**Tema 6**

**TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA**

1. **Antecedentes y revisión de conceptos**

Leo Kanner y Hans Asperger describieron en 1943 y 1944 unos cuadros clínicos que hoy se incluyen en los denominados trastornos del espectro autista, considerados resultado de un deficiente trato familiar y que creyeron muy próximos a la psicosis.

|  |  |
| --- | --- |
| **TÓPICOS** | **REALIDADES** |
| Está causado por la “paternidad fría” | Es una alteración con una base biológica. |
| Se limita al tiempo de la infancia | Es un trastorno del desarrollo que dura toda la vida |
| Se caracteriza por tener habilidades especiales o de “*savant*” (sólo 1 de cada 10) | Se da en todos los niveles de CI, pero en un 50% de los casos se acompaña de retraso mental. |
| Es una “concha” que encierra al niño normal que espera salir. | Es un trastorno generalizado del desarrollo que afecta grave, ente a la comunicación, la socialización y la imaginación. |

A partir de los años 60 la teoría anterior se considera errónea y se empiezan a reconocer como teorías explicativas del autismo las bases cognitivas y neurobiológicas. Estas alteraciones desencadenan trastornos del desarrollo de ciertas capacidades infantiles (de la socialización, la comunicación y la imaginación). Se identificaron trastornos diferentes; presencia de cuadros parciales; variabilidad de los síntomas con la edad y el grado de afectación; asociación con otros problemas del desarrollo y se aceptó que se debían a problemas relacionados con un mal funcionamiento cerebral.

En los 80 se acuñó el término *Trastornos Generalizados del Desarrollo* (TGD). En el siglo XXI, el DSM-IV-TR recoge el concepto de TGD para describir una clase de trastornos de origen biológico que tienen en común estas características:

* Trastornos en la interacción social.
* En las habilidades de comunicación verbal y no verbal.
* Y en la actividad imaginativa con un número limitado de intereses y actividades que tienden a ser repetitivas.

En este término se incluyen 5 categorías de trastornos:

* Trastorno autista: se aplica a un funcionamiento anormal o retrasado en al menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje usado en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo, que se inicia con anterioridad a los 3 años de edad.
* Síndrome de Rett: se diagnostica básicamente en mujeres. El desarrollo se produce de una forma aparentemente normal hasta los 6 meses, entonces se empieza a producir una regresión o pérdida de capacidades, especialmente en la motricidad gruesa (caminar y moverse), seguido de la pérdida de habilidades como el habla, el razonamiento o el uso manual. Un elemento clave para el diagnóstico es el movimiento repetitivo de manos como lavárselas o frotárselas.
* Trastorno Desintegrativo Infantil: es un trastorno extremadamente raro que conlleva una regresión en múltiples áreas del desarrollo tras un periodo aparentemente normal de 2 años. Solo se puede aplicar el diagnóstico si se ha precedido de, al menos, dos años de desarrollo normal y con un inicio anterior a los 10 años de edad.
* Trastorno de Asperger: se caracteriza por una carencia de habilidades sociales, dificultad en las relaciones sociales, coordinación y atención pobres, y restringido campo de intereses, pero su inteligencia es normal, o por encima de la media, y sus habilidades lingüísticas son adecuados en las áreas de vocabulario y gramática. Aunque no presentan un retraso significativo del lenguaje, tienen dificultades para comprender las sutilizas de la conversación, como la ironía o el humor.
* Trastorno Generalizado del desarrollo No especificado (PDDNOS): no cumplen estrictamente ninguno de los síntomas de los anteriores cuadros diagnósticos, ni tienen el grado de impedimento descrito en algunos de estos cuadros tipos.

En cualquier caso, se aprecian grandes diferencias entre las personas con TGD. Algunos presentan retrasos leves en el lenguaje y mayor déficit en la competencia social. Otras pueden presentar un buen nivel en habilidades verbales, de memoria o relaciones espaciales, pero dificultad en la actividad imaginativa.

En la actualidad, el término *Trastorno de Espectro Autista* ha venido a sustituir el término TGD. TEA se utiliza para describir cuatro de los TGDs: *Autismo, síndrome de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y PDD-NOS-* porque tienen características comunes.

El TEA es un trastorno del desarrollo neurológico y debe estar presente desde la infancia o niñez temprana.

1. **Trastorno Autista**

De acuerdo con el DSM-IV TR, es un trastorno del desarrollo con base neurológica, que aparece con anterioridad a los 3 años y dura toda la vida y que afecta gravemente la comunicación, la socialización y la imaginación.

SINTOMATOLOGÍA

Son tres las áreas que se ven comprometidas:

1. Incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales; problemas de socialización: deficiencias sociales patológicas: alteración de la interacción social y de la comunicación social.
2. Retraso en la adquisición del lenguaje; problemas de comunicación; deficiencias de la comunicación verbal y no verbal; alteración cualitativa de la comunicación.
3. Fenómenos ritualistas y compulsivos; problemas de imaginación; repertorio restringido de actividades e intereses y patrones repetitivos de conducta; funcionamiento anormal o retrasado en le juego simbólico o imaginativo.

Esta tríada se traduce en una serie de limitaciones o dificultades que pueden interferir en la vida escolar del niño:

**En la comunidad:**

* Retrasos en lenguaje expresivo y receptivo, incluso ausencia total de lenguaje.
* Comprensión hiperliteral de lenguaje que impide entender los matices, ironías o segundas intenciones.
* Ausencia de juego simbólico o es muy pobre.

**En las interacciones sociales:**

* Dificultad para interpretar el lenguaje no verbal.
* Dificultades con el juego simbólico.
* Rígida adherencia a las reglas.
* No mantener la mirada o evitar mirar a los ojos.
* Expresión facial pobre y dif. para comprender expresiones faciales de los demás.
* No respetar el espacio personal (se pone muy cerca de los demás).
* Escaso control de emociones y ansiedad.
* Dificultad para entender la perspectiva de otra persona o de qué manera su propio comportamiento afecta a los demás.

**En la conducta:**

* Intereses inusualmente reducidos o restringidos (fascinación con mapas, fechas, monedas, horarios de trenes…)
* Comportamiento repetitivo inusual, verbal y no verbal (sacudir las manos, balancearse).
* Inusual sensibilidad a las sensaciones (híper o hipo sensibilidad a estímulos sensoriales: elevado umbral para el dolor, hipersensibilidad a los sonidos, reacciones exageradas a la luz o a los colores, fascinación por ciertos estímulos).
* Necesidad de mantener las rutinas y de evitar los cambios (cambio de actividad o cambio de clase puede desencadenar ansiedad)
* Posible comportamiento agresivo o autolesivo.
* Hiperactividad e impulsividad.
* Alteraciones de humor (reír o llorar sin motivo aparente).
* Ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuestas a objetos no dañinos.

1. **Síndrome de Asperger**

Identificado en la década de 1940 por Hans Asperger. El DSM-IV-TR define este síndrome de modo similar al autismo, exceptuando el segundo criterio diagnóstico: alteración cualitativa de la comunicación, ya que sus habilidades lingüísticas son adecuadas en las áreas de vocabulario y gramática. Asimismo, su inteligencia es normal, o por encima de la media, siendo ésta una condición necesaria para el diagnóstico.

Las diferencias entre el autismo y el síndrome de Asperger, se resumen en este cuadro:

|  |  |
| --- | --- |
| **AUTISMO** | **ASPERGER** |
| Cociente intelectual normalmente por debajo de la media. | Cociente intelectual normal o por encima de la media. |
| Diagnóstico anterior a los 3 años. | Diagnostico normalmente posterior a los 3 años. |
| Retraso o ausencia del lenguaje. | Aparición del lenguaje en tiempo normal. |
| 25% de los niños son No Verbales. | Todos son verbales. |
| Pragmática y semántica limitadas. | Semántica por encima de la media. |
| Desinterés general por las relaciones sociales. | Se sienten frustrados por sus dificultades sociales. |

Se consideran características definitorias las siguientes:

1. Trastorno cualitativo de la relación:Falta de sensibilidad a las señales sociales, pautas de relación expresiva no verbal alteradas, falta de reciprocidad emocional y dificultad para comprender intenciones ajena y “dobles intenciones”. Capacidad limitada para adaptar las conductas sociales a los contextos de relación. Sus relaciones sociales carecen de naturalidad, espontaneidad, dinamismo y reciprocidad.
2. Inflexibilidad mental y comportamental**:** Intereses absorbentes y excesivos por ciertos contenidos, rituales complejos y actitudes perfeccionistas extremas.
3. Problemas de habla y lenguaje**:** Problemas de comunicación y en la mitad de los casos aprox, las habilidades gramaticales se sitúan por debajo de lo esperado para su edad. Habla verborréica y/o pedante, formalmente excesiva, inexpresiva, con alteraciones en prosodia, tono, ritmo, modulación. Problemas para saber de “qué conversar” y para producir emisiones relevantes a las situaciones y a los estados mentales de los interlocutores. Dificultad para interpretar enunciados no literales o con doble sentido.
4. Alteraciones en la expresión emocional y motora**:** Uso de gestos (mirada, asentir con la cabeza), expresión corporal y torpeza motora.
5. Capacidad normal de “inteligencia impersonal”:Habilidades especiales en áreas restringidas. Buenos “pensadores visuales”, procesan, comprenden y asimilan mucho mejor la información que se les presenta de manera visual. Pensamiento centrado en los detalles. Pueden presentar déficits en las funciones ejecutivas. Dificultad para hacer planes o proyectos que no impliquen recompensas inmediatas. Pensamiento concreto. Memoria a largo plazo de hechos o acontecimientos.
6. **Etiología de los TEA**

Hasta el momento, las causas precisas de los TEA no son aun totalmente conocidas. Las investigaciones de los últimos años permiten concluir que el origen es neurobiológico, multifactorial, genéticamente determinado y que afecta a procesos de diferenciación neuronal y sináptica que tienen lugar en momentos muy tempranos de la ontogénesis cerebral.

Los factores internos y externos pueden interactuar de manera favorable protegiendo del riesgo (cociente intelectual alto, buen desarrollo del lenguaje y del habla…) o de manera desfavorable (ausencia de lenguaje o de habla, problemas neurológicos asociados…).

PRINCIPALES HIPÓTESIS SOBRE EL ORIGEN DEL AUTISMO

* *Hipótesis Psicodinámica:* El autismo se consideraba como una desviación del desarrollo normal del niño, dándose una falta de estabilidad entre lo consciente y lo inconsciente. El trastorno autista, desde esta perspectiva, supone una severa perturbación emocional atribuida a alguna clase de agresión ambiental o algún tipo de vulnerabilidad (traumas psíquicos por el nacimiento de un hermano, separación temprana de los padres, etc.) que impediría la construcción de la personalidad en un niño potencialmente normal y que le lleva a retirarse del mundo percibido como algo amenazante y peligroso. Considera que el desarrollo emocional se ve perturbado por la forma en que los padres crían a sus hijos.
* *Hipótesis Orgánica:* Morant, Mulas y Hernández concluyen que la teoría más consciente es la teoría genética. No obstante, las diferentes teorías o bases existentes podrían explicar la sintomatología de estas personas. De ellas destacamos lo siguiente:
* Bases Neurogenéticas: se origina por la combinación de varios genes diferentes, siendo el cromosoma 15 el implicado en el autismo; sin embargo, aún no se ha definido el modelo de herencia.
* Bases Neuropatológicas: las investigaciones concluyen que los cambios estructurales encontrados eran coherentes con una afección prenatal del desarrollo de porciones del sistema límbico y los circuitos cerebelosos, aproximadamente antes de las 30 semanas de gestación.
* Bases de Neuroimagen: en la mayoría de las investigaciones se observan alteraciones cerebelosas que comprometen al cerebelo en su conjunto.
* Bases Neurofisiológicas: en la mayoría de los niños se encuentran alteraciones en los EEG y un mayor riesgo de padecer epilepsia.
* Bases Neurobioquímicas: la elevación en los niveles de serotonina. La serotonina es un neurotransmisor cerebral implicado en numerosas funciones mentales como el comportamiento, el sueño, la agresividad, la ansiedad y la regulación afectiva. La teoría opioide, propone que el autismo aparece desde la infancia debido a una sobrecarga de péptidos opiáceos sufrida por el sistema nervioso central (SNC).

La condición genética probablemente se vea favorecida por una influencia ambiental insignificante para el cerebro de la mayoría de los sujetos, desarrollaría un trastorno de espectro autista en un cerebro genéticamente predispuesto.

* *Teorías cognitivas explicativas del autismo:* En la búsqueda del origen único que pudiera explicar la sintomatología autista, actualmente las teorías que han recibido mayor atención son: teoría de la mente, teoría de la coherencia central, teoría de la función ejecutiva y teoría afectiva.
* Explicación mentalista de autismo: existe un déficit cognitivo específico de atribución mentalista en las personas con TEA, que les impide apreciar la existencia de estados mentales distintos del mundo real y de propio estado mental que tenga la persona o representaciones mentales. Sin embargo, las representaciones no mentales, como las fotografías, no generan problema para estas personas.

|  |
| --- |
| **Teoría de la creencia falsa de Sally y Ana:** |
| Se le presentan al niño dos muñecas, Sally y Ana. Sally tiene una cesta y una canica, y Ana tiene una caja. El niño ve cómo Sally deja su canica en su cesta y se va. Mientras tanto, la pillina de Ana va y cambia la canica de la cesta a su caja. Cuando vuelve Sally se le pregunta al niño; “¿dónde buscará Sally su canica? |
| **Tarea de la fotografía falsa:** |
| Para esta tarea, se le enseña a un niño a usar una Polaroid; después el niño ve a un personaje que le hace una foto a un gato de peluche sentado en una silla (el escenario contiene un gato, una silla y una cama). Se sacaba la foto y se deja boca abajo esperando a que se revele. Mientras tanto, se mueve al gato de la silla a la cama. Se le pregunta al niño: “en la foto, ¿dónde está sentado el gato?”. |

Los niños con TEA, destacan notablemente en las tareas de resolución de la que sólo implica causalidad física, mientras que no resuelven con facilidad la tarea que implica causalidad. Las personas con autismo son incluso superiores a las normales en búsqueda de las causas físicas.

* Teoría de la coherencia central: el autismo es resultado de déficits primarios múltiples, bien en el nivel biológico o psicológico. Ahora bien, según señala Uta Frith existe un problema anterior a la aparición de la metarrepresentación: el de la integración de aspectos de una situación en un conjunto coherente.

Los niños con autismo tienen una dificultad específica para procesar, transferir e integrar la información proveniente de diversos canales sensoriales.

Ventajas y desventajas en las tareas cognitivas, que presentan los sujetos con TEA:

|  |  |
| --- | --- |
| **Excepcionalmente fuertes** | **Excepcionalmente débiles** |
| Memoria de hileras de palabras. | Memoria de frases. |
| Memoria de ítems inconexos. | Memoria de ítems relacionados. |
| Repetición de sinsentidos. | Repetición con composición. |
| Imposición del patrón. | Detección de patrones. |
| Rompecabezas por la forma. | Rompecabezas por el dibujo. |
| Clasificar caras por los complementos. | Clasificar caras por la emoción. |
| Reconocimiento de caras invertidas. | Reconocimiento de caras en posición normal |

* Teoría de la función ejecutiva: a dificultad en las habilidades de ejecución, en la flexibilidad cognitiva, en la concentración de atención, en le juicio y sentido común y en la toma de decisiones, son características que pueden impedir un funcionamiento eficaz en la vida real, y que sugieren que en el autismo pueden ser deficientes las funciones del lóbulo frontal.

La función ejecutiva permite la planificación, flexibilidad, memoria de trabajo, monitorización e inhibición. Es un conjunto de procesos mentales necesarios para el control de la acción y del pensamiento. Varias investigaciones refuerzan la idea de déficit de la disfunción ejecutiva en los TEA.

* Teorías afectivas explicativas del autismo: la capacidad para acceder al mundo interno propio y ajeno es imprescindible para desarrollar las funciones mentales superiores (lenguaje, simulación, etc.). El déficit mentalista sería la secuela de una alteración más profunda de las competencias de interacción que impide al niño establecer una forma de relación interpersonal normal con los que le rodean, se trata de un “déficit emocional primario”. Constituye un trastorno innato en la capacidad de percibir y responder a las expresiones afectivas de los demás, debido a ello los niños con autismo no reciben las experiencias sociales necesarias durante la primaria infancia para el desarrollo de las estructuras cognitivas de la comprensión social.

Respecto a los mecanismos de atención conjunta, Martos sugiere que el autismo podría ser el resultado de un doble proceso evolutivo alterado:

1. Anomalías neurobiológicas en los mecanismos de autorregulación del *arousal* (nivel de activación) que dificultarían las respuestas a estímulos sociales y ambientales.
2. Alteraciones específicas en las habilidades de representación que, combinadas con las anteriores, provocarían un déficit en la atención conjunta, el cual implica ya una integración del afecto propio y ajeno, así como de la cognición de los objetos. Con lo cual estas personas tienen limitada la capacidad para desarrollar habilidades sociales ya que no comprenden las señales que informan del afecto y carecen de algunas capacidades cognitivas que se derivan de una experiencia compartida.
3. **Detección y Diagnóstico**

Los TEA afectan a 60-70 de cada 10.000. Otro dato relevante es que los TEA afectan a la población masculina en una proporción de 4:1 con respecto a la femenina. La misma proporción en todas las clases sociales y en las diferentes culturas afectadas.

En relación con el síndrome de Asperger, las cifras varían entre 10 y 36 casos por 10.000 habitantes.

DETECCIÓN TEMPRANA

La detección temprana es imprescindible. A muy pocos niños con sospecha de TEA se les deriva a servicios especializados ante de los 3 años de edad.

Es preciso considerar:

* Aspectos prenatales y perinatales de riesgo.
* Preocupaciones de los padres (ausencia de lenguaje, no mirar o no responder al nombre).
* Nivel de desarrollo según las escalas de desarrollo.
* Desarrollo sociocomunicativo.
* Señales de alerta.

Cuando se aprecia una razonable sospecha es preciso:

* Tener en cuenta algunas de las señales de alerta a los 12 meses:
* Menor uso de contacto ocular.
* No reconoce su nombre.
* No señala para pedir.
* No muestra objetos.
* Hacer una detección específica a los 12 meses que es cuando se puede constatar la pérdida de competencias sociales y a los 18 meses. Se puede emplear el CHAT.
* Hacer un control de los indicadores de riesgo a los 18 meses:
* Ausencia de gestos protodeclarativos.
* Dificultades en el seguimiento de la mirada.
* Ausencia de juego de ficción.
* Hacer una detección específica a los 24 meses mediante el M-CHAT.
* Considerar los síntomas más frecuentes entre 2 y 3 años:
* No mirar de manera “normal” a la cara de los demás.
* No compartir el interés o el placer con los demás.
* No mostrar respuesta cuando se le llama por su nombre.
* No señalar con el dedo índice.
* No traer cosas para “mostrarlas” a los demás.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TEA

Según el DSM-IV-TR, los criterios para el autismo son:

* 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 por:
    - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales (contacto ocular, expresión facial, posturas corporales…)
    - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo
    - Ausencia de la tendencia espontánea para compartir
    - Falta de reciprocidad social o emocional (preferencia por actividades solitarias o uso de los otros como herramientas)
  + 2. Alteración cualitativa de la comunicación, manifestada por:
    - Retraso o ausencia total del lenguaje oral
    - Alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación
    - Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje (idiosincrásico o metafórico)
    - Ausencia de juego realista, usual, espontaneo, o imitativo social e imaginativo
  + 3. Patrones de comportamiento, intereses, y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por:
    - Preocupación absorbente por patrones estereotipados y restrictivos de interés
    - Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales
    - Manierismos motores estereotipados y repetitivos
    - Preocupación persistente por partes de objetos
* Retraso o funcionamiento anormal antes de los 3 años en interacción social, lenguaje utilizado en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo.
* El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ...(pág.316)

Siguiendo con el DSM-IV-T, para el síndrome de Asperger, se deben cumplir los siguientes:

* Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada por:
  + Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales
  + Incapacidad para desarrollar relaciones con sus compañeros
  + Ausencia de la tendencia espontánea a compartir
  + Ausencia de reciprocidad social o emocional.
* Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas manifestadas por:
  + Preocupación absorbente por patrones estereotipados y restrictivos de interés
  + Adhesión inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales
  + Manierismos motores estereotipados y repetitivos
  + Ausencia de reciprocidad social o emocional.
* Deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.
* No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo.
* No hay retraso del desarrollo cognoscitivo ni de habilidades de autoayuda, comportamiento adaptativo y curiosidad del ambiente durante la infancia clínicamente significativo.
* …(pág.317)

Los niveles de severidad para los TEA se resumen en:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | COMUNICACIÓN SOCIAL | INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTAS REPETITIVAS |
| NIVEL 3:  requiere apoyo muy substancial | Severos déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal causan severas discapacidades de funcionamiento, muy limitada iniciación de interacciones sociales y mínima respuesta a las aproximaciones sociales de otros. | Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas interfieren marcadamente con el funcionamiento en todas las esferas: malestar cuando estos son interrumpidos. Resulta difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente. |
| NIVEL 2:  requiere apoyo substancial | Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal, aparentes discapacidades sociales incluso con apoyo, iniciación de interacciones sociales, y reducida respuesta a las aproximaciones sociales de otros. | Rituales y conductas repetitivas y/o preocupaciones o intereses fijos aparecen con suficiente frecuencia como para ser obvios, e interfieren con el funcionamiento en otros contextos. Se evidencia malestar cuando estos son interrumpidos. Resulta difícil apartarlo de un interés fijo. |
| NIVEL 1:  requiere apoyo | Sin apoyos, los déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y demuestra respuestas atípicas o no existosas a las aproximaciones sociales de otros. | Rituales y conductas repetitivas causan interferencia con el funcionamiento en otros contextos. Resiste intentos de interrumpir o ser apartado de un interés fijo. |

Se presentan a continuación los criterios previstos en el DSM-5 para el *Trastorno del Espectro Autista:*

1. Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, no atribuibles a un retraso general del desarrollo, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:
   * Déficits en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.
   * Déficits en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anormalidades en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficits en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.
   * Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.
2. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:
   * Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).
   * Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).
   * Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).
   * Híper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).
3. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).
4. La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.

INSTRUMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Para llevar a cabo el diagnóstico, se requiere especialización y experiencia clínica. El proceso de evaluación debe adecuarse a las edades cronológica y mental, historia del desarrollo, situación vital y evaluaciones previas que haya recibido la persona. Por lo general incluye:

* La recogida de información sobre la historia de la persona y antecedentes médicos y familiares.
* Una evaluación médica que incluiría estudios psiquiátricos y biomédicos.
* Una evaluación psicológica de la inteligencia, habilidades sociales, comunicativas y lingüísticas y competencias adaptativas.

La evaluación debe dirigirse específicamente hacia la definición del perfil psicológico, las preferencias motivacionales y de refuerzo, el estilo de aprendizaje, las características sensoriales y motrices (y sus anomalías relacionadas), los déficit específicos en las habilidades sociales, las habilidades académicas, los patrones ritualizados o estereotipados de conducta, y es estilo de vida y las relaciones familiares del niño.

En lo que respecta a la evaluación de las competencias de relación, además de evaluar las capacidades de comunicación y lenguaje, se debe evaluar: con qué personas y en qué contextos se establecen relaciones, con qué frecuencia y grado de iniciativa por parte del niño, qué finalidades tienen y cuáles son sus consecuencias.

1. **Intervención psicopedagógica**

Existen una buena cantidad de tratamientos de intervención que no siempre cuentan con un respaldo científico que sustente su eficacia o resultados.

Los autores del GETEA concluyen que la educación y el apoyo comunitario son los principales medios de tratamiento. A dichos medios es preciso asociar, en función de las necesidades individuales, medicamentos, intervenciones conductuales y terapia cognitivo-conductual, siendo asimismo imprescindible el apoyo a las familias.

|  |  |
| --- | --- |
| **RECOMENDACIÓN**  **DEL GETEA**  **CARLOS III** | **TRATAMIENTOS O PROPUESTAS DE**  **INTERVENCION** |
| No recomendamos  por no aportar  evidencias | ***Doman-Delacato*** (movimientos y ejercicios físicos que reparan las vías nerviosas)  ***Comunicación facilitada*** (a través de un teclado con la ayuda de un facilitador que sujeta la mano o el brazo de la persona, mientras escribe sus mensajes supuestamente de manera independiente)  ***Terapia psicodinámica*** (el autismo como reacción defensiva)  ***Terapias asistidas con animales*** |
| Recomendados solo  para estudios experi-  mentales por sus  débiles evidencias | ***Entrenamiento en Integración auditiva*** (escuchar música modificada a través de auriculares para tratar la hipo o hipersensibilidad auditiva)  ***Integración sensorial*** (en sesiones de juego dirigido se ofrecen al niño estímulos sensoriales para que pueda percibirlos, procesarlos e integrarlos)  ***Psicoterapias expresivas*** (musicoterapia, terapia del arte)  ***Vitaminas y suplementos dietéticos*** (que ayudan en la regulación de los neurotransmisores)  ***Dietas sin gluten/caseína*** (porque los neuropéptidos derivados de algunas proteínas de los cereales o la leche podrían ejercer un efecto neurotóxico) |
| Recomendados aun-  que tienen una evidencia débil | ***Promoción de competencias sociales***(historias o guiones sociales, entrenamiento en HH mentalistas, intervención para el desarrollo de relaciones)  ***Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación***(PECS\*, Programa de comunicación total de Schaeffer)  ***Sistema TEACCH***(algunos de sus componentes son: colaboración entre familiares y profesionales y utilización de técnicas y métodos combinados de manera flexible, en función de las necesidades individuales de la persona [intervenciones cognitivas y conductuales, estructuración, claves visuales, SAAC, etc.], adaptación del entorno, para que la persona encuentre sus condiciones óptimas de desarrollo personal)  ***Terapia cognitivo-conductual*** (combina el papel que desempeñan los pensamientos y las actitudes en las motivaciones y en la conducta [análisis funcional, refuerzo contingente, extinción, etc.]. Se aplican de manera conjunta principios de modificación de conducta y técnicas de restructuración cognitiva) |
| Recomendados por  su eficacia  confirmada | ***Apoyo Conductual Positivo*** (aplican los principios de modificación de conducta y las técnicas basadas en las teorías del aprendizaje)  ***Risperidona*** (antipsicótico para tratar conductas explosivas, agresividad o comportamientos autolesivos) |

**\*PECS:** PECS empieza por enseñar a una persona a entregar una imagen de un elemento deseado a un “receptor comunicativo”, el cual inmediatamente honora el intercambio como una petición. El sistema continúa enseñando discriminación de imágenes y como ponerlas juntas en una oración. En las fases más avanzadas, se enseña a responder a preguntas y a comentar.

|  |  |
| --- | --- |
| **FASE I** Cómo comunicarse. Los alumnos aprenden a intercambiar una sola imagen a la vez por elementos o actividades que realmente quieren. | http://www.pecs-spain.com/images/phase1.jpg |
| **FASE II** Distancia y persistencia. Utilizando todavía una sola imagen a la vez, los alumnos aprenden a generalizar esta nueva habilidad utilizándola en diferentes lugares, con diferentes personas y a lo largo de varias distancias. También se les enseña a ser comunicadores persistentes. | http://www.pecs-spain.com/images/phase2.jpg |
| **FASE III** Discriminación de imágenes Los alumnos aprenden a seleccionar de entre dos o más imágenes para pedir sus objetos o actividades favoritas. Éstas se colocan en un libro de comunicación –una carpeta de anillas con tiras de Velcro- dónde las imágenes se colocan y fácilmente se retiran para comunicarse. | http://www.pecs-spain.com/images/phase3.jpg |
| **FASE IV** Estructura de la oración. Los alumnos aprenden a construir oraciones simples en una “tira-frase” despegable, utilizando una imagen de “quiero” seguida de una imagen del elemento que está pidiendo en ese momento. | http://www.pecs-spain.com/images/phase4.jpg |
| **Atributos y expansión del lenguaje** Los alumnos aprenden a expandir sus oraciones añadiendo adjetivos, verbos y preposiciones. | http://www.pecs-spain.com/images/phase6b.jpg |
| **FASE V** Responder a preguntas. Los alumnos aprenden a usar PECS para responder a la pregunta: ¿Qué quieres? | http://www.pecs-spain.com/images/phase5.jpg |
| **FASE VI** Comentar Ahora los alumnos son enseñados a comentar como respuesta a preguntas tales como: “¿Qué ves?”,”¿Qué oyes?” y “¿Qué es?”. Aprenden a crear oraciones que empiezan por “Veo”, “Oigo”, “Siento”, “Es”, etc. | http://www.pecs-spain.com/images/phase6.jpg |

Cualquier propuesta de intervención debería basarse en la identificación precoz del trastorno y en la realización de un proceso diagnóstico multidisciplinar que contemple una evaluación de las capacidades y necesidades individuales, y oriente hacia un plan centrado en la persona con TEA. El GETEA del Instituto de Salud Carlos III señala como aspectos recomendables en la intervención los siguientes:

* Intervención *individualizada y funcional*: analizando las dificultades de la persona en términos de intensidad y tipos de apoyos.
* *Educación temprana*: que incorpore objetivos como iniciación y mantenimiento de la atención conjunta, teoría de la mente, coordinación emocional, flexibilidad del pensamiento, etc.
* Enseñanza *estructurada y organización*: implica tanto la adaptación del entorno a las necesidades de predictibilidad y estabilidad de estas personas como la explicitación a priori de los objetivos que se desea alcanzar y de las actividades diseñadas para conseguirlo. Algunos aspectos que engloban son:
  + Horario fijo.
  + Determinación de los lugares para las actividades: zonas de clase dedicadas a actividades concretas.
  + Habilitación de una zona semi-aislada, con escasos elementos de distracción.
  + Ambiente relativamente simple, grupos muy pequeños, muy personalizado.
  + Procedimientos operantes, consistencia en las respuestas a las conductas del niño.
  + Actitud directiva del educador.
  + Presencia de claves visuales que ayuden a que pueda trabajar de una manera independiente, o que recuerden a todos los compañeros ciertos signos del lenguaje de gestos que algunos alumnos utilizan.
  + Seleccionar rigurosamente los materiales y reforzadores.
  + Son más positivos los estilos de enseñanza firmes, pacientes y tranquilizantes.
  + Pocos momentos de improvisación, actividades continuas.
  + Enseñanza tutorizada de habilidades sociales.
  + Tener en cuenta su dificultad para generalizar y transferir lo aprendido.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Planteamiento funcional e individual en la intervención educativa. Algunos de sus descriptores son los siguientes.

* Aprendizaje sin errores: no por ensayo y error. El aprendizaje por ensayo y error aumenta el negativismo y las alteraciones de conducta. Aprender por ensayo y error es totalmente impredecible para un niño con autismo. Por eso aprender por ensayo y error consume recursos y retrasa el aprendizaje. Para lograr un aprendizaje sin errores se han de tener en cuenta las siguientes consideraciones:
  + Adaptar los objetivos al nivel evolutivo del alumno.
  + Especificar los prerrequisitos.
  + Descomponer las tareas en pasos.
  + Jerarquizar los objetivos y secuenciar las actividades.
  + Emplear ayudas para evitar errores.
  + Evitar factores de ambigüedad o de distracción: presentar las tareas sólo cuando el niño atiende.
  + Usar reforzadores “poderosos” que permiten mantener motivado al niño.
* Valorar cuidadosa de los requisitos, presentando sólo aquellas tareas cuyos prerrequisitos estén previamente adquiridos y se adapten bien a los niveles evolutivos y a las capacidades del niño.
* Preparación de entornos estructurados y empleo de claves predictivas y de anticipación para evitar el desconcierto.
* Producción del aprendizaje en contextos naturales y en donde prime su carácter funcional y su utilidad.
* Objetivos positivos (habilidades de conversación, juego social…), ya que proporcionan experiencias lúdicas y satisfactorias.
* Se priorizan los objetivos relativos a las competencias de comunicación.
* Principio de “entorno menos restrictivo posible”, siempre que haga posible el desarrollo de las competencias sociales, al dar oportunidad de relacionarse con iguales.

PRINCIPIOS REGULATIVOS DE LA INTERVENCIÓN

Según Riviere, los principios que regulan la intervención y la fundamentan son los siguientes:

1. Promover el bienestar emocional de la persona.
2. Aumentar la flexibilidad de la acción, así como su funcionalidad y eficacia.
3. Promover la autonomía personal y las competencias de autocuidado, disminuyendo su dependencia.
4. Desarrollar destrezas cognitivas y de atención. Las destrezas cognitivas están implicadas en todas las actividades de la vida diaria.
5. Aumentar la capacidad de asimilar y comprender las interacciones humanas y de dar sentido a las acciones y a las relaciones con otras personas.
6. Desarrollar las destrezas de aprendizaje, basadas en la imitación, observación.
7. Disminuir conductas de autoagresión, heteroagresión, etc., para aumentar las posibilidades de convivencia.
8. Desarrollar las competencias comunicativas.
9. Aumentar las capacidades que permiten interpretar el mundo de forma significativa, disminuyendo el “fondo de ruido” que aísla a la persona.

Por su parte la OAR, propone las siguientes recomendaciones:

1. Colaboración intensa con las familias para identificar adecuadamente las características individuales del alumno, sus fortalezas y limitaciones.
2. Preparar el espacio de la clase:
   * Zonas de clase dedicadas a determinadas actividades concretas.
   * Habilitación de una zona semi-aislada, con escasos elementos de distracción.
   * Disposición clara y ordenada de los materiales necesarios.
   * Presencia de claves visuales.
   * Ambiente relativamente simple.
   * Pocos momentos de improvisación, actividades continuas.
   * Horario fijo.
   * Espacios para trabajo en pequeño grupo.
3. Preparar un ambiente social para generar oportunidades de interacciones positivas.
4. Elaborar un plan individual. Se deben incluir metas anuales, objetivos a corto plazo y los servicios educativos especiales que requiere el niño, así como una evaluación anual para determinar si se alcanzaron los objetos.
5. Apoyar los cambios positivos de conducta.
6. Fundamental la actitud del profesorado.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

* *Modificación de conducta:* Bajo este epígrafe se incluyen*: Applied Behaviour Analysis (ABA) y Lovaas therapy.* Estos programas, se diferencian entre sí en variables tales como la edad de inicio, intensidad, duración, entorno en el que se aplican, especificidad para el autismo, posibilidad o no de hacerlos compatibles con otras intervenciones y nivel de participación de los padres. La terapia Lovaas, por ejemplo, requiere su aplicación dentro del seno familiar, en un intenso programa de cuarenta horas semanales que mantenga la ratio 1:1 y con una gran dedicación de las familias, que deben vincularse con terapeutas. Esta terapia es un tratamiento que no incorpora el conocimiento actual sobre las alteraciones cognitivas y emocionales de los TEA; puede crear una esperanza de curación en las familias que no se corresponde con la realidad y generar un significativo estrés familiar, y es difícil hacer compatible este método con la dinámica de los centros educativos. El apoyo conductual positivo (ACP) es un proceso de aprendizaje por el que el sujeto aprende a realizar un nuevo comportamiento en una situación en la que no lo realiza o en la que realizaba otro. Se modifica el contexto antes de que la conducta problemática suceda y se enseñan conductas alternativas apropiadas como una estrategia eficaz para reducir conductas no adecuadas socialmente.
* *Sistemas de fomento de las competencias sociales:* Las deficiencias en habilidades sociales son nucleares en los TEA, para paliarlas se emplean: aprendizaje mediado contando con el alumnado sin dificultades, aprendizaje de competencias sociales, el entrenamiento en habilidades mentalistas olas historias y guiones sociales. Respecto a esto último, el objetivo es transmitir información relevante: dónde y cuándo ocurre una situación, quien está involucrado, qué está ocurriendo y por qué.
* *Sistemas alternativos/aumentativos de comunicación:* Son sistemas no verbales de comunicación que se emplean para fomentar, complementar o sustituir el lenguaje oral. Estos sistemas utilizan objetos, fotografías, dibujos, signos o símbolos apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos (PECS). En nuestro país se utiliza el programa de comunicación total de Schaeffer.
* *TEACCH:* Incluye programas individuales de apoyo, escolarización, formación e inserción laboral, ayuda a las familias, viviendas, programas de ocio, etc. Tiene los siguientes componentes: la colaboración entre familiares y profesionales y la utilización de diferentes técnicas y métodos combinados de manera flexible, en función de las necesidades individuales de la persona y de sus habilidades emergentes. Además se considera fundamental adaptar el entorno.