Autismo..... 13

5. Etiología 13

6. Teorías que explican el Autismo 14

7. Métodos de intervención educativa 15

8. Decálogo para el manejo de la ansiedad en el Autismo 19

CONCLUSIONES..... 20

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 23

ANEXOS 27

INTRODUCCIÓN

Este trabajo consiste en un revisión bibliográfica, que tiene como finalidad recopilar, organizar, analizar y sintetizar información sobre los Trastornos del Espectro Autista (TEA), en concreto el Trastorno autista. Para ello, hemos realizado un recorrido teórico que nos ha aportado la información necesaria para su comprensión y análisis.

En primer lugar, inspeccionaremos, dónde y en qué términos queda registrado este trastorno y quienes empezaron a hablar de él. En segundo lugar, definiremos los Trastornos del Espectro Autista (TEA) sin adentrarnos en su definición, pues ésto lo realizaremos en un anexo adjunto a este trabajo. En tercer lugar, gracias al recorrido bibliográfico realizado hemos podido definir el Autismo como tal, sus características y la detección de los síntomas de alarma. En cuarto lugar, hablaremos de los instrumentos utilizados para diagnosticar el autismo; siendo éstos útiles para descartar o confirmar un posible Autismo. En quinto lugar, revisaremos sus causas para recabar información de este trastorno; es decir, si sus causas son genéticas, neurológicas o psicológicas. En sexto lugar, investigamos sobre su etiología, refiriéndonos a las teorías que estudian el Autismo. En séptimo lugar, el estudio de esta revisión bibliográfica, nos ha aportado información acerca de cómo intervenir educativamente con esta clase de alumnos; refiriéndonos a métodos utilizados para mejorar las áreas afectadas en los niños con Autismo, los cuales nos sirven de guía y ayuda en nuestro trabajo diario en clase. En último lugar, expondremos una serie de consejos para controlar los estados de ansiedad y estrés en los niños autistas.

Concluyendo, justificamos este estudio bibliográfico como un medio de ayuda útil para recabar información necesaria para entender lo que es el Autismo y de ese modo poder hacer frente a la educación de los niños autistas y cómo trabajar en el aula.

OBJETIVOS

- Conocer el Autismo como concepto.
- Definir sus características y especificar sus posibles causas.
- Saber cuáles son las primeras manifestaciones sintomatológicas del Autismo.
- Indagar en los métodos de detección y diagnóstico del Trastorno autista.
- Conocer el valor de la detección precoz y de la intervención temprana.
- Conocer pautas para afrontar crisis de ansiedad.

– Desarrollar métodos y modelos de intervención en el aula.

MÉTODO DE SELECCIÓN

La metodología seguida en este trabajo ha sido la búsqueda de bibliografía acerca de autores cuyas investigaciones se han centrado en el análisis del Autismo. Para ello, ha sido necesario realizar una búsqueda de materiales relacionados con el tema a tratar. Estos materiales engloban la revisión de libros, manuales, revistas y artículos de diversos autores, tanto en formato digital como impresos. Los buscadores más utilizados han sido la base de datos (ERIC, ISSOC, TESEO) de acceso a internet que permite la lectura de infinidad de artículos de revistas electrónicas, la hemeroteca y la biblioteca. Asimismo, se han visitado varias páginas web con un repertorio amplio de recursos y vídeos. Los descriptores utilizados para la búsqueda han sido los Trastornos del Neurodesarrollo, los Trastornos del Espectro Autista (TEA) y de forma más concreta, el Trastorno autista. Además, se han realizado observaciones a niños con Autismo escolarizados en el Centro escolar donde estoy desarrollando las prácticas del Grado de Educación Infantil.

ANÁLISIS TEÓRICO DEL AUTISMO

1. Ubicación conceptual del Trastorno autista

Antes de profundizar en el análisis del Trastorno autista, comenzaremos señalando dónde se encuentra registrado y de qué manera.

El Trastorno autista se encuentra registrado en el DSM-IV-TR (APA, 2002), de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association [APA], 1994); un Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Éste manual recoge entre otros, a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia, en los que se integran los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD); es decir, déficits graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo, los cuales incluyen el Trastorno autista, el Trastorno de Asperger, el Trastorno de Rett, el Trastorno desintegrativo de la infancia y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.

Actualmente, la DSM-IV-TR (2002), ha sido sustituida por la DSM-V (APA, 2013), dónde la categoría de Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia ha

pasado a denominarse Trastornos del Neurodesarrollo, en la que la subcategoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) pasa a denominarse Trastorno del Espectro Autista (TEA). En la categoría de TEA quedarían englobados, según Alcantud (2013), el Trastorno autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo de la Infancia, y el Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, quedando fuera de esta clasificación el Trastorno de Rett. Por otro lado, las tres dimensiones afectadas en los Trastornos del Espectro Autista (TEA), anteriormente denominados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), se reducen ahora a dos: déficit sociales y de comunicación e intereses fijos y comportamientos repetitivos.

Sin embargo, para otras investigadoras como Morales, Domènech-Llaberia, Jané y Canal (2013), y López Justicia y Polo (2014), en el DSM-V, se desvinculan de la categoría TEA, el trastorno de Rett, por considerarse un trastorno genético, y el Trastorno Desintegrativo Infantil porque es considerado una enfermedad "rara".

El concepto de TEA tuvo su origen en un estudio realizado por Lorna Wing y Judith Gould (1979, citado en Rivière, 2001), la cual hace alusión a la famosa "Triada de Wing": déficit social, lenguaje y comunicación e intereses fijos y comportamientos repetitivos.

2. Trastornos del Espectro Autista (TEA)

En este apartado analizaremos brevemente qué son y en qué consisten los TEA. Más adelante, pasaremos a centrarnos detalladamente en el Trastorno Autista, ya que es el tema central de este trabajo.

Los trastornos del espectro autista (TEA) engloban un grupo de Trastornos del Neurodesarrollo. Estos trastornos, de diferente severidad, hacen referencia a un conjunto de déficits graves y persistentes en las habilidades de interacción social recíproca, en la comunicación interpersonal (deficiencias en el desarrollo del lenguaje y en la comunicación no verbal), así como a la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas. Teniendo en cuenta que no todos los niños con TEA muestran los mismos síntomas y en la misma intensidad, ya que las distintas manifestaciones pueden ser muy variables en cada niño, en cada momento evolutivo, según el nivel cognitivo y la posible apariencia de otros síntomas o trastornos (Morales, Domènech-Llaberia, Jané y Canal, 2013 y López Justicia y Polo, 2014).

Para López Justicia y Polo (2014), estas alteraciones están presentes desde la infancia temprana, siendo impropias del nivel de desarrollo, dificultando así el ajuste social de los niños. Consideran el TEA como un desarrollo anormal de las funciones cognitivas. Frecuentemente, el TEA se acompaña de otras patologías, principalmente con algún grado de discapacidad mental. En este sentido, aunque poseen buenas capacidades viso-espaciales, memoria mecánica y motricidad, el 75 por ciento presenta un cociente intelectual inferior a 70 (López, Rivas y Taboada, 2009 y López Justicia y Polo, 2014).

La definición de cada uno de los trastornos que se engloban dentro de los TEA, teniendo en cuenta la clasificación realizada por Alcantud Marín (2013), se exponen en el Anexo 1 del presente trabajo.

3. Trastorno Autista: Núcleo central de este trabajo

3.1. ¿Cuándo se empezó a hablar de Autismo?

El Autismo como tal se dio a conocer gracias a Leo Kanner y Hans Asperger; lo mismo existió siempre, pero gracias a ellos lo conocemos hoy en día.

Leo Kanner (psiquiatra americano de origen austríaco) describe por primera vez en su artículo "Autistic disturbances of affective contact" en 1943, a un grupo de 11 niños (de dos años y medio a ocho años) que pasan por su consulta como niños con síntomas autistas. Kanner, lo describe como una afección vinculada específicamente con la infancia que denominó inicialmente autismo infantil precoz (Ferrari, 2015).

En 1944, Hans Asperger describió un grupo de cuatro niños que mostraban como característica común un gran déficit para la interacción social, aunque aparentemente mostraban un desarrollo cognitivo y verbal correcto. En su artículo "Die Autistischen Psychopathenim Kindesalter" lo denominó "psicopatía autística" y aportó sus propias observaciones, coincidiendo al señalar las mismas características principales que señaló Kanner, sin tener conocimiento de su trabajo (Muñoz, Palau, Salvadó y Valls, 2006).

En sus publicaciones los dos eligieron la misma palabra, "Autismo". Pero no se trataba de una casualidad, ya que éste término fue acuñado por Eugen Bleuler, un

psiquiatra ilustre en 1911, quien lo usaba para describir a un trastorno básico de la esquizofrenia (Ferrari, 2015).

Estas investigaciones se basaban en la observación de la conducta de niños que eran incapaces de mantener relaciones afectivas normales con las personas (Frith, 1989).

Las observaciones llevadas a cabo por Kanner y sus trabajos, son la base de referencia para analizar las características esenciales del Autismo clásico.

3.2. Definición del concepto del Trastorno autista

El término Autismo deriva de "autos" que significa "sí mismo" (Ferrari, 2015). Se trata de un trastorno neuropsicológico de curso continuado, comúnmente asociado a discapacidad intelectual, con una aparición previa a los tres años de edad, que se muestra con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación, así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con diferentes niveles de gravedad (López Gómez, Rivas y Taboada, 2009).

En los últimos años, se ha producido un gran incremento de los casos de Autismo llegándose a hablar de una auténtica epidemia (Camino y López, 2006).

Alcantud (2013) y Artigas-Pallares y Narbona (2011), hablan de la existencia de dos tipos de Autismo: el autismo idiopático (autismo puro) y el sindrómico o secundario. Cabe señalar que en la mayoría de los casos de autismo no es posible establecer una etiología específica (característica común de los trastornos del neurodesarrollo). Por tanto, cuando no se detecta una causa específica se denomina autismo idiopático. En cambio, cuando sí se presupone una causa concreta, se denomina autismo sindrómico o secundario.

El autismo puro o nuclear presenta un conjunto de síntomas que pueden asociarse a distintos trastornos y a niveles cognitivos muy diversos. No obstante, el 75 por ciento de los casos de Autismo (autismo idiopático) se acompaña de retraso mental.

En relación al sexo, el Trastorno autista afecta con menos frecuencia, pero con mayor nivel de afectación, a las mujeres que a los hombres. El autismo nuclear es raro que se dé con todas sus características puras, tan sólo afecta a una pequeña proporción de personas; 1 de cada 1.000, aunque cuanto menor es el cociente intelectual, más

frecuentes son los síntomas de Autismo (Artigas-Pallares y Narbona, 2011 y Alcantud, 2013).

3.3. Características del Trastorno autista

Los signos y características del Trastorno autista exigen el análisis de las alteraciones de las siguientes dimensiones: (1) interacción social, (2) lenguaje y comunicación, y (3) patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados, propuestas en el DSM-TR-IV (APA, 2002) y en el DSM-V (APA, 2013) (como hemos indicado anteriormente, en éste último la triada de dimensiones afectadas se reducen a dos: interacción social y comunicación e intereses fijos y comportamientos repetitivos). Según López, Rivas y Taboada, 2009, estas alteraciones generalmente se manifiestan con anterioridad a los tres años, no obstante frecuentemente se observa un desarrollo impropio previo a esta edad, como puede ser un lenguaje anormalmente retrasado, un comportamiento que se desvía de las expectativas sociales, o presencia de acciones, juegos y manipulación de objetos repetitivos y estereotipados.

- Alteraciones en la interacción social. Se caracterizan por la afectación del uso de conductas de comunicación no verbales, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos necesarios para regular las conversaciones. En algunos casos puede darse incapacidad para establecer relaciones con iguales apropiadas al nivel de desarrollo evolutivo. "Así, los sujetos de menor edad pueden tener muy poco o ningún interés en establecer lazos de amistad, mientras que los mayores pueden estar interesados por unas relaciones amistosas, pero carecen de la comprensión de las normas convencionales implícitas en la interacción social" (López, Rivas y Taboada, 2009, p.556). A menudo, está ausente la manifestación espontánea para compartir disfrutes, intereses u objetivos con otras personas e iguales. Suelen tener afectada la conciencia sobre los demás, no llegando a percatarse y entender las emociones, sentimientos, necesidades o intenciones de los demás (Riviére, 2001, Muñoz, Palau, Salvadó, Valls, 2006 y López, Rivas y Taboada, 2009).

- Alteraciones en el lenguaje y en la comunicación. Se aprecian deficiencias y alteraciones como retraso o ausencia total del habla (no acompañado de gestos para compensarlo). Los que desarrollan el habla, muestran alteraciones en la capacidad para iniciar o mantener una conversación, y presencia de un lenguaje estereotipado y repetitivo (lenguaje ecolálico, puesto que repite algunas palabras y frases con la misma

entonación), con un repertorio de vocabulario limitado. Además, se observan alteraciones prosódicas en la melodía del habla, ya que el tono, la fluidez y la acentuación no son adecuados. La comprensión del lenguaje es muy literal, y no comprenden preguntas u órdenes sencillas que se le dan. La estructura gramatical es inmadura y la pragmática, es decir, el uso social del lenguaje también está afectada, puesto que no son capaces de comprender el doble sentido de las palabras, así como las bromas, ironías o metáforas, o integrar gestos necesarios en una conversación, careciendo de lenguaje corporal. También se observan carencias de juego de ficción espontáneo y variado propio de la edad o de juego de imitación social (Rivière, 2001, López, Rivas y Taboada, 2009).

- Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados. Las personas con Autismo manifiestan preocupaciones exageradas por pautas de comportamiento repetitivas y estereotipadas presentando una preocupación perseverante por partes de objetos o manierismos motores. Sus intereses son limitados y suelen preocuparse por alguno en concreto. A menudo se observa un exagerado interés por rutinas o rituales que si no realizan les provoca ansiedad y desasosiego, a lo que Kanner llamó "insistencia en la invariancia del ambiente" (Riviére, 2001). Realizan movimientos corporales estereotipados con las manos como aleteos, dar golpecitos con los dedos o con todo el cuerpo, tales como balancearse, inclinarse o mecerse (López, Rivas y Taboada, 2009). A veces, estos intereses limitados hacen que en ocasiones las personas autistas puedan presentar habilidades especiales en algunas áreas (música, matemáticas, geografía, etc.), y esto lleva a la confusión popular de pensar que son genios en determinados ámbitos, aunque con problemas sociales. No obstante, la realidad es otra, ya que estas habilidades se observan en un pequeño porcentaje de las personas afectadas por este trastorno (Tirado, 2013).

Por otra parte, debemos señalar otros rasgos comunes pero no específicos relacionados con alteraciones de integración sensorial y de inestabilidad emocional (rabietas de diferente intensidad ante cambios en sus rutinas). Los problemas de integración sensorial consisten en una hipersensibilidad hacia los estímulos sensoriales como ruidos, sabores, texturas, olores o contacto físico, mostrando conductas de rechazo o interés obsesivo hacia determinadas sensaciones. Algunas partes del cuerpo suelen ser más sensibles al contacto, lo que puede llevar a una evitación de las caricias. El sentido del olfato con frecuencia se desarrolla exageradamente, por lo que pueden

mostrar una conducta obsesiva a oler los objetos (Artigas-Pallarés y Narbonna, 2011). Además, suelen presentar trastornos en el sueño y en la alimentación, trastornos gastrointestinales y conductas disruptivas y autolesivas (las conductas más comunes son las de golpearse la cabeza y morderse las manos, por ello es frecuente observarles callosidades, hematomas, o fracturas de huesos entre otros (López y García, 2007)). En general, utilizan mejor sus habilidades visuales que las auditivas, mostrando una buena capacidad de memoria visual de exactitud de caminos y lugares (Camino y López, 2006).

Paula (2015), señala que la ansiedad viene dada por la incapacidad que tiene el niño autista de comprender el mundo que le rodea, sus reglas, su funcionamiento, y esto conduce a la confusión, al estrés y al miedo. En su libro, encontramos estrategias, técnicas y recursos que pueden ser usados de forma aislada o combinados para reducir la ansiedad; contando con la limitación de la discapacidad intelectual que padecen la mayoría de estos niños.

Una de las claves para manejar la ansiedad, se encuentra en crear un entorno en el que la persona con CEA (Condición del Espectro Autista), encuentre sentido al mundo que le rodea; si lo conseguimos se incrementará su motivación, sus habilidades para explorar y aprender, su autonomía y por último se reducirá su ansiedad y estrés. Para ello, se utiliza el método TEACH siendo de útil ayuda para adaptar el entorno, las tareas, los estímulos, la metodología de aprendizaje, el mobiliario, el espacio y el tiempo, a una mente que funciona de otra manera.

Las anteriores adaptaciones deben enseñarse a padres, profesionales y amigos, porque el entorno “autistic friendly environment” ha de estar presente en todos los contextos en los que la persona vive y se desarrolla.

Los niños autistas liberan su ansiedad haciendo uso de la propiocepción, es decir, corriendo, agitando las manos, caminando de puntillas, balanceando el cuerpo, con manierismos motores, dando vueltas sobre sí mismos, girando y torciendo los dedos delante de los ojos.

Una de las técnicas más utilizadas para abordar la ansiedad es la “desensibilización sistemática”, que trata de reducir las respuestas de ansiedad y crear comportamientos para evitarla, ante determinados estímulos. Esta técnica se aplica para mejorar fobias

específicas (miedo a vacunarse, a ser castigados y a los lugares oscuros). Los niños autistas incluyen el miedo a las tormentas, a las grandes multitudes y a los lugares cerrados; además de darse una ducha, el llanto de una persona, ruidos, escaleras, etc. Hemos de destacar que todas las técnicas aplicadas para combatir la ansiedad, son visuales.

En el Autismo, hay dificultad para poder conectar lo que físicamente pasa por su cuerpo con lo que está sintiendo a nivel emocional. Para ello, se emplea el "insight" o estrategias para desarrollar la autoconciencia, ya que la toma de conciencia es imprescindible para el tratamiento de la ansiedad, es decir, cuanto más profunda sea la conciencia de los pensamientos, sentimientos que provocan su ansiedad más probabilidades tendrá de deshacerse de éstos.

En este sentido es importante destacar: ¿Cómo gestionar la irrupción de una crisis nerviosa? La intervención consistirá en que no se dañe el propio niño, ni dañe a los demás o al entorno, utilizando pocas palabras, siendo flexible, redirigiéndolo a una zona de confort, no sermoneando, e intentando sacar del escenario a las personas que presencian la crisis. Lo que viene llamándose SCARED (entorno seguro, calma, contención, rutina, empatía, desarrollo de una estrategia de intervención).

3.4. Detección temprana de síntomas de alarma

El retraso en la adquisición del lenguaje es el motivo más frecuente de consulta en la clínica diaria (Camino y López, 2006). A menudo, son los padres los primeros en observar la manifestación de los síntomas, así como un estancamiento del desarrollo y regresiones de habilidades conseguidas anteriormente. Aunque existe una gran diversidad que abarca desde los seis meses hasta los tres años y medio de edad, la mayoría de los padres los detectan entre el año y medio y los dos años. Hasta ese momento, el niño suele mostrar un desarrollo normal, puesto que la adquisición de hitos motores, comunicativos y de relación social se desarrollan dentro de los límites normales (Martos-Pérez, 2006). Para Artigas-Pallarés y Narbona (2011), los primeros síntomas de Autismo suelen aparecer antes de los 12-18 meses, aunque el diagnóstico suele hacerse mucho más tarde. La preocupación de los padres es un signo de alerta de gran valor.

López Justicia y Polo (2014), señalan que en este punto es de vital importancia la detección precoz, que no sólo permite una intervención temprana evitando que el

problema se agrave, sino que evita la carencia de respuestas de padres y educadores por desconocimiento del problema.

Para Hernández, Artigas-Pallarés, Martos-Pérez, Palacios-Antón, Fuentes-Biggi, Belinchón-Carmona, Canal-Bedia, Díez-Cuervo, Ferrari-Arroyo, Hervás-Zúñiga, Idiazábal-Alecha, Mulas, Muñoz-Yunta, Tamarit, Valdizán y Posada-De la Paz (2005), las señales de alerta que sugieren la necesidad de una evaluación diagnóstica más específica son, según Filipek et al (2005): ausencia de balbuceo y de gestos como señalar al año, no dice palabras sencillas al año y medio, no dice frases espontáneas de dos palabras a los dos años, o cualquier pérdida en lenguaje o interacción social.

Lo más común en estos casos es que se aprecie un comportamiento social normal hasta los 4-6 meses, y se observe una pérdida de competencias sociales (anormal uso de la mirada, disminución de las vocalizaciones, etc.) a los 9-12 meses. Las señales de alerta apreciadas alrededor de los 12 meses son: menor uso de contacto ocular, no reconoce su nombre, no señala para pedir, no muestra objetos.

Al año y medio y a los dos años, la ausencia de gestos protodeclarativos para compartir intereses, dificultades en el seguimiento de la mirada y ausencia de juego de ficción es alarmante.

A partir de los tres años, las alteraciones en cada una de las áreas afectadas en los niños autistas son:

- Comunicación. Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente en la comprensión; escaso uso del lenguaje; pobre respuesta a su nombre; deficiente comunicación no verbal (no señala); fracaso en la sonrisa social para compartir placer y responder a la sonrisa de los otros (Hernández et al, 2005). Martos-Pérez (2006), señala que se produce una sordera paradójica por la que no responde cuando se lo llama ni cuando se le dan órdenes y, en cambio, puede reaccionar a otros estímulos auditivos.

- Alteraciones sociales y patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados. El niño deja de interesarse en la relación con otros niños, observándose gradualmente conductas de aislamiento social. No utiliza la mirada y es difícil establecer contacto ocular con él (Martos-Pérez, 2006). Su capacidad para imitar es limitada (por ejemplo, aplaudir) y no juega con juguetes o con otros objetos, tampoco enseña objetos a los demás. Por otro lado, se observa un escaso

reconocimiento o respuesta a la felicidad o tristeza de otras personas y no realiza juegos espontáneos y de ficción, careciendo de actividad simbólica. Su relación con los adultos es extraña (excesiva dependencia o una llamativa indiferencia). Martos-Pérez (2006), señala que la actividad funcional con los objetos y el juego es muy rutinaria y repetitiva. A menudo realiza las mismas rutinas y rituales, mostrando oposición a cambios en el entorno manifestando perturbaciones emocionales intensas ante dichos cambios. También puede manifestarse hipersensibilidad a los sonidos y al tacto, e inusual respuesta olfativa, manierismos motores, conductas de agredir a iguales y oposición al adulto (Hernández et al, 2005).

4. Instrumentos utilizados para diagnosticar el Autismo

El diagnóstico del Autismo se basa en la observación de las conductas del niño y valoración de éstas mediante los cuestionarios, las entrevistas y los tests estandarizados (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). En el anexo 3, se expone un cuestionario para la detección de alumnos con Trastornos del Espectro Autista, propuesto por la Consejería de Educación y Ciencia (2001).

Ventoso y Brioso (2007), señalan que los instrumentos globales pierden su esencia cuanto mayor es el nivel de discapacidad intelectual. Por ello, es imprescindible realizar una valoración cualitativa más que cuantitativa y diferenciar las distintas capacidades funcionales. Las pruebas estandarizadas muestran muchas limitaciones en los niños con TEA, por lo que es mejor evaluar de manera independiente los ámbitos de actividad, de imaginación, imitación, organización, atención y memoria.

Los instrumentos más utilizados en la detección del trastorno o de screening son los programas de cribado de nivel 1, siendo los más importantes el CHAT y el M-CHAT. No obstante, en el anexo 2, se encuentran explicados estos y otros instrumentos utilizados para el diagnóstico.

5. Etiología

Las pruebas anteriormente señaladas son las utilizadas para conocer la posible etiología del Autismo. El origen de éste es impreciso, se considera una patología neuropsiquiatrica que tiene lugar en la infancia (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). Alcantud (2013) y Artigas-Pallarés y Narbona (2011), señalan la posible existencia de un autismo secundario o sindrómico (cuando se intuye que el Autismo se debe a una causa concreta como la presencia de otro trastorno o un CI severo), en cuyas posibles

causas (no se saben con certeza), se encuentran probables trastornos genéticos, trastornos congénitos del metabolismo, factores prenatales y perinatales, la influencia de la epilepsia o las enfermedades infecciosas. En el anexo 4, se exponen los resultados más importantes de los investigadores.

6. Teorías que explican el Autismo

Debido a la rara sintomatología del Autismo podríamos agrupar sus causas en cognitivas, neurológicas y genéticas, las cuales serán redactadas en profundidad en el anexo 5.

Bases cognitivas

Las principales teorías que nos ayudan a comprender en qué consiste el Autismo son las siguientes:

- Teoría de la mente y el déficit metarrepresentacional. Esta teoría nos proporciona mecanismos para comprender el comportamiento social y para cubrir el déficit que tienen los niños autistas en interpretar emociones y en captar metáforas, ironías o mentiras (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

- Teorías explicativas relacionadas con fallos en la intersubjetividad. Según esta teoría, el Autismo se origina en un fallo cerebral que impide al niño estar motivado para integrar los significados de la comunicación (Alcantud, 2013 y López Justicia y Polo, 2014).

- Teoría de coherencia central. Esta teoría se basa en la dificultad de estas personas para procesar la información, para comprenderla y adaptarla a sus esquemas de desarrollo, haciéndola significativa para sí mismos (Alcantud, 2013).

- Teoría de la disfunción ejecutiva. Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de impulsos, la inhibición de repuestas inadecuadas, la búsqueda organizada y la flexibilidad de pensamiento y acción, así como estrategias de resolución de problemas. Debido al déficit de estas funciones, las personas autistas se fijan en detalles siendo incapaces de ver la globalidad (Martos-Pérez, 2005).

Bases Neurológicas

- Sistemas de las neuronas en espejo. Este sistema se desarrolla de manera inadecuada en las personas con Autismo, determinando una incapacidad para comprender los actos de los demás y para imaginar que las personas son seres pensantes (Ruggieri, 2013).

- Teoría de la infraconectividad. Esta teoría justifica las alteraciones sensoriales del Autismo, así como el déficit en la memoria de trabajo, la resolución de problemas y la cognición social (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Bases genéticas

Aún queda bastante por descubrir acerca de los factores genéticos asociados con el Autismo, pero no se descarta la posibilidad de la causalidad genética, excepto en el autismo sindrómico (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

7. Métodos de intervención educativa

La intervención educativa es la opción más recomendada, dando resultados de mejora a largo plazo, siempre de forma coordinada con los servicios de salud y los servicios sociales. Las propuestas de intervención para el TEA, señalan que para que éstas sean positivas, es necesario que la intervención sea global, transversal, interdisciplinar y que cuente con el apoyo de la familia y del entorno social del niño (López Justicia y Polo, 2014). En este sentido, destacamos que este alumnado presenta Necesidades Educativas Especiales (NEE) y que por ello, se tendrán que establecer las adaptaciones necesarias en el aula, dirigidas a integrar al niño en el aula ordinaria en la medida de lo posible. Para Artigas-Pallarés y Narbona (2011), el tratamiento del Autismo tiene como principio fundamental el carácter individualizado del tratamiento para cada alumno, es decir, no se aplica un tratamiento estándar sino que en función de la edad, los síntomas, la disfuncionalidad y el tipo de Trastorno autista se aplicará un tipo de intervención u otro. A continuación, desarrollaremos métodos globales de intervención psicoeducativa que favorecen el desarrollo integral del alumno. Hay que tener en cuenta en todo momento que las personas con Autismo son aprendices visuales y aprenden mejor de forma secuenciada, por ello es imprescindible no sobrecargarles con extensas frases de información verbal. Estos modelos que se desarrollan a continuación, tienen en cuenta esta premisa (Martos, Llorente, Comí, González, Ayuda, y Freire, 2008 y Martos-Pérez, 2005). De modo que los programas que se describen en este apartado, ponen énfasis en los apoyos visuales.

Estas intervenciones aplican los principios de enseñanza-aprendizaje para mejorar conductas, habilidades, competencias o aptitudes humanas socialmente significativas (Alcantud, 2013). Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Téllez (2010), agrupan las intervenciones psicoeducativas siguiendo diversos criterios:

– **Intervenciones conductuales**

Se basan en enseñar a los niños nuevos comportamientos y habilidades, usando técnicas especializadas y estructuradas. Se compone de los siguientes modelos:

• **Programa Lovaas.** Se trata de un programa que se apoya en las teorías conductistas, mediante el refuerzo de conductas positivas y eliminación de aquellas conductas indeseables. Propone conductas de entrenamiento para mejorar habilidades como la atención, la obediencia, la imitación o la discriminación, utilizando para ello el reforzamiento, el modelamiento y la eliminación gradual de los apoyos proporcionados. Por ejemplo, ¿cómo se implementaría este programa en el aula?: lo llevaría a cabo el maestro, el cual da una serie de indicaciones al alumno de forma individual, sobre un objeto, un color, un gesto… y se serviría de un ayudante que se situaría detrás del niño para ayudarle a comprender dichas indicaciones. El refuerzo (premio), sería verbal, comestible o simplemente jugar con su juguete favorito (Docsetools, 2015).

• **ABA (análisis aplicado de la conducta).** El programa ABA (Applied Behavior Analysis), al igual que el anterior se centran en las teorías conductuales. Este programa, ayuda a los niños a incrementar conductas deseables, aprender nuevas habilidades, mantener conductas, generalizar o transferir conductas a otra situación, restringir o disminuir las condiciones en donde ocurren conductas desadaptativas y reducir dichas conductas, mediante refuerzos positivos y extinción de las conductas no deseadas. Este programa, utiliza el método de instrucción "Discrete Trial Training" (DTT) o Entrenamiento en ensayos separados; el cuál descompone habilidades en pequeños pasos, que se aprenden gradualmente. Se empieza con habilidades sencillas, aumentando la complejidad a medida que el niño avanza, en el que cada logro alcanzado por pequeño que sea es reforzado. Destaca por poner énfasis en el desarrollo de habilidades sociales recíprocas, para ello utiliza el juego y las actividades cooperativas entre los alumnos. Un ejemplo de cómo llevarlo a cabo en el aula sería: para implantar la habilidad social de "dar las gracias cuando se le ofrece algo"; en primer lugar, llamamos al niño por su nombre, para que establezca contacto visual con

el maestro; acto seguido se le presenta el refuerzo (juguete preferido). Así, continuamos las diferentes sesiones y poco a poco iremos retrasando el período de incitación, hasta que quede afianzada la habilidad que queremos conseguir (Maite, 2008).

Algunos de los modelos basados en el ABA contemporáneo son: Pivotal Response Training (PRT), Natural LanguageParadigm (NLP) e Incidental Teaching.

– **Intervenciones evolutivas**

Se basan en desarrollar en el niño relaciones positivas y significativas con otras personas, enseñando técnicas de interacción social y de comunicación y habilidades para la vida diaria.

– **Intervenciones basadas en terapias**

• **Intervenciones centradas en la comunicación**. Utiliza estrategias visuales, lenguaje de signos y el sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS), para facilitar y entrenar la comunicación; utilizando instrumentos para estimular el lenguaje como los pictogramas.

• **Intervención sensomotora.** Se basa en el entrenamiento en integración auditiva y sensorial.

• **Intervenciones basadas en la familia.** Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia. Son el programa PBS y el programa Hanen.

– **Intervenciones combinadas.**

Combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo cual se dice que son más eficaces. Se caracterizan por el alto nivel de estructuración del ambiente. Son los modelos TEACCH, SCERTS, Denver y LEAP.

• **El modelo TEACCH (tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación).** Se centra en entender la forma que tienen las personas con TEA de pensar, aprender y experimentar el mundo. Se basa en identificar las habilidades individuales de cada sujeto. Se compone de cinco componentes:

1. Aprendizaje estructurado con ambientes predictivos, estilos de enseñanza firmes, pacientes y tranquilizadores.

2. Uso de estrategias visuales para orientar al niño y para el aprendizaje del lenguaje y la imitación: estructura del aula por “rincones”, uso de materiales basados en fotografías y pictogramas, y uso de la agenda para describir las actividades que tendrán lugar a lo largo del día y en la jornada escolar mediante tarjetas visuales o pictogramas.

3. Aprendizaje de un sistema de comunicación basado en gestos, imágenes, signos o palabras impresas.

4. Aprendizaje de habilidades preacadémicas (colores, números, formas, etc.).

5. Trabajo de los padres como coterapeutas, usando en casa los mismos materiales y técnicas.

Se establecerán tantos rincones en el aula así como necesidades presenten los alumnos. Actualmente, el método TEACCH es el programa de educación especial más utilizado por su eficacia en mejorar habilidades sociales y de comunicación, reduciendo conductas desadaptativas, mejorando la calidad de vida y disminuyendo el estrés familiar (Alcantud, 2013).

Aula TEACCH

Pictogramas en color

Agenda en blanco y negro

• **El modelo SCERTS (Social Communicattion, Emotional Regulation and Transactional Support).** Trata de potenciar el desarrollo de habilidades sociemocionales y comunicativas en los niños con TEA y en sus familias; incluyendo programas de apoyo educativo y emocional a éstas. Este modelo trabaja la comunicación social, la regulación emocional y el apoyo interpersonal y de aprendizaje, ya que considera que el aprendizaje más significativo ocurre en la vida diaria y en las experiencias sociales (Alcantud, 2013), por lo que la enseñanza de conceptos y habilidades tienen lugar de forma activa y participativa por parte de los alumnos extrapolándose a ambientes reales de la vida cotidiana.

• **El modelo de Denver**. Se basa en el aprendizaje activo mediante el juego, las relaciones sociales y lenguaje. Se caracteriza por ser constructivista. Aborda las áreas de comunicación (expresiva y comprensiva), de socialización, imitación, juego, cognición, motricidad fina y gruesa, conducta y autonomía (Alcantud, 2013). Por tanto, las actividades que se desarrollan en el aula giran en torno a juegos y a tareas que realizan los alumnos de forma conjunta compartiendo de este modo gustos y disfrutes.

• **El modelo LEAP (Learning Experiences: an Alternative Program for Preschoolers and Parents)**. Va orientado a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas y de autonomía, comunicativas, socioemocionales y de conducta. Utiliza el método de análisis conductual, aprendizaje incidental, comunicación por intercambio de imágenes (PECS), instrucciones mediadas por sus iguales, intervenciones implementadas por los padres en el contexto natural y estrategias para la autonomía (Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clofent-Torrentó, Montero-Camacho y Hernández-Latorre, 2012).

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) sustituyen al lenguaje hablado para facilitar la comunicación en personas con discapacidad, usando para ello pistas visuales. Estos sistemas, pueden estar basados en el lenguaje de signos o en pictogramas. Los SAAC se utilizan de manera complementaria con el ABA, con el TEACCH y con el modelo SCERTS. Los modelos más extendido dentro de este sistema es el PECS (Sistema de Comunicación con Intercambio de Imágenes) y el Programa de Comunicación Total de Benson Schaeffer que incluye dos componentes; el Habla Signada y la Comunicación Simultánea (empleo simultáneo de dos códigos: habla y signos) (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

8. Decálogo para el manejo de la ansiedad en el Autismo

Paula (2015) propone una serie de consejos para controlar los estados de ansiedad y estrés en los niños autistas, en los que el orden de aplicación de los mismos no altera el resultado. Son los siguientes:

1º Los milagros no existen. Por tanto, debemos minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes.

2º Ser Proactivos, no reactivos. Debemos prever las situaciones que generan estrés y/o ansiedad, es decir, no reaccionando; simplemente intentar calmar al niño con Autismo.

3º Mantener la calma. Los adultos responsables deben armarse de paciencia para no perder los nervios, ni el control sobre los niños, siendo además importante no ceder.

4º No obligar a la persona con Autismo por la fuerza bruta y "porque si" a enfrentarse a las situaciones ansiógenas (dar estrategias de aprendizaje, estrategias de afrontamiento).

5º No reforzar la ansiedad y los miedos. Debemos evitar que se enfrenten a lo que les angustia.

6º No importa lo que ellos sientan, puesto que lo que necesitan es que les solucionen el problema, proporcionándoles por tanto soluciones lógicas, con un lenguaje claro.

7º Aceptar incondicionalmente que debemos ayudarles, nunca personalizar nada de lo que suceda o de lo que nos digan, ya que es posible que cuando pierden el control nos contraríen o nos decepcionen.

8º No esperar a que el tiempo solucione los problemas. Las perturbaciones afectivo-emocionales tienden a perdurar en el tiempo sino se abordan y se solucionan a tiempo.

9º No abordar todas las situaciones ansiógenas. Debemos priorizar que situaciones hay que evitar.

10º El comportamiento es el síntoma, no el problema. Los comportamientos son debidos a un fracaso en el sistema de autorregulación emocional, no acciones realizadas a propósito.

CONCLUSIONES

Tras el estudio bibliográfico del Autismo llegamos a la conclusión de que es difícil detectarlo, ya que se da una manifestación de características muy heterogéneas y al principio los niños presentan un desarrollo normal; además son muchos los trastornos clasificados dentro del Trastorno del Espectro Autista (TEA) que tienen similitud con las características del Autismo. Su origen y gran parte de su naturaleza aún se desconocen, debido a que se le atribuyen causas muy diversas.

El Autismo se diagnostica a partir de las manifestaciones de la conducta, a través de la observación directa de las conductas y de los comportamientos de estos niños, tanto en el aula como en el contexto familiar. La mayoría de las veces son los padres los que detectan los primeros síntomas de este trastorno. Lo suelen hacer hacía los 18 meses

de edad, aunque este período abarca hasta los 36 meses. El primer signo de alerta que les preocupa a los padres es el retraso en la aparición del lenguaje. De ahí que sea necesaria una detección precoz del trastorno, de modo que podamos trabajar lo antes posible en las áreas afectadas. La atención temprana tiene efectos claramente positivos sobre el pronóstico de los niños con signos de Autismo, impidiendo de este modo el agravamiento del problema (regresiones o pérdidas de capacidades adquiridas) y evitando la aparición de síntomas secundarios asociados al trastorno.

Cabe destacar en esta conclusión, la idea que propone Paula (2015), sugiriendo que en la próxima renovación del DSM V, se sustituya el término TEA por CEA (Condición del Espectro Autista). El término "condición", es más neutral y menos estigmatizante, evitando además, las connotaciones negativas de la palabra trastorno (ausencia o ruptura del orden), ya que "¿A quién le gusta que le digan que es un trastornado?". La mayoría de los autores que hablan del Autismo, lo definen como un trastorno que no tiene cura, dando lugar a entendidos equívocos, pues no se trata de una enfermedad, sino de una condición de la persona que se debe atender desde la educación del ámbito familiar, social y educativo.

Debido al hecho de que actualmente se ha llegado a hablar de una epidemia de Autismo, y por lo tanto la demanda existente por las múltiples incógnitas que se presentan a los padres de niños con este problema, hemos encontrado muchas publicaciones de autores varios y artículos útiles, para recabar información acerca del Autismo. Información útil para un mayor conocimiento de estos niños y como ayudarles en el ámbito educativo.

Hemos de señalar, que se pretende atender en el ámbito anteriormente señalado, de forma individualizada a estos niños, ya que cada uno es único y diferente, intentando integrarlos en el grupo de iguales y en un centro educativo ordinario, de modo que se favorezca la interacción social de éstos, disponiendo de los recursos y apoyos pertinentes, de modo que su inclusión sea de calidad. Aunque, nos encontraremos con casos especiales en los que su integración sea imposible debido a la gravedad de sus síntomas y resulte necesario incluirlos en un aula específica en el Centro ordinario o en un Centro de Educación Especial. Respecto a la actitud familiar ante la inclusión, Simarro (2013), señala que hay muchos padres que se oponen a que su hijo esté incluido

en el aula normal por miedo a sufrir acosos o malos tratos, mientras que otros luchan por incluirlos.

Los niños con Autismo suponen un reto para sus familias y requieren una dedicación especial por parte de las personas que los rodean. Los familiares y personas de su entorno, incluyendo profesores, deben hacer frente, además, a las causas específicas de este trastorno y a otras alteraciones que son difíciles de atender como el sueño, el juego, los trastornos en la alimentación y en la autonomía. Problemas, estos, que se plantean en el día a día de un niño con Autismo.

También, hemos podido observar que se habla bastante sobre las dificultades que presenta este alumnado y sobre los déficits que muestran en las diferentes áreas afectadas, pero además, comprobamos que existen aspectos positivos en su carácter como la honestidad, la inocencia, la falta de malicia, de engaño y de mentira. Por otro lado, tras la experiencia vivida en el Centro Escolar (con niños con Autismo), he podido observar las dificultades que señalan diversos autores, pero también he sido testigo de que son niños cariñosos, no reacios al contacto y que tienen necesidad de afecto como cualquier persona; en contraposición a la "soledad autista" de la que teóricamente se habla.

Sobre la intervención educativa, hemos de destacar que es fundamental usar los pictogramas en el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que los niños con Autismo son aprendices visuales y que por ello necesitan que les anticipemos las situaciones que van a experimentar previamente. En el caso de que el alumno experimente una crisis de ansiedad en el aula, intentaríamos que ésta desapareciese; manteniendo la calma, no dejándonos influenciar por las respuestas verbales y no verbales que nos dirijan, hablándole con tranquilidad, de forma clara, ofreciéndole soluciones lógicas y apartándolo poco a poco de la situación que le ha provocado la crisis.

Para concluir, me gustaría hacer presente esta cita de Ángel Rivière: "No me hables demasiado, ni demasiado deprisa. Las palabras son "aire" que no pesa para tí, pero pueden ser una carga muy pesada para mí. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo" (Banús, 2015).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcantud Marín, F. (2013). *Trastorno del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana.* Madrid: Pirámide.

Agenda en blanco y negro. Recuperado de http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/mas_navarra/2012/04/30/la_escuela_verano_para_ninos_con_autismo_busca_voluntarios_78741_2061.html. [Consulta 16/05/2015]

Aula Teacch. Recuperado de https://rinconespecial.wordpress.com/2013/03/28/metodo-teacch/. [Consulta 16/05/2015].

Banús Llort, S. *Psicodiagnosis.es: Psicología infantil y juvenil*. Qué nos pediría un autista (Ángel Rivière), [Web en línea]. Tarragona (2015). <http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornossocialesintelectuales/tgdtratamientoeintervencion/quenospediriaunautistaangelriviere.php>. [Consulta 19/04/2015].

Camino León R. y López Laso E. (2006). Revisión. *Vox Paediatrica*, *14*(2), 7-15.

Canal Bedia, R.; García Primo, P.; Touriño Aguilera, E.; Santos Borbujo, J.; Martín Cilleros, M. V.; Ferrari Arroyo, M. J.; Martínez Velarte, M.; Guisuraga Fernández, Z.; Boada Muñoz, L.; Rey, F.; Franco Martín, M.; Fuentes Biggi, J. y Posada de la Paz, M. (2006). La detección precoz del autismo. *Intervención Psicosocial*, *15*(1), 29-47.

CECJA (2001). *Guía para la Atención Educativa a los Alumnos y Alumnas con Trastornos del Espectro Autista.* Sevilla. CECJA.

Cornelio Nieto, J. O. (2009). Autismo infantil y neuronas en espejo. *Revista de Neurología*, *48*(2), 27-29.

Dunlap, G. (2007). Some thoughts on the evolving arena of autism services. Research and Practice for Persons with Severe Disabilities (RPSD), 32(2), 161-163.

Ferrari, P. (2015). *El autismo infantil.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Frith, U. (2004). *Autismo. Hacia una explicación del enigma.* Madrid: Alianza Editorial.

Hernández, J. M.; Artigas Pallarés, J.; Martos Pérez, J.; Palacios Antón, S.; Fuentes Biggi, J.; Belinchón Carmona, M.; Canal Bedia, R.; Díez Cuervo, A.; Ferrari Arroyo, M. J.; Hervás Zúñiga, A.; Idiazábal Aletxa, M. A.; Mulas, F.; Muñoz Yunta, J. A.; Tamarit, J.; Valdizán, J. R. y Posada de la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología, 41*(4), 237-245.

López Gómez, S.; Rivas Torres, R. M. y Taboada Ares, E. M. (2010). El papel de la intervención psicoeducativa en la sintomatología del trastorno autista. *Apuntes de Psicología, 28*(3), 145-159.

López Gómez, S.; Rivas Torres, R. M. y Taboada Ares, E. M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41(3),* 555-570.

López Gómez, S. y García Álvarez, C. (2007). Patrones comportamentales en el trastorno autista: descripción e intervención psicoeducativa. *Psicología Educativa, 13*(2), 117-131.

López Justicia M. D. y Polo Sánchez M. T. (2014). *Trastornos del desarrollo infantil.* Madrid: Pirámide.

Lovaas modelo. [Web en línea]. Docsetools. España (2015). <http://docsetools.com/articulos-para-saber-mas/article_58052.html>. [Consulta 16/05/2015].

Maite. *Hasta la luna ida y vuelta.* "No soy autista tengo autismo". España (2015). [Web en línea]. <http://hastalalunaidayvuelta.blogspot.com.es/2008/12/bienvenidos.html>. [Consulta 16/05/2015].

Martos Pérez, J.; Llorente Comí M.; González Navarro A.; Ayuda Pascual R. y Freire, S. (2008). *Los niños pequeños con autismo.* Madrid: CEPE.

Martos Pérez, J. (2006). Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. *Revista de Neurología, 42*(2), 99-101.

Martos Pérez, J. (2005). Intervención educativa en autismo desde una perspectiva psicológica. *Revista de Neurología, 40*(1), 177-180.

Morales P.; Domènech-Llaberia E., Jané M. C. y Canals J. (2013). Trastornos leves del espectro autista en educación infantil: prevalencia, sintomatología co-ocurrente y desarrollo psicosocial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 18*(3), 217-231.

Mulas, F.; Ros-Cervera, G.; Millá, M. G.; Etchepareborda, M. C.; Abad, L. y De Meneses, M. T. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología, 50*(3), 77-84.

Muñoz Yunta, J. A.; Palau, M.; Salvadó Salvadó, B. y Valls Santasusana, A.: Autismo (2006). Identificación e intervención temprana. *Acta Neurológica Colombiana, 22,* 97-105.

Paula Pérez, I. (2015). *La ansiedad en el autismo.* Madrid: Alianza Editorial.

Pictogramas en color. Recuperado de http://mural.uv.es/smasan/web_autismo/material.html. [Consulta 16/05/2015].

Rivière, A. (2001). *Orientaciones para la intervención educativa.* Madrid: Trotta.

Rizzo, J. (2014). *La voz del autismo*. Barcelona: Roca Editorial.

Ruggieri, V. L. (2013). Empatía, cognición social y trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología, 56*(1), 13-21.

Salvadó, B.; Palau Baduel, M.; Clofent Torrentó; M.; Montero Camacho M. y Hernández Latorre, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología, 54*(1), 63-71.

Simarro Vázquez, L. (2013). *Calidad de vida y educación en personas con autismo.* Madrid: Síntesis Editorial.

Tirado Maraver, M. J. (2013). *Dificultades de comprensión en lectores con trastorno del espectro autista*. (Tesis doctoral). Sevilla: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla.

Tirapu Ustárroz, J.; Pérez Sayes, G.; Erekatxo Bilbao, M. y Pelegrín Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología, 44*(8), 479-489.

Ventoso, R. y Brioso, A. (2007). Ángel Riviére: la búsqueda del sentido en la clínica del autismo. *Infancia y Aprendizaje, 30*(3), *413-437.*

ANEXOS

Anexo 1

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA):

- **Trastorno de Asperger**

Este trastorno debe su nombre al ilustre pediatra y psiquiatra alemán Hans Asperger (Alcantud, 2013).

Para algunos investigadores las personas con Asperger son autistas con un nivel intelectual y lingüístico alto.

Rivière (2001) y Artigas-Palarés y Narbona (2011), señalan que el Trastorno de Asperger al igual que el Trastorno autista muestra alteraciones en la interacción social y la comunicación y patrones de comportamiento, actividades e intereses restrictivos, repetitivos y estereotipados. No obstante, las personas que padecen el Síndrome de Asperger no muestran deficiencias estructurales en el lenguaje, teniendo en algunos casos capacidades sobresalientes en éste, llegando a ser pedante, con formulaciones sintácticas muy complejas y haciendo uso de un vocabulario demasiado rebuscado. Aunque, el autor señala que existe un retraso en el desarrollo del lenguaje, puesto que se adquiere de forma tardía y anómala, aunque acaba por ser correcto e incluso bastante formal. Además, al igual que ocurre en el Autismo, el Trastorno de Asperger presenta limitaciones pragmáticas, como instrumento de comunicación, prosódicas en su melodía y características extrañas del tono, ritmo, fluidez, llegando a ser inexpresivo. Por otro lado, presentan problemas para captar enunciados con doble sentido, las ironías, las bromas o las metáforas, dificultades para saber de qué temas conversar con otros interlocutores y limitaciones a la hora de a la hora de emitir producciones relacionadas a las situaciones y estados mentales de las personas.

Otro aspecto a tener en cuenta es que los afectados con este trastorno es que suelen tener un coeficiente intelectual normal o alto y presencia de habilidades extraordinarias en determinadas áreas.

- **Trastorno desintegrativo de la infancia**

Este trastorno era denominado antes como "Síndrome de Heller" y "Psicosis

regresiva". Presenta como característica determinante una regresión de las capacidades y funciones alcanzadas previamente por el niño. Su diagnóstico tiene lugar después de los dos años pero antes de los 10 años de edad. Hasta el momento de las regresiones se ha de constatar que el desarrollo del lenguaje, del control de esfínteres, de la comunicación no verbal, del juego, de las relaciones sociales y de las conductas adaptativas seguían un curso normal. Este tipo de trastorno ofrece una imagen de inestabilidad emocional más extrema que el autismo, ya que puede ir acompañada de alucinaciones y esquizofrenia, y la condición de retraso mental tiende a ser más frecuente y marcado. Su etiología aún se desconoce (Rivière, 2001, Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).
– **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado o autismo atípico.** Este tipo de trastorno no muestra la claridad necesaria como para encuadrarse dentro de los trastornos anteriormente definidos, ya que presenta de forma incompleta los síntomas de autismo. Esta categoría incluye a los trastornos que presentan una grave alteración en la interacción social y en la comunicación, pero que no cumplen todos las características esenciales del Autismo. Existe una gran heterogeneidad dentro de las personas autistas, dependiendo de la edad, el nivel intelectual de la persona que lo sufre y su gravedad. (Riviére, 2001, Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Anexo 2

Programas de cribado (diagnóstico) de nivel 1:

- **El CHAT (Checklist for Autism in Toddlers)** es un instrumento diseñado para detectar rasgos de Autismo desde los 18 meses. Consta de una sección de preguntas y otra de observación que debe cumplimentar el médico, dónde se analizan la conducta social, el seguimiento de la mirada y el juego (Alcantud, 2013).Con este instrumento se pueden percibir signos de alarma que indicarían la necesidad de realizar una evaluación en profundidad por parte de especialistas. La detección de la CHAT resulto ser bastante baja (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

- **El M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers)** es una reelaboración del cuestionario anterior que se utiliza en un rango de edad que abarca de los 16 a los 30 meses. Difiere de la anterior por un aumento de del número de ítems y por complementarse durante una entrevista con los padres acerca de los síntomas detectados como positivos en el cuestionario. La sensibilidad de la M-CHAT es elevada, del 85% (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

Otros programas de cribado de nivel 1 son el First Word Project y el SCQ (Social Communication Questionnaire). Además, actualmente están investigándose dos instrumentos para detectar signos de alarma en niños de 12 meses: la Autism Observation Scalefor Infants(escala de observación interactiva) y el First Year Inventory(cuestionario para padres (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011 y Alcantud, 2013).

Programas de cribado de nivel 2 (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011, y Alcantud, 2013):

Cuando se han identificado signos de alarma de Autismo, se debe realizar un diagnóstico administrado por un grupo de especialistas. Los tests más utilizados son:

- **CARS (escala de valoración del autismo infantil).** Se basa en la observación directa del niño y preguntas dirigidas a los padres sobre conductas

comunicativas verbales y no verbales.

- **ADOS (programa de observación para el diagnóstico del autismo).** Consiste en una evaluación semiestructurada de la comunicación, interacción social y el juego. Se puede aplicar a partir de los dos años de edad mental.

- **ADI-R (entrevista diagnóstica para autismo revisada).** Es una entrevista semiestructurada que se aplica a partir de los 18 meses, basada en los criterios del DSM-IV (conducta social recíproca, comunicación y lenguaje, y conductas estereotipa das e intereses restringidos).

Las últimas investigaciones muestran otro instrumento de detección temprana introducido en México por Hedley, Young, Juarez y Marcin (2015), como parte de un programa de entrenamiento sobre autismo; ADEC (Detección Temprana del Autismo en la infancia). Es un instrumento de evaluación diseñado para detectar el Autismo en la primera infancia, el cual se usa en combinación de los tests anteriores y se valora su eficacia en comparación con éstos.

Para valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, se utilizan cuestionarios y escalas. Una de las primeras pruebas para evaluar autismo es la lista de comprobación de comportamientos autistas de Krug (cuenta con un listado de síntomas a rellenar por padres o profesorado, señalando si los han observado o no), el cuestionario de comunicación social (SCQ) (diseñado para que padres o profesorado contesten preguntas de respuesta cerrada: sí, no), la escala de valoración de autismo de Giliam (creada para evaluar a personas con posible TEA de 3 a 22 años. Se basa en un listado sobre comportamientos) y la escala de responsividad social (trata de evaluar alteraciones en la interacción social recíproca a través de preguntas dirigidas a padres y profesionales) (Alcantud, 2013).

Respecto a la génesis del trastorno. Se utilizan metodologías heterogéneas de investigación, aunque las más frecuentes según Martos-Pérez (2006), son las siguientes:

- Análisis de la información retrospectiva proporcionada por los padres a través de distintas fuentes.

- Análisis de grabaciones de vídeos familiares.

- Evaluación clínica en el momento del diagnóstico.
- Validación de algunos instrumentos específicos.
- Estudios de seguimiento de niños con TEA y de niños de alto riesgo.

Artigas-Pallarés y Narbona (2011) añaden las siguientes:

- Estudios moleculares para descartar el síndrome de X frágil.
- Técnicas de neuroimagen o neurofisiología.
- Pruebas psicológicas (aunque en menor medida).
- Pruebas genéticas y metabólicas.
- Electroencefalograma (no es una prueba rutinaria para el diagnóstico del Autismo), en algunos casos puede resultar útil.

Anexo 3

Cuestionario para la detección de alumnos con Trastornos del Espectro Autista (TEA):

La Consejería de Educación y Ciencia (2001), propone un en el cual se debe indicar si las siguientes afirmaciones se pueden atribuir al alumno que se está observando. Se establecen cuatro niveles de manifestación de las conductas; señalando si se produce frecuentemente, a menudo, pocas veces, o nunca:

1. No atiende cuando se le llama. A veces parece sordo.
2. No señala para enseñar algo que ocurre o que está viendo.
3. No habla o ha dejado de hacerlo.
4. Su lenguaje es muy repetitivo o poco funcional.
5. Utiliza a las personas como si fueran instrumentos para lograr lo que desea.
6. Se comunica generalmente para pedir o rechazar, no para realizar comentarios.
7. No reacciona ante lo que ocurre a su alrededor.
8. No muestra interés por la relación con los demás, no pide su atención, a veces los rechaza.
9. No mira a la cara o a los ojos, sonriendo a la vez.
10. No se relaciona con los otros niños, no les imita.
11. No mira hacia donde se le señala.
12. Usa los juguetes de manera peculiar (girarlos, alinearlos, tirarlos…).
13. Ausencia de juego social, simbólico e imaginativo (“hacer como si…).
14. Sus juegos son repetitivos.
15. Alinea u ordena las cosas innecesariamente.
16. Es muy sensible a ciertas texturas, sonidos, olores o sabores.
17. Tiene movimientos extraños, repetitivos.
18. Presenta rabietas o resistencia ante cambios ambientales.
19. Tiene apego inusual a algunos objetos o a estímulos visuales concretos.

20. Se ríe o llora sin motivo aparente.	
21. Tiene buenas habilidades visoespaciales.	

Anexo 4
Posibles causas etiológicas del Autismo (aunque no se saben con certeza):
– **Los trastornos genéticos.** Constituyen el grupo más interesante de autismo sindrómico, porque ofrecen un repertorio de diagnósticos específicos a la vez que sirven de ayuda para el conocimiento de las bases genéticas del autismo idiopático (autismo puro). – **Los trastornos congénitos del metabolismo**. Se tratan de un grupo mucho menos frecuente, pero que no pueden quedar fuera del marco de posibilidades a considerar. Hasta ahora, la investigación en el campo de la neurometabólica no ha generado respuestas suficientes, pero no dejan de ser prometedoras las alteraciones descubiertas en enfermedades metabólicas, posiblemente relacionadas con el autismo. – **Factores prenatales.** Durante el periodo gestacional determinados agentes tóxicos pueden alterar el neurodesarrollo, manifestándose síntomas autistas entre otros. – **Epilepsia.** La prevalencia de epilepsia en los sujetos autistas es mucho más alta que en el resto de las personas no afectadas por este trastorno. Pero hay que tener en cuenta que los autistas presentan rasgos (estereotipias, conductas de ausencia etc.) que pueden confundirse con esta patología. La epilepsia, frecuentemente se manifiesta en torno a los 5 años en algunos casos y en la adolescencia en otros. Si aparece en una edad temprana da indicios de peor pronóstico, tanto en referencia la capacidad intelectual como la gravedad de síntomas autistas. El riesgo más elevado de que la epilepsia esté relacionada con el Trastorno autista es cuando ésta se manifiesta antes de los dos años. – **Factores perinatales**. Estos factores tienen un interés secundario en la etiología del trastorno, ya que las complicaciones en el parto no han aportado datos que justifiquen una etiología relacionada con el Autismo. – **Enfermedades infecciosas.** Algunas infecciones como la rubeola congénita, la encefalitis herpética o las infecciones por citomegalovirus han estado presentes en enfermedades con síntomas de autismo. No obstante, las enfermedades infecciosas se consideran una causa rara de este trastorno.

Anexo 5

Teorías que explican el Autismo:

Debido a la rara sintomatología del Autismo podríamos agrupar sus causas en cognitivas, neurológicas y genéticas.

Bases cognitivas:

Las principales teorías que nos ayudan a comprender en qué consiste el Autismo son las siguientes:

- **Teoría de la mente y el déficit metarrepresentacional**

La teoría de la mente (Baron Cohen, Leslie y Frith, 1985) ha servido para profundizar en el conocimiento del Autismo, ya que esta teoría se consolida como un parámetro básico del desarrollo (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). El concepto de teoría de la mente se refiere a la habilidad para comprender e intuir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias (Tirapu-Ustárroz, Pérez-Sayes, Erekatxo-Bilbao, Pelegrín-Valero, 2007). A los niños autistas les resulta difícil empatizar con el pensamiento de los demás, no distinguen entre los estados mentales propios y los de los demás, padecen "ceguera mental" (López Justicia y Polo, 2014).

La teoría de la mente nos proporciona mecanismos para comprender el comportamiento social (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). Otro aspecto importante de esta teoría es el déficit metarrepresentacional referido a la interpretación de emociones a través de la mirada y la empatía, así como la capacidad de captar las metáforas, las ironías o la mentira. (Tirapu-Ustárroz et al, 2007). Los aspectos metacognitivos no sólo consisten en la capacidad de atribuir estados mentales, sino en la posibilidad de desdoblarse cognitivamente delas representaciones primarias perceptivas, un ejemplo claro es la prueba clásica de "Sally y Anne" de Wimmer y Perner dónde se demuestra la incapacidad de los niños autistas para comprender las creencias de los demás en las pruebas de engaño (Alcantud, 2013).

La teoría de la mente no puede ser considerada una explicación determinante de las causas de los trastornos autistas (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).

- **Teorías explicativas relacionadas con fallos en la intersubjetividad**

Hobson (1993) y Trevarthen (1997) profundizaron en el estudio de esta teoría. Hobson propone que el Autismo no es causado por una incapacidad para acceder a las metarrepresentaciones, sino que presenta dificultades para procesar los estímulos afectivos. Este autor opina que la carencia de participación de las relaciones sociales puede acarrear dificultades para reconocer las personas con sus sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones; además de presentar déficit en la capacidad par abstraer, sentir y pensar simbólicamente (Alcantud, 2013 y López Justicia y Polo, 2014).

Según Trevarthen y sus colaboradores (1998) al final del primer año el niño integra significados culturales de su lengua materna, pero en el caso de los niños autistas esta capacidad está alterada, por lo que proponen que el Autismo se origina en un fallo cerebral que impide al niño estar motivado para integrar los significados de la comunicación. Pero el conocimiento actual del conocimiento de las anormalidades del cerebro relacionadas con el Autismo no apoyan que los aspectos emocionales e interpersonales estén asociados a un fallo lingüístico, sensorial o motor (Alcantud, 2013).

- **Teoría de coherencia central**

Esta teoría fue propuesta por Uta Frith (1989). Abarca diferentes niveles de procesamiento de la información: procesamiento perceptivo (ilusiones ópticas), visoespacial (mejor rendimiento en pruebas de cubos de las escalas Weschler), y semántico (aprendizaje de historias al pie de la letra en lugar de entresacar la idea principal). Las personas autistas presentan dificultad para procesar la información; es decir para comprenderla y adaptarla a sus esquemas de desarrollo, haciéndola significativa para sí mismos, así como comprender las intuiciones de los demás a partir de los movimientos de los ojos y de las manos (Alcantud, 2013).

- **Teoría de la disfunción ejecutiva**

Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de impulsos, la inhibición de repuestas inadecuadas, la búsqueda organizada y la flexibilidad de pensamiento y acción, así como estrategias de resolución de problemas. El déficit de

función ejecutiva se presenta en casos de lesiones frontales. Estas lesiones están implicadas en la regulación de la conducta e interacción social y las relaciones emocionales (Alcantud, 2013). El Autismo comparte características similares con los déficit de función ejecutiva, pues muchos niños autistas muestran conductas rígidas e inflexibles, mostrando ansiedad ante cambios en el entorno e insisten en seguir con sus rutinas detalle a detalle. Centrándose además en intereses limitados y fijándose a menudo en los detalles siendo incapaces de ver la globalidad (Martos-Pérez, 2005).

Bases Neurológicas

Las aportaciones más recientes en la actualidad son las citadas a continuación:

- **Sistemas de las neuronas en espejo**

Son aquellas neuronas implicadas en la imitación. Cuando observamos una cierta acción, el cerebro activa un plan motor para llevar a cabo dicha función. La zona opercular del cerebro se pone en funcionamiento durante la observación, imitación y comprensión de las acciones de las personas, facilitando la comprensión de las intenciones y emociones de los demás. Esto, lleva a la conclusión de que las emociones no sólo las representamos intelectualmente sino emocionalmente también. En un estudio se comparó la actividad del sistema de las neuronas espejo de niños autistas con niños normales y se observó que ni durante la observación e imitación de expresiones faciales de otros, la zona opercular de los primeros no se activó (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011). También Cornelio (2009), señala que en las personas autistas, este sistema se desarrolla de manera inadecuada, determinando una incapacidad de comprender los actos de los demás y para imaginar que las personas son seres pensantes. La disfunción en este sistema impide el intercambio de ideas con los otros, lo que puede conducir al aislamiento social (Ruggieri, 2013).

- **Teoría de la infraconectividad**

Esta teoría se explica por la elevada densidad de dentritas en el córtex, las alteraciones en las minicolumnas y el patrón migratorio anómalo. Ofrece una explicación estimable para justificar las alteraciones sensoriales del Autismo. En un estudio se observó que los niños autistas mostraban mayor activación del área Wernicke (situada en la parte superior del lado izquierdo del cerebro) y un bajo nivel de actividad en el área de Broca

(parte inferior del lado izquierdo), así como déficit en la memoria de trabajo, la resolución de problemas y la cognición social (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).
Bases genéticas Aún queda bastante por descubrir acerca de los factores genéticos asociados con el Autismo, pero no se descarta la posibilidad de la causalidad genética, excepto en el autismo sindrómico (Artigas-Pallarés y Narbona, 2011).