

Alteraciones graves del comportamiento: Trastornos del Espectro Autista (TEA): de qué hablamos, cómo intervenimos

Luis Pérez de la Maza
Tutor en PAUTA. Psicopedagogo

El concepto de Trastorno del Espectro Autista (en adelante TEA) acuñado por Lorna Wing e introducido en España por Ángel Rivièrè, comprende a todas las personas que presentan la llamada “Triada de Wing”, que presentan características clínicas expresadas en: alteraciones en la relación social, alteraciones en la comunicación y el lenguaje y la presencia de conductas repetitivas y/o intereses restringidos y estereotipados; con gran una variedad de manifestaciones en cuanto a la intensidad de estos trastornos, la presencia de otros trastornos asociados y el desarrollo cognitivo-intelectual.

Los últimos estudios epidemiológicos (Belinchón, 2000) señalan una prevalencia media estimada de 8,34 casos por cada 10.000 nacidos, lo que implica directamente un cambio en la concepción de los TEA. Los TEA dejan de considerarse dentro de la categoría de trastornos de baja frecuencia o de “enfermedades raras”, para convertirse en una realidad manifiesta en la sociedad, y no es que haya aumentado su incidencia realmente. El aumento de los datos de prevalencia refleja el progreso de los instrumentos de diagnóstico y la mejora de los procedimientos de detección precoz, así como la revisión de diagnósticos erróneos en personas con TEA de alto nivel de funcionamiento.

La etiología de los TEA hoy en día no se cuestiona que tiene naturaleza orgánica. Como afirma Campos, J. (2000) el autismo “se ha asociado a anomalías neurológicas cuya base se puede demostrar ligada a trastornos neuropatológicos, bioquímicos, metabólicos o genéticos.” Las actuales investigaciones en el campo de la genética parecen mostrar con insistencia, en los diferentes estudios, algunos genes que se encuentran implicados en la presencia del trastorno.

Los criterios diagnósticos que actualmente se consideran de forma consensuada son los de la Asociación Americana de psiquiatría (DSM IV-Tr) y los de la Organización Mundial de la Salud (CIE- 10). Aunque ambos son similares, difieren en aspectos importantes, incluso llegando a suprimir una categoría diagnóstica de la DSM IV a la CIE-10. En este sentido puede resultar interesante detallar los criterios diagnósticos de los diferentes TEA comprendidos en la DSM-IV.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.0 TRASTORNO AUTISTA (299.00)

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

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

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.2 TRASTORNO DE RETT (299.80)

A. Todas las características siguientes:

1. desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
2. desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
3. circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B. Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

1. desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
2. pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej., escribir o lavarse las manos).
3. pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente).
4. mala coordinación de la marcha o de los movimientos del tronco.
5. desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.3 TRASTORNO DESINTEGRATIVO INFANTIL (299-10)

A. Desarrollo aparentemente normal durante por lo menos los primeros 2 años posteriores al nacimiento, manifestado por la presencia de comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.

B. Pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas (antes de los 10 años de edad) en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. lenguaje expresivo o receptivo
2. habilidades sociales o comportamiento adaptativo
3. control intestinal o vesical
4. juego

5. habilidades motoras

C. Anormalidades en por lo menos dos de las siguientes áreas:

1. alteración cualitativa de la interacción social (p. ej., alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional)
2. alteraciones cualitativas de la comunicación (p. ej., retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado)
3. patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos

D. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL F84.5 TRASTORNO DE ASPERGER (299.80)

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

1. importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social
2. incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto
3. ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés)
4. ausencia de reciprocidad social o emocional

B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados, manifestados al menos por una de las siguientes características:

1. preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo
2. adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
3. manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
4. preocupación persistente por partes de objetos

C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).**
- E. No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.**
- F. No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.**

Las manifestaciones comunes al espectro de los tres síntomas nucleares descritos anteriormente: Interacciones unidireccionales, tendencia no voluntaria al aislamiento, falta de iniciativa en las interacciones y la indiferencia aparente que muestran en relación a la interacción social; la utilización de personas como objetos, la inadecuación del contacto ocular y la presencia de lenguaje ecolálico o ecolalias no lingüísticas en relación a las alteraciones en la comunicación y el lenguaje; la falta de flexibilidad cognitiva, la insistencia en la invarianza, la rigidez y las estereotipias en cuanto al comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, generan unas importantes y muy significativas necesidades educativas, a las que deberemos responder. Estas manifestaciones se traducen en NEE derivadas o generadas por:

- la restricción de intereses y motivaciones
- las dificultades de atención: labilidad atencional, dificultades en el control estimular
- las dificultades en la alimentación
- los trastornos de conducta, episódicos o continuados que se expresan de maneras muy diversas: desde el oposicionismo, la falta de colaboración, hasta las agresiones y autolesiones.
- los trastornos de la comunicación, tanto a nivel expresivo como comprensivo, en modalidad oral y/o gestual.
- los trastornos cognitivos que presentan todas las personas con TEA: déficit en Teoría de la Mente y déficit en Función Ejecutiva.

Los planteamientos u orientaciones que deben vertebrar la intervención ante las NEE que nuestros alumnos con TEA se deben apoyar claramente en unos criterios de intervención firmes, como son:

- Funcionalidad y aprendizaje significativo: es un criterio clave. Debido a las dificultades de comprensión que presenta nuestros alumnos, los aprendizajes deben ofrecer un objetivo claro perceptible por el alumno, es imprescindible dotar de sentido su actividad.
- Generalización: las dificultades que en este sentido presentan los alumnos con TEA, hacen que desde las programaciones se contemple la generalización de las conductas (objetivos trabajados) a diferentes entornos y personas.

- Individualización: la variabilidad intersubjetiva es en nuestro alumnado mucho mayor debido al número de variables que inciden sobre su desarrollo y evolución, lo que nos obliga a individualizar al máximo los programas, las actividades, materiales, etc.
- Integración y validez ecológica: como es claro el objetivo de la intervención es fomentar el desarrollo máximo de la persona con TEA, para lo cual no debemos olvidar su medio socio-comunitario próximo donde debemos trabajar para favorecer su inclusión plena.
- Estructuración: las dificultades de anticipación, predicción y secuenciación que la mayoría de los alumnos con TEA presentan les generan importantes dificultades, la estructuración, el aporte de información por adelantado, etc. han de ser constantes en la intervención.
- Flexibilidad: la insistencia en la invarianza, la rigidez excesiva, generan dificultades en el desenvolvimiento diario de las personas con TEA, por lo que favorecer la flexibilidad y la presencia de cambios dentro de una estructura y secuencia que aporte seguridad y resulte comprensible.
- Motivación: es imprescindible intentar de forma constante conocer las motivaciones de los alumnos con TEA, así como aumentar el repertorio de actividades y/o contenidos motivadores.
- Espontaneidad: las restricciones que puede suponer la intervención educativa tienen que ser las mínimas, posibilitando y favoreciendo siempre cualquier iniciativa espontánea.

Un modelo que actualmente se utiliza y que parece ajustarse de forma óptima a estos criterios de intervención o procedimientos de actuación enumerados anteriormente, es el que ofrece la Definición, clasificación y sistemas de apoyo de la AAMR (1992), que define diez áreas de habilidades adaptativas: Comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos académicos funcionales, ocio y trabajo.

Una vez definidas las áreas de intervención, así como los criterios de intervención, podemos, tomando a Francesc Cuxart (2000), enumerar los principios generales que deben regir los tratamientos psicológicos y pedagógicos: desarrollar evaluaciones objetivas, diseñar objetivos realistas, ajustados temporalmente y funcionales, trabajar por entornos naturales, estructurar y secuenciar los aprendizajes y tareas, trabajar coordinadamente entre los profesionales y con la familia.

A partir de estos planteamiento podemos detallar estrategias de intervención concretas, entre las que destacamos:

- La creación de un vínculo personal con el alumno, el establecer un trato de cercanía, afecto, etc.
- La estructuración ambiental, favoreciendo la anticipación, planificación, la comprensión, etc.
- El empleo de materiales y sistemas de apoyos visuales.

- La intervención comunicativa verbal y gestual (señalado, oral, seguimiento de mirada, etc.), implementando si se requiere un SAC(Sistema de Comunicación Total de Baenson Schaeffer, PECS, etc.).
- Aprendizaje sin error y encadenamiento hacia atrás, aportando los apoyos imprescindibles.
- Modelado y moldeado.
- Intervención conductual, principios recogidos en Carr, E.G. et Al (1996), aplicación de diferentes técnicas de modificación de conducta.
- Evaluación contextualizada
- Consistencia y sistematicidad.
- Trabajo coordinado en equipo

La respuesta a nivel institucional que se puede aportar de forma individualizada a los alumnos con NEE asociadas a un TEA, se centra en las posibles modalidades de escolarización desde el centro específico hasta el centro ordinario con una integración plena, pasando por todas las posibilidades intermedias como las aulas estables en centros ordinarios, la integración parcial inversa, la integración parcial con apoyos, la escolarización combinadas, la integración total con apoyos individuales específicos...

La idoneidad de cada una de estas modalidades está determinada por un gran número de elementos, parámetros, muchos no controlables o identificables, pero dos de ellas resultan claras y son la edad del alumno y su capacidad o sus habilidades adaptativas.

“...La educación de la mayoría de los pequeños con autismo debe ser altamente individualizada, y requiere el control de múltiples variables ambientales, físicas y sociales, que en el medio habitual no es fácil de conseguir. Por otro lado, todos queremos ofrecerles un medio social lo más rico posible.

Nuestro reto es medir y valorar la accesibilidad a él y desarrollar las adaptaciones necesarias en el entorno educativo. Se trata de un reto profesional que aún está por desarrollar en muchos sentidos.

Los recursos materiales y sobre todo personales son básicos para que nuestro alumno pueda acceder en el medio escolar a situaciones sociales que le sean “accesibles” y al mismo tiempo potenciadoras de su desarrollo.” Martín R., M (2000).

BIBLIOGRAFÍA:

ATTWOOD, T. (1997) “*Asperger’s Syndrome. A guide for parents and professionals*”. JKP. Londres.

BARON-COHEN, S. (1993) “*Autismo. Una guía para padres*”. Alianza Editorial, Madrid.

BELINCHÓN, M. (2000) “*Situación y necesidades de las personas con trastornos del espectro autista en la Comunidad de Madrid*”. Obra social de Caja Madrid, Madrid.

CARR, E. (1997) “*Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento*”. Alianza Editorial, Madrid.

COLEMAN, M y GILBERT, C (1989) “*El autismo: Bases biológicas*”. Martínez Roca, Barcelona.

FRITH, U. (1995) “*Autismo*” Alianza Editorial, Madrid

FRITH, U. (1991) “*Autism and Asperger syndrome*” Cambridge University Press, Cambridge.

GRANDIN, T (1986) “*Atravesando las puertas del autismo*” Paidós, Barcelona.

HAPPE, F. (1994) “*Introducción al autismo*” Alianza Editorial, Madrid.

HOBSON, R. P. (1995) “*El autismo y el desarrollo de la mente*” Alianza Editorial, Madrid.

MARTOS, J y RIVIERE, A. (2001) “*Autismo: Comprensión y explicación actual*” APNA, Inmerso, Madrid

RIVIERE, A. (2001) “*Autismo: Orientaciones para la intervención educativa*” Trotta, Madrid.

RIVIERE, A. y MARTOS, J. (2000) “*El niño pequeño con autismo*” APNA, Madrid.

RIVIERE, A. y MARTOS, J. (1997) “*El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*” Inmerso, Madrid.

RUSSEL, J. (2000) “*Autismo como trastorno de la función ejecutiva*” Panamericana, Buenos Aires.

SCHAEFFER, H. R. (1984) “*Interacción y comunicación*” Visor, Madrid

SIGMAN, M. y CAPPS, L. (2000) “*Niños y niñas autistas*” Morata, Madrid.

VV. AA. (2000) CD Actas X Congreso AETAPI, Vigo

VV. AA. (2000) CD Actas XI Congreso AETAPI, Santander

WILLIAMS, D. (1996) “*Autism: An incidence out approach*” JKP, Londres.

WING, L. (1996) “*El autismo en niños y adultos*” Paidós, Barcelona.