



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“El Ciclo de Contacto y Retirada en las Personas Autistas”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
Ilse Joana García Salinas

Director: Mtro. José René Alcaráz González

Dictaminadores: Mtra. Juana Ávila Aguilar

Mtra. María Guadalupe Ofelia Aguilera Castro



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Esta tesis que para obtener el título de Licenciada en Psicología va dedicada a...

A mis padres, por su apoyo incondicional y el amor que me han dado desde siempre, por estar ahí y porque (aunque no saben nada de Ψ) de una u otra forma hicieron esto posible. Por darme todo lo que han podido y dejarme tomar mis propias decisiones para hacer de mi vida lo que yo he querido. De ustedes he aprendido a trabajar duro y ser mejor persona. Por esas noches en que Titita tenía que ir a recogerme porque llegaba muy tarde...

A Jesús "Boo", que algún día podrás leer esto, por ser agradable y decir palabras elegantes a tu corta edad y me haces reír con tus ocurrencias. Eres el hijo que nunca tuve, "mi corazoncito dice te quiere mucho"...

A mis hermanos, en especial a Victor García "Todd", porque yo sé que me quieres mucho y te preocupas por mí, aunque no lo aceptes. Pues has estado ahí cuando lo he necesitado y me apoyas cuando se requiere. Te quiero aunque seas friki...

A Julio César, el amor de mi vida y mi prometido, por estar conmigo casi desde el principio (desde 2° semestre) eres parte importante de este logro. Por entrar a mis clases y apoyarme en mis tareas y proyectos, sobre todo en cuestiones estadísticas. Por todo el amor que me das, soy afortunada de tenerte para impulsarme a esforzarme más y buscar crecer como persona, porque siempre me enseñas cosas nuevas. Te amo Bestia, me haces inmensamente feliz...

A mi familia adoptiva (Jimenez-Espinosa), por darme asilo y alimentarme, por su apoyo, de ustedes he aprendido mucho y sin ustedes esto no habría sido posible. Por brindarme un segundo hogar...

A los Pechanes o poodles (Killer, Pechan y Nano), por estar siempre conmigo, con el apoyo incondicional que "solo un perro" puede dar, porque con sus afectuosos recibimientos me hacían olvidar cualquier problema o mal día. Por qué con su peculiar amor me hacen muy feliz, ¡Los amo, mis queridos poodles, dueños de mis quincenas!

A mis maestros, casi todos fueron personas importantes en este proceso (otros cuantos solo fueron piedras en el camino) de ustedes pude obtener aprendizajes significativos, profesionalmente e incluso a nivel personal. A mi director de tesis, el maestro René Alcaráz, por guiarme en este trabajo que es la culminación de toda esta travesía. Por estimular mi interés científico, por enseñarme mucho sobre Terapia Gestalt, que me ha servido para desempeñarme en el ámbito de la psicología Clínica y la Educación especial y Rehabilitación. Por siempre confiar en mí y ayudarme a crecer personal y profesionalmente...

A las maestras Juana Ávila y Guadalupe Aguilera, porque su trabajo y enseñanzas son pieza clave en la realización de esta tesis. Porque con su experiencia y conocimientos en Educación Especial y Rehabilitación me permitieron aprender mucho más del autismo y sacar el mayor provecho de esta investigación...

A todas esas personas bellas y amigos que conocí en la FESI, pues de algún modo esto no habría sido posible sin ustedes Fany, Stef, Dona, Fer, Carlos, Caro, Gisel, Daniel, Arturo, Rebeca, por esas tardes dentro y fuera de los salones, con ustedes pase los mejores momentos en Iztacala y siempre aprendía algo nuevo, aunque no fueran cosas de la carrera, necesariamente...

¡MUCHAS GRACIAS! Joana García (Joe D. Graves)

ÍNDICE.

Resumen.

Introducción.

CAPITULO 1. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO Y ESTUDIO DEL AUTISMO.

- 1.1. Primeras definiciones de autismo, desarrollo histórico.
- 1.2. ¿Qué es un trastorno generalizado del desarrollo?
- 1.3. ¿Trastornos generalizados del desarrollo o trastornos del espectro autista?
- 1.4. Prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo.

CAPITULO 2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

2.1. Trastorno autista.

2.1.1. Características diagnósticas.

2.1.1.1. Características del lenguaje, comunicación e interacción social.

2.1.1.2. Rasgos conductuales.

2.1.1.3. Respuesta a la estimulación sensorial.

2.1.1.4. Aspectos cognitivos y emocionales.

2.1.2. Trastornos y otros síntomas asociados al autismo.

2.1.3. Prevalencia y curso.

2.1.4. Las 14 señales de autismo.

2.1.5. Diagnóstico diferencial.

2.1.6. Evaluación y diagnóstico del autismo.

2.2. Trastorno de Rett.

2.2.1. Características diagnósticas.

2.2.2. Síntomas y trastornos asociados.

2.2.3. Prevalencia y curso.

2.2.4. Posible explicación sobre su etiología.

- 2.2.5. Características específicas.
- 2.2.6. Diagnóstico diferencial.
- 2.2.7. Evaluación y diagnóstico del trastorno de Rett.

2.3. Trastorno Desintegrativo Infantil.

- 2.3.1. Características diagnósticas.
- 2.3.2. Características específicas.
- 2.3.3. Prevalencia y curso.
- 2.3.4. Síntomas y trastornos asociados.
- 2.3.5. Diagnóstico diferencial.

2.4. Trastorno de Asperger.

- 2.4.1. Características diagnósticas.
 - 2.4.1.1. Trastorno cualitativo de la interacción social.
 - 2.4.1.2. Alteraciones de las habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social.
 - 2.4.1.3. Trastorno de la flexibilidad comportamental y mental.
 - 2.4.1.4. Otras características.
- 2.4.2. Síntomas y trastornos asociados.
- 2.4.3. Prevalencia y curso.
- 2.4.4. Diagnóstico diferencial.
- 2.4.5. Evaluación y diagnóstico del Trastorno de Asperger.

2.5. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

2.6. ¿Qué diferencia al autismo de los otros TGD?

CAPITULO 3. TERAPIAS Y MODELOS TERAPÉUTICOS DE ATENCIÓN AL AUTISMO.

3.1. La neuropsicología y el modelo biológico.

- 3.1.1. El papel de la genética.
- 3.1.2. Alteraciones en el sistema Nervioso Central.
- 3.1.3. Inconstancia perceptual.

- 3.2. Las bases psicogénicas.
- 3.3. La perspectiva del psicoanálisis.
 - 3.3.1. Perturbación de carácter afectivo.
 - 3.3.2. Mecanismos de defensa.
- 3.4. La visión del conductismo.
 - 3.4.1 Análisis Conductual Aplicado (ACA).
- 3.5. La psicología social.
 - 3.5.1. Programas de entrenamiento paterno.

CAPITULO 4. MODELOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PERSONAS CON AUTISMO.

- 4.1. Intervenciones biomédicas.
 - 4.1.1. Terapia de fármacos para síntomas específicos.
 - 4.1.2. Dieta libre de gluten y caseína.
- 4.2. Intervención conductual.
 - 4.2.1. Análisis conductual aplicado (ACA).
- 4.3. Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC).
 - 4.3.1. Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (Picture Exchange Communication System-PECS).
- 4.4. Intervenciones evolutivas.
 - 4.4.1. El Floor Time o tiempo de piso.
- 4.5. Intervención combinada.
 - 4.5.1. Tratamiento Educativo para Personas con Autismo y Trastornos de Comunicación Asociados (TEACCH).
- 4.6. Programas educacionales.
 - 4.6.1. Escuelas y centros especializados.
 - 4.6.2. Educación inclusiva.
- 4.7. ¿Qué está pasando con el Autismo y la Educación Especial en México?

CAPITULO 5. UNA PROPUESTA GESTÁLTICA PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL AUTISTA.

- 5.1. Objetivos del modelo de trabajo psicológico en Gestalt.

5.2. Autismo desde la psicoterapia Gestalt.

5.2.1. El autismo como un modo de relación aislado.

5.3. La persona autista y su ciclo de contacto.

5.4. El autismo desde la perspectiva Gestáltica.

5.5. El modo de relación aislado.

5.6. Técnicas gestálticas aplicables al autismo como modo de relación aislado.

CAPITULO 6. UN CASO DE AUTISMO DESDE LA PERSPECTIVA GESTÁLTICA.

6.1. Vivencia de la familia de una persona con autismo.

6.2. Propuesta de trabajo.

6.2.1. Enseñar a la familia del usuario autista a comunicarse con él (ella).

6.2.2. ¿Qué se espera obtener al trabajar con la familia más que con el usuario autista?

Conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN.

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo (TGD) que se presenta en una parte considerable de la población mundial, cada vez son más las personas que crecen y viven con esta condición, de origen desconocido y hasta ahora incurable, pero sí tratable. Este trastorno se diferencia de otros TGD como el Asperger, Rett, y el desintegrativo infantil por rasgos específicos, como la edad en que aparece, el desarrollo del lenguaje y las habilidades que se presentan en cada caso. El autismo se caracteriza por dificultades en la conducta social, alteraciones en el desarrollo del lenguaje, falta de flexibilidad mental además de comportamiento estereotipado. La Asociación Americana de Psiquiatría (2012) sugiere ver al autismo como un espectro debido a que este se presenta con diferentes características de persona a persona, pero dentro de un mismo espectro. Así se habla de autismo severo, moderado y ligero, sin embargo en este espectro caben una amplia gama de casos con rasgos y necesidades particulares. El origen del autismo es hasta ahora desconocido. Existen hipótesis de carácter médico como alteraciones genéticas, anomalías en el sistema nervioso central o alergia al gluten. Incluso, hace algunos años aún eran vigentes las teorías psicoanalíticas que giran en torno a la relación del niño con la madre. Sin embargo, hoy en día no se sabe cuál es el mecanismo exacto que da origen a los trastornos del espectro autista, pero eso no nos ha impedido desarrollar programas de tratamiento y atención terapéutica para que estas personas mejoren su calidad de vida. En la actualidad tenemos intervenciones de tipo médico, pero también existen modelos de tipo psicológico como el análisis conductual aplicado y el floor time (tiempo de piso). Sin embargo estamos en la búsqueda constante de nuevas estrategias para abordar este trastorno de una manera más completa. Por ese motivo, aquí presentamos nuestra propuesta gestáltica de atención a niños autistas, planteando la relación entre severidad y el tipo de factores que lo provocan, así como identificar los momentos e interrupciones de su ciclo de contacto y retirada, para usar las técnicas necesarias para ayudarlos a completar sus ciclos.

INTRODUCCIÓN.

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que afecta a buena parte de la población mundial. Este proyecto gira en torno a esta condición y lo que la psicología ha hecho para atender a las personas (niños y adultos) que viven con autismo. Mi inquietud por estudiar el autismo surgió durante la práctica de educación especial en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), al conocer al usuario que me fue asignado para tal actividad, ella es una niña pequeña que llegó con el diagnóstico de retraso psicomotor y problemas de lenguaje, al final del trabajo fue identificada como autista; así pude investigar y empaparme de lo que es el autismo y las técnicas que se pueden emplear en la rehabilitación de las personas con este trastorno, para desarrollar un programa de terapia adecuado al caso.

Esta inquietud científica ha continuado hasta ahora en esta tesis de licenciatura donde he plasmado los conocimientos teóricos y empíricos que he adquirido acerca de los trastornos del espectro autista, al mismo tiempo que planteo ideas teóricas a raíz de las observaciones realizadas en un caso, pero con un enfoque teórico diferente a los que se han usado hasta ahora.

Este trabajo comienza describiendo la clasificación de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y ubicando al autismo dentro de los mismos. Así delimitamos las características diagnósticas, rasgos conductuales, de lenguaje y trastornos asociados en cada uno de los TGD: Trastorno de Rett, Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil. Lo que nos permite diferenciar al autismo de los demás y no confundirlo durante el diagnóstico y establecer estrategias de intervención adecuadas.

Al mismo tiempo indagamos sobre la etiología de estos trastornos, en particular la del trastorno del espectro autista. La investigación actual ha demostrado que la etiología del autismo está vinculada con un desajuste orgánico; se desconoce la causa de tal desajuste, pero varias “causas” diferentes pueden producir el defecto

fundamental del sistema nervioso central (SNC) que origina los síntomas del autismo.

Desde el punto de vista de la psicología el Autismo es un trastorno de origen desconocido, hasta ahora, con rasgos que afectan el desarrollo del individuo de manera global, teniendo manifestaciones a nivel conductual, social y cognitivo. Por esa razón nuestra ciencia se ha dedicado a desarrollar posibles explicaciones sobre su origen, pero sobre todo, a desarrollar técnicas y programas de rehabilitación para personas autistas, los cuales han ayudado a muchas personas a mejorar su calidad de vida.

Para el Psicoanálisis el autismo aparece a causa de una falla en la comunicación y relación madre e hijo durante los primeros años de vida de éste. Dejando fuera la dimensión biológica del individuo, ahora sabemos que el autismo es un trastorno más complejo y sería muy reduccionista quedarnos en esta explicación del mecanismo de defensa ante la frialdad en los primeros contactos sociales del niño.

Otra vertiente que ha sido muy bien acogida en la rehabilitación de personas autistas es el Conductismo, sin embargo este modelo solo se enfoca en su proceso de aprendizaje. Aquí se establecen arreglos de estímulos para facilitar la disminución de conductas desadaptativas y/o socialmente inaceptables o para promover el aprendizaje de otras. Pero estos arreglos conductuales se establecían en ambientes controlados.

Entonces, solo nos habíamos centrado en la conducta de la persona autista y sus habilidades de comunicación y lenguaje, considerábamos que eso es lo único que debíamos atender en esos casos y extraíamos a la persona de su ambiente natural. Sin embargo eso limitaba la generalización de los aprendizajes obtenidos a otros ambientes, por lo que no se extrapolaban al hogar.

Hay alrededor de 46 mil casos de autismo en nuestro país (Silva, 2004; en Valdés, Cisneros, Vales y Martínez, 2009), existen muchos niños, adolescentes y adultos que a diario enfrentan los retos de vivir con autismo en México, donde la mayoría no recibe los servicios de salud y educación acorde a sus necesidades. Los

recursos económicos son un factor clave en la rehabilitación de estas personas y muchas veces las familias recurren, únicamente, a los servicios que ofrece la Secretaría de Educación Pública, pues no pueden acceder a una escuela o institución especializada debido a los costos, además las instituciones de asistencia social están muy saturadas.

Las personas con autismo y sus familias necesitan más opciones, por eso profundizaremos en la necesidad de trabajar con el autista en su ambiente natural y con la familia para obtener avances en menos tiempo con un mejor pronóstico a largo plazo. Nos unimos a la idea que plantea que se obtienen mejores avances cuando se hace equipo con los padres como terapeutas.

Por lo tanto, nuestro objetivo general en esta tesis es: *describir el ciclo de contacto y retirada de un usuario autista, desde el modelo Gestáltico, como base para realizar una propuesta de trabajo terapéutico.*

En nuestra propuesta Gestáltica abordaremos al fenómeno del autismo sin separar al paciente de su contexto natural y extendiendo su estudio más allá del concepto actual. No atenderemos a una persona autista, atenderemos a una familia con un miembro autista. Pero ¿por qué elegimos el enfoque Gestáltico?

Si bien la Gestalt es un modelo teórico que se ha aplicado predominantemente en el ámbito clínico, sus constructos teóricos son útiles en nuestro planteamiento conceptual sobre el autismo por eso tomamos esta vertiente para nuestra explicación teórica y sentar las bases del trabajo terapéutico con personas autistas en su hogar.

De esta forma abordamos al autismo con base en el concepto Gestáltico de “modo de relación aislado” o “aislamiento”. Debido a que se ha discutido ampliamente acerca de si los autistas “evitan” el contacto con los seres humanos (la denominada ceguera selectiva) como si en su sistema no contaran con lo necesario para relacionarse con otras personas; ¿cabe la posibilidad de que puedan comunicarse pero de un modo distinto al que utilizamos comúnmente para contactar con los demás?

En este trabajo pudimos observar los ciclos de contacto de una persona autista, lo que nos llevó a ideas muy interesantes en torno a esta condición y la forma en que se “comunican” con el mundo, este aspecto será abordado a profundidad en los capítulos 5 y 6.

Lo más importante en la propuesta de trabajo que planteamos es ver al autismo como un gradiente. Tomamos como base el modelo biopsicosocial para diferenciar los tipos de factores que influyen en la presencia del autismo en diferentes niveles de severidad. Además de que este nivel de severidad nos permite establecer un pronóstico y desarrollar objetivos.

Entonces, el primer paso en nuestra propuesta de trabajo es evaluar al usuario para ubicarlo dentro del espectro, en el esquema que desarrollamos, y así identificar los tipos de factores predominantes y así saber qué tipo de técnicas serán las adecuadas para ese caso en particular.

En este modelo que presentamos es primordial hacer equipo con la familia de la persona autista y brindarles una capacitación para que en un momento dado la familia, en particular los padres, funjan como terapeutas. Creemos que esto nos dará mejores resultados además de ayudar en la mejora de su calidad de vida pues recibirán entrenamiento para mejorar la convivencia con el autista.

Creemos firmemente que esta intervención que desarrollaremos en los siguientes capítulos pondrá la educación especial al alcance de un mayor sector de la población, ayudando a las familias que solo tenían acceso a los servicios (muchas veces ineficientes) que brinda la Secretaría de Educación Pública. Así se enriquece el proceso de educación especial y rehabilitación que deben llevar las personas autistas a lo largo de toda su vida pues este trastorno “no tiene cura” pero mediante atención interdisciplinaria y una terapia acorde a sus necesidades, podemos mejorar la calidad de vida de estas familias.

1. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO Y ESTUDIO DEL AUTISMO.

1.1. Primeras definiciones de autismo. Desarrollo histórico.

Etimológicamente el término “autista” se deriva del prefijo griega *autos* (αυτοζ), que significa “a sí mismo” o “propio”. En complemento con el sufijo *ismos* (ισμοζ) que se utiliza para denotar cierto tipo de tendencia. Este término inicialmente fue utilizado para definir a personas retraídas o “encerradas en sí mismas” (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003).

Desde la antigüedad se conocen informes que describen casos ilustrativos de comportamientos que se pueden relacionar con el autismo. Al respecto, resulta interesante descubrir como en casi todas las culturas se encuentran leyendas y mitos sobre individuos con comportamientos extraños y de características muy similares a lo que en la actualidad correspondería con rasgos autistas (Frith, 1989, Happé, 1998; en López, Rivas y Taboada 2009), lo que podría significar que el autismo ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad.

En virtud de ello, en los siglos XVIII y XIX se hizo manifiesto el interés por los niños con perturbaciones severas de las capacidades de interacción y contacto afectivo. Para la gente era demasiado alarmante encontrar una persona con dificultades para establecer contacto con el mundo exterior. Resulta notoria la importancia que despertó en la comunidad científica el conocido caso de Víctor, el “niño salvaje” a partir de detalles de su conducta, que apuntan a un polémico autismo (Frith, 1989; en López, Rivas y Taboada, 2009).

Sin embargo, el inicio del estudio científico del autismo como tal se dio con los trabajos de Leo Kanner. Cabrera (2007) afirma que el autismo fue descrito por primera vez por este psiquiatra en un artículo titulado “Autistic Disturbances of Affective Contact” (Perturbaciones Autísticas del Contacto Afectivo), publicado en *Nervous Child*, en 1943.

En su trabajo, Kanner definió como “soledad autística” la característica de conducta más notable en los primeros años de vida de estos niños, acompañada de severas dificultades para relacionarse con la gente, además el retraso y perturbación en el desarrollo del lenguaje, más rituales con frecuentes angustias producidas por cambios medioambientales. A ese conjunto de síntomas fue lo que denominó “autismo infantil precoz” (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003).

Posteriormente, el pediatra Hans Asperger, en 1944, en su artículo “Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter”, acuñó la expresión psicopatía autística, que coincidía con las características descritas por Kanner (Cabrerá, 2007).

Para Asperger la “Psicopatía Autística” aparece hacia los 4 o 5 años y se caracteriza por un contacto muy perturbado, pero en forma muy superficial en niños en buen estado intelectual; además, ausencia de progresividad, trastornos del pensamiento y disociación afectiva (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003). Asperger no conoció los trabajos de Kanner, sin embargo ambos coinciden en expresar lo relevante de las alteraciones de la socialización observadas en sus pacientes.

Durante el siglo XIX, hubo psiquiatras que comenzaron a utilizar diversas etiquetas para designar ciertos casos de síndromes psicóticos precoces semejantes a las descripciones contemporáneas del autismo. Heller el de “dementia infantilis”, o Bender el de “esquizofrenia infantil” (Rivière, 1993).

E. Bleuler introdujo el término “autismo”, en 1911, como sinónimo de la pérdida del contacto con la realidad, que se produce en el proceso de pensamiento en el síndrome esquizofrénico del adolescente y el adulto (Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, 2003).

El concepto “autismo” de Bleuler expresaba la retirada activa con que algunos pacientes esquizofrénicos se repliegan al terreno de la fantasía. Él hacía referencia a la conducta intencional de evitar relaciones sociales, mientras que

Kanner aludía a la incapacidad para establecer tales vínculos relacionales (Balbuena, 2007).

Para Bleuler (1911, en Bautista, Sifuentes, Jiménez, Avelar y Miranda, 2008), el término autismo describía cierto tipo de síndrome en pacientes esquizofrénicos adultos como a) retraimiento o despego de la realidad; b) absoluto o parcial predominio del “mundo interior”; c) pérdida del sentido de la realidad y, d) pensamiento esquizofrénico.

Talero, Martínez, Mercado, Ovalle, Velásquez y Zarruk, (2003) agregan que en 1958, J. Anthony diferencia entre el autismo idiopático primario y el autismo secundario. El primero corresponde a un retraimiento neonatal por lesión cerebral o deprivaciones sensoriales y el autismo secundario aparece en niños con un desarrollo aparentemente normal hasta la edad de año y medio y un posterior retraimiento psicótico. Sin embargo, fue en 1971 que se diferencia al autismo de la esquizofrenia por Kolvin y, en 1998, Rutter reconoce una base genética y biológica en el autismo.

Curiosamente, a pesar de los avances en la investigación y la creación de nuevas tecnologías, la definición del autismo ofrecida por Kanner en 1943 sigue estando vigente actualmente, con sus tres núcleos de trastornos (Rivière, 2005):

- Trastorno cualitativo de la relación.
- Alteraciones de la comunicación y el lenguaje.
- Falta de flexibilidad mental y comportamental.

Lo que podemos ver es que la definición del autismo no ha cambiado mucho al paso del tiempo. Si bien se ha afinado el término, se le han agregado y eliminado elementos; sigue manteniendo la misma base general, esa incapacidad o falta de interés por establecer relaciones sociales acompañado de conductas repetitivas y apegos a la rutina.

1.2. ¿Qué es un trastorno generalizado del desarrollo?

El autismo se encuentra clasificado dentro de los llamados Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), que a su vez están incluidos dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV).

La Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2002), en el DSM IV, explica que los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse con algún grado de retraso mental, observándose a veces, vinculados con otras enfermedades médicas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002 en López, Rivas y Taboada, 2009).

Recientes investigaciones (Loh, 2007; Zwaigenbaum, 2005; en López, Rivas y Taboada, 2009), en las que se utilizan grabaciones de video, entre otras técnicas de registro comportamental, hablan ya de manifestaciones sintomáticas del trastorno en los primeros meses de vida, lo que supondrá un gran avance con respecto a la posibilidad de ofrecer un diagnóstico precoz, incluso a los pocos meses del nacimiento. Estos avances están haciendo posible brindar una mejor atención a los usuarios con esta condición, ya que mientras más temprano se inicie el tratamiento es mejor.

1.3. ¿Trastornos Generalizados del Desarrollo o Trastornos del Espectro Autista?

En términos generales Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y los Trastornos del Espectro Autista (TEA), son términos que se usan para referirse a la misma clase de trastornos, son condiciones que se caracterizan por dificultades en la socialización, alteraciones en el desarrollo del lenguaje, falta de flexibilidad y comportamientos estereotipados, entre otras cosas.

La asociación Americana de Psiquiatría, en el DSM-IV, clasifica al autismo, Asperger y Rett como trastornos generalizados del desarrollo, sin embargo se espera que para el DSM-V (que salió en mayo de 2013, pero aún no se tiene una versión en español) la clasificación de los mismos haya cambiado por Trastornos del Espectro Autista, dejando únicamente el de Rett aparte debido a su naturaleza biológica. Los medios confirman que hay grupos de expertos que se reúne para discutir en torno a las diferentes categorías y así llevar a cabo la constitución del manual. También se dice que este comité plantea muchos cambios en esta categoría.

En el DSM-V, el trastorno autista se convierte en el único diagnóstico posible de la actual categoría diagnóstica TGD y pasa a llamarse Trastorno del Espectro de Autismo. Por tanto, la propuesta supone eliminar el resto de categorías diagnósticas (Síndrome de Asperger y TGD-NE, entre otras) como entidades independientes, además de sacar explícitamente el Síndrome de Rett de los actuales TGD. El cambio de nombre trata de enfatizar las dimensiones del trastorno en las diferentes áreas que se ven afectadas y la dificultad para establecer límites precisos entre los subgrupos (Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía" y Artigas-Pallarés y Paula, 2012).

Sin embargo, las modificaciones van más allá del cambio de nombre en la categoría y la nueva agrupación de los Trastornos. El DSM V agrupará los criterios de trastorno cualitativo de la relación social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio definido como un déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general del desarrollo. Dentro de este criterio se contemplaran problemas en la reciprocidad social y emocional, déficit en las conductas comunicativas no verbales y dificultades para desarrollar y mantener las relaciones apropiadas al nivel de desarrollo (Artigas-Pallarés y Paula, 2012).

Aunque en esencia sigue siendo el mismo trastorno, con las mismas características solamente que la forma en que se agrupan los criterios diagnósticos es diferente, además de ciertas consideraciones en torno al mismo.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2011) plantea los criterios que se emplearan para el diagnóstico, en el DSM-V, la persona debe cumplir los criterios A, B, C y D:

A. 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:

1. 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.
2. 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 anomalías 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.
3. 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.

B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:

1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).
2. 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).
3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).
4. Hiper 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).

C. 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 de los afectados).

D. La conjunción de síntomas limita y discapacita para el funcionamiento cotidiano.

En el DSM-V, el diagnóstico contempla elementos como la severidad y la competencia verbal; así como características asociadas (presencia de trastornos genéticos asociados como discapacidad intelectual, epilepsia, etc.). El manual ofrecerá ejemplos sobre los síntomas en diferentes rangos de edad, así como de competencia verbal. Esto facilitará que el profesional elabore un diagnóstico más completo y funcional más allá de una etiqueta. El retraso del lenguaje deja de considerarse un síntoma definitorio del autismo, sino un factor que afecta a la manifestación de los síntomas, en específico aquellos que tienen que ver con la interacción social (Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía").

Los déficits en la comunicación y el comportamiento social son inseparables, y se pueden considerar de forma más precisa como un único conjunto de síntomas con especificidades ambientales y contextuales (APA, 2011).

Por otro lado, el Síndrome de Asperger (SA) se elimina como categoría independiente, subsumiéndose en la categoría TEA. El comité de expertos entiende que los criterios diagnósticos del DSM-IV no son ni exactos ni fiables y valora que la etiqueta se ha utilizado de forma inexacta y poco rigurosa. Aunque se concibe el SA como parte del Espectro de Autismo, el comité afirma que la investigación no avala que el SA sea algo distinto del Autismo de alto nivel de funcionamiento, así como tampoco la existencia del SA como categoría independiente. Dada la importancia del lenguaje y la competencia intelectual en la manifestación de los síntomas, el comité propone considerar la dimensión de severidad de los síntomas contemplando el funcionamiento verbal actual y la competencia intelectual (Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía").

En la "Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista, Autismo Andalucía" dicen que respecto al Trastorno Desintegrativo Infantil (TDI), la investigación reciente revela que la mayoría de los chicos con autismo pierden habilidades y que ésta pérdida puede ocurrir tras un desarrollo típico, así como con alteraciones, por lo que establecer la frontera entre autismo con regresión y TDI no es fácil. De hecho, los criterios diagnósticos del TDI no son muy exactos. Hacen difícil diferenciar entre autismo con regresión y TDI entre los 2 y los 3 años y en ocasiones, no es fácil establecer si el desarrollo antes de los dos años fue normal. Además algunos trabajos no han encontrado diferencias sustanciales entre autismo y el TDI al evaluar el pronóstico. Los expertos concluyen que el TDI no tiene una entidad suficiente como para separarlo del autismo. Se propone la dimensión "trayectoria evolutiva" para describir el modo en que aparecieron los síntomas y recoger la existencia de una pérdida de habilidades.

Siguiendo la lógica del planteamiento dimensional que sustenta el planteamiento del trastorno del espectro de autista en el DSM-V, el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado desaparece y se incluye dentro de la categoría TEA. La razón principal es la dificultad para establecer límites precisos entre las categorías actuales dentro de los TGD (Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía").

	DSM-IV	DSM-V
Nombre de la categoría	Trastornos Generalizados del Desarrollo.	Trastornos del Espectro Autista.
Clasificaciones	Trastorno Autista	Trastorno del espectro autista Nivel 3
	Trastorno Desintegrativo Infantil	Trastorno del espectro autista Nivel 2
	Trastorno de Asperger	Trastorno del espectro autista Nivel 1
		Trastorno Autista de Alto Funcionamiento.

Tabla 1: Comparación entre categorías y clasificaciones del DSM-IV y el DSM-V.

Por último, se ha propuesto que el Síndrome de Rett abandone los actuales TGD, puesto que los síntomas autistas que muestran las personas con éste síndrome sólo aparecen por un período de tiempo limitado. Además, la lógica que sigue el DSM no es clasificar los trastornos con base a su etiología (aunque incluirá un especificador) y hace años que se conoce el gen que causa la inmensa mayoría de los casos con Síndrome de Rett (Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía").

Entonces en el DSM-V se establecerá la única categoría de Trastornos del Espectro Autista, sin embargo, se incorporara el rasgo de severidad como un elemento importante para el diagnóstico, según un borrador esa es la manera en

que se definirá el nivel de severidad en el nuevo manual (Asociación Americana de Psiquiatría, 2011).

Niveles de severidad	Comunicación social	Intereses restringidos y conducta repetitivas.
Nivel 3: “requiere soporte 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. Marcado malestar cuando los rituales o rutinas son interrumpidos; resulta muy difícil apartarlo de un interés fijo o retorna a él rápidamente.
Nivel 2: “requiere soporte substancial”	Marcados déficits en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; aparentes discapacidades sociales incluso recibiendo apoyo; limitada iniciación de interacciones sociales y reducida o anormal 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 al observador casual e interfieren con el funcionamiento en variados contextos. Se evidencia malestar o frustración cuando se interrumpen rituales y conductas repetitivas; dificultad a apartarlo de un interés fijo.
Nivel 1: “requiere soporte”.	Sin recibir apoyo, déficits en comunicación social causan discapacidades observables. Tiene dificultad al iniciar interacciones sociales y	Rituales y conductas repetitivas causan interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Resiste intentos de

	demuestra claros ejemplos de respuestas atípicas o no exitosas a las aproximaciones sociales de otros. Puede aparentar una disminución en el interés a interaccionar socialmente.	otros para interrumpir rituales y conductas repetitivas o ser apartado de un interés fijo.
--	---	--

Tabla 2: Niveles de severidad para el Trastorno del Espectro Autista en el DSM-V.

Paula (2012) comentan que El DSM V marcará un cambio conceptual, que quizás sea el camino de inicio de un itinerario hacia una interpretación radicalmente distinta de los trastornos mentales.

En conclusión los términos “trastornos generalizados del desarrollo” y “trastornos del espectro autista” se usan para referirse a la misma entidad de condiciones solo que en el caso de los TEA se deja fuera al de Rett y se contemplan elementos como la severidad, competencias en comunicación y lenguaje como parte esencial para determinar las características de cada caso en particular.

En este trabajo utilizamos la clasificación que se establece en el DSM-IV, para describir al Autismo, Asperger, Trastorno Desintegrativo infantil y Rett, ya que resulta más didáctica y es la clasificación que predomina en la bibliografía más reciente en torno al tema. Aunque ya vimos que se pueden utilizar ambos términos de manera indistinta.

1.4. Prevalencia de los trastornos generalizados del desarrollo.

México tiene una población de 111, 336, 538 millones de personas, de los cuales 5, 739, 270, es decir el 5% de la población, tienen una discapacidad (INEGI, 2010, en Mojica, 2012).

El trastorno del espectro autista o autismo afecta a buena parte de la población a nivel mundial. López y Cajal (2007), explican que los estudios convergen a la hora de establecer que en todo el mundo 5 de cada 10,000 personas presentan un

cuadro de autismo clásico y si tomamos en consideración todo el espectro del síndrome, éste afecta aproximadamente a 1 de cada 700 o 1,000 personas.

Por otro lado, un registro voluntario realizado por el INEGI¹ ubicó 46 mil casos de autismo en México (Silva, 2004; en Valdés, Cisneros, Vales y Martínez, 2009). Cabrera (2007) afirma que los trastornos generalizados del desarrollo afectan a 27.5/10,000 personas. El autismo es el más común de ellos, ya que se da en 10 o 20 de cada 10,000 personas, con una predominancia general de 4:1 en varones.

Cada vez es mayor la porción de la población que se ve afectada por estos trastornos y la gente necesita de profesionales que puedan ayudarles a modificar su calidad de vida. Al respecto, es trascendental describir los diferentes trastornos que componen la categoría de TGD, para conocer sus particularidades; ya que es esa la clasificación que se sigue empleando en la práctica profesional, aunque al mismo tiempo nos preparamos para dar paso a los conceptos que plantean en el DSM-V

¹ Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, organismo encargado de datos estadísticos en México.

2. CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO.

El autismo se clasifica como un TGD, al igual que el trastorno de Rett, el de Asperger y el desintegrativo infantil, además de los no especificados. Por lo tanto, es de suma importancia entender de qué se trata cada uno de estos TGD ya que a simple vista son muy parecidos y “los límites entre autismo y otros trastornos no están claramente delimitados” (Mendoza, 2001); por lo que se puede confundir el diagnóstico y en el tratamiento se corre el riesgo de cometer errores.



Figura 1: Representación de una persona con autismo (recuperada de <http://autismoynarcolepsia.wordpress.com/>)

2.1. Trastorno autista.

Para definir lo que caracteriza a una persona autista, existen diversos datos y criterios diagnósticos; la definición de “autismo” varía según el enfoque utilizado, por lo cual es fácil encontrar diferencias en cuanto a las características atribuidas al trastorno (Coto, 2007). De manera general, en el autismo, las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto a las habilidades

verbales como a las no verbales (Iverson & Wozniak, 2007; en López, Rivas y Taboada, 2009).

El autismo puede definirse en términos generales, como “un trastorno neuropsicológico de curso continuo, asociado frecuentemente a retraso mental, con un inicio anterior a los tres años de edad, que se manifiesta con una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación así como con unos patrones comportamentales restringidos, repetitivos y estereotipados con distintos niveles de gravedad” (López, Rivas y Taboada, 2009).

2.1.1. Características diagnósticas.

Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente estereotipado por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en seguir determinadas rutinas. Los movimientos corporales estereotipados incluyen las manos (aletear, dar golpecitos con un dedo) o todo el cuerpo (balancearse, inclinarse y mecerse). Pueden estar presentes anomalías posturales (p. ej., caminar de puntillas, movimientos manuales y posturas corporales extravagantes). Ellos experimentan una preocupación persistente por ciertas partes de los objetos o de su propio cuerpo. También pueden resultar fascinados por un movimiento, generalmente con objetos giratorios. La persona puede estar intensamente vinculada a algún objeto inanimado, como algún juguete, cuerda, etc. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Cabe destacar que la presencia de estas características varía de acuerdo al grado y tipo de autismo que presente el usuario. Paluszny (2010) dice que el inicio de este síndrome normalmente se ubica en la infancia y en algunos casos desde el nacimiento, pero se hace evidente durante los primeros tres años de vida.

Algunos bebés que presentan después una conducta autista, parecen desarrollarse normalmente durante un tiempo y sus padres no perciben nada extraño durante más o menos el primer año. Sin embargo, en muchos de ellos, tal

vez en la mayoría, un interrogatorio detallado y sistemático demuestra que había aspectos atípicos en su conducta, incluso durante el primer año. (Wing, 1998).

En este sentido, la APA (2002) dice que la alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social y juego simbólico o imaginativo. Aunque en algunas ocasiones se haya descrito un desarrollo relativamente normal durante los primeros 2 años, no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal.

2.1.1.1. Características del lenguaje, comunicación e interacción social.

Los problemas de comunicación relacionados con el autismo varían según el desarrollo intelectual y social de la persona. Algunos son incapaces de hablar, mientras que otros tienen vocabularios ricos y pueden conversar. Otras personas con autismo pueden hablar, a menudo dicen cosas que no tienen ningún contenido o información (Soto, 2007).

En los casos de autismo es común la denominada “ecolalia”. Soto (2007) dice que ésta se puede presentar de diferentes maneras: inmediata y retrasada. Aunque también pueden usar frases que ya están almacenadas en su memoria como “Me llamo Luis”, a pesar de estar con personas ya conocidas. Incluso hay quienes acostumbran repetir comerciales o diálogos de televisión que han escuchado en algún momento.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) En una minoría de casos, los padres dan cuenta de una “regresión” del desarrollo del lenguaje, generalmente manifestada por el cese del habla después de que el niño ha adquirido 5 a 10 palabras. Un niño con estas características, difícilmente se relaciona con las personas que se encuentran a su alrededor y prefiere jugar de manera repetitiva con un objeto o un juguete, o incluso con su propio cuerpo; ya que si el niño posee lenguaje, éste presenta problemas severos y no le permite

comunicarse de manera eficiente. De ahí que en el autismo sean tan marcadas las dificultades en cualquier proceso de comunicación.

El logro de todo proceso comunicativo se encuentra en que el sujeto sea capaz de interpretar el contexto en el que se encuentra, partiendo de la activación de recuerdos o experiencias anteriores, creencias y conocimientos que han sido aprendidos con anterioridad dentro del ámbito sociocultural en el que nos encontramos. Teniendo en cuenta que es necesario que se activen las estructuras cognitivas, junto con el apoyo que proporciona el contexto del discurso o la situación en la que tiene lugar, haciendo posible la interpretación de las intenciones y estados mentales que se manifiestan en los distintos entornos sociales. Precisamente es en ese punto donde se encuentra la problemática en los autistas, según la teoría de la mente, ellos no son capaces de comprender, y en consecuencia no pueden realizar atribuciones de cogniciones, creencias, deseos y emociones a la otra persona que se encuentra formando parte del proceso comunicativo con ellos (Miguel, 2006).

2.1.1.2. Rasgos conductuales.

Ya se ha hablado de que las personas con autismo presentan lo que se denomina conducta estereotipada y repetitiva, con movimientos de su cuerpo o autoestimulación, estas conductas sumadas a sus inhabilidades de interacción social afectan la vida cotidiana de esta persona y también la de toda la familia. Entonces cada día representa un nuevo reto para la familia y la forma en que se dan las relaciones entre sus miembros sufre de adaptaciones constantes y esto va dejando huella en el estado emocional de las personas. La APA (2002) menciona que los sujetos con trastorno autista pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos y, especialmente los niños pequeños, pataletas.

Incluso actividades tan cotidianas, como comer, resultan muy complejas para las familias de los chicos con autismo. Pueden producirse irregularidades en la

ingestión alimentaria o en el sueño, es común la afinidad por ciertos alimentos y la resistencia a otros. Son características las alteraciones del humor o la afectividad, como reír o llorar sin motivo observable; ausencia aparente de reacciones emocionales ante “muestras de cariño” de los familiares. Cabe observar una ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuesta a objetos no dañinos, además suelen presentarse distintos comportamientos autolesivos como pellizcos o mordidas en las manos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Al respecto, Miguel (2006) afirma que la mayoría presenta grandes habilidades viso-motoras; problemas de conducta; isletas de habilidad (en cuanto a que presentan habilidades cognitivas y manuales superiores a las que cabría de acuerdo a su nivel de desarrollo); comportamientos ritualistas, con obsesiones y compulsiones; y en ocasiones se origina un grave deterioro cognitivo debido a la asociación existente entre el retraso mental y el autismo.

2.1.1.3. Respuesta a la estimulación sensorial.

Las características presentes en los autistas, sintetizadas en la conocida triada de Alteraciones (Propuesta por Wing en 1979), formada por la socialización, comunicación e imaginación, pone de manifiesto que estos sujetos responden de forma no usual a los estímulos sensoriales, mostrando una dicotomía sensorial, en cuanto a que en algunos casos muestran demasiada atención a los estímulos sensoriales y por el contrario en otras ocasiones, muestran aversión o no reaccionan ante ellos (Miguel, 2006).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) afirma que pueden observarse respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales, por ejemplo, un elevado umbral para el dolor, hipersensibilidad ante los sonidos o en el contacto físico, reacciones exageradas ante la luz o los colores y/o fascinación por ciertos estímulos.

2.1.1.4. Aspectos cognitivos y emocionales.

Recordemos que el autismo es una condición que afecta varias o todas las áreas del desarrollo de la persona que lo presenta. Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) el perfil de las habilidades cognoscitivas suele ser irregular, cualquiera que sea el nivel general de inteligencia. En muchos niños con un trastorno autista funcionalmente superior, el nivel de lenguaje receptivo (o sea, la comprensión del lenguaje) es inferior al del lenguaje expresivo (p. ej., vocabulario).

Por esa razón, cuando escuchamos sobre autismo, comúnmente se habla de “picos” en los perfiles de inteligencia. Es decir, si bien el desempeño que tienen en ciertas tareas como lenguaje, imaginación y resolución de problemas se ve notablemente afectada, también pueden presentar un desempeño sobresaliente en aquellas tareas que resultan repetitivas y no cambian, como las matemáticas y la física, incluso hay casos que presentan una excelente memoria a largo plazo aunque, como dice Reboiras (2005), se trate de una “memoria mecánica” y no “memoria significativa”.

En este sentido, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) explica que en los sujetos de más edad cabe observar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo (p. ej., horarios de trenes, fechas históricas, fórmulas químicas o recuerdo exacto de letras de canciones escuchadas años antes), pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. Es decir, el recordar información específica no es de utilidad para llevar a cabo tareas en algún ámbito social, ya que son datos repetitivos y no tienen gran significancia para la persona.

Los autistas pueden comprender acontecimientos mecánicos, pero tienen grandes dificultades para comprender acontecimientos que exigen imaginar lo que otra persona está pensando. Esto explica el distanciamiento emocional de las personas con autismo (Miguel, 2006). Es decir, hay una falta de empatía con los demás.

Por lo tanto, no podemos separar las habilidades cognitivas de su estado emocional debido a que estos elementos trabajan en conjunto. En esta línea, Miguel (2006) dice que los autistas presentan un gran déficit en la percepción de las emociones, que constituye un elemento esencial para contribuir al desarrollo afectivo y emocional del sujeto.

En los niños pequeños se puede observar incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.1.2. Trastornos y otros síntomas asociados al autismo.

En lo que se refiere al autismo y su relación con otras condiciones observamos que en la mayor parte de los casos existe un diagnóstico asociado de retraso mental, habitualmente en un intervalo moderado (CI 35-50). Aproximadamente el 75% de los niños con trastorno autista sufre retraso (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002 y Rivière, 2005).

Durante la infancia los niños con autismo también pueden presentar alteraciones emocionales y sensoriales. Sin embargo, en la adolescencia o en los inicios de la vida adulta, los sujetos con trastorno autista y capacidad intelectual suficiente pueden deprimirse en respuesta a la toma de conciencia de sus graves déficit conductuales y comunicativos (APA, 2002).

También hay hallazgos neurológicos que confirman la relación del autismo con otros síntomas o enfermedades de carácter biológico. La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) explica que son frecuentes las alteraciones del Electro Encefalograma, incluso en ausencia de trastornos convulsivos. En el trastorno autista pueden observarse distintos síntomas o signos neurológicos no específicos (p. ej., reflejos primitivos, retraso del desarrollo de la dominancia manual). A veces el trastorno se presenta asociado a una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, síndrome del X frágil, anoxia

connatal, rubéola materna). Alrededor del 25% de los casos experimenta crisis convulsivas (particularmente en la adolescencia).

2.1.3. Prevalencia y curso.

Según el DSM-IV el trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave. Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Según el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) había 46 mil casos de autismo en México (Silva, 2004; en Valdés, Cisneros, Vales y Martínez, 2009).

Hay cuestionamientos comunes cuando se habla de autismo, ¿Qué pasa con el autismo al pasar del tiempo?, ¿El autismo “se quita”? Es difícil responder a estas preguntas sin embargo, podemos comenzar con que el autismo es una condición que no “se quita”, permanece con la persona a lo largo de toda su vida; sin embargo, con el diagnóstico y tratamiento oportuno ésta puede tener una buena calidad de vida. El trastorno autista tiene un curso continuo. En niños de edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en algunas áreas. Algunos sujetos se deterioran comportamentalmente durante la adolescencia, mientras que otros mejoran. Las habilidades lingüísticas y el nivel intelectual general son los factores relacionados más significativamente con el pronóstico a largo plazo. Sólo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.1.4. Las 14 señales de autismo.

Para Clancy, Dugdale y Rendle-Short (1969, en Lien, 1991) la presencia de siete o más de las siguientes características, podían indicar la presencia de autismo:

1. Gran dificultad para agruparse y jugar con otros niños.
2. Actúa como sordo, ninguna reacción a la conversación.
3. Fuerte resistencia a cualquier aprendizaje.
4. Falta de miedo a los peligros reales.
5. Resistencia exagerada al mínimo cambio en la rutina.
6. Preferencia a indicar con gestos sus necesidades.
7. Risa sin razón aparente.
8. Indiferente al abrazo y no se abraza con la ternura de un bebé.
9. Marcada hiperactividad física.
10. Rechazo y evitación del contacto visual.
11. Inusual apego a un objeto o a varios.
12. Hacer girar o rodar objetos con curiosa habilidad.
13. Juegos excéntricos, estereotipados y repetitivos.
14. Conducta retraída, indiferente. Aislamiento e incomunicación.

2.1.5. Diagnóstico diferencial.

Lo más importante en un caso de autismo es realizar un buen diagnóstico, para diferenciarlo de los otros trastornos generalizados del desarrollo, pero sobre todo para conocer las características particulares de esa persona. Recordemos que el autismo comúnmente se asocia al retraso mental y en ocasiones se diagnostica como tal, de manera errónea; lo cual tiene repercusiones en el tipo de tratamiento que recibe el usuario de manera inadecuada.

El trastorno de Rett difiere del trastorno autista en su proporción sexual característica y en el perfil de sus déficits. El trastorno de Rett sólo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno autista se observa mucho más frecuentemente en varones. En el trastorno de Rett se produce un patrón característico de desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades

manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco pobremente coordinados. Las mujeres con trastorno de Rett pueden manifestar, especialmente durante los años preescolares, dificultades en la interacción social parecidas a las observadas en el trastorno autista, pero tienden a ser transitorias. Por otro lado, el trastorno de Asperger puede distinguirse del trastorno autista por la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

La esquizofrenia de inicio infantil suele aparecer tras unos años de desarrollo normal o casi normal. Puede establecerse un diagnóstico adicional de esquizofrenia si un sujeto con trastorno autista desarrolla los rasgos característicos de la esquizofrenia, con una fase de actividad sintomática consistente en delirios o alucinaciones prominentes que dura por lo menos 1 mes (APA, 2002).

Por otro lado, en el mutismo selectivo, el niño acostumbra a manifestar unas habilidades para la comunicación adecuadas, aunque sólo lo haga en ciertos contextos, y no experimenta la grave afectación de la interacción social ni los patrones restringidos del comportamiento asociados al trastorno autista. En el trastorno del lenguaje expresivo y en el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo existe una afectación del lenguaje, pero no va asociada a la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Por último la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) en el DSM-IV dice que a veces es difícil determinar si es atribuible un diagnóstico adicional de trastorno autista a un sujeto con retraso mental, especialmente si el retraso mental es grave o profundo. Por lo tanto, el diagnóstico adicional de trastorno autista se reserva para aquellos casos en que existan déficit cualitativos de las habilidades sociales y comunicativas, así como las características comportamentales específicas del trastorno autista, las estereotipias motoras son típicas del trastorno autista.

2.1.6. Evaluación y diagnóstico del autismo.

En lo que se refiere a la evaluación del autismo, es indispensable medir la conducta de estas personas aunque se trate de una tarea compleja. Por eso se hace necesario el uso de métodos de medida confiables y válidos que permitan una adecuada evaluación y tengan como resultado un apropiado planteamiento terapéutico (Soto, 2001).

Desde la descripción de Kanner se han desarrollado diversas escalas e inventarios para evaluar a las personas con autismo, Castanedo (2004) menciona la escala CARS (Childhood Autism Rating Scale), el Perfil Psico-educativo (PEP), el Perfil Psicoeducacional para Adolescentes y Adultos (AAEP), la Escala de Madurez Social de Vineland (EMSV), las Escalas Vineland de la Conducta Adaptativa (EVCA), la Escala de Evaluación de Autistas de Gilliam (GARS), las escalas de Inteligencia de Wechsler (WPPSI, WISC, WAIS), entre otras. Sin embargo, no podemos basarnos solo en el uso de estas escalas para llevar a cabo el diagnóstico, el proceso de evaluación del autismo es bastante complejo.

Para llevar a cabo una evaluación completa debemos tomar en cuenta las observaciones del maestro así como las de otros profesionales como el médico, psicólogo y las de los mismos padres. En ese sentido, Rivière (2005) explica que para que la evaluación del niño autista sea efectiva debe contemplar lo siguiente:

1. La valoración debe diferenciar con claridad competencias funcionales distintas.
2. La evaluación debe incluir una estimación cualitativa y no solo cuantitativa de la organización funcional de las capacidades de la persona autista.
3. Deben valorarse los contextos y no solo las conductas del niño.
4. Se puede emplear pruebas psicométricas de “ciclo corto” pero deberán ser complementadas con una observación detallada en el contexto de vida del usuario.
5. Lo más importante para valorar al niño es interactuar con él.

Aunque haya diferentes procedimientos, escalas e inventarios para diagnosticar el autismo, cualquier tipo de evaluación siempre contemplará los criterios dictados por la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), en el DSM-IV, ya que estos se emplean a nivel mundial y eso permite dar consistencia y validez a cualquier evaluación. Entonces va a ser la comparación con los criterios de ese manual lo que va a validar el diagnóstico ante cualquier institución a nivel mundial.

La razón para hacerlo de este modo es simplemente para validar el diagnóstico ante otros profesionales. Sin embargo, en la práctica, es el conjunto de escalas, observaciones y entrevistas las que nos darán una evaluación completa y así determinar las estrategias a trabajar con cada quien.

Criterios para el diagnóstico del autismo en el DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

A. Para dar un diagnóstico de autismo deben cumplirse un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y uno 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).

<p>b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.</p> <p>c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.</p> <p>d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.</p> <p>3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:</p> <p>a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.</p> <p>b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.</p> <p>c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).</p> <p>d) Preocupación persistente por partes de objetos.</p> <p>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.</p> <p>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.</p>

Tabla 3: Criterios diagnósticos para el Autismo en el DSM-IV.

2.2. Trastorno de Rett.

Según Pineda (2000) en la forma clásica de síndrome de Rett, son niñas con un periodo prenatal y perinatal aparentemente normal, que presentan un desarrollo psicomotor normal durante los primeros 6 meses de vida y luego presentan una regresión de las habilidades adquiridas.

2.2.1. Características diagnósticas.

La característica esencial del trastorno de Rett es el desarrollo de múltiples déficit específicos tras un período de funcionamiento normal después del nacimiento. Los sujetos presentan un período prenatal y perinatal aparentemente normal con un desarrollo psicomotor normal durante los primeros 5 meses de vida. En el nacimiento la circunferencia craneal también se sitúa dentro de los límites normales. Entre los 5 y los 48 meses de edad el crecimiento craneal se desacelera. Entre los 5 y 30 meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos. El interés por el ambiente social disminuye en los primeros años posteriores al inicio del trastorno, aunque la interacción social se desarrolla a menudo posteriormente. Se establecen alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco. También existe una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo, con retraso psicomotor grave (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.2.2. Síntomas y trastornos asociados.

El trastorno de Rett está asociado típicamente a retraso mental grave o profundo. No existen datos específicos de laboratorio asociados a este trastorno. En las mujeres con trastorno de Rett puede observarse una gran frecuencia de alteraciones electroencefalográficas y trastornos convulsivos. Las técnicas por neuroimagen cerebral han demostrado la existencia de anomalías no específicas (APA, 2002).

2.2.3. Prevalencia y curso.

Al parecer, el trastorno de Rett es mucho menos frecuente que el trastorno autista. Este trastorno sólo ha sido diagnosticado en mujeres. El patrón de regresión evolutiva es sumamente distintivo. El trastorno de Rett tiene su inicio antes de los 4 años de edad, habitualmente durante el primero o segundo año de vida. El trastorno persiste a lo largo de toda la vida, y la pérdida de habilidades se suele

mantener y agravar. En la mayor parte de los casos la recuperación es muy limitada, aunque pueden producirse progresos evolutivos muy modestos y observarse algún interés por la interacción social cuando los sujetos finalizan su infancia o entran en la adolescencia. Las deficiencias comunicativas y comportamentales suelen permanecer relativamente constantes a lo largo de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.2.4. Posible explicación sobre su etiología.

Se tiene la certeza de que el trastorno de Rett tiene su origen en la dimensión biológica del ser humano. Al respecto, la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) explica que en 1999, científicos apoyados por el NICHD3 descubrieron que la mayoría de las niñas con el síndrome de Rett tenían un cambio en el patrón de un gen en particular en el cromosoma X, el que codifica la proteína de enlace Metil-CpG 2 (MethylCpG-binding Protein 2 gene – MECP2). Entre un 90 y un 95 por ciento de las niñas con el síndrome de Rett tiene una mutación en este gen.

Este gen produce la proteína de enlace MeCP2, que es necesaria para el desarrollo del sistema nervioso, especialmente del cerebro. La mutación hace que el gen produzca una cantidad de proteína menor de la necesaria o que produzca una proteína defectuosa que el cuerpo no puede usar. Como resultado, puede que no haya suficiente cantidad de la proteína utilizable para que el cerebro se desarrolle normalmente. Normalmente, la MeCP2 ayuda a “apagar” ciertos genes que fabrican diferentes proteínas en las células nerviosas y en otras células. Sin la MeCP2, el cuerpo continúa produciendo estos materiales, aun cuando ya no los necesita. Después de un tiempo, el hecho de tener una cantidad elevada de estos materiales en el cuerpo comienza a perjudicar el sistema nervioso y causar los problemas del síndrome de Rett (APA, 2002).

Sin embargo, no todas las personas con el síndrome de Rett tienen una mutación genética. En un 5 por ciento de las personas con el síndrome de Rett, la mutación MeCP2 no está presente o no se detecta. Asimismo, algunas personas que tienen mutaciones en el gen MeCP2, no muestran las características típicas del síndrome

de Rett. Cabe señalar que en más del 99.9 por ciento de los casos del síndrome de Rett, la mutación genética es espontánea, lo que significa que ocurre aleatoriamente o al azar, por lo que no se hereda ni se pasa de una generación a otra (APA, 2002).

2.2.5. Características específicas.

El Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (s/a) explica que entre los 3 meses y los 3 años de edad, la mayoría de los niños con el síndrome de Rett comienzan a mostrar algunos de los siguientes síntomas:

-Pérdida de movimientos voluntarios o intencionales de las manos.

1. Pérdida del habla: Al principio, pueden dejar de decir palabras o frases que antes decían; después pueden hacer sonidos, pero no articular palabras con sentido.

2. Problemas con el equilibrio y la coordinación: Estos problemas pueden comenzar como torpeza o dificultad para caminar. Alrededor de un 60% de las personas con el síndrome de Rett aún pueden caminar más adelante; otras pueden perder la habilidad de sentarse o de caminar y hasta pueden volverse inmóviles.

3. Movimientos estereotipados: Una de las características únicas del síndrome de Rett son los movimientos repetitivos o estereotipados de las manos (tales como sacudirlas, girarlas) que pueden intensificarse y hacerse continuos.

4. Dificultades para respirar: Estos problemas pueden incluir la hiperventilación o apnea, esta última consiste en sostener o contener la respiración. Estos problemas ocurren solamente cuando la persona está despierta.

5. Ansiedad y problemas socio-conductuales: Estos problemas pueden ir desde no sentirse cómodo en lugares o situaciones nuevas, hasta a características autistas, como falta de contacto visual con otras personas.

6. La discapacidad intelectual/retraso mental a menudo es significativa. De hecho, el síndrome de Rett es una de las principales causas de discapacidad intelectual y autismo en las mujeres.

Tabla 4: Síntomas del síndrome de Rett (Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano, s/a).

Durante los últimos años, los investigadores han definido una serie más amplia de características para el síndrome de Rett. Algunas personas con este síndrome pueden estar afectadas por estos síntomas en mayor o menor grado que otras.

2.2.6. Diagnóstico diferencial.

En el desarrollo normal cabe observar períodos de regresión evolutiva, pero no son tan graves ni tan prolongados como en el trastorno de Rett. El trastorno de Rett difiere del trastorno desintegrativo infantil y del trastorno de Asperger en su proporción sexual característica, su inicio y su patrón de déficit. El trastorno de Rett sólo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger parecen ser más frecuentes en varones (APA, 2002).

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002) dice que el inicio de los síntomas del trastorno de Rett puede establecerse hacia los 5 meses de edad, mientras que en el trastorno desintegrativo infantil el período de desarrollo normal es típicamente más prolongado. En contraste con el trastorno de Asperger, el trastorno de Rett se caracteriza por una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.

2.2.7. Evaluación y diagnóstico del trastorno de Rett.

La evaluación del trastorno de Rett se realiza mediante exámenes de tipo médico como electroencefalogramas y estudios genéticos, sin embargo para esto es útil recurrir a los criterios diagnósticos que brinda el DSM-IV. De este modo se coteja la conducta de la persona evaluada para establecer un diagnóstico más completo.

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.

Tabla 5: Criterios diagnósticos para el Trastorno de Rett en el DSM-IV.

2.3. Trastorno Desintegrativo Infantil.

2.3.1. Características diagnósticas.

La característica esencial del trastorno desintegrativo infantil es una marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un período de por lo menos 2 años de desarrollo aparentemente normal. Éste se manifiesta por una comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto. Tras los primeros 2 años de vida, pero antes de los 10 años de edad, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras. Los sujetos con este trastorno manifiestan los déficit sociales, comunicativos y las características

comportamentales generalmente observadas en el trastorno autista. Existe una alteración cualitativa de la interacción social y de la comunicación y patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. Este trastorno también ha sido denominado síndrome de Heller, demencia infantil o psicosis desintegrativa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Criterios diagnósticos para el Trastorno Desintegrativo Infantil, en el DSM-IV (APA, 2002).

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.

Tabla 6: Criterios diagnósticos para el Trastorno Desintegrativo Infantil en el DSM-IV.

2.3.2. Características específicas.

Pérdida de Habilidades Adquiridas (antes de los diez años) [APA, 2002]:

- Lenguaje expresivo o receptivo.
- Habilidades sociales.
- Control intestinal o vesical.
- Juego.
- Habilidades motoras.

Anormalidades en las siguientes áreas (APA, 2002):

- Interacción social. (p. ej. alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional).
- Comunicación. (p. ej. retraso lenguaje expresivo y espontáneo).
- Patrones de comportamiento restrictivos y estereotipados.

2.3.3. Prevalencia y curso.

El trastorno desintegrativo infantil parece ser muy raro y mucho menos frecuente que el trastorno autista. Datos recientes indican que el trastorno es más común entre varones. Por definición, el trastorno desintegrativo infantil sólo puede diagnosticarse si los síntomas van precedidos de por lo menos 2 años de desarrollo normal y su inicio es anterior a los 10 años de edad. En la mayoría de los casos el inicio se produce entre los 3 y los 4 años de edad, pudiendo ser insidioso o súbito. Habitualmente, la pérdida de habilidades alcanza un cierto nivel tras el que puede producirse alguna mejoría limitada, aunque tal mejoría rara vez es importante. En otros casos, especialmente cuando el trastorno se asocia a una

enfermedad neurológica progresiva, la pérdida de habilidades también es progresiva. Este trastorno experimenta un curso continuo y en la mayoría de los casos su duración se extiende a lo largo de toda la vida. Las deficiencias sociales, comunicativas y comportamentales permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.3.4. Síntomas y trastornos asociados.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2002), dice que el trastorno desintegrativo infantil suele asociarse a retraso mental grave. Pueden observarse varios síntomas o signos neurológicos no específicos. Parece existir un incremento de la frecuencia de alteraciones en el electroencefalograma y trastornos compulsivos. Aunque parece probable que el trastorno sea el resultado de alguna lesión del sistema nervioso central en desarrollo, no se han identificado sus mecanismos concretos. Ocasionalmente, el trastorno se observa asociado a otra enfermedad médica como leucodistrofia metacromática², enfermedad de Schilder, que pudiera explicar la regresión evolutiva.

2.3.5. Diagnóstico diferencial.

En el trastorno desintegrativo infantil se presentan periodos de regresión graves y prolongados. En oposición al trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por una pérdida clínicamente significativa de habilidades previamente adquiridas y una mayor probabilidad de retraso mental. En el trastorno de Asperger no hay retraso del desarrollo del lenguaje ni una pérdida significativa de habilidades evolutivas. Difiere de la demencia de inicio en la infancia ya que ésta sobreviene como consecuencia de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal), mientras el trastorno desintegrativo infantil ocurre típicamente en ausencia de una enfermedad médica asociada (APA, 2002).

² Trastorno genético ocasionado por la falta de la enzima Arilsulfatasa A, se caracteriza por que unos químicos llamados sulfatidos afectan las vainas de mielina de las neuronas, provocando daños en el Sistema nervioso, riñones y otros órganos.

2.4. Trastorno de Asperger.

En la actualidad, el trastorno de Asperger se equipara al autismo de alto funcionamiento, sin embargo, para términos didácticos en este trabajo lo abordaremos como trastorno de Asperger, aunque debemos considerar que en el futuro este trastorno será estudiado bajo la lógica de los Trastornos del Espectro Autista.

El Síndrome de Asperger (SA) es un trastorno del desarrollo neurológico que afecta el funcionamiento social y el espectro de actividades e intereses. Está vinculado a una disfunción de diversos circuitos cerebrales (Artigas, 2007, en Zúñiga, 2009).

2.4.1. Características diagnósticas.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (2002) las características esenciales del trastorno de Asperger son una alteración grave y persistente de la interacción social y el desarrollo de patrones del comportamiento, intereses y actividades restrictivas y repetitivas. El trastorno puede dar lugar a un deterioro clínicamente significativo social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En contraste con el trastorno autista, no existen retrasos del lenguaje clínicamente significativos. Además, no se observan retrasos clínicamente significativos del desarrollo cognoscitivo ni en el desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad del sujeto, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.

Rivière (2005) describe las características del síndrome de Asperger refiriéndose a cinco categorías:

1. Trastorno cualitativo de la relación.
2. Inflexibilidad mental y comportamental.
3. Problemas de habla y lenguaje.
4. Alteraciones de la expresión emocional y motora.
5. Capacidad normal de "inteligencia impersonal".

Para Martín (2004) el síndrome de Asperger continua definiéndose en función de la presencia de una constelación particular de comportamientos agrupados en torno a tres núcleos de trastornos:

- I. Trastorno cualitativo de la interacción social.
- II. Alteraciones de las habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social.
- III. Trastorno de la flexibilidad comportamental y mental.

2.4.1.1. Trastorno cualitativo de la interacción social.

Una persona que presenta el Síndrome de Asperger, manifiesta diferentes características de la personalidad y/o dificultades en la interacción social durante su vida, que en algunos casos pasan inadvertidas. Aunque las personas con este síndrome tienen un aspecto físico y una capacidad intelectual normales, enfrentan dificultades en la interacción social; en la comunicación verbal y no verbal, rutinas repetitivas, poca flexibilidad de pensamiento e intereses específicos anormalmente persistentes (Barquero, 2007, en Zúñiga, 2009).

El trastorno de la interacción social se expresa en el niño a través de manifestaciones comportamentales muy específicas. En primer lugar, el niño presenta deficiencias notables con respecto al uso de la comunicación no verbal, así como una dificultad importante para regular su conducta social en función de las conductas no verbales expresadas por otras personas. En segundo lugar, se observa una ausencia o capacidad disminuida para formar relaciones de amistad con otros niños de edad similar y un nivel de desarrollo afín. En tercer lugar, existe una disfunción socioemocional manifestada en las dificultades del niño para la reciprocidad emocional y una ausencia de interés por iniciar de forma espontánea, conductas dirigidas a compartir sus intereses, gustos y emociones con otras personas (Martín, 2004).

2.4.1.2. Alteraciones de las habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social.

Martín (2004) dice que en los usuarios autistas, un aspecto relevante es la presencia de anomalías importantes en el desarrollo de sus habilidades pragmáticas o en el uso social de su lenguaje. Los componentes pragmáticos del lenguaje son imprescindibles para ejecutar actos de comunicación social de forma eficiente. Estas habilidades pragmáticas engloban competencias comunicativas como la capacidad de expresar diferentes actos del habla (pedir, afirmar, prometer), la adaptación flexible de las formas del lenguaje a los diferentes contextos sociales y el uso de lenguaje en función de los diferentes roles sociales adoptados por los participantes en la situación comunicativa.

2.4.1.3. Trastorno de la flexibilidad comportamental y mental.

Martín (2004) afirma que el trastorno de la flexibilidad comportamental y mental es una característica esencial del Asperger aunque la expresión sintomática varía de un individuo a otro. Esta marcada rigidez da lugar a la manifestación de unos patrones de conducta, intereses o actividades restrictivos y repetitivos, cuyas manifestaciones principales son:

- Preocupación absorbente por un foco de interés o número restringido de actividades.
- Adhesión inflexible a rutinas y rituales.
- Estereotipias motoras repetitivas.
- Preocupación por partes de los objetos.

2.4.1.4. Otras características.

El mismo autor describe las características de las personas con Asperger, de modo que presentan deficiencias notables con respecto al uso de la comunicación no verbal y dificultad para regular la conducta social; ausencia o capacidad disminuida para formar relaciones de amistad con otros niños de edad similar o nivel de desarrollo afín; probablemente debido a que tienen una disfunción socioemocional con dificultades para la reciprocidad emocional. A lo anterior

puede sumarse la ausencia de interés por iniciar, de forma espontánea, conductas dirigidas a compartir sus intereses, gustos y emociones con los demás, además dificultades para establecer una comunicación recíproca. Mantienen una tendencia a un estilo de comunicación pedante, formal, precisa, con un vocabulario rico y sofisticado, además tienden a expresar opiniones acerca de los demás o sobre acontecimientos sociales de forma directa, por lo que un sujeto con Asperger puede ser percibido como maleducado.

2.4.2. Síntomas y trastornos asociados.

A veces el trastorno de Asperger se observa asociado a alguna enfermedad médica. Pueden observarse distintos síntomas o signos neurológicos no específicos. Pueden retrasarse las etapas del desarrollo motor, observándose frecuentemente torpeza motora (APA, 2002).

2.4.3. Prevalencia y curso.

Es limitada la información disponible acerca de la prevalencia del trastorno de Asperger, pero parece ser más frecuente en varones. El trastorno de Asperger parece tener un inicio algo posterior al del trastorno autista, o por lo menos es reconocido algo después. El retraso motor o la torpeza motora pueden observarse durante el período preescolar. Las deficiencias en la interacción social pueden ponerse de manifiesto en el contexto de la vida escolar. Durante esta época es cuando pueden aparecer o reconocerse como tales los peculiares intereses circunscritos o idiosincrásicos. En la vida adulta, los sujetos con este trastorno pueden experimentar problemas relacionados con la empatía y la modulación de la interacción social. Aparentemente, este trastorno sigue un curso continuo y en la mayor parte de los casos, se prolonga durante toda la vida. Parece darse una mayor frecuencia de trastorno de Asperger entre los familiares de los sujetos afectados por el trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

2.4.4. Diagnóstico diferencial.

El trastorno de Asperger y el trastorno obsesivo-compulsivo comparten patrones de comportamiento repetitivos y estereotipados. A diferencia del trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de Asperger se caracteriza por una alteración cualitativa de la interacción social y un patrón de intereses y actividades más restrictivo. A diferencia del trastorno esquizoide de la personalidad, el trastorno de Asperger se caracteriza por comportamientos e intereses estereotipados y por una interacción social más gravemente afectada (APA, 2002).

2.4.5. Evaluación y diagnóstico del Trastorno de Asperger.

Para llevar a cabo la evaluación y diagnóstico del trastorno de Asperger, se pueden utilizar diferentes métodos como entrevista, observación directa y diversos tipos de escalas, Belinchón, Hernández y Sotillo (2008) mencionan las siguientes: la Escala de Diagnóstico del Síndrome de Asperger (ASDS; Myles, Bock, y Simpson, 2001); el Cuestionario de Screening para el síndrome de Asperger y otros Trastornos del Espectro Autista de Alto funcionamiento (ASSQ; Ehlers, Gillberg, y Wing, 1999), el Test infantil del Síndrome de Asperger (CAST; Scott, Baron-Cohen, Bolton, y Brayne, 2002); la Escala Gilliam para Trastorno Asperger (GADS; Gilliam, 2001); el Índice de Krug para el Trastorno Asperger (KADI; Krug, y Arick, 2003); entre otras. Aunque invariablemente debemos tomar en cuenta los criterios que plantea la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), que se establecen en el DSM-IV.

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 adecuadas 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.

Tabla 7: Criterios diagnósticos para el Trastorno de Asperger.

Por otro lado, Freire, Llorente, González, Martos, Martínez y Ayuda (2007) dicen que en 1991, Gillberg y Gillberg presentan sus propios criterios para el diagnóstico del síndrome de Asperger donde contemplaban como un tópico relevante en el diagnóstico la torpeza motora. Estos criterios son:

1. Déficit en la interacción social, al menos dos de los siguientes:

- a. Incapacidad para interactuar con iguales
 - b. Falta de deseo e interés de interactuar con iguales
 - c. Falta de apreciación de las claves sociales
 - d. Comportamiento social y emocionalmente inapropiados a la situación
2. Intereses restringidos y absorbentes, al menos uno de los siguientes:
- a. Exclusión de otras actividades
 - b. Adhesión repetitiva
 - c. Más mecánicos que significativos
3. Imposición de rutinas e intereses, al menos uno de los siguientes:
- a. Sobre sí mismo en aspectos de la vida
 - b. Sobre los demás
4. Problemas del habla y del lenguaje, al menos tres de los siguientes:
- a. Retraso inicial en el desarrollo del lenguaje
 - b. Lenguaje expresivo superficialmente perfecto
 - c. Características peculiares en el ritmo, entonación y prosodia
 - d. Dificultades de comprensión que incluyen interpretación literal de expresiones ambiguas o idiomáticas
5. Dificultades en la comunicación no verbal, al menos uno de los siguientes:
- a. Uso limitado de gestos
 - b. Lenguaje corporal torpe
 - c. Expresión facial limitada
 - d. Expresión inapropiada
 - e. Mirada peculiar, rígida

6. Torpeza motora

Retraso temprano en el área motriz o alteraciones en pruebas de neurodesarrollo.

2.5. Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.

Para esta clase de Trastorno Generalizado del Desarrollo, lo más conveniente es recurrir a la definición que nos brinda la Asociación Americana de Psiquiatría

(2002), “esta categoría se utiliza cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el «autismo atípico»: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez”.

2.6. ¿Qué diferencia al autismo de los otros TGD?

Parece que el TGD que más destaca es el autismo debido a que en él se observa un déficit en casi todas las áreas del desarrollo, donde destacan dificultades de la interacción social y problemas en el lenguaje o ausencia del mismo. Por otro lado, aún no se tiene una idea clara sobre el mecanismo que produce su aparición, mientras que en el trastorno de Rett hay más acercamientos a su causa, la cual se ubica en la dimensión biológica del individuo, una alteración genética causa anomalías en el sistema nervioso, como la desaceleración del crecimiento craneal.

En lo que se refiere al trastorno desintegrativo infantil, no se observan grandes diferencias en relación al autismo, ya que en ambos se da una alteración en el área de comunicación, lenguaje, en el plano conductual presentan resistencia a los cambios. Aunque en el trastorno desintegrativo infantil se hace mucho énfasis en la “regresión”, es decir comienza una pérdida de habilidades entre los 2 y 5 años de edad, pero en el autismo también se habla de una regresión evolutiva cuyo inicio no se extiende más allá de los 3 años. Por lo tanto, no hay mayor diferencia entre ambos TGD.

Por otro lado, el trastorno de Asperger se observa como un equivalente del Autismo de alto funcionamiento. Sin embargo, se debe utilizar el término “trastorno de Asperger” cuando un niño no cumple los criterios diagnósticos de autismo y

desarrolla un habla gramatical a una edad normal, pero presenta anomalías en la conducta social (Bishop, 1989 en Mendoza, 2001).

Partiendo de esto, tiene sentido que la nueva versión del DSM, agrupe Autismo, Asperger y trastorno desintegrativo infantil en un solo tipo de trastornos, ya que los tres comparten características de la misma naturaleza en áreas de desarrollo similares; podría decirse que lo único que cambia entre uno y otro es la severidad y las particularidades del trastorno en lenguaje y comunicación. Curiosamente en el DSM-V la clasificación de trastornos del espectro autista ya contempla estos dos elementos como puntos clave del diagnóstico.

El siguiente cuadro muestra las características del trastorno autista, en relación a otros trastornos y sirve como una guía de apoyo terapéutico, en la evaluación inicial y durante el diagnóstico, ya que en ocasiones los límites entre un trastorno y otro son muy delgados.

Trastorno de Rett	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnosticado únicamente en mujeres. -Desaceleración del crecimiento craneal (microcefalia). -Desaparición de habilidades manuales, falta de coordinación al andar y pérdida de movimientos previamente adquiridos. -Las dificultades presentadas en la interacción social, durante los años escolares, son temporales.
Trastorno de Asperger	<ul style="list-style-type: none"> -No se da retraso en el desarrollo del lenguaje.
Trastorno Desintegrativo Infantil	<ul style="list-style-type: none"> -Regresión evolutiva por lo menos tras 2 años de desarrollo normal (en el autismo el trastorno del desarrollo aparece desde el primer año).
Esquizofrenia Infantil	<ul style="list-style-type: none"> -Suele aparecer tras unos años de desarrollo normal. -Puede presentarse si un sujeto autista desarrolla los síntomas de esquizofrenia con una fase de delirios, alucinaciones que duren por lo menos un mes.
Autismo Infantil	<ul style="list-style-type: none"> -Se inicia al principio de la vida del niño.

Temprano	-Ausencia o frecuencia reducida de respuestas físicas. -Vive en marcada soledad de naturaleza psicológica. -Persevera en la repetición.
Mutismo Selectivo	-No está afectada la interacción social. -Se comunica, aunque solo lo haga en algunos contextos. -No se dan patrones rígidos de comportamiento.
Trastorno del Lenguaje Expresivo o Mixto	-No hay alteración en la comunicación. -No se da comportamiento estereotipado o rígido.
RMP	-Reacciona ante señales socio-emocionales. -Se añade el cuadro de autismo si tiene deterioro en la comunicación y en las habilidades sociales, además de características de autismo, como las estereotipias. Si es así se diagnostica autismo asociado.

Tabla 8: Principales diferencias entre los TGD y otros trastornos asociados, adoptado del DSM-IV (APA, 1995 en Castanedo, 2004).

Entonces, el autismo es una condición bastante compleja que afecta todas las dimensiones del ser humano, tomando en cuenta nuestra composición Bio-Psico-Social. Desde la primera descripción de Kanner la psicología se ha interesado en buscar el mecanismo que da origen a este trastorno, pero sobre todo por brindar modelos de atención terapéutica para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen autismo y de sus familias.

3. TERAPIAS Y MODELOS TERAPÉUTICOS DE ATENCIÓN AL AUTISMO.

El psicólogo se ha desempeñado en la educación especial y rehabilitación, que es un área bastante desarrollada, en la que participa en la evaluación, diagnóstico y desarrollo de programas de atención terapéutica para personas que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), entre las que se encuentran los autistas. Las diversas corrientes psicológicas que se han interesado en el estudio del autismo, siempre han trabajado de la mano con médicos y neurólogos, debido a la naturaleza de este trastorno y sus manifestaciones.

En el autismo, hay evidencia de etiología biológica que puede asociarse con otros trastornos; por lo que podemos pensar que más de un factor puede producir cambios patológicos que se manifiestan como el síndrome autista. Diversos investigadores han propuesto distintos agentes biogénéticos o anormalidades que pudieran estar causando esta condición (Paluzny, 2010).

3.1. La neuropsicología y el modelo biológico.

Podemos estar seguros de que el trastorno autista tiene su origen en la dimensión biológica del ser humano, porque está asociado a diversas condiciones biológicas. Mardomingo (2003) dice que todos los sujetos afectados de autismo tienen algunas características en común además del cuadro clínico:

1. Un riesgo mayor a sufrir epilepsia (Rutter, 1970; Volkmar y Nelson, 1990 en Mardomingo, 2003) apareciendo las crisis comiciales unas veces precozmente y otras más tarde en la pubertad o adolescencia.
2. Mayor frecuencia de signos neurológicos leves y de alteraciones en el electroencefalograma (Minsheu, 1997 en Mardomingo, 2003).
3. Una asociación más frecuente que en otros trastornos psiquiátricos con enfermedades que implican una perturbación del desarrollo del sistema nervioso, especialmente del síndrome de X frágil, la parálisis cerebral, las alteraciones cromosomáticas y los síndromes malformativos. Estas

enfermedades se dan aproximadamente en el 8% de todos los sujetos que tienen autismo (Bolton, 1991; Rutter, 1993 en Mardomingo, 2003).

También se ha abordado la posibilidad de que algunos casos de autismo tengan una etiología autoinmune dada la asociación que existe entre esta condición y ciertas enfermedades autoinmunes como la fiebre reumática y otras alteraciones como la activación de las células T, escasa producción de anticuerpos y niveles anormales de citosinas en suero (Mardomingo, 2003).

3.1.1. El papel de la genética.

Matos y Mustaca (2005) comentan que aunque aún se desconocen los mecanismos implicados, se sabe que las personas con trastorno generalizado del desarrollo tienen serias alteraciones neurológicas de origen genético.

La etiología del autismo es compleja y, en la mayoría de los casos, los mecanismos patológicos subyacentes son desconocidos; es un trastorno heterogéneo, diagnosticado subjetivamente sobre las bases de un amplio número de criterios. Aproximadamente la cuarta parte de los estudios realizados están asociados con trastornos de tipo genético, tales como el síndrome X frágil; o con enfermedades de tipo infeccioso, como la rubéola congénita (Trottier, Lalit Srivastava & Walker, 1999; en Mebarak, Martínez y Serna, 2009).

Paluzny (2010) afirma que el hecho de que el autismo se presente en etapas tan tempranas de la vida sugiere por sí mismo, un problema biológico. El autismo ha sido vinculado con diversas condiciones que producen desajustes en el sistema nervioso central.

3.1.2. Alteraciones en el sistema nervioso central.

Aun cuando las complicaciones perinatales no se han asociado claramente con el autismo, la rubeola durante el embarazo causa una alta incidencia de autismo en la descendencia (Chess, 1971, en Paluzny, 2010). Se sabe que la rubeola causa varias anomalías congénitas, incluidas algunas que afectan al SNC como: sordera,

deficiencia mental y microcefalia, por tanto, es razonable sospechar que esta enfermedad pueda causar otros desajustes al sistema nervioso central.

Según Mebarak, Martínez y Serna (2009) el autismo podría provenir de un funcionamiento anormal del sistema nervioso central, ya que la mayoría de los pacientes con este diagnóstico presentan disfunción cerebral y aproximadamente la mitad de los pacientes estudiados presentan un encefalograma anormal. De igual manera, su patrón de respuesta de potenciales evocados y su tiempo de conducción está alterado.

Desde el punto de vista de la neuropsicología una de las hipótesis de investigación, en el síndrome de Asperger como en el autismo de alto funcionamiento, es la posible existencia de un trastorno del aprendizaje no verbal en estos pacientes. El trastorno del aprendizaje no verbal o trastorno del desarrollo del aprendizaje del hemisferio derecho, ha sido descrito en sujetos con intensas dificultades de interacción social pero con un lenguaje verbal aceptable (Weintraub y Mesulam, 1983; en Mardomingo, 2003).

La investigación de las estructuras cerebrales implicadas en el autismo resulta enormemente compleja dadas las características clínicas del trastorno. Los estudios anatomopatológicos de cerebros *postmortem* han hallado una serie de alteraciones en el cerebelo consistentes en disminución del número de células de Purkinje, y pérdida de células granulares y de neuronas de los núcleos profundos cerebelosos (Ritvo, 1986; Arin, 1991 en Mardomingo 2003).

Mardomingo (2003) dice que también se han observado alteraciones del sistema límbico, con un aumento de la densidad de las neuronas del hipocampo, la amígdala, los cuerpos mamilares, la corteza del cíngulo y el septum. La afectación del hipocampo y de la amígdala, que son estructuras fundamentales en los procesos de aprendizaje y en la regulación del humor explicaría algunos de los síntomas esenciales del cuadro clínico.

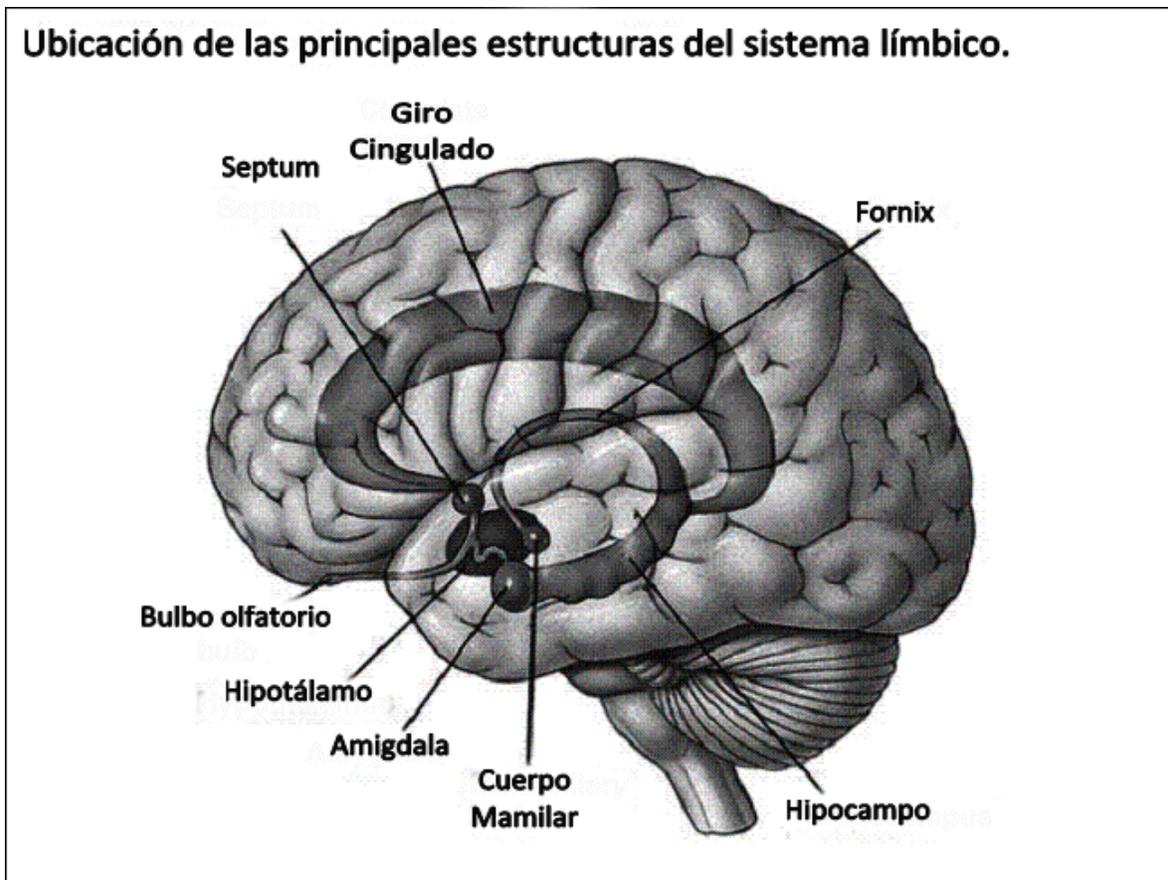


Figura 2. Principales estructuras del sistema límbico que se han visto alteradas en casos de autismo, según Mardomingo (2003).

3.1.3. Inconstancia perceptual.

Ornitz y Ritvo (1968, en Paluzny, 2010) sugirieron que el problema principal del autismo es una perturbación de la percepción o modulación. Esto implica sobreexcitación alternada con sobreinhibición del suministro sensorial, predominio poco común de algunos receptores sensoriales sobre otros y dificultad para interpretar las sensaciones internas.

3.2. Las bases psicogénicas.

Paluzny (2010) explica que la primera definición de autismo desarrollada por Kanner originó una gran controversia de tipo “naturaleza o crianza”. Su caracterización de los padres de niños autistas como inteligentes, bien educados, comúnmente distantes y poco expresivos, estimuló la especulación acerca del factor ambiental como básico en la “causa” de tal enfermedad. El mismo Kanner

refutó esta noción destacando el papel del factor biológico, sin embargo describe una interacción entre herencia y ambiente.

¿Sera acaso que el autismo es producto de la interacción de factores biológicos y ambientales? Al respecto, Trotier y Srivastava, (1999; en Mebarak, Martínez y Serna, 2009) muestran cómo la visión prevalente es que el autismo es causado por un proceso pato-fisiológico, que surge a partir de la interacción de una modificación a nivel ambiental, asociada a una predisposición genética.

Entre 1980 y 1990 se propusieron tres teorías explicativas desde el punto de vista psicogénico (Mebarak, Martínez y Serna, 2009):

- La *Teoría afectiva* según la cual Hobson, en 1984, postula que la alteración en la comunicación que sufren los niños autistas es primariamente afectiva. La mayoría de los déficits cognitivos y del lenguaje de los niños autistas son secundarios y mantienen una estrecha relación con el desarrollo afectivo y social.
- *Teoría cognitiva*. Propuesta por Leslie y Frith (1989) y Leslie y Happe (1989), postula que los problemas sociales y de comunicación de los niños autistas se deben a un déficit cognitivo específico, en concreto a una alteración de la “metarrepresentación”. La capacidad metarrepresentacional es la responsable de que los niños puedan desarrollar el juego simulado y de que puedan atribuir estados mentales con contenido a otros.
- La *teoría cognitivo-afectiva* postula que las diferencias comunicativas y sociales de los niños autistas tienen su origen en un déficit afectivo primario que se halla relacionado a un déficit cognitivo también primario. Estos dos déficits son los que causan las dificultades en la apreciación de los estados mentales (teoría de la mente) y emocionales de otras personas, dificultades que están en la base de la alteración en el proceso de interacción, lo que explica los fallos que muestran los niños autistas en la comunicación, la conducta social y el juego simbólico (Mundy, 1986; Belloch, 2004 en Mebarak, Martínez y Serna, 2009).

En este sentido la teoría de la mente (Mindbliness) es definida por Severgnini (2006, en Mebarak, Martínez y Serna, 2009) como la capacidad para ponerse en el lugar del otro, e interpretar lo que el interlocutor está pensando, proceso que se genera de forma natural como hablar o masticar. La teoría de la mente nos permite deducir los pensamientos y sentimientos de la otra persona, los cuales son revelados a través de los gestos, la expresión facial y el tono de voz. Sin embargo, una persona con ASD tiene una gran dificultad para interpretar los gestos, las distintas expresiones faciales y para percibir cambios en el tono de voz o en la expresión de la mirada.

Sin embargo, en un inicio, los investigadores y clínicos que han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología ambiental son aquellos que, desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autista como una forma desviada reactiva del desarrollo (Paluzny, 2010).

3.3. La perspectiva del psicoanálisis.

Coto (2007) dice que en general la escuela psicoanalítica se inclina a considerar el autismo como producto de una defectuosa comunicación y falta de entendimiento entre los adultos y el bebé en sus primeros momentos de vida. Asimismo desde esta postura se plantean distintas concepciones en cuanto a las causas y a la estructura en juego.

En esta vertiente, una de las teorías que gozó de mayor aceptación era la de la “madre refrigerador”. Bettelheim (en Mebarak, Martínez y Serna, 2009), psicoanalista austriaco; fue el inductor de esta teoría, es decir, de la idea de que los niños se convierten en autistas como una mala respuesta de adaptación a un ambiente amenazante y carente de amor.

Bettelheim afirmaba que los niños que sufren autismo se encuentran detenidos en un período inicial de su desarrollo intelectual y emocional; considerando el autismo como una reacción ante un extremo aislamiento afectivo combinado con experiencias interpretadas como amenazadoras para su existencia (Coto, 2007).

3.3.1. Perturbación de carácter afectivo.

Uno de los conceptos centrales de la teoría de Bettelheim es el concepto de *sí mismo*, que explica como los niños autistas se han retirado del mundo para volverse hacia sí mismos, de aquí, la tarea del terapeuta es ayudarlos a invertir el proceso psicótico creando un mundo diferente del abandonado a causa de la desesperación, lo cual implica una escucha constante, un acompañamiento del niño en sus fantasmas y el respeto de sus síntomas y comportamientos (Coto, 2007).

3.3.2. Mecanismos de defensa.

Bettelheim (en Jerusalinsky, 1997 y Coto, 2007) ofrece una perspectiva interesante para comprender el “interior” de los niños autistas y la desesperación de que son víctima, esta angustia les hace buscar seguridad evitando el contacto, y pueden inclusive no reconocer su hostilidad, por esta razón sus defensas hacia el mundo externo amenazador fallan, y lo único que los protege es el no actuar; el niño se insensibiliza tanto hacia el exterior como hacia su psiquismo. De aquí la importancia de la relación madre-hijo.

El mismo autor describe al autismo como un trastorno de la comunicación, donde el niño interpreta mal las señales que el mundo y la madre le envían, y esta persistencia del fracaso en enviar y recibir mensajes son los determinantes de la gravedad de la perturbación. Esto genera para el niño una angustia agobiante, va rompiendo lazos con la realidad exterior y la posición autística es el supremo esfuerzo por salvar la existencia, pero destruye el sí mismo (Coto, 2007).

Estas teorías han sido replanteadas con el paso del tiempo, aunque aún no se descarta la importancia que pueden tener aspectos del desarrollo afectivo y su repercusión en la evolución de un niño con este tipo de trastornos (Mebarak, Martínez y Serna, 2009).

En contra de las teorías psicógenas está el hecho de que casos de niños a los que se ha maltratado hasta unos extremos horripilantes y casi abandonados

demuestran que una historia así no da lugar a autismo (Clarke & Clarke, 1976, citado por Happe, 1998 en Mebarak, Martínez y Serna, 2009).

3.4. La visión del conductismo.

El conductismo tiene como objeto de estudio la conducta observable, medible y cuantificable, por lo tanto los modelos de atención a personas con necesidades especiales se basan en la modificación de la conducta para eliminar conductas “no deseadas” y promover la adquisición de nuevas destrezas y/o conductas adaptativas.

Para Matos y Mustaca (2005), en el conductismo se parte de la idea de que las personas con trastornos generalizados del desarrollo no aprenden con facilidad espontáneamente. Sin embargo, la gran mayoría puede lograrlo con una instrucción basada en el análisis conductual aplicado (ACA) que toma como punto de partida la presencia de un conjunto de déficit y excesos comportamentales que pueden llegar a modificarse mediante interacciones con el ambiente cuidadosamente programadas.

3.4.1. Análisis Conductual Aplicado (ACA).

En la actualidad no existen tratamientos para curar los TGD, sin embargo hay intervenciones basadas en los conocimientos aportados por el análisis experimental de la conducta (propuesto por Skinner) que resultan eficaces. Este tratamiento denominado análisis conductual aplicado (ACA o ABA por sus siglas en inglés) o manejo de contingencias, se aplica en diversos trastornos y mostró ser la intervención más efectiva para personas con TGD (Matos y Mustaca, 2005).

El tratamiento se basa en los conocimientos aportados por los condicionamientos operantes (Skinner, 1953) y clásico (Matos & Mustaca, 2001). Para establecer o aumentar patrones de respuesta adaptativos, por ejemplo: comunicación, higiene, etc. se utiliza el entrenamiento de ensayos discretos (Lovaas, 1987 en Matos y Mustaca, 2005). Se enseñan formalmente unidades pequeñas y medibles de comportamientos que muestran con claridad la información, ayudando así al niño

a aislar los elementos clave. Cada ensayo está compuesto por tres elementos: el comportamiento que se quiere enseñar, el antecedente y el consecuente (Matos y Mustaca, 2005).

Investigaciones realizadas a fines de 1990 evidenciaron además que el ACA aplicado intensivamente a niños preescolares con trastornos generalizados del desarrollo durante dos o más años, conduce a cambios cualitativamente distintos que si se comienza el tratamiento más tarde. El pronóstico de mejoría alcanza un 75% o más en desarrollo del lenguaje, progreso evolutivo y rendimiento intelectual en la mayoría de los casos (Dawson & Osterling, 1997; Rogers, 1996, 1998; en Matos y Mustaca, 2005).

3.5. La psicología social.

Esta perspectiva se basa en la idea de que la inclusión de la familia en el tratamiento es fundamental para las necesidades del niño. Aportan entrenamiento, información y soporte a todos los miembros de la familia (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Tellez, 2010).

Hay una gran cantidad de modelos de atención para usuarios con autismo, sin embargo aportaciones recientes afirman que se obtienen mejores avances cuando se incluye a los padres en el proceso terapéutico, con el fin de que éstos se conviertan en los terapeutas del pequeño con autismo.

3.5.1. Programas de entrenamiento paterno.

Los padres de cualquier niño con una discapacidad a largo plazo tienen que pasar por un cambio de actitud cuando se enteran por primera vez de la verdad, y éste es un proceso doloroso. Como todos los padres, parten de la expectativa de que tendrán un bebé perfecto que crecerá hasta convertirse en un adulto totalmente independiente. Tienen que ajustarse al hecho de que todas sus esperanzas y planes para el futuro del niño, y también para su propio futuro, tendrán que cambiar. Pueden tener sentimientos de culpa, que son un desgaste de energía

mental que se puede dedicar a un mejor uso. Los profesionales pueden ayudar a los padres a desarrollar una actitud constructiva (Wing, 1998, Cabezas, 2001).

En este sentido podemos afirmar que los padres pueden fungir como terapeutas de su propio hijo con autismo, tras haber atravesado por todo ese proceso. En estos programas los padres reciben sesiones de asesoría con un terapeuta especializado para aprender las técnicas de manejo y enseñanza a utilizar en un programa terapéutico en casa. De este modo el paciente con autismo está en aprendizaje constante dentro de su ambiente natural con su propia familia.

Debemos tomar en cuenta que, ayudar a un niño con un trastorno autista a desarrollar habilidades y disfrutar de ciertas actividades es un trabajo difícil que lleva mucho tiempo. Esto, unido a la crianza de otros hijos, parece una hazaña imposible. La única solución es organizar una rutina para que cada miembro de la familia tenga una parte justa de atención de los padres. Una corta sesión cada día con uno de los padres es mejor que sesiones más largas esporádicamente. Los padres no deben olvidarse de sí mismos al establecer los horarios. Necesitan algo de descanso y relajación lejos de la familia, para conservar su sentido de la proporción (Wing, 1998).

Sin embargo, nadie discute la necesidad de que los padres participen activamente en el tratamiento de sus hijos afectados con autismo, y la parte más importante de esta participación consiste en elaborar programas terapéuticos para el hogar. Sin embargo, la elaboración de estos programas debe ir precedida de una evaluación exhaustiva y precisa de las características psicológicas, psicopatológicas y cognitivas del niño con autismo (Cuxart, 2003).

Han aparecido diversos estudios respecto del desarrollo de programas basados en el hogar que utilizan a los padres como terapeutas de sus hijos, como la *Terapia de intercambio social* de Kozloff, la *Terapia del desarrollo* de Shopler y Reichler y el *Programa básico del hogar* de Howlin y colaboradores (Paluzny, 2010).

Hemos visto que desde la primera definición de Leo Kanner han sido muchos los científicos interesados en conocer el autismo, qué lo origina, cuáles son sus

características, pero más allá de eso se han preguntado ¿cómo se puede rehabilitar a las personas con este trastorno?

En este aspecto, nuestra ciencia ha tenido grandes aportaciones, incluso se han desarrollado programas para atender a personas autistas con resultados bastante favorables, consideramos importante abordar algunos de ellos en el siguiente apartado.

4. MODELOS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PERSONAS CON AUTISMO.

El autismo es un trastorno crónico y limitante que precisa un tratamiento con intervenciones específicas y precoces que incluyen, como pilares importantes, las terapias educacionales, de conducta, de control emocional y del lenguaje pero en el que el tratamiento psicofarmacológico puede tener un lugar específico (Gutiérrez, Martínez y García, 2003).

4.1. Intervenciones biomédicas.

Debido a la naturaleza y características del autismo regularmente observamos intervenciones que se centran en la dimensión biológica de los pacientes. Recordemos que el autismo generalmente está asociado con alguna afección del sistema nervioso, como la epilepsia, por lo que este tipo de intervención debe ser administrada por un médico, psiquiatra o neurólogo, ya que el psicólogo no está capacitado para esas labores.

4.1.1. Terapia de fármacos para síntomas específicos.

Si entendemos que un tratamiento psicofarmacológico es eficaz cuando rompe un paso conocido de la cadena etiopatogénica de la enfermedad, podemos decir que no hay un tratamiento psicofarmacológico del autismo ya que no conocemos adecuadamente su cadena etiopatogénica y, por lo tanto, no podemos romperla. Desde este punto de vista, todos los tratamientos farmacológicos que utilicemos pueden ser útiles pero solo a nivel sintomático (Gutiérrez, Martínez y García, 2003).

Los síntomas específicos que son tratados regularmente son alteraciones específicas y cualitativas de la interacción social y de la comunicación, así como patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (Gutiérrez, Martínez y García, 2003).

Es decir, se utilizan fármacos para el tratamiento de síntomas específicos en los casos en que estos últimos interfieren con la educación del niño o representan un peligro potencial para él (Volkmar, 2004).

Gutiérrez, Martínez y García (2003) explican que, además, las personas con autismo pueden presentar otros trastornos psiquiátricos que interfieren con su funcionamiento habitual y van a requerir tratamiento farmacológico según los estándares habituales de ese trastorno.

Los fármacos que se prescriben con mayor frecuencia para tratar el autismo reciben el nombre de *neurolépticos* o tranquilizantes “mayores”, entre ellos figuran ciertos medicamentos que ejercen su efecto sobre el cerebro de manera específica. Los tranquilizantes usados con mayor frecuencia son: la tioridacina y el haloperidol (Volkmer, 2004).

4.1.2. Dieta libre de gluten y caseína.

Díaz (2001) describe que el neurotransmisor peptídico más ampliamente estudiado en el autismo ha sido la betaendorfina, debido a que en determinados casos de autismo se ha encontrado una alteración evidente de éste. Su interés se ve reforzado por el hecho de que, investigaciones en animales y parcialmente en humanos, muestran que la alteración de la betaendorfina da lugar a un patrón conductual parecido al autismo. La hiperfunción beta-endorfínica da lugar a:

- Labilidad emocional.
- Tendencia al aislamiento social.
- Aparición de movimientos y conductas estereotipadas.
- Insensibilidad / aumento del umbral para el dolor.
- Hiperactividad / hipoactividad.

Existe la hipótesis de que las alteraciones endorfnicas son la causa del autismo. Igualmente, se sabe que dos productos intermedios de la degradación enzimática del gluten y la caseína son opiáceos: la glutenmorfina y la beta-casomorfina. A su vez se cree que por problemas de permeabilidad en la pared intestinal estas

sustancias podrían llegar al cerebro e inducir conductualmente lo que entendemos por autismo (Díaz, 2001).

Es decir, hay determinados casos de autismo, no todos, en donde se manifiesta una alteración de los opiáceos endógenos -tanto aumento como disminución-. Existen determinados alimentos que presentan como productos intermedios opiáceos que pueden llegar al cerebro y ser activos si hay alteración de la permeabilidad intestinal. Existe evidencia de que hay casos en donde la administración de fármacos que bloquean la acción opioide puede mejorar algunas conductas del espectro autista. Existen autores que optan por regular la acción hiperendorfínica a través del control dietético (Díaz, 2001).

Por lo tanto hay médicos que sugieren la dieta libre de gluten y caseína como tratamiento complementario para personas con autismo. Sin embargo, puede ser complicado tratar de establecer una dieta de ese tipo debido a la resistencia al cambio que llegan a presentar personas con estas características.

Volkmar (2004) afirma que los niños autistas a menudo tienen hábitos alimentarios peculiares y otros problemas que pueden poner en peligro su buena nutrición. Algunos pequeños pueden comer lo mismo una y otra vez y resistirse a probar un alimento nuevo, o bien puede ser que no toleren ciertas texturas. Algunas veces estos problemas pueden llegar a transformarse en una nutrición deficiente que se infligen a sí mismos y que a su vez puede provocar otros problemas de salud y del desarrollo. Sin embargo, este tipo de atención se muestra como una buena alternativa para complementar el tratamiento, médico, farmacológico y psicológico del paciente autista.

Una dieta tan restrictiva como esa debe ser manejada por un especialista en nutrición y/o psiquiatría, que deberá valorar el estado general del paciente para luego indicar el plan alimentario a seguir, esto evitará una descompensación en el infante. Así se mantiene la expectativa de obtener cambios favorables en el desarrollo del mismo sin efectos secundarios, pues lo peor que puede pasar es

que no haya cambios en la conducta social y *manerismos* del niño pero se preserve un buen estado en su salud general.

4.2. Intervención conductual.

En el capítulo anterior analizamos las características e implicaciones del ABA o Análisis Conductual Aplicado, éste se deriva de las aportaciones del condicionamiento operante de Skinner y a pesar del paso del tiempo no deja de ser una piedra angular en el tratamiento de las personas con autismo, en nuestro país.

Egel (2004) comenta que un niño diagnosticado con autismo va a presentar *manerismos* o conductas repetitivas que pueden representar un problema para su desarrollo, especialmente en la escuela, debido a que quizá interfieran con su aprendizaje. Por ejemplo, disminuirá la probabilidad de que otros niños quieran jugar con él. En este aspecto el ACA es una alternativa que ofrece grandes beneficios y un buen pronóstico a largo plazo, ya que ayuda a disminuir la probabilidad de que aparezcan estas conductas, es decir, extinguirlas.

Sin embargo, de estos principios de atención a nivel conductual se derivan diversos tipos de intervenciones específicas y una de las más usadas en los centros especializados en México es la Intervención Conductual Proactiva (ICP).

4.3. Sistemas alternativos y aumentativos de la comunicación (SAAC).

Los sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC) 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 (incluidas letras o palabras) apoyándose en sistemas simples o en aparatos productores de sonidos. El sistema comunicativo de intercambio de imágenes (conocido como PECS, en inglés), es un tipo de SAAC ampliamente utilizado en el campo de los TEA (Fuentes-Biggi, Ferrari-Arroyo, Boada-Muñoz, Touriño-Aguilera, Artigas-Pallarés, Belinchón-Carmona, Muñoz-Yunta, Hervás-

Zuñiga, Canal-Bedia, Hernández, Díez-Cuervo, Idiazábal-Aletxa, Mulas, Palacios, Tamarit, Martos-Pérez y Posada-De la Paz, 2006).

4.3.1. Sistema de Comunicación por Intercambio de Imágenes (Picture Exchange Communication System-PECS).

Es un sistema diseñado como una estrategia rápidamente adquirida y auto iniciada para desarrollar habilidades funcionales de comunicación en los niños con autismo a través de algunas representaciones visuales (Bondy and Frost, 2001). Una de las grandes ventajas del PECS es que los niños que la utilizan pueden ser fácilmente entendidos por otros que no conocen el sistema, así como ellos pueden entender las imágenes visuales (Ganz and Simpson, 2004). PECS puede disminuir los problemas de comportamiento, así como mejorar la socialización del niño (Charlop-Christy, 2002), porque el PECS ayuda al niño a sentirse menos frustrado y con más control sobre el ambiente, a ser más paciente y entender que sus necesidades no siempre serán satisfechas (Mojica, 2012).

4.4. Intervenciones evolutivas.

Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Tellez (2010) explican que las intervenciones evolutivas ayudan al niño a desarrollar relaciones positivas significativas con otras personas. Se centran en enseñar técnicas sociales y de comunicación, en ambientes estructurados, así como desarrollar habilidades para la vida diaria, habilidades “funcionales” y “motoras”. Ejemplos de este tipo de intervenciones son:

- Floor Time (tiempo suelo) DIR (Developmental Individual-Difference, Relationship-Based Model): modelo de desarrollo basado en las diferencias individuales y en las relaciones.
- Responsive Teaching (RT): educación en responsabilidad.
- Relationship Development Intervention (RDI): intervención para el desarrollo de relaciones.

A continuación profundizaremos más en lo que se refiere al modelo DIR y al floor time, como modelo de trabajo terapéutico, ya que es una metodología que comienzan a implementar instituciones privadas y de asistencia social en nuestro país.

4.4.1. El Floor Time o tiempo de piso (Modelo DIR).

A medida de que los padres o cuidadores van creando u ofreciendo oportunidades para que el niño exprese sus emociones, deseos, o intenciones, van favoreciendo a que cada vez más el niño establezca conexiones o vínculos entre sus emociones, deseos o intenciones y sus instrumentos o destrezas del desarrollo (“instrumentos de la orquesta”), las cuales organiza en torno a una conducta comunicativa (Breinbauer, 2006).

Breinbauer (2006) apunta que sobre la base de esta teoría en que la pieza clave para impulsar el desarrollo infantil es el afecto o la habilidad de conectar el afecto con una conducta comunicativa, que exprese las emociones, deseos o intenciones del niño/a, Stanley Greenspan desarrolla el “modelo DIR” para promover un óptimo desarrollo infantil. Las siglas del modelo DIR representan 3 componentes claves a considerar para poder entender y promover desarrollo infantil:

- **D (Desarrollo):** Consiste en entender la etapa de Desarrollo socio-emocional o “funcional” en que se encuentra el niño/a.
- **I (Individualidad):** Consiste en entender las diferencias Individuales que cada niño aporta al momento de interactuar.
- **R (Relaciones):** Consiste en entender los patrones Relacionales que afectan la interacción del niño/a con sus padres o cuidadores significativos, aspecto que juega un rol clave para tener oportunidades de organizar los instrumentos del desarrollo al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas.

Según este modelo el nivel de desarrollo del niño va a estar influenciado por las diferencias individuales que posee, los patrones familiares y ambientales en torno

a él y el tipo de relaciones o interacciones que el pequeño establece con sus padres o cuidadores significativos (Breinbauer, 2006).

Esta estrategia tiene como objetivo brindar un entorno “cómodo” al paciente para facilitar su contacto con el exterior. Breinbauer (2006) señala que la principal estrategia de intervención en la cual se basa el modelo DIR es originalmente conocida en inglés como *Floor Time*, traducida al español como tiempo de piso o juego circular. De acuerdo a Greenspan y Wieder, el juego circular es “una forma sistemática de jugar con un niño para ayudarlo a subir por las etapas de desarrollo”. Esta estrategia consiste en apoyar a los padres / cuidadores a establecer sesiones de interacciones lúdicas diarias con los niños/as, promoviendo oportunidades para fortalecer aspectos de regulación, vinculación, así como expresar emociones o deseos a través de conductas comunicativas cada vez más complejas. A continuación se muestra el esquema general de estrategia terapéutica:

- a) Definir lugar y horario, buscar un buen momento para el niño y el cuidador.
- b) Comenzar por seguir la iniciativa o interés del niño, para definir el juego.
- c) Construir sobre el interés del niño, extender y expandir la actividad en torno a este interés.
- d) Construir siempre a partir de las etapas básicas hacia las más complejas.
- e) Dar rienda suelta a la creatividad, usar el humor y gozar la interacción.

4.5. Intervención combinada.

En el niño autista, el objetivo central de la intervención es mejorar sus competencias sociales, favorecer sus habilidades comunicativas y así lograr una conducta autorregulada adaptada al entorno (Lie de Rozental, 1993, en Huaiquián, 2009). Es por eso que algunas intervenciones combinan elementos de métodos conductuales y evolutivos, por lo que generalmente resultan más eficaces: el modelo SCERTS, el modelo TEACCH, el modelo Denver y el modelo LEAP (Mulas, Ros-Cervera, Millá, Etchepareborda, Abad y Tellez, 2010).

<i>Modelo</i>	Principales características
<i>SCERTS</i>	<p>Su objetivo es ayudar a las personas con autismo a alcanzar un “progreso auténtico”; esto se define como la capacidad de aprender y aplicar espontáneamente habilidades funcionales y relevantes a una variedad de entornos y con una variedad de compañeros.</p> <p>Apoyo educativo y emocional a las familias.</p> <p>Niños aprendan de otros niños que son buenos modelos sociales y lingüísticos, en los entornos inclusivos.</p>
<i>TEACCH</i>	<p>“Enseñanza estructurada”.</p> <p>La enseñanza estructurada está diseñada para sacar provecho a las fortalezas relativas y a la preferencia por procesar la información visualmente, mientras se toma en consideración las dificultades conocidas.</p> <p>Evaluación de habilidades emergentes para fortalecerlas.</p>
<i>Denver</i>	<p>Programa de intervención temprana. Se trata de una forma de terapia de juego que se combina con una versión modificada del ACA. Incluye una enseñanza de imitación, desarrollo de consciencia en interacciones sociales y reciprocidad, enseñanza del poder de la comunicación, enseñanza de un sistema de comunicación simbólica, enseñanza más flexible, convencional y creativa jugando con juguetes y la creación de un mundo social comprensible. Con la participación de los padres.</p>
<i>LEAP</i>	<p>Programa educativo-inclusivo para niños con un desarrollo típico junto con sus compañeros con TEA. Programa orientado a potenciar las áreas cognitivo-académicas, adaptativas y de autonomía, comunicativas, socioemocionales y de conducta. Los niños con TEA están incluidos en el aula ordinaria durante todo el horario escolar, se utilizan estrategias de aprendizaje en el contexto natural junto con estrategias de aprendizaje para profesores y sus iguales.</p>

Tabla 9: Principales características de los modelos de intervención combinada (Salvadó-Salvadó, Palau-Baduell, Clófent-Torrentó, Montero-Camacho, Hernández-Latorre, 2012).

4.5.1. Tratamiento Educativo para Personas con Autismo y Trastornos de Comunicación Asociados (TEACCH).

El proyecto TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) de Carolina del Norte, Estados Unidos, es un programa que se basa en la individualización, enseñanza estructurada y adaptación ambiental, que pretende desarrollar las habilidades comunicativas y su uso de manera espontánea en contextos naturales, empleando para ello, tanto lenguaje verbal como sistemas alternativos de la comunicación, uso de anticipadores auditivos, táctiles y gestuales. Estos ofrecen una guía con objetivos y actividades. El programa enseña habilidades comunicativas en sesiones estructuradas individuales, se anticipa la enseñanza incidental, se preparan los ambientes naturales, donde participa activamente la familia en la enseñanza y entrega de estímulos (Huaiquián, 2009).

En el TEACCH los padres de niños autistas aprenden a asumir el rol de co-terapeutas y permite (siempre y cuando sea posible) que sus hijos crezcan en el entorno familiar. En sus inicios, este modelo constituyó un cambio drástico a los anteriores tratamientos que consistían en retirar al niño de su familia por el daño que se creía producía su hogar en él (Castanedo, 2004).

Stanton (2002) dice que este método se puede adaptar a un entorno típico. Su objetivo es apoyar a la persona autista en su ambiente. En consecuencia compensa el autismo del alumno alterando el entorno y haciéndolo más adecuado para él. Sus principales características son:

- Un programa o estructura para que cada día sea predecible y fácilmente comunicable al individuo.
- Unas expectativas claras sobre lo que debe hacer el alumno en los trabajos individuales.
- Un entorno adaptado que elimine las distracciones sensoriales.
- La conciencia de que las actividades lúdicas no estructuradas y el caos organizado de algunas actividades en grupo plantean dificultades a las

personas con autismo y que, en estas ocasiones, necesitan apoyo adicional.

La evaluación del programa TEACCH, tanto en su aplicación a los padres como en las aulas, ha dado resultados positivos para los niños autistas, sus padres y los otros niños no discapacitados (rol de tutores) con los que tuvieron contacto en la escuela. Este programa ha demostrado que escolarizar a niños autistas es posible aunque este revolucionario sistema representa un reto para los profesionales (Castanedo, 2004).

4.6. Programas educacionales.

En México la atención para niños y jóvenes con autismo se brinda a través de dos modalidades, una son las instituciones y centros especializados en atención a las necesidades educativas especiales (NEE) y otra es la educación inclusiva en escuelas regulares (públicas y privadas) con apoyo psicopedagógico.

Desde la perspectiva Mexicana, los servicios para los niños con NEE debería proveer recursos para individuos con discapacidad temporal o permanente y para individuos superdotados. La categorización más común utilizada para problemas de aprendizaje o necesidades educativas en México considera a la discapacidad intelectual, discapacidad motriz, discapacidad visual, discapacidad del lenguaje y discapacidad auditiva (Mojica, 2012).

4.6.1. Escuelas y centros especializados.

Cuxart (2003) dice que como cualquier otro niño, aquellos que padecen autismo necesitan ser atendidos en un centro educativo, y para la familia, el inicio de la escolaridad acostumbra una disminución de su estrés, y por motivos diversos:

- a) La escolarización del hijo significa poder compartir con otras personas el cuidado del mismo.
- b) El inicio de un tratamiento continuado y profesionalizado supone un apoyo muy importante para los padres.

- c) Cuando el hijo empieza a acudir a un centro educativo, los padres tienen la sensación de que en una cuestión tan importante para los niños como es la escolarización, su hijo no es distinto de los demás.

Los niños que son diagnosticados con NEE, en este caso en particular, niños con Trastorno del Espectro Autista, pueden recibir dos tipos de modelos de servicios en funcionamiento en todo México (Mojica, 2012):

- a) Público: La Secretaría de Educación Pública les proporciona educación en el Centro de Atención Múltiple (CAM) o en escuelas regulares atendidos por la Unidad de Servicios para Educación Regular (USAER).
- b) Organizaciones o asociaciones privadas, instituciones y centros de caridad, como Instituto DOMUS A.C., la Clínica Mexicana de Autismo (CLIMA) y Fundación Umbral A.C.

Castanedo (2004) explica que en México la atención a las necesidades educativas especiales (NEE) es responsabilidad de los servicios escolarizados ofrecidos en los Centros de Atención Múltiple (CAM) que son escuelas o centros especializados en brindar atención terapéutica, educación y preparación para el trabajo a niños y jóvenes con Necesidades Especiales de Educación, incluyendo a aquellos que tienen algún trastorno del Espectro Autista. Los objetivos del CAM se pueden enunciar de la siguiente manera:

- Proporcionar educación básica o preparación laboral a los alumnos con o sin discapacidad que presenten NEE, adaptando la currícula a las necesidades de cada uno.
- Proporcionar el desarrollo integral de los alumnos con NEE para favorecer su integración escolar, laboral y social conforme a sus requerimientos, características e intereses.
- Orientar a los padres y familias para propiciar la integración familiar y social. Con el fin último de lograr su independencia e inclusión laboral.

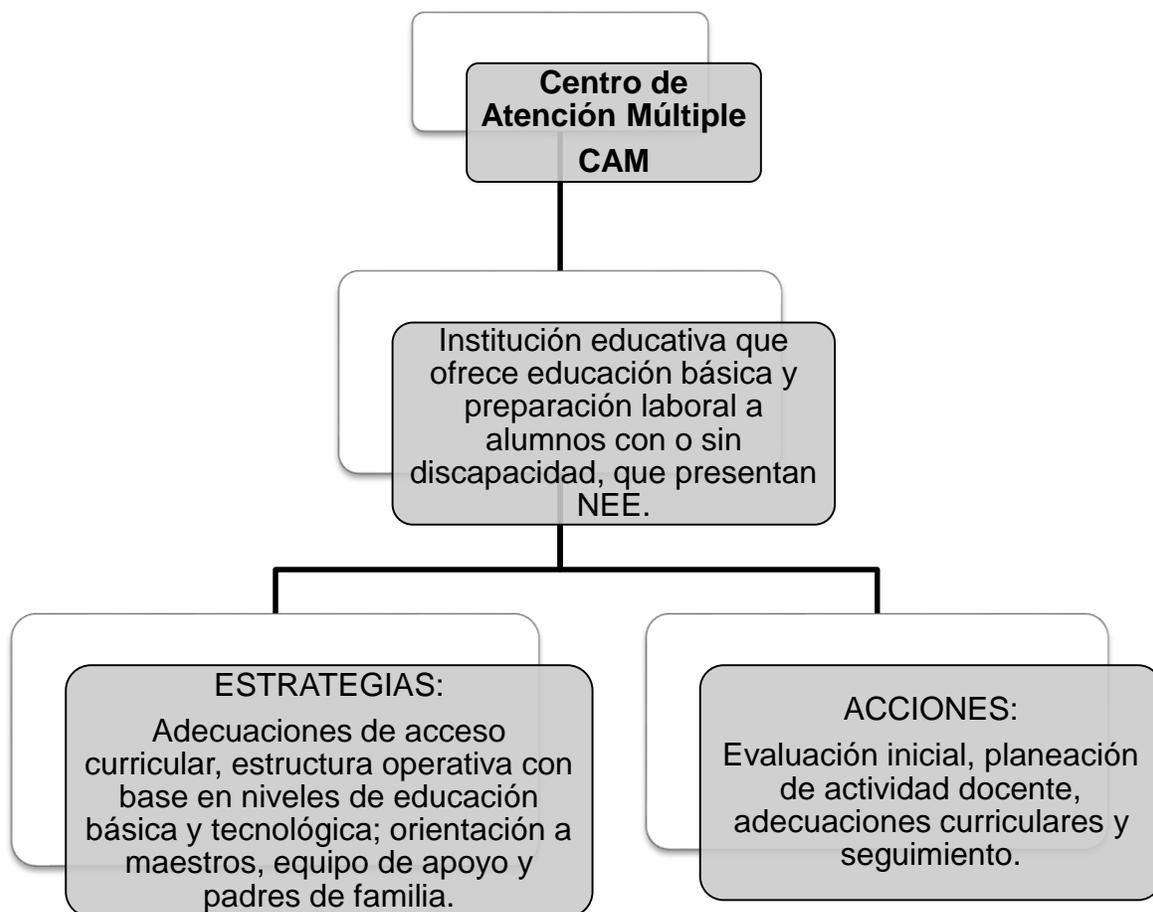


Figura 3. Estrategias y acciones de los CAM de México, adaptado de Dirección de Educación Especial, Secretaría de Educación Pública, en Castanedo, 2004.

El Centro de Atención Múltiple es un servicio escolarizado que da atención a niños y jóvenes en los niveles de educación inicial, educación básica (preescolar y primaria) y talleres de formación para el trabajo que brinda apoyos específicos a los alumnos con discapacidad, discapacidad múltiple y trastornos generalizados del desarrollo que por diversas razones no logran integrarse al sistema educativo regular. Cada CAM elige libremente las diferentes estrategias para la implementación curricular. De esta forma, se busca que estos niños tengan el mismo currículo básico y la calidad educativa que los estudiantes con Necesidades Educativas Especiales que están integrados a las escuelas establecidas.

La finalidad de los CAM es fortalecer el desarrollo de aprendizajes funcionales para lograr una mejor calidad de vida. Estos centros atienden a una población autista que cada vez es mayor, sin embargo, también existen centros educativos especializados a nivel privado e incluso Asociaciones Civiles que brindan atención especializada a las personas con autismo. Pero el objetivo último es preparar a los niños para que los que puedan alcancen su integración e inclusión a escuelas regulares.

4.6.2. Educación inclusiva.

La Secretaria de Educación Pública (SEP) ha implementado el modelo de “Educación inclusiva” que permite que los alumnos con necesidades educativas especiales acudan a escuelas regulares y aprendan contenidos de su grado correspondiente, gracias a las adecuaciones curriculares que se realizan para atender sus necesidades específicas. Castanedo (2004) dice que los servicios de psicopedagógicos ofrecidos por las Unidades de Servicio de Apoyo a la Educación Regular (USAER) son elementales, para realizar la integración de las personas con NEE en escuelas regulares y públicas.

USAER es un grupo multidisciplinario, el cual promueve el cambio en las prácticas educativas en las escuelas y en el interior del salón de clases para proveer educación a los niños con cualquier necesidad educativa especial. Cada USAER tiene un director, maestros de educación especial y en algunos casos, un equipo de apoyo especial (un terapeuta del lenguaje, un psicólogo y un trabajador social). Ellos trabajan en escuelas regulares, brindando apoyo psicopedagógico a los maestros y niños para lograr la integración de niños con NEE en un ambiente educativo regular.

Los objetivos de USAER son:

- Brindar apoyo psicopedagógico a los alumnos con NEE, discapacidad o dificultades para el aprendizaje de los contenidos escolares contemplados en el curriculum regular realizando las adaptaciones curriculares que requieren cada uno de estos chicos.

- Apoyo, capacitación y asesoría al docente de grupo regular, en estrategias pedagógicas, opciones de actividades o materiales didácticos para trabajar con su grupo, incluyendo a los alumnos con NEE.
- Orientar a los padres de familia sobre los apoyos pedagógicos que requieren los alumnos con NEE que asistan a la escuela regular. Organizado talleres y juntas para establecer ese vinculo con los padres.

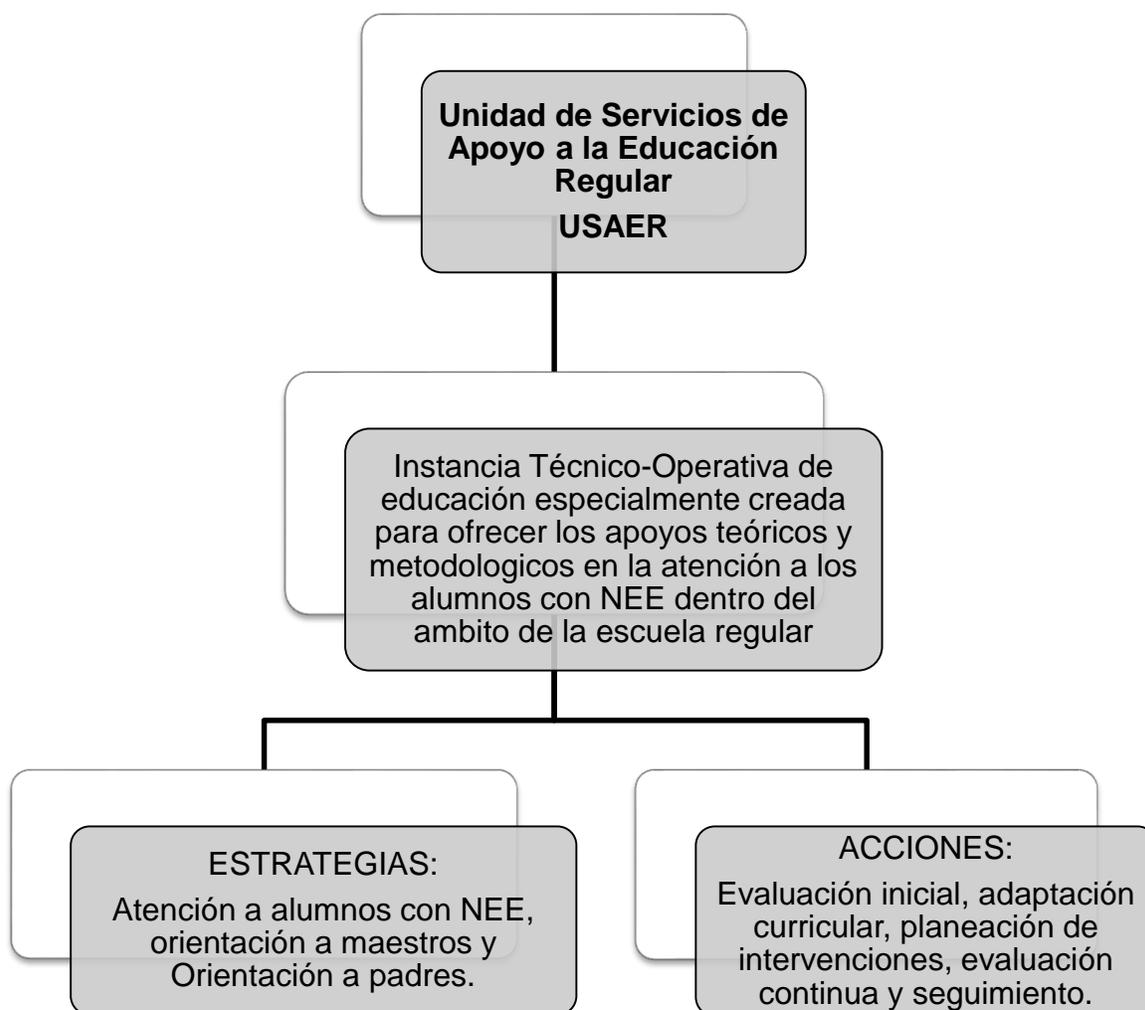


Figura 4. Estrategias y acciones de la USAER de México (Castanedo, 2004), adaptado de Dirección de Educación Especial, Secretaría de Educación Pública.

A pesar de que en nuestro país contamos con un sistema que ofrece atención a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, aún hay muchos retos que enfrentar y lamentablemente estos servicios no son suficientes para atender a una población cada vez mayor.

4.7. ¿Qué está pasando con el autismo y la educación especial en México?

Actualmente, siguiendo el Proyecto Nacional para la Integración, 20,786 escuelas en México podrían estar apoyando la inclusión de 492,000 niños con necesidades especiales (SEP, 2009, en Mojica, 2012). Sin embargo, esta prestación del servicio educativo no es suficiente para todos los niños. USAER supervisa únicamente 1405 escuelas establecidas de 5172 en la Ciudad de México. De las cuales, 1251 son escuelas primarias y sólo 6 son prescolares. Adicionalmente, únicamente 131 escuelas secundarias han sido apoyadas (Dirección de Educación Especial, 2007, en Mojica, 2012). El número de escuelas restantes sin ningún apoyo de USAER es muy alto y existe más apoyo en la primaria que a nivel secundaria.

Sin embargo, el problema va más allá, pues aunque las escuelas mexicanas tienen un modelo de educación inclusiva para la educación de niños con necesidades especiales. Aún hay maestros regulares de salón de clases que no están bien capacitados o preparados para recibir a niños con NEE y como resultado, se niegan a incluir a estos pequeños, y rechazan a los maestros de educación especial. Por eso es importante que la educación y rehabilitación de estas personas (tengan autismo o no) se de lo más completa posible, con el apoyo adecuado.

Otra situación difícil es que la confianza y la competencia de los maestros para enfrentarse a las demandas de la inclusión no eran las adecuadas. En consecuencia, solamente un pequeño número de maestros realmente deseaban trabajar con niños con NEE en las escuelas (Mateos, 2007 en Mojica, 2012). Se espera que con el nuevo modelo de “Educación Inclusiva” estas barreras se vayan

superando, vemos que cada vez hay más maestros preparándose para enseñar e incluir a estos pequeños en un ambiente escolar regular.

Es evidente que nuestro sistema educativo tiene muchas dificultades que enfrentar y aun no se ha desarrollado una verdadera conciencia sobre la atención que requieren las personas autistas o con otro tipo de necesidad especial de educación. Por esa razón muchos padres optan por mantener a sus hijos en casa, en cuyo caso lo que podría suceder es que (con el apoyo psicopedagógico adecuado) ellos puedan fungir como terapeutas de sus hijos.

Aunque lo ideal en casos de niños dentro del espectro autista, es que ellos asistan a una escuela, ya sea de educación especial o de educación regular, dependiendo de sus potencialidades. Pues ellos pueden aprender de sus iguales y desarrollar patrones de conducta social y comunicación con apoyo psicopedagógico y, de ser posible, con un terapeuta o maestro sombra. Al mismo tiempo que al estar en casa los padres lleven a cabo un trabajo terapéutico o aprendan estrategias para facilitar la convivencia con sus hijos.

Por lo tanto, el trabajo en la escuela más el apoyo en casa, llevando a cabo terapia en su ambiente natural, con su familia y hermanos, nos da mayor probabilidad de obtener éxito en la rehabilitación de a persona autista. Sin dejar de lado que hasta ahora no existe una cura como tal para este trastorno.

Lo anterior es lo que dio origen a nuestra propuesta gestáltica de atención al autismo, una propuesta de tratamiento en casa, con los padres como terapeutas centrándonos en el ciclo de satisfacción de necesidades o ciclo de contacto y retirada. Para complementar la educación y rehabilitación que reciben en el contexto escolar.

5. UNA PROPUESTA GESTÁLTICA PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA DEL AUTISTA.

5.1. Objetivos del modelo de trabajo psicológico en Gestalt.

Creada por Fritz Perls, la psicoterapia Gestalt adopta el término *Gestalt* como la “Unidad definitiva de experiencias”. La experiencia de nosotros mismos es en gran parte física y, en consecuencia, depende de la percepción de nuestro cuerpo por esto son fundamentales los conceptos de necesidades corporales y de situaciones inconclusas. Al quedar satisfecha la necesidad del organismo, al dar y al tomar elementos del medio ambiente, la Gestalt se completa y la situación termina (Baumgardner, 1994).

Es importante insistir sobre el hecho de que para la psicología humanista, las necesidades del hombre no se limitan a las necesidades orgánicas, sino que incluyen las necesidades psicológicas y sociales (Ginger y Ginger, 1993).

Baumgardner (1994) dice que el objetivo de la psicoterapia es restaurar las partes perdidas de la personalidad y por medio de ella pueden recuperarse nuestra experiencia y nuestro funcionamiento rechazados. Es decir, que el ser humano identifique esos elementos de la personalidad que permanecen ocultos, fuera de su campo de sensaciones, y se dé cuenta cómo afectan su situación actual.

Por esa razón la terapia Gestalt tiene como objetivos particulares que la persona:

- 1) Desarrolle su capacidad de darse cuenta (Awareness, en inglés).
- 2) Expanda su auto-concepto y se dé cuenta de que puede hacerlo.
- 3) Aprenda o desarrolle habilidades.

Este enfoque lleva al darse cuenta y al enriquecimiento de sí mismo mediante el autoconocimiento y la aceptación de nuestras diversas partes alienadas y no aceptadas. No consiste en adaptar al individuo a la sociedad, sino en acompañarle a que encuentre una vida más plena y acorde con lo que él es y lo que puede llegar a ser (Martín, 2006).

5.2. Autismo desde la psicoterapia Gestalt.

Es importante mencionar que la terapia Gestalt fue desarrollada para llevar a cabo un trabajo clínico, es decir, con personas que no presentan necesidades educativas especiales, por esa razón no contamos con evidencia experimental de atención al autismo desde esta vertiente. Sin embargo, muchos de los conceptos centrales de esta teoría son muy útiles para entender lo que sucede con las personas dentro del espectro autista y plantear estrategias terapéuticas.

Uno de los conceptos que abordaremos en este trabajo es el del “*Ciclo de contacto y retirada*”, partiendo de la hipótesis de que el autismo puede entenderse como una interrupción en este ciclo, en diferentes fases, dependiendo de aquello con lo que pretende contactar el individuo.

Perls y, sobre todo muchos de sus seguidores, como Paul Goodman, Josep Zinker, Erving y Miriam Polster, etcétera, analizan en detalle el desenvolvimiento normal, ideal, del “ciclo de satisfacción de necesidades”, también llamado “ciclo de la autorregulación orgánica”, “ciclo de la experiencia”, “ciclo de contacto-retirada”, y de manera más elíptica, “ciclo de la Gestalt” (Ginger y Ginger, 1993).

El ciclo de contacto retirada o de satisfacción de necesidades es un enfoque dinámico que ayuda a comprender cómo una necesidad nace, se desarrolla, se realiza y luego desaparece del primer plano. Está compuesto por siete etapas sucesivas (Pierret, 2004)³

Cada autor subdivide a este ciclo de contacto en un cierto número de fases principales, cuyas divisiones pueden, por otro lado, prestarse a discusión (Ginger y Ginger, 1993), sin embargo todos se refieren al mismo concepto. A continuación exponemos el ciclo de contacto-retirada desde el punto de vista de diferentes autores para luego hacer una descripción general de cada fase.

Goodman (en Ginger y Ginger, 1993), desarrolla la descripción inicial del ciclo de contacto y retirada en cuatro fases principales:

³ Las primeras etapas de este ciclo las desarrolló Fritz Perls, J. Zinker y B. Warner le han dado forma cíclica y Mitchel Katzeff hizo la presentación más reciente.

- 1) El precontacto o surgimiento del deseo.
- 2) La toma de contacto (contacting).
- 3) El pleno contacto (final contact).
- 4) Poscontacto o retirada.

Los Polster (1973, en Ginger y Ginger, 1993) distinguen 7 etapas:

- 1) Surgimiento de la necesidad.
- 2) Expresión.
- 3) Lucha interna.
- 4) Definición.
- 5) Crisis.
- 6) Iluminación.
- 7) Reconocimiento.

Mientras que Zinker (1977, en Ginger y Ginger, 1993) menciona 6:

- 1) Sensación.
- 2) Toma de conciencia.
- 3) Movilización de la energía o excitación.
- 4) Acción.
- 5) Contacto.
- 6) Retirada.

Por otro lado, Michel Katzeff (1978, en Ginger y Ginger, 1993) distingue 7 etapas con una suplementaria: “la realización” (entre el contacto y la retirada). Ahora nosotros explicaremos, de manera general, las fases que componen este ciclo de contacto-retirada, también llamado ciclo de la experiencia:

1. Sensación: las sensaciones del organismo son internas y externas. Las internas son propioceptivas (partes del cuerpo), cinestésicas (movimiento), viscerales (hambre, saciedad, etcétera) y pensamientos o ideas. Por otro lado las sensaciones externas son las que nos proporcionan los sentidos

como el oído. Es el sentir aromas, sensaciones en la piel, sonidos, etc. (Castanedo, 2003).

2. Toma de conciencia: también denominada formación de la figura en el darse cuenta o emergencia de la figura del fondo. Tras desarrollarse, la sensación toma forma, se convierte en una Gestalt identificable por el intelecto. La toma de conciencia es, en cierto modo, el tiempo que transcurre entre la sensación y la satisfacción de la necesidad. Si la satisfacción es inmediata, no hay conciencia (Pierret, 2004)
3. Movilización de la energía o energetización: se manifiesta principalmente por una actividad muscular: me muevo, me levanto, camino, me cambio de sitio, me agito, “caliento el motor”, preparado para arrancar (Pierret, 2004).
4. Excitación: es la descarga de energía que permite manipular el medio para establecer el contacto (Castanedo, 2003).
5. Acción: es cuando la energía está movilizada para pasar a la acción o ponerse en marcha. Es decir, una “agresión” del latín *ad-gredere*, dirigirse-hacia el satisfactor de la necesidad con energía, atacar. Una acción siempre es agresiva (Pierret, 2004).
6. Contacto: es la fase en la que por fin puedo satisfacer mi necesidad. El contacto es la supresión de la distancia que me separaba del objeto de mi necesidad. El resultado inevitable del contacto es el cambio (Pierret, 2004). Por qué al satisfacer esa necesidad se dirige al cierre y da apertura a que surja una nueva necesidad. Según Miriam Polster (en Castanedo, 2003) este contacto puede ser de baja o alta intensidad.
7. Realización: propuesta por Michell Katzeff, esta etapa es el disfrute del contacto obtenido, aquí se da el placer de saborear, gozar, disfrutar el instante presente (Pierret, 2004).
8. Retirada: reposo o cierre, aquí lo que ha sido figura se cierra y pasa al fondo. Un nuevo ciclo se iniciará con una nueva sensación (Castanedo, 2003).

Castanedo (2003) afirma que todas estas fases no se dan únicamente en el lugar señalado, sino que pueden superponerse entre ellas o presentarse de manera simultánea con diferente intensidad.

De este modo podemos ver que el ciclo de contacto-retirada es bastante dinámico, sin embargo, este puede presentar interrupciones o resistencias que no permiten que se complete. Castanedo (2003) nos da un esquema de qué interrupciones se manifiestan entre las diferentes fases, sin embargo las resistencias no se dan única y exclusivamente en los lugares indicados, aunque en general esto es lo más común.

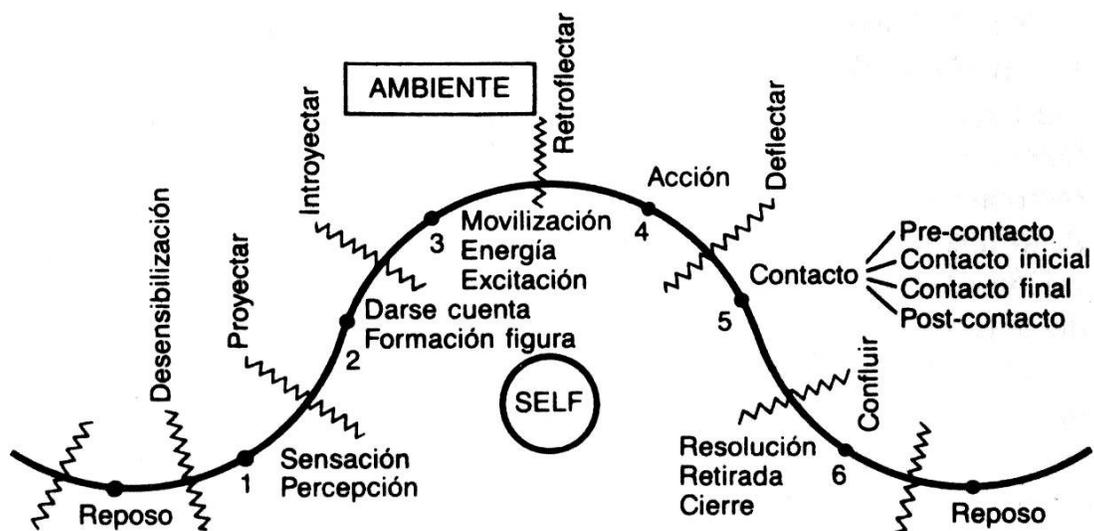


Figura 5. Representación gráfica del ciclo de experiencia con las interrupciones (resistencias) en los lugares más comunes (Castanedo, 2003).

Partiendo de esto, podemos considerar al autismo como una anomalía en el ciclo de contacto y retirada y esa es justamente la idea que da forma a nuestra propuesta, sin embargo, ahondaremos en ella más adelante.

5.2.1. El autismo como un modo de relación aislado.

El estudio de la manera en la cual una persona funciona en su medio es el estudio de lo que pasa en la frontera-contacto entre el individuo y su medio. Es en esta frontera-contacto donde se producen los eventos psicológicos. Nuestros

pensamientos, nuestras acciones, nuestro comportamiento, nuestras emociones, son nuestro modo de experiencia y de encuentro de estos acontecimientos fronterizos (Ginger y Ginger, 1993).

El ciclo de contacto-retirada en ocasiones se ve interrumpido por las denominadas resistencias. Y es ahí donde radican los comportamientos autísticos. Existen, de manera general ocho tipos de resistencias o modos de relación; estas son la introyección, proyección, confluencia, aislamiento, retroflexión, proflexión, deflexión y fijación.

La *introyección* es el mecanismo neurótico mediante el cual incorporamos dentro de nosotros mismos patrones, actitudes, modos de actuar y pensar que no son verdaderamente nuestros. El introyector invierte su energía en incorporar pasivamente lo que el medio le proporciona (Salama y Villarreal, 1992).

Salama y Villarreal (1992), explican que en la *proyección* el individuo no puede aceptar sus propios actos o sentimientos, porque “no debería” actuar o sentir así; ese “no debería” proviene de algún introyecto. Para resolver este dilema el sujeto no reconoce su culpa y la achaca a cualquiera, menos a sí mismo.

El *aislamiento* es el equivalente a lo que los Polster denominaban *neurosis*. La vivencia neurótica es autoreguladora. La estructura del contacto neurótico está caracterizada por un exceso de cautela, atención fija y con los músculos dispuestos a una reacción en particular, es decir, la neurosis es “una maniobra defensiva para protegerse a sí mismo de la amenaza de ser aplastado por un mundo avasallador” (Salama y Villarreal, 1992).

La *deflexión* es una maniobra tendiente a soslayar el contacto directo con otra persona, un medio de enfriar el contacto real (Polster y Polster, 1978 en Salama y Villarreal, 1992).

Por lo tanto, en el ciclo de contacto y retirada podemos observar interrupciones de tipo aislado predominantemente, sin embargo, también observamos fijación,

incluso la deflexión, las cuales abordaremos más adelante cuando analicemos el ciclo de contacto y retirada de la persona autista.

5.3. La persona autista y su ciclo de contacto.

Ahora podemos ver que los trastornos del espectro autista son muy complejos, cada caso se presenta con sus propias características y nunca hay dos casos iguales. Aunque se ha investigado mucho al respecto, aun no se conoce el mecanismo exacto que da origen al autismo, sin embargo, se han visto un gran número de factores implicados en la presencia de este trastorno. Se habla de factores biológicos, psicológicos y sociales, que pudieran estar interactuando para propiciar la manifestación del trastorno autista.

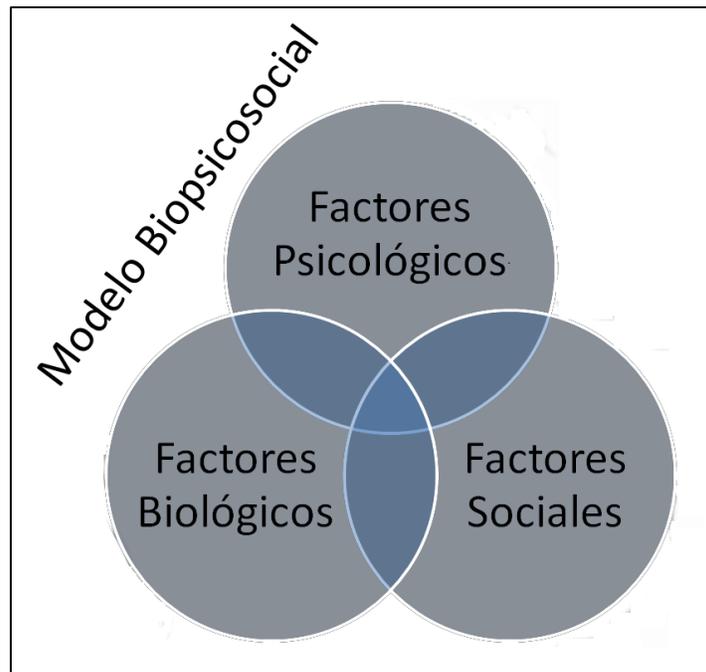


Figura 6. Composición del modelo biopsicosocial de Bishop (1977 en León, 2004), cuyos factores pueden explicar el origen del autismo.

El modelo biopsicosocial se basa en la idea de que el ser humano se compone de tres grandes dimensiones que se relacionan, cuya interacción es el principal determinante de la salud y la enfermedad (Bishop, 1994 en León, 2004). Somos biológicos debido a que somos cuerpo, órganos, células y tejidos en funcionamiento; todo lo que somos no podría existir sin un cuerpo físico que da

origen a lo demás. Al mismo tiempo tenemos elementos de tipo psicológico, ya que tenemos procesos psicológicos de todo tipo, generamos ideas, pensamientos, memorizamos experiencias y somos capaces de llevar a cabo nuevos aprendizajes. También tenemos elementos de tipo social que nos son dados desde la propia evolución de la humanidad. El ser humano vive en sociedad y necesita de ella para sobrevivir, día a día requiere el contacto con otras personas para satisfacer sus necesidades.

La interacción de estas tres dimensiones da como resultado que al tener un sistema nervioso, que son órganos y tejidos; la persona sea capaz de percibir y generar nuevos aprendizajes para procurar su subsistencia. Al mismo tiempo que nos permite desarrollar un lenguaje para facilitar las interacciones sociales y cumplir el principal objetivo del ser humano, que es satisfacer las propias necesidades.

El autismo al ser una condición que sólo ha sido observada en el ser humano, se vuelve un fenómeno muy complejo debido a la propia naturaleza humana. Probablemente este trastorno se produzca por un desajuste en una de estas áreas o en la interacción de las tres dimensiones de la persona. Muchas veces el autismo se encuentra asociado a otras condiciones de tipo biológico, como la discapacidad intelectual, epilepsia, etc., lo que podría indicar que su origen se encuentra en ese nivel; sin embargo, su explicación va más allá de la dimensión biológica del individuo.

En este trabajo consideramos que podrían ser factores de diferente tipo (biológico, psicológico y social) los que ocasionan el autismo, pero siempre hay un tipo de factor predominante y ese predominio va a determinar la *severidad*⁴ del trastorno del espectro autista que presenta cada persona.

Supongamos que una persona autista tenga un problema severo a nivel biológico, una deficiencia hormonal, mal funcionamiento de las neuronas espejo o daño en el

⁴ Severidad se refiere a las características que presenta el usuario autista identificadas mediante una escala estandarizada, para ubicarlo en un punto dentro del espectro autista.

sistema nervioso debido a una infección. Este daño le traerá dificultades al momento de aprender o desarrollar nuevas habilidades como el habla o la marcha y estas anomalías de desarrollo pueden limitar su inserción en la vida social. Cada caso es diferente y las características que éste presente van a ser de vital importancia para desarrollar planes y programas.

En el siguiente esquema (figura 7) mostramos el “espectro autista”, dentro del cual se puede ubicar cada caso de autismo, en función de su severidad. Al mismo tiempo, vemos que este nivel de severidad nos sirve para identificar el tipo de factor predominante en su etiología.

Es decir, cualquier persona con autismo estará inmersa en la triada biopsicosocial, pero será uno de estos factores el de más peso para que se presente el trastorno y debemos tener esto en cuenta a la hora de tratar a una persona autista. No sólo se trata de darle explicación a la etiología del trastorno, sino de conocer el factor predominante en el caso, lo cual ayudará a establecer mejores estrategias terapéuticas.

De este modo, podría decirse que un caso de autismo severo tiene en su origen un factor predominante de tipo biológico, aunque también se verá afectado por los otros dos tipos de factores. Entonces, la parte biológica (el cuerpo) presentará ciertas limitaciones a la hora de trabajar terapéuticamente con el usuario, pero en estos casos el terapeuta no debe ir hacia la parte social sin haber comenzado por los rasgos de tipo psicológico, a la par del trabajo médico que atenderá las características biológicas.

En casos de este tipo, la persona autista estará en el nivel más básico de desarrollo. Su cuerpo le permite tener sensaciones y funciones dirigidas a la satisfacción de sus necesidades más inmediatas como respirar, sin la probabilidad de desarrollar lenguaje.

Por el contrario, podría haber un caso de autismo “ligero” -como el autismo de alto funcionamiento o el trastorno de Asperger-, en el que hay mayor participación de los factores sociales, por lo que el trabajo terapéutico se inclinará más hacia esos

elementos y planteará modificaciones a ese nivel. Hay que enfatizar que la predominancia de un tipo de factores no excluye al resto, ya que siempre debemos pensar en el ser humano como una unidad biopsicosocial, con interacciones entre los factores.

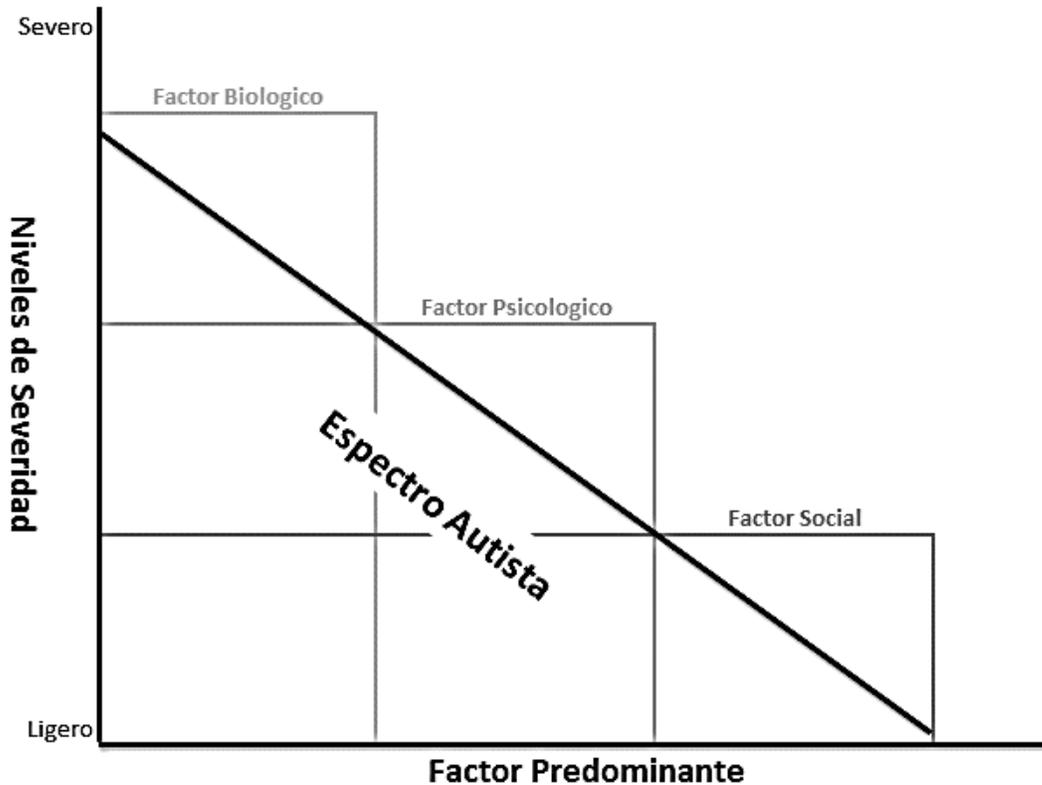


Figura 7. Nivel de severidad en cada caso de trastorno del espectro autista de acuerdo al tipo de factor predominante.

5.4. El autismo desde la perspectiva Gestáltica.

Ahora podemos regresar a la explicación del autismo desde el punto de vista de la terapia Gestalt. Cuando el ciclo de contacto y retirada se desarrolla de manera normal va desde la sensación, al contacto pleno y termina en la retirada.

Sin embargo, en el autismo el ciclo de contacto y retirada presenta ciertas interrupciones o interferencias, nosotros identificamos de manera general dos tipos de interrupciones y éstas van a variar en función del tipo de autismo.

1. Cuando la persona autista no establece el contacto con otras personas (en ocasiones ni siquiera establece contacto ojo-ojo) el ciclo se interrumpe durante la fase de *acción* o en la fase de *pre-contacto* y el ciclo no se completa debido a un modo de relación *aislado* o por *deflexión*.
2. En el caso de las actividades estereotipadas como la autoestimulación o la fascinación por objetos giratorios, en las que la persona autista puede pasar horas realizando la misma actividad, el ciclo se corta antes de la fase de retirada, reposo o cierre. Aquí ellos establecen contacto con los objetos y satisfacen la necesidad emergente pero no dan cierre, por lo que se quedan en un modo de relación *fijado*⁵ con cierta actividad u objeto.

En cualquier caso de autismo están presentes ambos tipos de interrupciones en su ciclo de contacto, pero las estrategias o técnicas aplicables van a cambiar de acuerdo a la severidad y el tipo de factores predominantes, analizaremos y describiremos con el estudio de caso que fue objeto de esta Tesis.

5.5. El modo de relación aislado.

Según Polster y Polster (1978 en Salama y Villareal, 1992) el humano que puede vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin ser tragado completamente por ella y sin retirarse completamente de ella, es el humano bien integrado. Él que se autoabastece porque entiende la relación existente entre él mismo y su sociedad, tal como las partes del cuerpo entienden instintivamente su relación al cuerpo como un todo. Es el humano que reconoce el límite de contacto entre sí y su sociedad, que le da al César lo que es del César y se deja para sí lo que es propio. El objetivo de la psicoterapia Gestalt es precisamente crear este tipo de personas.

Algo que difícilmente se logra con las personas autistas pues tienen problemas para completar sus ciclos de contacto y retirada y viven en constante aislamiento. Para la Gestalt, el modo de relación aislado es cuando la frontera del ser se hace

⁵ El modo de relación fijado, según la Gestalt, es aquel en el que la energía movilizada se queda dentro de la frontera del ser y no sale. Lo que no le permite a la persona salir del contacto establecido.

muy gruesa y no permite que salga ni entre energía. No hay intercambio con el exterior.

Lo que nos interesa a nosotros como psicólogas y psicólogos es conocer qué mecanismo es el que lleva a las personas autistas a vivir en aislamiento, pero más aún, qué estrategias podemos emplear para ayudarles a salir del mismo y completar sus ciclos.

5.5. Técnicas gestálticas aplicables al autismo como modo de relación aislado.

Dentro de la terapia Gestalt existen técnicas terapéuticas que pueden dividirse en dos grandes áreas: una, es dejar de hacer lo que sea necesario, para descubrir la experiencia que se oculta detrás de una determinada actividad y la otra es reunir la energía suficiente para hacer frente al contenido del darse cuenta del paciente, ya sea intensificando la atención o exagerando la acción deliberadamente. Se les conoce respectivamente como técnicas supresivas, expresivas e integrativas (Salama y Villareal, 1992).

De manera general podemos hablar de dos extremos en el trastorno autista y en cada caso podremos centrarnos en tipos distintos de estrategias terapéuticas. Es decir, de acuerdo al lugar que ocupa la persona dentro del espectro autista nos centraremos en diferentes objetivos.

En el **nivel severo**, en el que predominan los factores biológicos, la labor se centra en *sensibilización*, para promover que la persona establezca contacto con el mundo exterior. En ese caso convendría usar técnicas supresivas y pasar paulatinamente a las técnicas expresivas.

El primer requisito para vivenciar lo que en potencia se podría experimentar es dejar de hacer algo más, para aprender que no podemos evitar experimentar. La persona autista necesita aprender abrirse y percibir el aquí y ahora.

Salama y Villareal (1992) dicen que el enfoque gestáltico lleva a buscar el experimentar, no a través de la estimulación, sino de la *sensibilización*. Esto es a

un nivel muy básico, es trabajar con los sentidos para que la persona identifique sensaciones internas y externas. Esto es algo que es posible trabajar con una persona severamente autista, pero debemos poner mucha atención en la graduación de los experimentos que les presentemos, pues muchas veces ellos muestran intolerancia a ciertas sensaciones.

Se pueden trabajar sensaciones de tipo táctil mediante el uso de diferentes texturas, o trabajar con estímulos auditivos y observar sus reacciones. Luego de haber trabajado estos dos sentidos ya podríamos pasar a estímulos visuales, olfativos y/o gustativos.

Por otro lado, en las técnicas expresivas se busca que la persona exprese todo lo que hasta ese momento no había podido. En el caso de una persona autista, sería de gran utilidad que logre la expresión de sus propias necesidades, no necesariamente mediante el lenguaje. Se busca que la persona sienta e identifique sus necesidades para poder expresarlas, de la forma en que su cuerpo se lo permita.

Por otro lado, si se trata de autismo a **nivel ligero**, hay un predominio de los factores sociales, así que podremos trabajar en el primer objetivo de la terapia Gestalt, el darse cuenta. En casos como éste se podrían emplear los tres tipos de técnicas. Este tipo de usuarios pueden ir de la sensación a la expresión para integrar sus sensaciones en el ciclo de contacto y retirada y de este modo lograr el *darse cuenta*. Salama y Villareal (1992) dicen que toda técnica de supresión o expresión es integrativa ya que lleva a cumplir ese objetivo.

Martín (2006) dice que “el darse cuenta” es la capacidad que tiene todo ser humano para percibir lo está sucediendo dentro de sí mismo y en el mundo que le rodea. Es la capacidad de comprender y entender aspectos de sí mismo, y situaciones o cualquier otra circunstancia o acontecimiento que se produzca en su mundo. Dentro de la experiencia se pueden distinguir tres tipos de darse cuenta:

- a) *Darse cuenta de sí mismo o del mundo interior*: comprende todos aquellos acontecimientos, sensaciones, sentimientos y emociones que suceden en el mundo interior, en el propio cuerpo.
- b) *Darse cuenta del mundo exterior*: se relaciona con todo lo que percibimos a través de nuestros sentidos y que proviene del mundo exterior, es decir, es el contacto que mantengo en cada momento con los objetos y los acontecimientos del mundo que me rodea. Me permite darme cuenta de lo que está fuera y de lo que ocurre más allá de mi piel.
- c) *Darse cuenta de la zona intermedia o zona de la fantasía*⁶: Todo este adivinar, pensar e imaginar ocurre en el presente, en el aquí y el ahora. Cuando toda esta actividad mental tiene como función evitarnos vivir el presente, se convierte en una actividad neurótica que nos aleja del mundo real. La capacidad de darse cuenta y estar alerta a lo que sucede en cada momento nos mantiene en contacto con nuestra existencia y nos permite ir integrando partes de nosotros mismos.

Hay muchos ejercicios destinados a tomar contacto con nosotros mismos o el darnos cuenta, como el encuentro intrapersonal o la asimilación de proyecciones.

Pasaremos a la revisión del caso de autismo que fue motivo de nuestro estudio, profundizaremos en la vida de nuestro paciente y la propia experiencia de su familia. Así revisaremos la forma general de sus ciclos de contacto y retirada y las interrupciones que presentó.

⁶ Según Martín (2006) la zona intermedia incluye toda la actividad mental que va más allá de lo que sucede en el presente. La zona de la fantasía abarca el pasado y el futuro, y comprende las actividades relacionadas con el pensar, adivinar, imaginar, planificar, recordar el pasado o predecir y anticipar el futuro.

6. Un caso de autismo desde la perspectiva Gestáltica.

6.1. Vivencia de la familia de una persona con autismo.

Realizamos nuestro trabajo de observación con una niña de 6 años que acude a la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), por cuestiones de privacidad la llamaremos JA. Cuando ella ingresó al servicio llegó con el diagnóstico de retraso psicomotor y problemas de lenguaje, ya ahí fue evaluada y se determinó que estaba dentro del espectro autista.

JA proviene de una familia de nivel socioeconómico medio-bajo y es la menor de dos hermanas (su hermanita tiene 8 años). Vive con sus padres, su papá se dedica al comercio mientras que su madre es ama de casa y es ella quien se dedica al cuidado de ambas niñas.

La concepción de la pequeña JA fue planeada y desde las primeras semanas se mantuvo el control médico pertinente. Además de que llevó control de sus vacunas y todo parecía estar normal. La gestación duró los 9 meses. La mamá no tuvo complicaciones, aunque no sintió dolores de parto y la niña tenía doble circular del cordón umbilical en el cuello. Al término del embarazo la señora acudió al seguro social para ser atendida pero al no recibir respuesta y tras haber pasado mucho tiempo, optó por una clínica particular donde le practicaron una cesárea. Al nacer JA, pesó 3.200 kg. y midió 52 cm. La madre describe que el color de su piel era “normal”, ella sí lloró al nacer. La calificación APGAR que obtuvo fue de 8.9, y en la prueba del tamiz salió todo normal.

JA fue amamantada su primer año y mantuvo una alimentación adecuada de acuerdo a su edad y desarrollo, aunque desde entonces ha sido difícil que gane peso pues se enferma constantemente de gripe y otras enfermedades respiratorias, además tiene hábitos alimenticios restringidos.

La madre de JA dice que a la edad de 8 meses empezó a notar que había algo “raro” en su hija, pues comparaba el desarrollo de la niña con el de otros bebés de la edad y veía grandes diferencias. Al año de edad JA no se sentaba sola, todo el

tiempo tenía sus manos cerradas a la altura del pecho. Durante ese periodo ella empezó a tomar terapia en el IMSS y logró dominar sus movimientos, controlar su cabeza, soltar las manos, inició el proceso de “gateo” y a los 4 años inició la marcha. Antes de eso la llevaban en carriola a todos lados, incluso cuando estaba grande, pues era el único recurso del que disponía la familia.

Los análisis médicos indicaron que no tenía impedimento físico para desarrollar la marcha, solo le hacía falta desarrollar tono muscular, algo que se logró mediante estimulación temprana, pero la niña seguía rezagándose en otras áreas de desarrollo, principalmente el lenguaje, esquema corporal, conductas de autocuidado y control de esfínteres. JA se ve en el espejo y no identifica su propio reflejo, además de que no identifica las partes de su cuerpo. Todo lo referente a comer, bañarse, vestirse, lavarse los dientes y peinarse, lo hace solamente instigada por su mamá, pero hay ocasiones en que la madre tiene que hacer las cosas por ella.

A la edad de 6 años JA sigue usando pañal. Se encuentra en proceso de control de esfínteres y su madre es quien se encarga de este proceso, lleva a cabo un proceso de horarios en casa tratando de que JA identifique las sensaciones que acompañan el defecar u orinar y lo asocie a la actividad de “ir al baño”. Aunque ella se mantiene pasiva y no participa de la actividad, parece no darse cuenta de lo que sucede. Por otro lado, JA no ha desarrollado la noción de peligro, a diario presenta conductas de riesgo como golpear los cristales de las ventanas, dejarse caer de los sillones y jalar la TV; por lo que su casa está acondicionada para evitar que se lesione y los objetos están dispuestos de modo que se reduzca el riesgo.

En cuanto al lenguaje, ella emite muchos sonidos vocales: a, o y e. Antes decía papá, mamá o nene, pero ha perdido esta habilidad. Esta conducta vocal inició, unos meses atrás. Una conducta muy recurrente es la de tararear sonidos siguiendo ritmos y tonos, formando melodías. Durante las sesiones de trabajo tararea de manera constante lu-lu-lu-lu y ti-ti-ti... ti-ti-ti, haciendo cada silaba en diferente tono y de manera muy afinada, distingue diferentes tonos y los emite.

La única forma en que comunica sus necesidades a su mamá es, con gemidos; por ejemplo, cuando quiere agua, emite un sonido de ah-ah, ella interpreta los gemidos o gritos que JA produce y puede saber qué es lo que desea, ya que usa diferentes tonos o “sílabas”. JA lleva a cabo esta especie de comunicación, principalmente con su mamá y sus familiares más cercanos. Dice la mamá que la pequeña ha desarrollado especial apego con su tío, dice que es a quien más llama, mediante gritos o movimientos de sus brazos. La señora Elena estimula el desarrollo del lenguaje de la niña hablándole y cantándole, ya que ella sigue los ritmos y esa es la indicación que le dieron en el CAM al que JA acude.

Al nacer JA, la dinámica familiar cambió pues se limitaban más a la hora de salir debido a que ella inició la marcha de manera tardía y cuando ya era más grande era difícil la movilidad. Antes no reconocía a sus padres, pero parece que ahora identifica a todos los miembros de su familia, es decir, a las personas con las que más convive. Cuando sale no identifica a las personas ajenas a su familia cercana. Aunque al principio el padre de la niña tenía poca relación con ella, esto ha ido cambiando a medida que él se ha sensibilizado a la condición de JA y la ha ido aceptando.

En cuanto a la socialización en la escuela, la maestra del grupo comenta que al principio no se relacionaba con nadie, “estaba ella en su mundo”, siempre jugaba sola, hasta hace poco que empezó a tener interacciones sociales con sus compañeros y actualmente realiza algunos juegos en grupo, principalmente con la pelota. Tiene especial fascinación por los objetos redondos o giratorios.

Desde que descubren que ella no podía hacer cosas propias de la edad, fue diagnosticada con retraso psicomotor y la mamá pasó por una especie de duelo, ella se sentía desilusionada y se la pasaba llorando, por tener una niña especial y además porque no sabía qué hacer, a quien acudir y cómo ayudarla. En cuanto empezaron a notar diferencias, lo primero que hicieron fue ir con el que era su pediatra en ese momento, él les dijo que sí tenía un problema, pero que no podía hacer nada y que si tenían seguro social mejor fueran a su clínica a solicitar la atención.

Posteriormente la niña ingresó a una clínica del IMSS, donde llevó a cabo rehabilitación y terapias de estimulación sensorio-motriz, la madre expresa que sí le ayudaron a desarrollar estas áreas, durante un tiempo hasta que en una salida familiar JA abrió el seguro de la carriola y se bajó a caminar. Sin embargo fue dada de alta cuando esto pasó. Por lo que su rehabilitación se limitó a su estancia en el CAM 16.

En la clínica del seguro social el diagnóstico que le han hecho a la pequeña ha sido de retraso psicomotor y problemas de lenguaje, como una deficiencia intelectual y no fisiológica pues los estudios como el electroencefalograma han mostrado que físicamente su sistema nervioso se encuentra normal, además no toma medicamentos, no tiene convulsiones y relativamente está sana.

JA tiene conductas de autoestimulación, como aletear, lamerse las manos, pellizcárselas y mordérselas. También conductas problemáticas como aventar cualquier objeto a lo que reacciona gritando y riendo; hace berrinches cuando se interrumpe su conducta estereotipada, pateo y muerde.

Antes de los 3 años JA ingresó al CAM 16, ya lleva 3 años en preescolar y está en un grupo con niños que presentan diferentes condiciones y necesidades especiales. Por lo que la atención que ella recibe ahí no atiende las necesidades específicas de su trastorno. La profesora pretende que ella logre aprendizajes de lectoescritura cuando aún no ha desarrollado las habilidades básicas para llegar a esta actividad, esporádicamente tiene sesiones con la logopeda de la institución por lo que no ha logrado avances significativos en esta área.

Recientemente JA ha sido atendida por un neuropediatra que dio un diagnóstico de retraso psicomotor, debido a falta de madurez cerebral, con rasgos de autismo. Por lo que prescribió un medicamento que ayuda llevar oxígeno a las células cerebrales y así estimular al desarrollo del sistema nervioso. Es evidente que a la par de su tratamiento médico ella necesita atención especializada para su rehabilitación y debido a las características socioeconómicas de su familia, lo más recomendable es una terapia en casa, pues las evaluaciones psicológicas

demonstraron que ella presenta autismo a un nivel moderado y un rezago del desarrollo bastante severo.

6.2. Propuesta de trabajo.

Basamos nuestra propuesta de trabajo en el caso de JA, ya que pudimos observar cómo es su ciclo de contacto y qué clase de interrupciones presenta. Describiremos las particularidades del caso al mismo tiempo que estableceremos las fases de nuestro modelo de trabajo.

Fase 1: Evaluación y diagnóstico.

Se debe comenzar con la evaluación para conocer los rasgos del espectro autista que presenta nuestro paciente, así como sus áreas de oportunidad, para conocer el nivel de severidad y el tipo de factores predominantes.

En el caso de JA las conductas observadas en el ISED fueron mínimas, alcanzando su mayor porcentaje en Psicomotricidad, con un 32.3%. Mientras que las áreas subsecuentes se mantuvieron por debajo del 20%. Cabe destacar que el área de sexualidad se mantuvo en un porcentaje nulo, pues no se observaron conductas en esta área.

En cuanto a las evaluaciones específicas para identificar trastornos del espectro autista observamos que el resultado total obtenido en el FOSPAC-R, fue 22 lo que significa JA presenta autismo, ya que ese puntaje se encuentra sobre el 19.03 que marca la escala para determinar si un niño es autista o no. Este resultado se vio confirmado con el arrojado por la escala CARS ya que dio un puntaje total de 33.5, lo que ubica a la niña como moderadamente autista.

Categorías	Puntuación por área
Interacción con la gente	2.5
Imitación	3
Respuesta emocional	2.5
Uso del cuerpo	2.5
Relación con los objetos	2
Adaptación a los cambios	3
Respuesta visual	2
Respuesta auditiva	1
Grado y nivel de respuesta al tacto, gusto y olfato	2
Miedo o nerviosismo	2.5
Comunicación verbal	4
Comunicación no verbal	2
Nivel de actividad	2.5
Nivel y consistencia de la respuesta intelectual	2
Total	33.5

Figura 8. Puntuación de JA en cada categoría de la escala CARS y total obtenido.

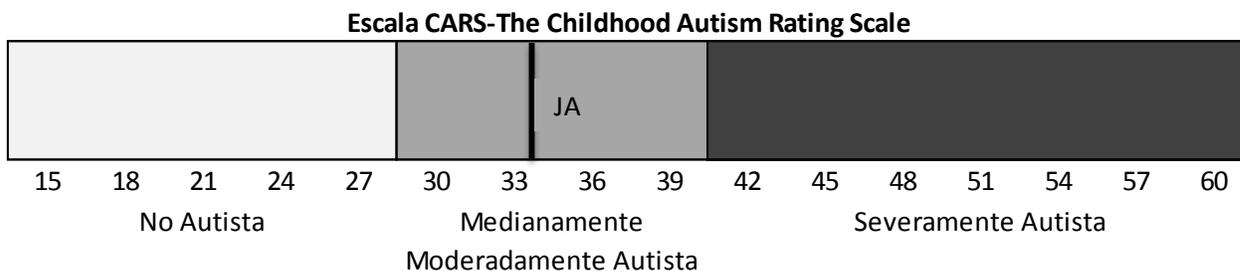


Figura 9. Escala de clasificación de niveles de autismo según la escala CARS que ubica a JA como moderadamente autista.

De acuerdo a esos datos, podemos ubicar a JA dentro del espectro en un nivel moderado, donde identificamos que los factores predominantes son de tipo psicológico, con tendencia a los biológicos, por lo que las técnicas a emplear fueron enfocadas a la sensibilización.

Fase 2: Identificación de las fases del ciclo de contacto y retirada así como sus interrupciones.

En JA identificamos dos tipos de interrupciones en su ciclo de contacto y retirada: uno fue en el contacto con otras personas y la otra fue en el contacto con objetos giratorios y/o objetos que emitían algún sonido o música.

1. Contacto con otras personas.

En estos casos JA difícilmente establecía contacto con otras personas y casi nunca hacia contacto ojo-ojo con ellas. Si recibía algún estímulo de alguien más como hablarle, tocarle el brazo u ofrecerle algún objeto no hacia contacto con la persona, en lugar de eso se centraba en algún objeto o buscaba percibir de nuevo la sensación que había experimentado. En la figura 10, mostramos cómo se daba su ciclo de contacto con otras personas y cuáles eran las interrupciones que no permitían que se cerrara.



Figura 10. Esquema del ciclo de contacto y retirada de JA con otras personas y sus interrupciones.

Las interrupciones en este ciclo se dan con aislamiento o deflexión antes de la fase de contacto, por lo que éste no se concretó. En el caso del *aislamiento*, después de sentir el toque en su brazo o escuchar la voz humana JA buscaba y veía el lugar de donde provenía la sensación pero luego de eso se retiraba y

volvía a su estado de aislamiento, sin establecer ningún tipo de contacto con la otra persona.

Por otro lado, la interrupción por *deflexión* se presentaba cuando JA después de la movilización en lugar de establecer contacto con la persona que la tocaba en el brazo o le hablaba, se retiraba a jugar con algún objeto cercano o buscaba experimentar la sensación de nuevo, gritando o tocando sus brazos; por esa razón no llegaba al contacto pleno con la otra persona.

2. Contacto con objetos giratorios y/o musicales.

JA tenía especial predilección por los objetos giratorios o juguetes que emitían algún sonido o música, con ellos establecía contacto, los tocaba, manipulaba, incluso jugaba con ellos para verlos girar o que emitieran los sonidos.



Figura 11. Esquema del ciclo de contacto y retirada de JA con juguetes giratorios y sus interrupciones.

En la figura 11 observamos que el ciclo de contacto de JA con juguetes giratorios se ve interrumpido, antes de la retirada, mediante fijación. Una vez que ella comenzaba a jugar con esos juguetes difícilmente dejaba esa actividad, podía

pasar toda la sesión manipulándolo, por lo que no completaba el ciclo. Pasaba algo muy similar cuando jugaba con objetos musicales, una vez que comenzaba la actividad no podía terminarla y cerrar el ciclo, permanecía fija (figura 12).



Figura 12. Esquema del ciclo de contacto y retirada de JA con juguetes musicales y sus interrupciones.

Fase 3: Identificación del modo de relación predominante para determinar posibles estrategias terapéuticas a utilizar. Debemos basarnos en las áreas de oportunidad que nos muestra el usuario.

En el caso de JA identificamos como modo de relación predominante el aislado, aunque en ocasiones éste se veía acompañado de fijación. La fijación que ella presentaba hacia los juguetes musicales nos permitió idear una estrategia para que ella estableciera contacto ojo-ojo con su terapeuta, y de este modo promover su salida del aislamiento.

Fase 4: Determinación de los objetivos y las técnicas útiles de acuerdo a las particularidades de nuestro caso.

Nuestro principal objetivo fue que JA estableciera contacto efectivo con las personas, que se comunicara de un modo u otro y éste a su vez se dividió en pequeños objetivos tales como:

- Que JA establezca contacto ojo-ojo con las personas.
- Que manifieste sus necesidades mediante sonidos o señas.
- Disminuir las conductas de autoestimulación.

Fase 5: Programa a seguir, de acuerdo a los objetivos.

JA es un caso de autismo moderado con tendencia a severo, con una gran influencia de factores de tipo biológico y psicológico. Por lo que las técnicas que se emplearon se basan en la sensibilización. Utilizamos los sentidos y diversos estímulos para desarrollar habilidades de comunicación o contacto, disminuyendo el modo aislado y/o la fijación.

El trabajo, a grandes rasgos, consistió en condicionar el uso del juguete musical al contacto ocular con el terapeuta. Cada vez que ella miraba a los ojos al terapeuta éste le daba acceso al juguete musical durante 3 minutos y luego lo retiraba para esperar que ella estableciera contacto nuevamente y al mismo tiempo disminuir su fijación hacia ese juguete.

Otra de las funciones dentro del programa fue la restricción de los manierismos o conductas de autoestimulación. Suprimiendo éstas mediante obstrucción física. Además se trabajaron patrones de comunicación alternativos al lenguaje, identificando sonidos, gestos y movimientos asociados con necesidades o emociones.

Fase 6: Registro de avances y ajustes.

Con JA no pudimos pasar a otra fase del programa ya que los avances que ella tuvo en el establecimiento de contacto fueron muy bajos en el periodo que trabajamos con ella, sin embargo vimos que extendiendo un poco más el tiempo con este programa JA puede avanzar en el desarrollo de habilidades más

complejas y probablemente pueda aprender a comunicarse mediante un sistema alternativo ya predeterminado.

6.2.1. Enseñar a la familia del usuario autista a comunicarse con él (ella).

Uno de los elementos clave en la intervención psicológica es capacitar a la familia en el establecimiento de patrones de comunicación con la persona autista. Muchas veces esto se logrará basándonos en mecanismos de comunicación alternativos al lenguaje, porque regularmente los autistas severos no llegan a desarrollarlo y esto no debería representar una limitante. El método a seguir podría ser a partir de:

- a) Identificación de emociones a partir de la expresión corporal contextualizada: tristeza, alegría, enojo, miedo y afecto.

JA no posee lenguaje, emite algunos sonidos monosilábicos o “lalea” pero no utiliza palabras. Sin embargo, ella emite sonidos vocales, gestos o señala con las manos ciertos elementos del ambiente. Su madre ha aprendido a identificar su estado de ánimo en función del tipo de sonido que emite, por ejemplo, una especie de llanto cuando está triste por qué no puede acceder a algo. O expresa enojo o ira cuando se le priva de alguna actividad que realiza de manera repetitiva, mediante gritos, gestos y pellizcos. En ocasiones JA vocalizaba con sonidos monosilábicos, como en una especie de canto y una sonrisa en el rostro cuando podía jugar o realizar la actividad que deseaba (por ejemplo, cuando se le daba acceso a los juguetes musicales).

- b) Identificación de necesidades a partir de las emociones identificadas.

Las emociones que se veían relacionadas con necesidades no satisfechas eran la tristeza e ira. JA manifestaba su necesidad de ir al sanitario con tristeza y llanto; sus ganas de comer eran evidentes cuando señalaba el alimento y gritaba, sin gesto agresivo.

- c) Comunicación: contacto y retiro en la satisfacción de tales necesidades teniendo en cuenta el modo de relación y las interrupciones en el ciclo de contacto y retirada.

El tipo de comunicación que establecimos con JA en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, fue dirigida a “reforzar” cualquier intento de “comunicación” que ella mostrara. Cuando pedía alimento se le brindaba, mediante reforzamiento positivo de esa conducta y se daba concluida la actividad cuando ella terminaba el alimento en cuestión (usamos bolitas de cereal sabor chocolate). Así promovimos el contacto con otras personas, ayudándole a abrir su frontera de contacto.

Por otro lado, su madre trabajó con ella sus hábitos de orinar y defecar en el sanitario para lograr el control de esfínteres, mediante un programa simple de horarios, JA usaba pañal la mayoría del tiempo, pero tenía horarios para ir al sanitario, la actividad era simple, la madre llevaba a JA al baño en intervalos de tiempo constante o cuando ella manifestaba su necesidad mediante gritos; primero fue cada 30 minutos, para luego ir espaciando esta actividad cada hora, cada 2, hasta que la niña aprendiera el mecanismo que le permitía satisfacer su necesidad de ir al baño a orinar o defecar.

- d) Capacitar a los padres en la identificación de la expresión emocional de necesidades del usuario siguiendo las fases del ciclo de contacto y retirada (que no es incompatible con otros procedimientos terapéuticos).

JA no era capaz de satisfacer ninguna de sus necesidades por sí sola, ella requería del apoyo de su madre, quien la cuidaba la mayor parte del día. La madre aprendió a identificar las señales, gestos y sonidos que JA mostraba al movilizar la energía para establecer el contacto que la llevaba al satisfactor de esa necesidad, aunque ella no podía llegar a este contacto, sin embargo, para lograrlo la madre era el facilitador que le brindaba un ambiente más organizado que le facilitaba el establecimiento de contacto. Uno de los medios que ayudaron a esto fueron los horarios y rutinas que se establecieron.

6.2.2. ¿Qué se espera obtener al trabajar con la familia más que con el usuario autista?

Tomando en cuenta el esquema de trabajo que manejan en los CAM, es evidente que no estaban atendiendo las particularidades del caso de JA, ni siquiera habían identificado que ella se encuentra dentro del espectro autista. Y la educación especial en México en centros especializados es muy cara y pocas familias pueden acceder a estos servicios.

Por eso consideramos importante el trabajo terapéutico en casa para que los padres se sensibilicen y reciban las bases psicopedagógicas necesarias para fungir como terapeutas de sus hijos, este tipo de intervención puede ser más efectiva por razones como: 1) implicar menores costos, ya que se trata solo de una asesoría, por lo tanto, resulta más económico que pagar los servicios de una institución privada o un terapeuta particular; 2) trabajo en su ambiente natural que nos da mayor probabilidad de obtener resultados exitosos y la madre (o cuidador) desarrollará las habilidades necesarias para atender y convivir con las necesidades especiales de su hijo.

Si la familia conoce más sobre la persona autista y aprende técnicas para comunicarse con él aunque éste no desarrolle el lenguaje, su vida familiar será menos complicada y tendrán una mejor disposición para trabajar terapéuticamente con él o ella. En escuelas especializadas, como Domus Instituto de Autismo, utilizan programas de comunicación alternativa como el TEACCH o PECS con niños y jóvenes autistas que aprenden así a comunicarse con sus familias y otras personas, de este modo la falta de lenguaje deja de ser un obstáculo.

En aspectos como la alimentación o el control de esfínteres es muy importante la participación de la familia, en especial de la madre o el cuidador del niño con autismo. Ya que son actividades que deberá desempeñar a lo largo del día y se espera que de algún modo aprenda a hacerlas de manera independiente con el paso del tiempo. Lo mejor para desarrollar habilidades de comunicación para uso del sanitario y para comer es que en casa se establezca una rutina y que la madre

sea quien supervise y se encargue de esta actividad, esto nos brinda mejores resultados y un mayor progreso en menos tiempo que si se trabajara solo en la escuela o en el contexto terapéutico. Siguiendo un horario y usando imágenes niños como JA serán capaces de pedir comida, agua o solicitar ir al sanitario, lo cual dará oportunidad de una mejor calidad de vida a cada miembro de la familia.

CONCLUSIONES.

La revisión teórica que llevamos a cabo durante la elaboración de este trabajo nos permitió conocer la complejidad del trastorno del espectro autista. Independientemente del nombre o clasificación que le otorgue la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), podemos identificar cuáles son los rasgos que definen esta condición, dentro de los cuales destaca la conducta de aislamiento social junto a los problemas de comunicación y lenguaje. Esta tesis nos llevó a las conclusiones que enumeramos a continuación:

1. El autismo debe verse como un espectro o gradiente porque abarca una diversa gama de características, que aunque se encuentren dentro del mismo, presentan variaciones de grado que diferencian los casos entre sí. Es un fenómeno que se presenta como un gradiente que abarca desde autismo muy leve hasta casos muy severos.

Es decir, no podemos tratar de la misma forma a todas las personas con autismo, ya que cada una tiene particularidades y necesidades que hacen que algunas respondan mejor a un tipo de terapia y mientras que a otras no les funcionan. Dentro de nuestra ciencia, la psicología, contamos con enfoques teóricos y aplicados que buscan dar una explicación al autismo pero también ofrecen estrategias terapéuticas para dar rehabilitación a personas con estas características. Sin embargo hay poca claridad respecto a cómo hacerlo según la severidad del trastorno.

2. El autismo tiene su etiología en la dimensión biológica del ser humano y hasta hoy “no tiene cura”; como psicólogos y psicólogas podemos trabajar terapéuticamente con estas personas y probablemente mejore su calidad de vida, pero tendrán autismo toda su vida.

Por observación directa (como el caso de JA u otros en CUSI) y otras referencias, sabemos que el autismo es un trastorno cuya etiología está en la dimensión biológica, aunque la investigación no ha descubierto aún el mecanismo exacto que lo causa. Nosotros partimos de la evidencia de que esta condición en ocasiones

se encuentra asociada a enfermedades como la epilepsia, el retardo en el desarrollo, el síndrome de Down o lesiones en el sistema nervioso. Un caso de autismo en México presenta características como ausencia de lenguaje, resistencia al cambio y conductas de autoestimulación o autolesión; si observamos otro caso de autismo en cualquier otra parte del mundo (Europa o América del sur) va a presentar rasgos similares. Estamos hablando de gente que nunca ha establecido contacto entre sí, ni han aprendido entre ellos por imitación, sin embargo presentan las mismas características. La explicación lógica es que la etiología de su condición es biológica, algo que está en su sistema nervioso o en sus genes.

Sin embargo, en el espectro autista convergen la dimensión biológica, con la psicológica y la social, debido a la complejidad misma del ser humano, en el caso de los trastornos del espectro autista se ven afectadas estas tres áreas de desarrollo, en este sentido Lorna Wing (1979 en Miguel, 2006), plantea la *triada de Alteraciones* formada por la socialización, comunicación e imaginación. Nuestro caso JA, presentaba ausencia de lenguaje y dificultades para establecer contacto con otras personas, no completaba sus ciclos de contacto y retirada (social), ni tenía juego simbólico, difícilmente participaba en juegos grupales o de rol y presenta retraso en su desarrollo psicomotor (psicológico), tuvo un desarrollo tardío de la marcha y tiene hábitos alimenticios bastante restringidos (biológico), por lo que podemos decir que el autismo se manifiesta en estas tres áreas de desarrollo Bio-psico-social.

3. Debido a su etiología biológica, en nuestro modelo gestáltico, es primordial ubicar a la persona dentro del espectro autista, para determinar los factores predominantes en su caso y así decidir que técnicas emplear e incluso establecer un pronóstico; este pronóstico y potencialidades dependerán de en qué cuadrante se ubique el usuario.

Nuestro modelo nos llevó a desarrollar una explicación del trastorno autista de JA, y los factores que inciden en él ⁷, pudimos ubicarla en tal espectro e identificar que en ella predominan los factores de tipo biológico con tendencia a los psicológicos, así que empleamos técnicas de sensibilización y manejo conductual con el objetivo de que JA pudiera completar los ciclos de contacto y retirada que quedaban inconclusos y observamos que el medio de contacto más viable con ella eran los sonidos y señas que ella manifestaba en función de sus necesidades y guiamos a la madre en la identificación de los mismos para llevarla a completar su ciclo de contacto con las personas y así salir del aislamiento.

4. Todos los casos de autismo tienen en común, de una forma u otra, el *modo de relación aislado*, aunque este aislamiento no se presenta igual en todos los casos y puede tener diferente grado en cada caso, de leve a severo.

Un *aislamiento leve* es aquel en que la persona autista evita solo cierto tipo de contactos, por ejemplo el contacto ojo-ojo, pero mantiene otros medios de contacto y/o comunicación.

Como en el caso de JA que el *aislamiento* es el tipo de interrupción que dejaba inconcluso su ciclo de contacto. Experimentaba la necesidad, la manifestaba, pero su energía no se movilizaba para establecer el contacto ojo-ojo. Sin embargo, emitía sonidos, movía los brazos o señalaba objetos, lo que vimos como una potencialidad para llevar a JA a completar sus ciclos y establecer contacto pleno por otros medios.

Por otro lado, hablamos de *aislamiento severo* en esos casos en que la persona autista cierra su frontera a tal grado que no tolera ninguna clase de contacto, ni siquiera el tacto en su piel, sonidos u otra clase de sensaciones.

5. Por el modo de relación aislado, debemos enfocarnos en la sensibilización de la familia, sobre todo de los padres. No es suficiente atender a la persona autista, debemos trabajar en todo su entorno.

⁷ Ver esquema de la figura 7.

El trabajo psicoterapéutico con la familia del niño autista resulta indispensable debido a que ellos atraviesan por una serie de fases desde el nacimiento del niño autista, pasan por una crisis (duelo) hasta que aceptan la condición del pequeño y pueden fungir como sus terapeutas. Para facilitar este proceso fue útil el empleo de técnicas de la terapia Gestalt con la madre de JA.

Como psicólogos necesitamos estar más preparados para este reto, pues para adentrarnos en la vivencia de una familia con una persona autista necesitamos estar al día en programas de rehabilitación y educación especial, pero al mismo tiempo necesitamos tener entrenamiento en psicología clínica, pues es indispensable apoyar psicoterapéuticamente a los padres y a toda la familia para atravesar por este proceso de rehabilitación con su hijo. Uno de los aspectos más importantes en el trabajo que realizamos fue lo que denominamos “sensibilización”, porque es trascendental que los padres entiendan la condición de su hijo y se sensibilicen a él o ella. Así ellos podrán identificar áreas de oportunidad, para desarrollar estrategias útiles y se podrán plantear objetivos alcanzables para evitar la frustración. Sabemos que la educación especial funciona, pero los familiares deben ser conscientes de que el camino es lento y los avances que obtendrá su hija o hijo serán paso a pasito, a lo largo de toda su vida.

La terapia y rehabilitación, particularmente de una persona autista, debe darse en su contexto natural; es decir en casa, con su familia y éstos últimos deben formar la base del proceso de rehabilitación. Con JA vimos que estaba en el proceso de control de esfínteres mediante un programa de horarios establecido por su madre y supervisado por la misma, el cual no habría dado buenos resultados de no ser por la constancia que se mantenía en casa. Por otro lado, pudimos identificar gritos y gestos de JA en función de sus emociones, gracias a los datos proporcionados por su mamá, además de la observación directa y así promovimos el desarrollo de esta forma de contacto o comunicación.

Por lo tanto, consideramos que el trabajo de los padres como terapeutas es la mejor opción debido a que en México la atención a la persona autista está muy limitada, eso es algo que aprendimos de la historia de vida de JA. La mayoría de

las familias con una persona autista no tienen los recursos económicos para pagar un terapeuta privado o enviar a sus niños a un centro especializado, por lo que se limitan a los servicios que brinda la Secretaría de Educación Pública (SEP) en los Centros de Atención Múltiple o en la Unidad de Servicio de Apoyo a la Educación Regular, donde disponen de recursos limitados y muchas veces el personal no se encuentra capacitado para atender a la población autista que solicita el servicio, hay grupos muy grandes, compuestos por niños con diferentes necesidades especiales, lo que resulta una tarea muy compleja para un solo profesor.

6. Nuestra propuesta Gestáltica de atención al autismo se vio limitada en el plano aplicado, porque la Gestalt se usa para trabajar con personas con capacidad de darse cuenta (awareness), de ahí parte la idea de que el paciente es capaz de alcanzar todos los objetivos de la terapia: darse cuenta, desarrollar su autoconcepto y aprender alguna habilidad. Esto es algo que no pudimos conseguir en el caso de JA, pues nos centramos en que lograra darse cuenta de las sensaciones internas y externas que percibía y relacionarlas con la satisfacción de sus necesidades, pretendíamos el establecimiento de contacto pleno con otras personas (contacto ojo-ojo), sin embargo, identificamos como área de oportunidad los sonidos y señas que JA manifestaba en función de necesidades específicas (como beber agua), no desarrolló mucho el contacto visual, sin embargo, la madre aprendió a identificar estos mecanismos de comunicación alternativos y establecer vías de comunicación con su hija.

7. Las técnicas gestálticas pueden combinarse con técnicas conductuales ya que no son incompatibles, más bien se complementan entre sí. La Gestalt nos ayuda a que el niño autista experimente sus sensaciones internas y externas y aprenda a manejarlas, desarrollar su sensibilidad y darse cuenta de lo que estas sensaciones implican para él y su medio ambiente. Al mismo tiempo se persigue el tercer objetivo de la terapia Gestalt, que es que la persona aprenda algo nuevo o desarrolle una habilidad, para lo cual resultan útiles las técnicas conductuales.

La Gestalt nos sirvió mucho a nivel teórico para entender el autismo que presenta JA y la interrupción de sus ciclos, pero en lo aplicado nos dejó muchos huecos por

lo que en el trabajo con ella nos vimos en la necesidad de emplear técnicas del Análisis Conductual Aplicado para promover el cierre de los ciclos y el desarrollo de habilidades.

El ACA es un método eficaz en la rehabilitación del autismo porque trabaja con el empleo de estímulos primarios, por lo tanto es útil para promover la adquisición de nuevas conductas. Sin embargo, tiene sus limitantes, por lo que es necesario buscar otras opciones para que la persona autista aprenda un sistema de comunicación, ya que muchas veces ellos no desarrollan el lenguaje, por eso la necesidad de enseñarles sistemas alternativos de comunicación como el que se plantea en el TEACCH (Tratamiento Educativo para Personas con Autismo y Trastornos de Comunicación Asociados, por sus siglas en inglés) y el PECS (Sistema de Comunicación con Intercambio de Imágenes, por sus siglas en inglés).

Como comentario final, podemos agregar que el trastorno de espectro autista exige ser redefinido en términos complejos -más que reduccionistas- para poder integrar los diferentes factores que en distinta medida inciden en él y de este modo poder plantear estrategias educativas y psicoterapéuticas más eficaces, de modo que las personas afectadas por este espectro tengan mejores oportunidades de desarrollo y una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA.

- Artigas-Pallarés, J. y Paula, I. (2012, noviembre). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. (58 párrafos). **Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría**. Vol. 32 (115), 567-587. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265024527008>.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2002). Trastornos generalizados del desarrollo. En: **Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV**. (69-82). España: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2011). Trastorno del Espectro Autista. **Texto traducido del borrador del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) en su revisión de 26 de enero de 2011**. <http://espectroautista.info/criterios-diagn%C3%B3sticos/DSM-V-TEA>.
- Balbuena, R. F. (2007, sin mes). Breve revisión histórica del autismo. (48 párrafos). **Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría**. Vol. 27 (100), 333-353. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Baumgardner, P. (1994). Fundamentos de la terapia Gestalt. En: **Terapia Gestalt, Fritz Perls, Teoría y práctica**. (19-60) Colombia: Árbol Editorial.
- Bautista, M. E., Sifuentes, R. N., Jiménez, S. C. B., Avelar, R. E. y Miranda, S. A. (2008). Padres de familia y su inclusión en la evaluación y tratamiento conductual del autismo. (42 párrafos). **Revista intercontinental de psicología y Educación**. Vol. 10 (001), 49-62. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Belinchón, M., Hernández, J. M. y Sotillo, M. (2008). Estudios previos sobre prevalencia y detección. **Personas con Síndrome de Asperger. Funcionamiento, detección y necesidades**. (97-104). España: CPA-UAM.
- Breinbauer, C. (2006, sin mes). Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o

- Juego Circular (43 párrafos). **Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes**. Vol. 2006 (11), 1-12.
- Cabezas, P. H. (2001, julio-diciembre). Los padres del niño con autismo: Una guía de intervención (79 párrafos). **Revista electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"**. 1(002), 1-16. Disponible en: http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/autismo.pdf
- Cabrera, D. (2007, sin mes). Generalidades sobre el autismo (56 párrafos). **Revista colombiana de psiquiatría**. Vol. XXXVI (1), 208-220. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Castanedo, C. (2004). Autismo y deficiencia mental. En: **Deficiencia mental. Aspectos teóricos y tratamientos**. (259-291). España: Editorial CCS.
- Castanedo, C. (2003). La terapia Gestalt y su aplicación a parejas y familias. En: **Grupos de encuentro en terapia Gestalt, de la silla vacía al círculo gestáltico**. (99-163). España: Herder Editorial.
- Coto, C. M. (2007, sin mes). Autismo infantil: el estado de la cuestión. (41 párrafos). **Revista de Ciencias Sociales**. Vol. II (116), 169-180. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Cuxart, F. (2003). Tratamiento y atención a la familia del spectrum autista. En: Tomas, J. **El spectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo**. (178-187). España: Editorial Laertes.
- Díaz, A. J. (2001 sin mes). Tratamiento dietético del autismo. Mitos y Realidades. (35 párrafos). **Revista Psiquiatría, Psicología, niños y adolescentes**. Vol. 3 (01), 52-60. Disponible en: <http://www.asperger.es/publicaciones.php?id=3&cap=182&cat=9>

Egel, A. L. (2004). En busca del programa educativo adecuado. En: Powers, M. **Niños autistas. Guía para padres, terapeutas y educadores.** (184-216). México: Trillas.

Federación andaluza de Padres con Hijos con Trastornos del Espectro autista "Autismo Andalucía" (n.f.). Recuperada Noviembre 8, 2012, de http://www.autismoandalucia.org/index.php?option=com_content&view=article&id=84:modificaciones-dsmv&catid=37:publicaciones

Fuentes-Biggi J., Ferrari-Arroyo, M. J., Boada-Muñoz, L., Touriño-Aguilera, E. Artigas-Pallarés, J., Belinchón-Carmona, M., Muñoz-Yunta, J. A., Hervás-Zuñiga, A., Canal-Bedia, R., Hernández, J. M., Díez-Cuervo, A., Idiazábal-Aletxa, M. A., Mulas, F., Palacios, S., Tamarit, J., Martos-Pérez, J. y Posada-De la Paz, M. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista (133 párrafos). **Revista de Neurología.** Vol. 43 (7), 425-438. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/185/cd/unidad_4/material_m4/Guia_Tratamiento_isciii.pdf

Freire, P. S., Llorente, C. M., González, N. A., Martos, P. J., Martínez, D. J. C., Ayuda, P. R. (2007). Descripción histórica y criterios diagnósticos. En: **Un acercamiento al Síndrome de Asperger: una guía teórica y práctica.** (6-14). España: Asociación Asperger Andalucía-Federación Asperger Andalucía, Sevilla.

Ginger, S. y Ginger, A. (1993). La teoría del sí mismo. **En: La Gestalt, una terapia de contacto.** (145-162). México: El Manual Moderno.

Gutiérrez, C. J. R., Martínez, R. T. y García, W. J. (2003). Tratamiento farmacológico del spectrum autista. En: Tomas, J. **El spectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo.** (66-75). España: Editorial Laertes.

- Huaiquián, B. C. (2009, diciembre). Intervención psicoeducativa basada en imágenes en niños con trastornos generalizados del desarrollo. (72 párrafos). **Revista Chilena de Neuropsicología**. Vol. 4 (2), 138-148. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=179314913007>.
- Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano. (s/a). Investigaciones sobre el autismo en el NICHD. Departamento de Salud y de Servicios Humanos en Estados Unidos. (n.f.). Recuperada Julio 9, 2013, de www.nichd.nih.gov.
- Jerusalinsky, A. (1997). Aspectos constitucionales del bebé y su influencia en la relación madre-hijo. En: **Psicoanálisis del autismo**. (53-62). Argentina: Ediciones Nueva visión.
- Jerusalinsky, A. (1997). Función materna y femineidad. En: **Psicoanálisis del autismo**. (41-51). Argentina: Ediciones Nueva visión.
- León, R. J. M. (2004). Fundamentos de la Psicología de la Salud. En: **Psicología de la salud y de la calidad de vida**. (15-40). España: Editorial UOC.
- Lien, R. M. C. (1991). Síndrome de autismo infantil. Concepto, definición y etología. En: **El autismo: enfoque fonoaudiológico**. (36-37). Argentina: editorial médica panamericana.
- López, G. S., Rivas, T. R. M. y Taboada, A. E. M. (2009, enero). Revisiones sobre el autismo. (43 párrafos). **Revista Latinoamericana de Psicología**. Vol. 41 (03), 555-570. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Mardomingo, S. M. J. (2003). Neurobiología del espectrum autista. En: Tomas, J. **El espectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo**. (33-43). España: Editorial Laertes.
- Martín, A. (2006). El darse cuenta. En: **Manual práctico de psicoterapia Gestalt**. (25-29). España: Desclée de Brower.

- Martín, B. P. (2004). La conducta del niño con síndrome de Asperger. En: **El síndrome de Asperger ¿Excentricidad o discapacidad social?** (47-84). España: Alianza Editorial.
- Matos, M. A. y Mustaca, A. E. (2005, sin mes). Análisis comportamental aplicado (ACA) y trastornos generalizados del desarrollo (TGD): su evaluación en Argentina (43 párrafos). **Interdisciplinaria**. 22 (1). 59-76. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Mebarak, M., Martínez, M. y Serna, A. (2009, agosto-diciembre). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. (114 párrafos). **Psicología desde el Caribe**. Sin volumen (24). 120-146. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Mendoza, E. (2001). Del TEL al autismo: el trastorno semántico-pragmático (TSP). En: **Trastorno específico del lenguaje (TEL)**. (225-250). España: Psicología Pirámide.
- Miguel, M. A. M. (2006, diciembre). El mundo de las emociones en los autistas (44 párrafos). **Revista Electrónica Teoría de la Educación**. Vol. 7 (2), 169-183. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Mojica, M. M. (2012). **La Inclusión de Niños y Niñas con Trastorno Del Espectro Autista en las Escuelas en la Ciudad de México**. Tesis de doctorado en Filosofía en Educación. Escuela de Educación, Facultad de Humanidades, Universidad de Manchester.
- Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L. y Tellez, M. M. (2010, sin mes). Modelos de intervención en niños con autismo (46 párrafos). **Revista Neurología**. Vol. 50 (Supl 3), 77-84.
- Paluszny, M. (2010). **Autismo. Guía práctica para padres y profesionales**. México: Trillas.

- Pierret, G. (2004). El ciclo de satisfacción de necesidades. En: **La terapia Gestalt, su práctica en la vida cotidiana.** (25-40). España: Editorial Dilema.
- Pierret, G. (2004). Las resistencias. En: **La terapia Gestalt, su práctica en la vida cotidiana.** (41-63). España: Editorial Dilema.
- Pineda, M. (2000). Síndrome de Rett y autismo. En: Sigman, M. y Capps, L. **Niños y niñas autistas. Una perspectiva evolutiva.** (188-194). España: Ediciones Morata, S. L.
- Reboiras, J. C. (2005). La inteligencia en el autismo. En: Tallis, J. **Autismo infantil: lejos de los dogmas.** (99-133). Argentina: Miño y Dávila editores.
- Rivière, A. (2005). Definición del autismo y de los trastornos profundos del desarrollo. En: **Autismo, orientaciones para la intervención educativa.** (25-56). Madrid: Editorial Trotta.
- Rivière, A. (2005). Identificación y valoración de las necesidades educativas. En: **Autismo, orientaciones para la intervención educativa.** (63-78). Madrid: Editorial Trotta.
- Salama, H. y Villareal, R. (1992). Elementos teóricos de la psicoterapia Gestalt. En: **El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista.** (22-48). México: El manual moderno.
- Salama, H. y Villareal, R. (1992). Técnicas de la psicoterapia Gestalt. En: **El enfoque Gestalt. Una psicoterapia humanista.** (49-66). México: El manual moderno.
- Salvadó-Salvadó, B., Palau-Baduell, M., Clófent-Torrentó, M., Montero-Camacho, M. y Hernández-Latorre, M. A. (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista (49 párrafos). **Revista Neurología.** Vol. 54 (Supl 1), 63-71.

- Soto, C. R. (2001, sin mes). La evaluación de las personas con autismo. (60 párrafos). **Educación**. Vol. 25 (01), 103-110. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>
- Soto, C. R. (2007, agosto). Comunicación y lenguaje en personas que se encuentran dentro del espectro autista. (67 párrafos). **Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación"**. Vol. 7 (002), 1-16. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Stanton, M. (2002). Diversidad y opciones. En: **Convivir con el autismo. Una orientación para padres y educadores**. (119-124). España: Paidós.
- Talero, C., Martínez, L. E., Mercado, M., Ovalle, J.P., Velásquez, A., Zarruk, J.G. (2003, abril-junio). Autismo: estado del arte. (46 párrafos). **Revista ciencias de la salud**. Vol. 1 (001), 68-85. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Valdés, C. A. A., Cisneros, R. M. E., Vales, G. J. y Martínez, E. A. C. (2009, enero-junio). Creencias Erróneas de Padres de Niños con Autismo. (69 párrafos). **Psicología Iberoamericana**. Vol. 17 (01), 15-23. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>.
- Volkmar, F. R. (2004). Problemas médicos, tratamientos y especialistas. En: Powers, M. **Niños autistas. Guía para padres, terapeutas y educadores**. (77-99). México: Trillas.
- Wing, L. (1998). **El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia**. España: Paidós.
- Zúñiga, M., M A. (2009, junio). El síndrome de asperger y su clasificación. (17 párrafos). **Educación**. Vol. 33 (1), 183-186. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082013>.