



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La transformación del concepto de autismo.  
Desde sus orígenes hasta la actualidad**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**P S I C O L O G Í A**

**P R E S E N T A:**

**Lizeth Jaramillo Arzate**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**Lic. Gonzalo Agamenón Orozco  
Albarrán**

**2017**



**Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## **DEDICATORIA**

Les agradezco infinitamente a mis papás por brindarme su apoyo en todo momento para que se llevara a cabo este proyecto depositando su confianza en mí. A mi familia amigos y hermanos que mostraron un interés en el día a día en el desarrollo del trabajo y a mi asesor que gracias a su conocimiento y dedicación se pudo realizar con éxito este proyecto.

## ÍNDICE

Introducción.....	5
1.-Historia del autismo.....	10
1.1 Antes de que el autismo fuera un concepto.....	10
1.2 Autismo en la época contemporánea.....	11
1.3 El autismo como síntoma.....	13
1.4 El autismo como síndrome.....	14
1.5 Enfoque biomédico.....	16
1.5.1Neurobiológico.....	17
1.5.2Genético.....	20
1.6 Características psicológicas.....	21
2.-Trastorno Generalizado de Desarrollo.....	25
2.1 Definición y características.....	25
2.1.1 Síndrome de Kanner.....	25
2.1.2 Trastorno de Asperger.....	27
2.1.3Trastorno Desintegrativo de la infancia (TDI).....	30
2.1.4 Síndrome de Rett.....	31
2.1.5 Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado.....	33
3.- Trastorno del espectro autista.....	35
3.1 Características.....	35

3.2 Alteraciones de lenguaje.....	38
4. -Modelos explicativos acerca del autismo.....	44
4.1 Psicoanálisis.....	44
4.2 Conductismo.....	46
4.3 Cognitivo-Conductual.....	49
4.4 Humanista.....	51
4.5 Histórico-Cultural.....	54
5.- Conclusiones.....	56
6.- Referencias.....	60

# INTRODUCCIÓN

En el primer capítulo se hablará acerca de la historia del autismo, cuando es visto como síntoma y como síndrome, se partirá desde un enfoque biomédico y psicológico.

A pesar de las investigaciones que se han realizado desde que surgió el término por el psiquiatra Bleuler, el autismo aún es un enigma ya que se desconoce su origen, existen muchas etiologías que van desde alteraciones genéticas como el cuadro de X frágil, trastornos metabólicos como la fenilcetonuria o infecciones como la rubeola congénita, se puede presentar durante las fases de desarrollo prenatal como pérdidas en el primer trimestre de embarazo, perinatal como el aumento de bilirrubina o postnatal como la encefalitis.

Francisco y Rogel (2004) mencionan que el autismo es un trastorno en el que se presenta una alteración de la conducta, comunicación verbal y no verbal, interacción social y emocional anómala. Generalmente tienen problema en la adquisición de lenguaje presentándose una ausencia total, déficit en la comprensión, uso limitado o disfuncional del lenguaje verbal y mímica, hasta una alteración prosódica leve. Cuando el lenguaje se presenta puede haber ecolalia, palilalia (repetición de una misma palabra), neologismos (es el uso de una palabra nueva), lenguaje idiosincrático (palabras inventadas utilizadas por una o muy pocas personas), lenguaje telegráfico (se caracteriza porque se limitan a hablar solo con sustantivos y verbos) y por último, existe un error en el uso de tiempo y persona.

Así mismo mencionan una serie de criterios que pueden tomarse en cuenta para el diagnóstico de autismo en referencia al lenguaje:

- a) Ausencia de balbuceo o señalamiento a los 12 meses.
- b) A los 16 meses no pronuncian ninguna palabra.

- c) A los dos años de edad no presentan ninguna frase de dos palabras.
- d) Hay una pérdida de cualquier lenguaje a cualquier edad.

Por consiguiente, en el siguiente capítulo, se describe ampliamente los diferentes Trastornos Generalizados de Desarrollo y sus características.

El autismo se encuentra dentro del grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo que son caracterizados por un problema de socialización, un déficit en el desarrollo de lenguaje y conductas estereotipadas. El DSM-IV incluye dentro de los Trastornos Generalizados de Desarrollo el síndrome de Asperger que se diferencia del Trastorno autista por tener un nivel intelectual y lingüístico alto; el Trastorno desintegrativo infantil en el que existe una regresión de las habilidades ya adquiridas esto se da a partir de los 2 años hasta antes de los 10; el Síndrome de Rett, es una enfermedad neurológica que presenta rasgos genéticos, está ligada al cromosoma X por lo que se da más en mujeres que hombres, existe una regresión y un estancamiento en el perímetro craneal; por último se encuentra el Trastorno Generalizado de Desarrollo no Especificado, éste no cumple los criterios de los Trastornos Generalizados de Desarrollo por lo que entra en el término de “autismo atípico” porque se presenta en una edad de inicio posterior y los problemas sociales, de comunicación y comportamiento pueden aumentar con el paso del tiempo. Debido a que los trastornos antes mencionados son muy imprecisos ya que existe diversidad en los casos (niños que pueden ser típicamente kannerianos, aspergerianos o con trastorno desintegrativo) se creó el concepto de “espectro autista” que establece una categorización más precisa de las personas que presentan síntomas autistas.

En el tercer capítulo se menciona de manera más concisa lo que es el trastorno del espectro autista y las alteraciones de lenguaje que presenta.

El trastorno del espectro autista se caracteriza por tener una anormalidad en la conducta, lenguaje y cognición; está asociado con un 70% al retraso mental y un 30% a epilepsia (Quijada, 2008). También es visto como un continuo debido a que las diferencias interindividuales son muy amplias, existe una variación entre la

sintomatología de cada persona y los que están asociados al cuadro de autismo. Wing fue quien sugirió que se debería de ver como un continuo, ya que atribuye que la deficiencia social que presentan estas personas es el síntoma primario en este trastorno en donde lo desglosa en una triada: déficit en reconocimiento social, comunicación social y comprensión social; añade que en cada una de estas áreas existe un amplio espectro de gravedad, por lo que el niño que se encuentra en el continuo autista, sí presenta estas deficiencias sociales con independencia de la existencia o no de estos síntomas; pero, como existen deficiencias en otras áreas, las condiciones de autismo no solo difieren en términos de gravedad, sino en el patrón de síntomas. La forma de ver al autismo como un continuo ayuda a mantener la terminología y las definiciones que pertenecen al síndrome nuclear y al mismo tiempo se pueden ver las relaciones que hay con otro tipo de trastornos, esto ayuda a desarrollar un acercamiento cuantitativo para evaluar los síntomas.

Por otro lado, Soto (2007) menciona que las personas con autismo que tienen problemas de comunicación varían en sus características interpersonales según el desarrollo intelectual y social de la persona, ya que existen personas que no pueden hablar y hay quienes presentan un vocabulario muy fluido, pudiendo mantener alguna conversación sobre algún tema de interés, sin embargo, muchos tienen problema con el significado de las palabras, las oraciones, la entonación y el ritmo. También, presentan ecolalia, es decir, la repetición de algo que escucharon con anterioridad; por ejemplo, hay quienes hacen uso de la ecolalia inmediata, aquí, la persona repite la misma pregunta o frase que se le plantea, otros, presentan ecolalia demorada, en este caso, la persona repite alguna frase u oración que escucho anteriormente ante una situación completamente ajena, algunos hacen uso de oraciones que ya mantienen almacenadas, o repiten estrofas que se aprenden en otro contexto. Muchas de las personas que presentan autismo no mantienen un contacto visual con las demás personas, se les dificulta el uso de gestos, a veces no logran responder a su nombre y en estos casos es cuando los padres piensan que su hijo presenta problemas auditivos, presentan problemas con el uso correcto de los pronombres y su atención tiende a ser deficiente.

En el cuarto y último capítulo se abordara de manera más detallada los modelos explicativos que han revisado sobre el trastorno de autismo.

Hay varios modelos teóricos que han trabajado sobre el autismo y explican de acuerdo a su perspectiva como ven este trastorno. Uno de los modelos explicativos es el Psicoanálisis, quien fue de las primeras descripciones clínicas acerca de este trastorno ya que lo concibe de carácter afectivo porque tiene una raíz biológica y se desencadena por las relaciones que mantiene el niño en el medio donde se desenvuelve.

Después de varias investigaciones que se fueron desarrollando a lo largo del tiempo, se encontró que el autismo no se presentaba por falta de carácter afectivo, por lo que varios modelos empezaron a desglosar las posibles razones por las que se presenta dicho trastorno, entre ellos está el Conductismo, el cual su objeto de estudio es la conducta considerando el entorno de las personas como un conjunto compuesto de estímulos y respuestas, debido a esto, este enfoque propone tratamientos que modifiquen las conductas desadaptativas de las personas autistas cambiándolas por comportamientos adaptativos.

Otro de los modelos que aporta una visión diferente acerca del autismo es el Humanista quien coloca al ser humano como centro de su interés centrándose en sus experiencias y el significado que le dan las personas, el objetivo es enfatizar en la salud mental y los atributos positivos de la vida como es la felicidad, la generosidad, el afecto, etc.

Por otro lado, el Cognitivo-Conductual ha sido uno de los modelos que más trabaja en la actualidad respecto al autismo basándose en la teoría de la mente el cual se refiere a las capacidades que tienen las personas para atribuir a los demás y así mismos diferentes estados mentales.

Por último, se habla del modelo Histórico-Cultural en el cual aún falta trabajar más en el desarrollo acerca de cómo aplicar dicho enfoque y como promover la interacción social en las personas autistas. Éste tiene como base

trabajar sobre la alteridad el cual es un proceso vital para el trabajo educativo hacia el autismo.

Referente a todo esto, se puede decir que el autismo es aún un tema complejo ya que aún no se sabe cuáles son las causas que lo provoca, por lo tanto, el objetivo de este trabajo es analizar cómo se ha transformado la concepción del autismo, desde el surgimiento del concepto, hasta una visión más contemporánea y las implicaciones que lo concibe como espectro autista.

# 1.- HISTORIA DEL AUTISMO

## 1.1 Antes de que el autismo fuera un concepto

El hablar de autismo, es un tema de mucho interés para investigadores, psicólogos, médicos y para muchas personas en general ya que aún se encuentra con poca investigación científica acerca de su origen, y existen diferentes modelos de investigación.

A finales de la Edad Media se identificaron casos de niños que fueron relacionados desde entonces con autismo. El primer descubrimiento fue en el siglo XIV donde Hesse habla de un niño encontrado en 1344 en Alemania con la edad de 7 años, en donde vivió cuatro años en un hoyo con una manada de lobos y con el paso del tiempo logro integrarse a la sociedad humana. Otro estudio, es el del niño de Aveyron que realizo Alfred Binet donde Lorna Wing (1997, en; Murillo, s.f.) menciona que fue encontrado en 1798 cuando tenía 11 o 12 años y presentaba peculiaridades sensoriales, ausencia de conductas de imitación y balanceos, por otro lado, tenía un buen aprendizaje asociativo de tipo visual y su lenguaje oral era poco desarrollado. También, Jean Jacques Rousseau hablaba de los niños osos de Lituania que fueron encontrados en 1604, los cuales carecían de lenguaje articulado. Así como estos casos, existen más con las mismas condiciones, en donde las personas fueron abandonadas y crecieron separados de la sociedad y la mayoría criados por un animal (Janer, 2010).

Artigas y Paula (2012) señalan que por el siglo XVI Johannes Mathesius (1504-1565) cronista del monje Martin Lutero (1483-1546) contó la historia de un muchacho que padecía autismo mencionando las características que presentaba, esto llevo a pensar a Lutero que era un alma del mal y que debería morir. Otro caso, fue el del Fray Junípero Serra quien describe algunos síntomas que pueden presentar las personas autistas.

## 1.2 Autismo en la época contemporánea

Fue el periodo de 1943 a 1963 la primera época, de tres, que menciona Riviere (2001) sobre el estudio del autismo, donde fue descrito como un trastorno emocional producido por factores inadecuados con las figuras de crianza; es decir, que las madres y/o padres que son incapaces de proporcionar el afecto necesario lo que produce una alteración de desarrollo en los niños y tiene como consecuencia que no se pueden expresar verbalmente por su perturbación emocional y también presentan dificultades de relación social y afectiva.

Por otro lado, Sigman, (s.f.), menciona que prevalecieron tres estudios diferentes durante los años 60's; uno fue la diferenciación entre el autismo y la esquizofrenia infantil, esta diferenciación condujo a un cambio en la principal revista dedicada a ese síndrome: la revista de Autismo y Esquizofrenia Infantil pasó a ser la Revista de Autismo y Trastornos de Desarrollo. La diferenciación entre estas dos condiciones finalizó en 1980 (Pérez, 2012), cuando el DSM-III separó los criterios de diagnóstico entre la esquizofrenia y los trastornos generalizados del desarrollo.

El segundo estudio se basó en las características de padres de niños autistas comparándolos con padres de niños no autistas pero la ausencia de diferencias entre los dos grupos disminuyó las teorías psicógenas del autismo. Dado que la teoría psicógena (ambiental- emocional) tiene una explicación del autismo desde una postura psicoanalítica, en donde el autismo es inducido, se da por las primeras relaciones madre-hijo y por una mala forma de crianza se van desarrollando estos síntomas; es por eso que esta teoría carece de sustento empírico (Vargas y Navas, 2012).

El tercer estudio se centró en identificar los déficits cognitivos y perceptivos para comprobar que el autismo es un trastorno innato con una base fisiológica, es decir, se pretendía localizar los problemas psicológicos y esto llevaría a conocer la parte del cerebro que está afectando a los autistas.

En 1961 Charles Ferster y Mirian K. DeMeyer demostraron la utilidad de métodos operantes para la modificación de conducta en el autismo, en donde mencionan que éstas se pueden modificar cuando se controlan adecuadamente y se crean procesos de aprendizaje de conductas funcionales y la extinción de las que no lo son. Estos programas fueron útiles para el desarrollo del lenguaje, la eliminación de conductas alteradas, la fomentación de comunicación y las conductas sociales, promover la autonomía, aumentar las capacidades cognitivas y las destrezas funcionales de las personas autistas.

En 1962 se fundó la primera asociación de padres de niños autistas del mundo, la National Society for Autistic Children; actualmente es National Autistic Society, del Reino Unido, las asociaciones se fueron expandiendo en distintos países. Esto tuvo como consecuencia que los padres sensibilizaron a la sociedad y a las administraciones públicas sobre las necesidades y derechos de las personas autistas y constituyeron centros escolares dedicados a esas personas.

La segunda época de las que habla Riviere (2001) fue de 1963 a 1983, en la mitad de los años sesenta se fueron encontrando indicios de asociación del autismo con trastornos neurobiológicos, este proceso coincidió con los modelos explicativos del autismo donde sus hipótesis mencionan que existen alteraciones cognitivas ya que explica las dificultades de relación, lenguaje, comunicación y flexibilidad mental.

En este periodo la educación se convirtió en el tratamiento principal del autismo, en el que influyeron dos factores:

- 1) El desarrollo de procedimientos de modificación de conducta para el desarrollo de las personas autistas.
- 2) La creación de centros educativos dedicados al autismo.

El reconocimiento de que gran parte de los niños autistas padecen deficiencia mental ayudo a completar la nueva línea de investigación conductual. Fue como en 1970 Beate Hermelin y Neal O'Connor publicaron el libro de

Experimentos psicológicos con niños autistas aplicando conceptos y métodos que se utilizaban en Estados Unidos para investigar las habilidades cognitivas y perceptivas de los niños pequeños. Demostraron que los niños autistas tienen mayor dificultad para extraer el significado de los estímulos en comparación con aquellos niños con deficiencia mental que no padecen autismo.

En los años 80's la línea de investigación se basó en el desarrollo emocional y afectivo de los niños autistas, el primer logro que hubo fue identificar y caracterizar la dificultad de comprensión social que manifiestan las personas autistas de cualquier edad, por ejemplo en los niños pequeños se puede ver que tienen dificultad para reconocer las expresiones faciales de los otros, o para prestar atención o mostrar emociones con otras personas (Sigman, s.f.).

Por otro lado, Cardoze (2010) menciona que en 1989 se creó la 10° Clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), y se agruparon los Trastornos Generalizados de Desarrollo en el que se incluyó el autismo infantil, el autismo atípico, el síndrome de Rett, otro trastorno desintegrativo de la infancia, el trastorno hiperactivo con retraso mental y movimientos estereotipados, el síndrome de Asperger, otros trastornos generalizados de desarrollo y trastorno generalizado de desarrollo sin especificación. Menciona al autismo como un trastorno generalizado de desarrollo que presenta un desarrollo alterado que aparece antes de los tres años de edad con un tipo de comportamiento que afecta la interacción social, la comunicación y la presencia de actividades repetitivas.

### **1.3 El autismo como síntoma**

Después, el autismo apareció en la 9° Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud fue considerada como psicosis propia de la infancia. Fue en 1911 donde el término fue utilizado por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler para referirse a un trastorno del pensamiento y a uno de los síntomas de la esquizofrenia que consiste en una separación de la realidad externa. Este término tiene una etimología griega "*autos*" significa "*si mismo*" por lo que las personas con autismo parecen estar

encerradas en sí mismo, se muestran como ausentes y no atienden a la estimulación del entorno.

Así mismo, Eugéne Minkowski (1885-1972), quien en un tiempo fue asistente de Bleuler e introductor de la psicopatología fenomenológica definió al autismo como “la pérdida del contacto del *élan vital* con la realidad” esta definición fue base de su propia concepción de la esquizofrenia. La noción de “*élan*

*vital*” la retomo del filósofo Henri Bergson que se refiere a un impulso vital (Garrabé, 2012).

#### **1.4 El autismo como síndrome**

En el año de 1943 el autismo fue definido por el psiquiatra austriaco Leo Kanner como una psicosis de la infancia y utilizó la palabra caracterizándola por el aislamiento y la falta de contacto social de los niños, por lo que los llamo “niños que denotaban tendencia al retraimiento antes de cumplir un año de edad” y nombro a este trastorno como “*autismo infantil precoz*”; en la investigación que realizó expone la descripción del síndrome autista y adquiere una categoría de diagnóstico médico. En donde describía en su artículo “*Autistic disturbances of affective contact*” once casos de 8 niños y 3 niñas que presentaban características comunes como la incapacidad para relacionarse con personas y situaciones, dando énfasis en las alteraciones de lenguaje. De los once niños solo ocho desarrollaron el lenguaje hablado pero no comunicativo, solo fue de carácter memorístico y repetitivo. Como la ecolalia, presentando dificultad para generalizar una situación, pero mantenían la articulación y la fonética muy conservadas. Otro síntoma que aparece en su artículo es el deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad y tienden a desesperarse, estas conductas se expresa cuando tienen repeticiones monótonas, cuando tienen un cambio de rutina, secuencia de acciones, etc. También hace énfasis sobre el nivel cognitivo de estos niños en los que dice que presentan rasgos de inteligencia y tienen una muy buena memoria mecánica. Aunque varios niños presentan problemas en la marcha y en la motricidad gruesa todos tienen una excelente motricidad fina (Cuxart, 2000).

Es por eso que Kanner propuso una serie de síntomas que serían los que definirían el autismo: aislamiento para el contacto con las personas, deseo de preservar la identidad, una relación intensa con los objetos, conservación de una fisonomía inteligente y por último una alteración en la comunicación verbal que es manifestada por mutismo. De esta manera, el cuadro clínico del autismo se podía diferenciar de la esquizofrenia o cualquier otro trastorno.

Por otro lado, se encuentra el trabajo que realizó Hans Asperger en 1944 en donde compartía rasgos fundamentales del síndrome de Kanner, pero los niveles cognitivos eran superiores. Describía la “*psicopatía autística*” como una condición que se presentaba solo en varones. Su trabajo se basó en cuatro casos en donde todos presentaban dificultades en las relaciones sociales y no mostraban sentimientos hacia los demás, tenían conductas estereotipadas pero no se presentaba algún retraso en la adquisición de lenguaje, pobre comunicación no verbal, un interés por ciertos temas, problemas motores y mala coordinación. Asperger solía llamarlos “pequeños profesores” ya que enfatizaba su capacidad para hablar de sus temas favoritos de manera precisa.

Cabe mencionar que su trabajo fue ignorado por la psiquiatría y la neurología en varios países debido a que fue publicado en alemán; fue a partir de 1981 que su trabajo fue reconocido gracias a la traducción en inglés que realizó Lorna Wing quien atribuye el término Síndrome de Asperger. Antes de atribuir el término, el psiquiatra Gerhard Bosch ya había utilizado el término en 1962 ya que había publicado una monografía en alemán en donde ubicaba el síndrome dentro del autismo (Artigas y Paula, 2011).

Así fue como el Síndrome de Asperger denomina a las personas con autismo de nivel alto. Un punto relevante es que en aspectos etiológicos Asperger se inclina por factores genéticos, en cambio Kanner no menciona alguna variable psicógena (Cuxart, 2000).

Posteriormente en 1994 en la versión de ese año del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), creada en los Estados Unidos;

presenta los Trastornos de Desarrollo como “Pervasive Developmental Disorders”, en donde agrupa el trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno no especificado, dando las mismas patologías que el CIE-10.

En 1997 Lorna Wing y Judith Gould definieron una triada de déficit del autismo:

- 1.-Déficit en su capacidad para la interacción social
- 2.-Déficit en comunicación
- 3.-Déficit en imaginación

Mencionando que dicha triada también se presentaba en personas con otros trastornos de desarrollo. Después, en 1981 Lorna Wing utilizó el término “Síndrome de Asperger” para describir a unos pacientes que presentaban problemas de comunicación, de relación social, intereses restringidos pero con buena competencia verbal. Tenían gran parecido con los que había descrito anteriormente Hans Asperger. Así, fue incluido dentro de los Trastornos Generalizados de Desarrollo como categoría diagnóstica en las clasificaciones internacionales (DSM-IV y CIE-10).

De acuerdo a las investigaciones que se han realizado para descubrir el origen del autismo, se encuentra el enfoque biomédico y el psicológico en donde cada uno define y da una serie de explicaciones de las que podrían ser la causa del autismo.

### **1.5 Enfoque biomédico**

Fue a finales de los años 60's cuando se empezaron a dar explicaciones que el autismo tenía bases biológicas, de esta manera fue asumido como consecuencia de un daño cerebral, causado por factores prenatales y complicaciones en el nacimiento, ya sea prematuro y postmaturos, la edad materna avanzada, aspectos de salud de la madre, infecciones virales, desórdenes autoinmunes o el rotavirus infantil. Otros factores que pueden ser causantes son algunos químicos

como el conservante tiomersal que se encuentra en las vacunas para el sarampión, viruela y rubeola. Los metales como toxinas, contaminantes y pesticidas (La inclusión de niños y niñas, 2012).

De acuerdo con Pérez y Morales (2009) el autismo es un trastorno biológico que presenta problemas en la interacción social y la comunicación, está asociado con intereses y comportamientos repetitivos que duran toda la vida, es decir, es una alteración del comportamiento en donde numerosas capacidades cognoscitivas, sociales, lingüísticas, entre otras, se han quedado a niveles inferiores a la edad cronológica de la persona. También, dentro del trastorno existen déficits sensoriales ya que presentan dificultad en los procesos de atención, percepción y respuesta a los estímulos del entorno, que afecta su actividad cognitiva.

### **1.5.1 Neurobiológico**

Se considera que el autismo es un trastorno que se deriva del Sistema Nervioso Central ya que ejerce la mayor parte de las funciones de control del organismo y está compuesto por más de 100,000 millones de neuronas. Gracias a su funcionamiento, el hombre tiene conciencia de su ambiente, puede comprender y asignar un significado a lo que observa. Además, el sistema nervioso también realiza una función integradora ya que coordina las actividades de los diferentes sistemas del cuerpo. Las neuronas son las células funcionales del tejido nervioso forman redes de comunicación que transmiten señales por diferentes zonas del sistema nervioso, es decir, señalan los cambios que se encuentran en el medio ambiente comunicándolos con otras neuronas y así poder producir respuestas apropiadas a dichos cambios; este proceso de comunicación se lleva a cabo por la liberación de mensajeros químicos a los que se les denomina neurotransmisores.

Los neurotransmisores son sustancias químicas liberadas de una terminación nerviosa por la acción de un PA (Potencial de Acción) que interacciona con un receptor en una estructura adyacente y pueden aumentar o disminuir para generar una respuesta fisiológica. El cuerpo neuronal produce

ciertas enzimas y éstas se implican en la síntesis de algunos neurotransmisores que actúan sobre algunas moléculas precursoras captadas por la neurona para formar el siguiente neurotransmisor (Peña, 2007).

Existen más de 50 sustancias que ejercen como neurotransmisores entre ellas están las aminas biogénicas, aminoácidos, nucleótidos y los neuropéptidos. Entre los aminoácidos se encuentra el  $\gamma$ -aminobutirato (GABA), Glicina, Glutamato, Aspartato, Taurina; en las aminas biógenas están la acetilcolina, dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, histamina; en los nucleótidos se encuentran la adenosina, ATP, otros neurotransmisores es el ácido nítrico y el monóxido de carbono; en los péptidos opioides está la B-endorfina, dinorfina, metionina; en los péptidos neurohipofisarios está la vasopresina y la oxitosina; en las taquicininas está la sustancia P, la casinina y la neurisinina; otros neurotransmisores esta la secretina, el péptido intestinal vasoactivo, glucagón, neuropéptido Y, somatostatina, colescistoquinina y la angiotensina (Luján, 2004).

Se ha encontrado altos niveles de serotonina en la sangre de personas autistas, los inhibidores de esta tiene grandes beneficios para reducir la ansiedad y las conductas obsesivo-compulsivo. Tellez (2000) menciona la noradrenalina como un neurotransmisor importante que es relacionado con la motivación, el estado de alerta y vigilia, la percepción de impulsos sensitivos, el aprendizaje y la memoria.

Desde el enfoque neurobiológico el autismo es una alteración en el metabolismo de la dopamina, siendo éste un neurotransmisor que ejerce acción sobre ganglios basales y parte del lóbulo frontal y temporal (Campostrini, 2013). Así mismo, aparece en conjunto con otros trastornos que afectan la función cerebral como las infecciones virales, perturbaciones metabólicas y epilepsia. Por lo que Rutter y Lockyer (1967 en; Murillo, s.f.) encontraron evidencias de la base neurobiológica del autismo en su asociación con la epilepsia y con la discapacidad intelectual.

Por otro lado, la neurología considera el autismo como un síndrome conductual y/o cognitivo; se mantiene un criterio de agrupación similar en los conceptos de Retardo Mental, Parálisis Cerebral o Disfasia, es decir, existen diversos síntomas que permiten la inclusión del niño dentro del Trastorno Autista.

Una estructura dentro del sistema nervioso central es la formación reticular, está constituida en gran parte por el tallo cerebral, se extiende desde la región caudal del bulbo hasta el diencefalo llega a la parte posterior del hipotálamo y se relaciona con grupos talámicos. Tiene dominio sobre la actividad motora que se integra a nivel de la medula espinal (López, 2003). Puede tener una influencia en la actividad de las neuronas motoras alfa y gamma, es decir, el tono muscular y la actividad refleja y el papel central del movimiento que es la fuerza y la dirección de la contracción muscular durante el movimiento. Desempeña un papel importante en la regulación de la información sensorial, las neuronas reticulares tienen cierto control sobre la actividad en los arcos reflejos y acceso a la información sensitiva, esto regula la percepción del dolor que depende de la influencia que se origina en la corteza cerebral en donde ejerce un control sobre el caudal de información sensorial que llega a través de las neuronas, esto constituye la base neurofisiológica de la atención y el aprendizaje. También, tiene influencia en la actividad eléctrica sobre la corteza cerebral, por lo tanto tiene control de la conciencia (Peñaloza, s.f.).

Por otro lado, Margulis (2010) define la atención como una selección de información relevante a estímulos externos, memoria-pensamiento y al control de conductas, un componente de la atención es la red de alerta, es decir, disposición del organismo para procesar información. Existen dos tipos de alerta: 1) Alerta fásica, que es un estado de activación para procesar un estímulo y 2) Alerta Tónica en donde los cambios son más lentos para procesar un estímulo.

De acuerdo a lo antes mencionado y en base a los estudios que se han realizado desde un enfoque biológico, una de las consecuencias del autismo podría ser por una disfunción de la formación reticular lo que afecta la atención.

### 1.5.2 Genético

Otra explicación biomédica de las características del autismo es la propuesta por Folstein y Piven (1991 en; Tallis, Bottini, Cerda, Reboiras, Rudolfo y Tapella, 2005) quienes mencionan tres ejes que dan posibilidad de un origen genético del autismo:

- 1.- Incidencia de autismo en familiares del niño.
- 2.- Cuadros neuropsiquiátricos y características conductuales afines en la familia.
- 3.- Asociación con enfermedades genéticas.

Existen numerosos cuadros genéticos que han sido asociados con el autismo: *Enfermedades cromosómicas: Fragilidad del cromosoma x y Trisomía del cromosoma 15.*

La fragilidad del cromosoma X es un síndrome que se presenta cuando hay un gen que no puede expresarse, por lo que existe un retardo mental de grado variable y anomalías antropométricas. Se presenta agresividad, irritabilidad, hiperactividad con falta de atención, alteraciones de lenguaje y conductas autistas.

La duplicación del cromosoma 15 fue sugerida por Baker y cols. (1994 en; Tallis y cols., 2005) como una alteración frecuente en el autismo.

Existen muchas afecciones genéticas en donde se han encontrado trastornos autísticos como la 1) Fenilcetonuria es una enfermedad que se genera por un mal funcionamiento de una enzima que transforma la fenilalanina en tirosina, la fenilalanina se acumula en la sangre ejerciendo un efecto tóxico sobre el cerebro. 2) Hipertermia de Ito, se trata de un cuadro dermatológico presentado por depigmentaciones. 3) Neurofibromatosis es un trastorno displástico con formación de tumores benignos en el sistema nervioso central, sobre la piel y las vísceras. 4) Esclerosis Tuberosa es una enfermedad congénita descrita por Bourneville es caracterizada con una frecuencia elevada de epilepsia, retraso mental y adenomas sebáceos en la cara. 5) Síndrome de Williams

presenta un retardo mental moderado y regularmente sus rasgos de conducta son opuestos al de los autistas (Zapella, 2006).

Así como en el factor biomédico donde se desglosa lo neurológico y lo genético se encuentran las bases que podrían ser causa del autismo, existe otra explicación que no se debe dejar de lado ya que también tiene muchas implicaciones para poder entender de donde surge este trastorno.

### **1.6 Características psicológicas**

Fue a finales de los años 80 y principios de los 90 cuando surge la línea de investigación desde un punto de vista neuropsicológico y se habla de la “Teoría de la Mente” que fue propuesto por Premack y Woodruff (1978 en; Uribe, Gómez y Arango, 2010) donde se refiere a la habilidad de las personas para poder explicar la conducta en términos de estados mentales como es el pensar, creer o imaginar. Un dato relevante acerca de esta teoría fue la que realizaron Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) en su investigación donde planteaban que las personas con autismo presentaban un déficit para representar los estados mentales de sí mismos y de los demás, es decir, los pensamientos, creencias, intenciones y deseos, con el fin de explicar y comprender los comportamientos. Esta hipótesis la retomaron del análisis que realizó Alan Leslie (1987) sobre las habilidades cognitivas para entender el juego de ficción. Menciona que las representaciones llevan el mundo a la mente y que los niños en el primer año de vida tienen la capacidad de elaborar representaciones acerca de las representaciones (meta representaciones) de los acontecimientos del mundo real.

El autismo es un síndrome neuropsicológico que se agrupa dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). De acuerdo al DSM-IV, estos trastornos se caracterizan por un déficit grave de diferentes áreas de comportamiento que afectan el desarrollo psicológico de las personas. Las alteraciones se manifiestan principalmente de la siguiente manera: deficiencias en la interacción social, anomalías de la comunicación, la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados.

De acuerdo al DSM-IV para poder dar un diagnóstico sobre autismo se deben presentar seis o más manifestaciones de los siguientes tres trastornos:

1.- Trastorno cualitativo de relación.

- Son conductas importantes de relación no verbal (mirada a los ojos, expresión facial, posturas corporales, etc.)
- Inhabilidad para poder desarrollar relaciones con iguales.
- Falta de conductas para poder compartir intereses con otras personas.

2.- Trastorno cualitativo de la comunicación.

- Poco o nulo desarrollo de lenguaje oral.
- Las personas que tienen un habla adecuada tienen problemas de iniciar o mantener conversaciones.
- Uso de lenguaje idiosincrático.
- Falta de juego de imitación social.

3.- Conductas e intereses repetitivos y estereotipados

- Inquietud excesiva por un foco de interés.
- Adhesión a rutinas no funcionales.
- Estereotipias motoras repetitivas.
- Intranquilidad persistente por parte de objetos

Las personas con trastorno autista pueden presentar una amplia gama de comportamientos como la hiperactividad, periodos atencionales breves, impulsividad, agresividad y conductas auto-lesivas.

Para Zapella (2006), el autismo es una alteración de reciprocidad social, con una anomalía de la comunicación verbal, un repertorio de comportamientos restringido con poca fantasía y escaso juego simbólico, estereotipias motoras y una insistencia para realizar las mismas cosas.

Kanner menciona que las personas autistas muestran ciertas características que el agrupa fundamentalmente en tres aspectos:

#### 1.- Las relaciones sociales

Es la incapacidad para relacionarse con personas y situaciones.

#### 2.-La comunicación y el lenguaje

Presentan alteraciones en la comunicación y el lenguaje; como la ecolalia, comprenden emisiones de forma muy literal, invierten los pronombres personales, falta de atención al lenguaje, aparente sordera en un determinado periodo de su desarrollo y deterioro de relevancia de las emisiones.

#### 3.- La insistencia en la invariancia del ambiente

Se refiere a la inflexibilidad y a una adherencia severa a rutinas ya que las personas con autismo tienden a representar las realidades de forma fragmentaria y parcial.

Por otro lado, Campostrini (2013) menciona que una característica fundamental en personas autistas es evitar las interacciones sociales, pues tienden a presentar acciones como apartarse, evitar las miradas, agachar la cabeza, etc. Estas actitudes son condicionadas o mediadas por factores externos al niño; el primero se refiere a la diferencia de actividad mutua, es decir, en cuanto tenga más éxito el niño podrá establecer mejores relaciones. El segundo es la conducta del otro, es decir, evitan el contacto con quien sientan que los amenace y tendrán mejor actitud con aquellos que no sientan interés en ellos.

Otra característica importante es que presentan un déficit en las funciones de lenguaje, la comprensión verbal, establecimiento de secuencia y abstracción, emisión del mensaje y tienen obstaculizada la comprensión. No tiene procesos memorísticos; no pueden saludar con la mano ya que hay una alteración de destrezas y no son capaces de comunicar lo que observan a su alrededor, etc.

La conducta tiene una fuerte importancia para poder diagnosticar el autismo, así como la interpretación de una conducta alterada, ausente o retrasada. De esta forma, es de gran ayuda que los padres observen el desarrollo de sus hijos para poder detectar si existe algún problema. Se puede dificultar el diagnóstico por la complejidad de las características que presenta y poder distinguirlas de otros trastornos, la falta de signos visibles y la ausencia de indicadores psicobiológicos que puedan afirmar o negar un diagnóstico (Centro de Desarrollo para personas con Autismo, s.f).

Tanto los aspectos clínicos, neuropsicológicos y genéticos de los trastornos generalizados del desarrollo han sido un tema complejo de la neurología. De este modo, la observación conductual, el reconocimiento de fenotipos conductuales autistas, los avances en los aspectos genéticos, neuropatológicos y neurofisiológicos abren una brecha para el futuro y para los profesionales que se dedican a su abordaje (Ruggieri y Arberas, 2007).

Las características antes mencionadas pueden presentarse en los trastornos generalizados de desarrollo en las que se encuentra el trastorno Autista, trastorno de Asperger, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil y trastorno generalizado de desarrollo no especificado. Aunque existen algunas diferencias entre las características porque no todos presentan los mismos comportamientos ni el mismo grado, es por eso que crean confusión a la hora del diagnóstico; por ejemplo el DSM-IV hace una diferencia entre el trastorno autista que equivale al síndrome de Kanner y el trastorno de Asperger que es el síndrome de Asperger, en donde el primero se presenta un 75% de los casos con retraso mental y el segundo se diferencia porque no implica alteraciones de lenguaje. A continuación se describe cada uno de estos trastornos.

## 2.-TRASTORNO GENERALIZADO DE DESARROLLO

### 2.1 Definición y características

Los trastornos generalizados de desarrollo son un grupo de trastornos neuropsiquiátricos que se caracterizan por alteraciones conductuales específicas y un deterioro del desarrollo cognitivo. Presentan una falta de habilidad en la interacción social donde hay una ausencia de contacto interpersonal por lo que tienden aislarse y no hacer caso a las personas, en la comunicación existe una incapacidad de comprender el lenguaje verbal y no verbal, dificultad para realizar un lenguaje comprensible y presentan anomalías en el lenguaje como puede ser ecolalia, lenguaje metafórico o neologismos; y tienen restricciones en el área de intereses ya que realizan alguna tarea de manera rutinaria y presentan conductas repetitivas y actividades estereotipadas frecuentemente en la manos o tienen fascinación por objetos redondos y giratorios. En base a las investigaciones que se han realizado se cree que es un trastorno multicausal, porque están involucradas anomalías en la estructura del cerebro, alteración en los neurotransmisores y una base genética.

#### 2.1.1 Trastorno de Kanner

En 1943 Leo Kanner dio su definición sobre el autismo en donde incluye tres núcleos de trastornos: el trastorno cualitativo de relación, la alteración en la comunicación y lenguaje y la falta de flexibilidad mental y comportamental. En su artículo "Los trastornos autistas del contacto afectivo" menciona algunas características que observó en los niños autistas como una soledad extrema en donde los autistas no se relacionan con las personas, un deseo obsesivo de invarianza ambiental, es decir se presenta un enojo cuando existe algún cambio en su rutina, otra característica importante es que tienen buena memoria ya que pueden memorizar gran cantidad de material sin ningún sentido práctico, tenían

buen potencial cognitivo, presentaban hipersensibilidad a los estímulos y mutismo (Benito, 2011).

De esta forma, fue conocido como un trastorno de desarrollo que afecta principalmente la comunicación, la imaginación, la planificación y reciprocidad emocional; los principales síntomas es la incapacidad de interacción social, aislamiento, y movimientos incontrolados, pueden ser motores como aleteos, saltar, deambular sin ningún fin, balanceo con el cuerpo, caminar de puntitas, etc. Sensoriales como tocar superficies, chupar objetos, etc. Y sensitivas como mirar la luz, escuchar música, observar girar un objeto, etc. (Ariza, 2010). Las personas con trastorno autista pueden caracterizarse por tener comportamientos de hiperactividad, ámbitos atencionales breves, impulsividad, agresividad, conductas auto-lesivas, rabietas, alteración en conducta alimentaria y sueño, cambios en el estado de ánimo, falta de respuesta ante peligros reales, temor a estímulos que no son peligrosos, etc.

Ruggieri y Arberas (2007), mencionan que el trastorno de Kanner se manifiesta socialmente porque estos niños son aislados, ya que no están interesados en el entorno, la integración con sus pares es muy escasa, carecen de juego simbólico, su contacto visual es disperso, tienen su mirada huidiza y dificultad para reconocer las expresiones faciales por lo que mantienen muy poca atención, no miran a los ojos, no responde a las personas. Tienen problemas en el lenguaje verbal y no verbal; en el verbal la mayoría de los autistas tienen alteraciones, el “síndrome semántico pragmático”, es decir, tienen dificultad tanto en la expresión como en la comprensión del lenguaje; respuestas con monosílabos, ecolalia, estereotipias verbales, hablar en tercera persona y un déficit receptivo. En el lenguaje no verbal se caracteriza porque presentan un escaso contacto visual, un déficit de la atención compartida, déficit para discriminar expresiones faciales y carencia de gestos expresivos.

También tienden a presentar dificultad para controlar el volumen de su voz ya que les es difícil mantener una voz suave en momentos inadecuados; todos estos problemas que tienen en la comunicación significan que realizan un gran

esfuerzo para hablar. Otra característica, es que tienen problemas en comprender las cosas que ven con las que oyen porque les resulta más fácil identificar las cosas que pueden observar basándose en movimientos y el contorno que en percibir los detalles finos. Presentan un fuerte rechazo a algunos sonidos, texturas y comidas nuevas. Tienen baja tolerancia a la frustración, ausencia de interés por juguetes, rechazo a ser tocados, comportamiento muy pasivo o demasiado activo y nervioso.

Una herramienta para un buen diagnóstico son las diferentes escalas de evaluación como el IDEA, CARS, ADI-R, ADOS, etc. así como el DSM que permite dar un diagnóstico adecuado tanto cognitivo como conductual. El IDEA presenta tres utilidades principales: establece un proceso diagnóstico, formula estrategias de tratamiento y tiene cambios a mediano y largo plazo que fueron producidos por el tratamiento. Está compuesta por cuatro escalas: la de Trastorno de desarrollo social, trastorno de comunicación y lenguaje, trastorno de anticipación y flexibilidad y trastorno de simbolización. La escala CARS está elaborada para el diagnóstico, la planificación del tratamiento de personas autistas y el grado de severidad que presenta, ya sea medio-moderado y severo. Es una observación de la conducta social del niño frente a diferentes tareas; esta herramienta se complementa con ADI-R que es una entrevista semiestructurada se realiza a los padres, tiene énfasis en tres áreas: la interacción social, comunicación y conductas estereotipadas. El ADOS es una evaluación estandarizada sobre la comunicación, la interacción social, el juego y las conductas repetitivas.

El siguiente Trastorno tiene similitudes con el Trastorno de Kanner pero también algunas diferencias muy específicas; a continuación se mencionan las características que presenta.

### **2.1.2 Trastorno de Asperger**

Es un trastorno del desarrollo infantil que está relacionado con el autismo tiene consecuencias en el desarrollo social, emocional y conductual. Fue descrito por el

psiquiatra Hans Asperger, su trabajo fue reconocido hasta 1990 en el Manual Estadístico de Diagnóstico de Trastornos Mentales en las personas Neurotípicas.

Asperger denominó como psicopatía autista a una serie de síntomas que había observado y constató grandes similitudes con el autismo y la describió como un trastorno de la personalidad enfatizado por el aislamiento social. Un primer indicador del trastorno de Asperger podrían ser los retrasos del desarrollo motor como gatear o caminar tardíamente y con dificultad.

Las características principales que presentan las personas son un trastorno cualitativo de la interacción social, la comunicación no verbal y la reciprocidad emocional; suelen ser personas poco afectivas, no se relacionan en los juegos con otros niños a menos que sean ellos quien lo dirijan, sus juegos suelen ser repetitivos así como su comportamiento y es poco social. No demuestran sus intereses o sus logros con las demás personas y carecen de una comprensión empática. La interacción social de estas personas suele ser difícil y se convierte en una fuente de ansiedad. Estiman mal el espacio personal, es decir, pueden pararse demasiado cerca de las demás personas. Presentan una alteración de habilidades pragmáticas del lenguaje y la comunicación social; es decir, tienen dificultad para poder desarrollar y mantener una conversación por lo que suelen dar la impresión de que no escuchan, no son capaces de poder descifrar las señales no verbales que forman parte de la conversación, tienden a hacer interpretaciones literales de los mensajes, esto puede producir una forma pedante de hablar, con palabras fuera de contexto, tienen un lenguaje corporal inadecuado con un uso ilimitado de gestos, mantienen una postura corporal rígida y no mantienen la mirada en la interacción. Finalmente, otra de las principales características corresponde a un trastorno de la flexibilidad comportamental y mental en donde las conductas, actividades e intereses son restrictivos y repetitivos, cuando existe algún cambio en sus rutinas se puede generar ansiedad por lo que se debe de anticipar al niño para que se prepare mentalmente. Pero también obtienen un beneficio en su desarrollo ya que impone estabilidad y orden, facilita la adquisición de comportamientos, adquieren un aprendizaje sobre sus

actividades y crean una predicción de sucesos. Tienen dificultad para inferir en los estados emocionales, las actitudes e intenciones de las personas, presentan un retraso en el desarrollo motor grueso y fino en donde es afectado la locomoción, es decir, al caminar no existe el balanceo de los brazos correspondientes; habilidades con pelota donde se les dificulta tener una coordinación de movimientos de los brazos para poder atrapar la pelota y no miran una dirección para poder lanzarla; problemas en el equilibrio en donde tienen la incapacidad de mantenerse en una línea recta poniendo un pie delante de otro; en la destreza manual tienen dificultad para vestirse, abrocharse los zapatos, problemas en la escritura ya que presentaría una caligrafía defectuosa, pueden presentar estereotipias motoras como aleteo de manos, retorcimiento de dedos, balanceo repetitivo, etc; tienden a ejecutar movimientos rápidos e imitan los movimientos de otras personas (Padrón, 2006).

Suelen ser personas honestas, nobles, ingenuas, carecen de maldad, son leales, tienen una excelente memoria facial, son sinceros, tienen dificultad para compartir preocupaciones con los de su alrededor, tienen muy buena memoria en los temas de interés y suelen ser muy perfeccionistas cuando realizan alguna tarea.

A diferencia del síndrome autista, las personas con síndrome de Asperger son socialmente aislados pero no desconocen la presencia de otras personas, mantienen sus habilidades tempranas de lenguaje, no presentan deficiencias estructurales teniendo un vocabulario y sintaxis rebuscado, tienen una capacidad intelectual normal o superior a la media, pueden mantener conversaciones aunque se interesen en sus propios temas, son conscientes de su dificultad para hacer amigos y debido a su problema de no comprender las emociones tienden a observar detenidamente para entender las mismas y poder responder de una manera adecuada.

Todas estas características descritas permanecen durante toda su vida en las personas con Asperger, pero lo que varía a lo largo de los años es como van supliendo esas carencias con otras técnicas, esto se logra y se tiene una

adaptación satisfactoria de acuerdo al tratamiento que se lleve a cabo, la ayuda que se les brinda y la reacción que tenga la persona.

### **2.1.3 Trastorno Desintegrativo de la Infancia (TDI)**

También es conocido como psicosis desintegrativa de Heller, ya que fue citado por primera vez en 1908 por el psiquiatra austriaco Theodor Heller. El DSM-IV lo define como una regresión en varias áreas cognitivas y conductuales se presenta entre los 2 y 9 años de edad en un niño previamente sano. Existe una pérdida de las habilidades adquiridas como el lenguaje, habilidades sociales, comportamiento adaptativo, control de esfínteres y aparición de conductas del espectro autista (Ruggieri y Arberas, 2007).

Es definido por alteraciones cualitativas de las capacidades de relación, comunicación y pautas estereotipadas de conducta y actividad mental. Parece ser que existe una estabilidad emocional extrema la cual se acompaña de fenómenos semejantes a las alucinaciones y los delirios de la esquizofrenia. Presentan síntomas como irritabilidad, inquietud, ansiedad e hiperactividad relativa. Se puede caracterizar este trastorno cuando el niño comienza a tener dificultades para realizar tareas y actividades que antes solía hacer, es así como el deterioro se hace cada vez más evidente.

Las características que pueden padecer estas personas es que de tener un desarrollo normal teniendo una comunicación verbal y no verbal, relaciones sociales, juego y comportamiento apropiados a la edad del niño, van teniendo una pérdida significativa de las habilidades adquiridas, esto es antes de los 10 años de edad; en las áreas como en el lenguaje expresivo, en donde suele usarlo de forma estereotipada y repetitiva, se les dificulta comprender lo que se les dice y por ende seguir instrucciones, va teniendo pérdidas en las habilidades para los juegos donde se le olvidan las reglas y es incapaz de realizarlo, pérdida de habilidades motoras en donde le es difícil caminar, correr, cambiar de postura, etc., hay una alteración en la interacción social en donde no es capaz de relacionarse con las personas, es muy distante, frío, ausencia de reciprocidad emocional y problemas

para mantener una conversación, presenta intereses y actividades restrictivos y repetitivos, estereotipias motoras y manierismos (Trastorno Desintegrativo Infantil, s.f.).

Así como en el autismo y en el trastorno de Asperger no existe evidencia de una base genética tampoco en el TDI, aparte de que este trastorno es muy raro. Ruggieri y Arberas (2007), mencionan que puede haber diversas bases neurológicas que pueden ser causantes del deterioro de este tipo; como pueden ser los cuadros epilépticos, como la afasia epiléptica adquirida, metabolopatías como la lipofuccinosis infantil cerioidea, la leucodistrofia metacromática, etc. Y enfermedades infecciosas como la panancefalitis, VIH, etc.

Este trastorno es diferenciado del autismo debido que en este se presenta una regresión de habilidades adquiridas previamente.

#### **2.1.4 Síndrome de Rett**

Tejada (2006) menciona que este síndrome fue descrito por el pediatra austriaco Andreas Rett en 1966 como una enfermedad neurológica que se da en la primera infancia y es una de las más frecuentes de retraso mental profundo, ya que está ligada al cromosoma X afectando más a mujeres, aunque también se puede dar en un porcentaje menor en los hombres. Presentan un desarrollo prenatal y perinatal normales, también su desarrollo psicomotor es normal en los primeros cinco meses de vida y su perímetro cefálico es normal en el nacimiento. Provoca una detención en el desarrollo de estancamiento o regresión que aparece entre los 6-18 meses, una regresión de las funciones cerebrales que se manifiesta por un cuadro de demencia, dispraxia de la marcha, pérdida en la destrezas motoras de las manos, con estereotipias y repetición en el lavado de manos, un deterioro psicomotor progresivo, adquieren una microcefalia adquirida (sic) debido a que existe un estancamiento en el perímetro craneal, empiezan a tener problemas con la comunicación ya que tienen una pérdida en el lenguaje oral, puede aparecer la epilepsia en el que se va implantando un retraso mental grave que se llega a diagnosticar hasta los 3-5 años de edad. Finalmente, llega un estado de

estancamiento en donde los procesos de aprendizaje son cada vez más lentos. Existen cuatro estadios en los que se puede ver la evolución de proceso:

Estadio 1.- es la detención temprana que se tiene en el desarrollo psicomotor, aparece a partir de los 6-18 meses se nota una pérdida de la atención, va teniendo una pérdida por los intereses de los juegos, presentan estereotipias de las manos alternadas, por último, en esta etapa el crecimiento del diámetro craneal se desacelera.

Estadio 2.- es de deterioro rápido que ocurre entre 1 y 4 años de edad, hay una regresión de las habilidades adquiridas: son retraídos, aislados, hay una pérdida del lenguaje, del uso funcional de las manos, aparecen movimientos incoordinados, tienen episodios de hiperventilación, es decir, tienen una respiración rápida que puede ocurrir por ansiedad o pánico, convulsiones y pérdida de sueño.

Estadio 3.- es la fase pseudoestacionaria aparece entre los 4 y 6 años de edad, aquí ya no existen regresiones.

Estadio 4.- es de deterioro motor tardío sucede entre los 5 y 7 años de edad.

Villalba (2014), menciona algunas variantes que puede haber a pesar de los cuatro estadios descritos, que son típicos del síndrome de Rett:

- Síndrome de Rett Provisional: este síndrome no cuenta con alguno de los signos clínicos y no son suficientes para diagnosticar el Síndrome de Rett.
- Forma Frustrada: aquí, la regresión de desarrollo que aparece en el estadio 2 tarda más en presentarse, por lo tanto, existe una mejor conservación del lenguaje.
- Síndrome de Rett con lenguaje conservado: en este punto, las pacientes pueden articular palabras pero no tienen sentido.
- Síndrome de Rett Atípico: al igual que el síndrome de Rett provisional no presenta todos los signos clínicos clásicos.

- Síndrome de Rett Congénito: en este caso las anomalías se presentan desde el nacimiento.
- Variante de comienzo precoz con crisis: este es caracterizado porque se presentan crisis epilépticas desde la etapa inicial.
- Variante con regresión en la infancia tardía: se caracteriza porque puede ser diagnosticado hasta los 20 y 25 años junto con un retraso mental moderado.

Por otro lado, también presentan una desconexión social en donde se encuentran con irritabilidad, tienen llanto inexplicado durante un periodo largo, muestran enojo cuando se presenta algún cambio, evitan contacto visual, tienden a golpear o morder objetos, presentan escoliosis, es decir una desviación lateral de la columna vertebral, problemas de autonomía personal. Problemas sensorio-perceptivos, alteraciones cognitivas y problemas de comportamiento.

Este síndrome es de base genética causado por mutaciones en el gen MECP2, es un gen regulador que se encuentra en el brazo largo del cromosoma X (Xq28), este gen es una mutación de novo, en otras palabras es una alteración que se da de forma espontánea en un gameto de los progenitores (Palomera y Sangrador, s.f). Es por eso que este síndrome no es muy probable que se encuentre en niños ya que al poseer un solo cromosoma X la mutación de este será letal y podría causar la muerte.

A diferencia de los Trastornos que hemos revisado, el Síndrome de Rett es el único que tiene más claro las bases genéticas ya que se da debido a una mutación del cromosoma X.

### **2.1.5 Trastorno Generalizado de Desarrollo no especificado**

Battle, Bielsa, Molina, Rafael y Tomas (s.f.), mencionan que este trastorno no cumple los criterios de un Trastorno Generalizado de Desarrollo específico como puede ser la esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación, etc. Existe una alteración grave en la interacción social o de habilidades de la comunicación no verbal, comportamiento, intereses y actividades estereotipadas. Por lo que

entraría en este apartado el término del “autismo atípico” ya que este tampoco cumple los criterios diagnósticos del autismo, debido a que se presenta en una edad de inicio posterior y tiene una sintomatología atípica en los problemas sociales, de comunicación y de comportamiento pueden aumentar con el paso del tiempo.

## 3.-TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

### 3.1 Características

El concepto de autismo ha tenido una variación significativa desde sus inicios, en la actualidad se habla de un continuo ya que se presenta en diversos grados en diferentes trastornos del desarrollo donde Cuxart (2000, en; Puglisevich, 2014) menciona que es una característica específica del Trastorno del Espectro Autista ya que las diferencias interindividuales son muy amplias, por un lado se encuentra el cociente intelectual, la variación que existe entre la sintomatología de cada persona y por último los síntomas que están asociadas al cuadro. De modo que este trastorno se define como una disarmonía generalizada en el desarrollo de las funciones cognitivas superiores e independiente del potencial intelectual inicial. El término “espectro” hace referencia a una amplia gama de síntomas, habilidades y deterioro que pueden tener los niños; ya que algunos presentan un deterioro leve causado por los síntomas que muestra y puede haber otros que están gravemente discapacitados.

El DSM-V menciona cuatro de los cinco subtipos de autismo (Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado de Desarrollo no Especificado) se encuentran en una sola categoría, que es el Trastorno del Espectro autista y reemplaza el término de Trastornos Generalizados de Desarrollo. La razón por la que se reemplaza el término es porque al hablar de “generalizado” sugiere que todos los aspectos del desarrollo están afectados y eso no siempre sucede. En esta versión del manual el Trastorno de Rett queda fuera del sistema de clasificación debido que es un trastorno genético que es provocado por mutaciones en el gen MECP2, por lo tanto, tiene un itinerario clínico muy preciso; por otro lado, se establece que los síntomas del Trastorno del Espectro Autista inician en las primeras fases del desarrollo (Bonilla y Chaskel, s.f.).

Alcamí, Molins, Mollejo, Ortiz, Pascual, Rivas y Villanueva (2008), mencionan que el autismo surge como un síndrome, su aparición es precoz cuyos síntomas principales están en las disfunciones cognitivas y afectivas, sin embargo, hay muchas alteraciones de desarrollo que pueden presentar síntomas autistas sin ser precisamente cuadros de autismo. De acuerdo a las investigaciones que se han realizado se piensa que existen muchos factores que pueden ser causantes del autismo, como el genético, en donde los estudios de gemelos mencionan que tienen una alta heredabilidad, por ejemplo existe mayor incidencia en gemelos monozigotos y disminuye en los gemelos dizigóticos; otros factores son los neurológicos, inmunológicos, perinatales, neuroanatómicos y bioquímicos; por otro lado, de acuerdo a las investigaciones encontradas sobre electrofisiología, neuroimágenes funcionales, neuroimágenes estructurales, hallazgos moleculares y genética se puede caracterizar el autismo por una conectividad neuronal atípica (Bonilla y Chaskel, s.f.) pero aún se desconoce cuáles son las causas que produce el Trastorno del Espectro Autista, aunque lo biológico tiene un amplio soporte empírico no se puede decir que solo se trata de una causa biológica más bien se tiene que pensar en una etiología multifactorial.

Repeto y Zamora (s.f.) mencionan que los trastornos del espectro autista se basan principalmente en tres áreas del desarrollo de la persona:

- Alteración del desarrollo de la interacción social recíproca, en donde tienen dificultad para tener una relación con las personas, carecen de empatía, presentan un aislamiento social, llegan a tener interacción social pero con escaso interés hacia los demás.
- Alteración en la comunicación verbal y no verbal, presentan un retraso en el desarrollo de conductas gesticulares y del lenguaje oral, evitan la mirada, escasas instancias de mirada hacia otras personas, ausencia de expresión emocional.
- Repertorio restringido de intereses y comportamientos en donde presentan conductas repetitivas con su cuerpo o hacia objetos, por ejemplo, aleteo de

manos, balanceo, etc; presentan una preocupación por mantener una rutina por ende mantienen una resistencia por cambios en el ambiente.

Los padres son las primeras personas que empiezan a notar conductas inusuales en sus hijos, por ejemplo, existen bebés con trastorno del espectro autista que desde muy temprano en su desarrollo pueden parecer diferentes ya que se concentran en algunos objetos, no mantienen un contacto visual, no pueden establecer un juego típico y no balbucean. En cambio, otros niños pueden desarrollarse de manera normal hasta los dos o tres años y empiezan a perder interés en los otros, se muestran silenciosos, retraídos, indiferentes, no responden a las señales emocionales en las interacciones sociales. Existen algunos estudios que han encontrado que los niños con trastorno de espectro autista muestran más interés en los movimientos que se hacen con la boca que ver a los ojos, que tienden a efectuar movimientos repetitivos ligados a un sonido, por ejemplo, el aplaudir, etc; tienen dificultad en percibir las señales sociales sutiles como una sonrisa, un guiño, una mueca, etc. Por ende, se les dificulta entender las acciones de otras personas. También es difícil poder comprender en estos niños, su lenguaje corporal, las expresiones faciales, movimientos y gestos, ya que no tienden a ser muy perceptibles con lo que están diciendo y su tono de voz no expresa lo que están sintiendo.

Estas personas suelen no responder cuando escuchan su nombre o lo hacen de manera muy lenta cuando se les habla para obtener su atención, pueden llegar a desarrollar un lenguaje a un ritmo tardío, aprenden a comunicarse mediante dibujos o señas, llegan a utilizar palabras sencillas o a repetir continuamente ciertas frases. Tienen conductas repetitivas como agitar brazos o caminar con patrones específicos, presentan intereses excesivamente enfocados, como estar viendo algún objeto en movimiento o partes de objetos como las ruedas de un automóvil, pueden alinear juguetes de cierta forma durante un largo periodo de tiempo, llega a molestarse si alguien mueve accidentalmente alguno de sus juguetes. Por otro lado, la conducta repetitiva también se relaciona con aprender sobre algún tema de interés pueden ser números, símbolos, temas científicos, etc.

A pesar de que tienen un mejor desenvolvimiento en sus rutinas y en sus actividades diarias, la inflexibilidad puede causar ciertas dificultades, como el querer comer siempre las mismas comidas o tomar el mismo camino hacia cierto lugar y el tener un cambio en las rutinas llega a ser perturbador, algunos tienen arrebatos emocionales cuando están enojados o se encuentran en un lugar nuevo. Hay quienes reaccionan de manera exagerada o indiferente a ciertas imágenes, sonidos, texturas y sabores. Algunos presentan problemas para dormir, o permanecer dormidos, debido a estos problemas se crean dificultad para prestar atención, reduce su capacidad de funcionamiento y muestran malos comportamientos.

Por otro lado, el lenguaje es un aspecto central ya que tiene gran importancia en el desarrollo humano; a continuación se mencionan las alteraciones que tienen las personas autistas en el lenguaje.

### **3.2 Alteraciones de lenguaje**

Las personas con Trastorno del espectro autista muestran un lenguaje inapropiado, irrelevante o poco informativo; los aspectos que son afectados en los autistas es el uso lingüístico, es decir, la forma y el contenido en como expresan las cosas, el aspecto paralingüístico, hace referencia a la entonación y los aspectos no verbales como son las miradas y la distancia física que presentan.

Por otro lado, una de las dimensiones que menciona Lorna Wing sobre el espectro autista es el trastorno de las capacidades de comunicación social, que se encuentra en la conocida “triada de Wing” (1988, en: Reviere y Martos, 2001) en donde cada dimensión presenta cuatro niveles, el primero, caracteriza a las personas que padecen un trastorno severo y el cuarto nivel se caracteriza por los trastornos menos severos. De acuerdo al nivel en el que se encuentra la persona con espectro autista constituye una valoración sintética y útil para poder tener una claridad del cuadro que presenta.

Existen cuatro niveles de alteración que limitan el grado de desarrollo y complejidad del lenguaje de las personas con autismo, en la dimensión del trastorno cualitativo de las funciones comunicativas, son:

1. Presentan una ausencia total de comunicación en donde no lo compensan mediante el uso de gestos o mímica.
2. Las personas realizan actividades de pedir, la comunicación que presentan es intencionada e intencionales pero no tienen significado, es decir, al pedir las cosas lleva de la mano a la persona que le puede ayudar a obtener lo deseado.
3. Utilizan signos para pedir ya sea mediante palabras, símbolos enactivos, gestos suspendidos, símbolos aprendidos, etc. Pero sigue habiendo ausencia de comunicación con función ostensiva o declarativa, ya que la comunicación que emplean es para cambiar el mundo físico.
4. Hay un empleo de conductas comunicativas de expresar que no solo buscan cambiar el mundo físico, pero tienen dificultad para cualificar subjetivamente la experiencia por lo que su comunicación es recíproca y poco empática.

Las personas con espectro autista tienen diversas anormalidades en el lenguaje expresivo, pero existe un grado de espontaneidad formal de las emisiones de organización conversacional y discursiva del lenguaje; los niveles de la dimensión de trastorno del lenguaje expresivo son:

1. Hay una ausencia total del lenguaje expresivo, puede haber mutismo total o funcional, este se refiere a que hay verbalizaciones pero no son lingüísticas ya que carecen de análisis significativo, por lo tanto, no tiene la función de comunicar.
2. Su lenguaje es ecológico o presentan palabras sueltas por lo que no hay conversación.
3. Tienen la capacidad de realizar oraciones que no son ecolalias, pero los sintagmas y las oraciones no llegan a desarrollar un discurso.

4. Presentan un lenguaje discursivo en donde pueden realizar conversaciones aunque tiende a ser lacónica, tienen varios problemas para hablar de un tema, dificultad en los intercambios de roles y al iniciar y terminar una conversación lo hacen de forma abrupta.

Por último, los niveles que presenta el trastorno de lenguaje receptivo son:

1. Sordera central, es decir, presentan un problema de la percepción auditiva resultante de una lesión en el lóbulo temporal; ignoran el lenguaje al no responder ordenes de ninguna clase; en este nivel, es donde la mayoría de las familias consulta un doctor ya que el niño no habla, por lo tanto, se dice que tiene sordera aparente paradójica, el cual implica una falta de respuesta a las emisiones lingüísticas, sin embargo su aparato auditivo periférico está intacto.
2. Hay una asociación de enunciados verbales con conductas propias, en donde existe una comprensión de órdenes sencillas que se da mediante la asociación de sonidos o comportamientos. No logran entender los enunciados ni dar un significado en términos pragmáticos.
3. Existe una comprensión de enunciados, por lo que hay una actividad mental, aunque la comprensión suele ser literal y poco flexible.
4. Tienen la capacidad de comprender planos conversacionales y discursivos del lenguaje, aunque presentan alteraciones sutiles en la comprensión del lenguaje figurado como las metáforas, las ironías, los sarcasmos, refranes, expresiones metafóricas, etc.

Éstas son las alteraciones que presentan en el lenguaje las personas con espectro autista, lo cual tiene repercusión en la comunicación, siendo esta una conducta de actividad intencionada de relación, en donde se refiere a algo que puede ser intencional y se realiza mediante significantes, o sea signos. Para las personas autistas la comunicación puede ser un problema; de forma literal, se puede decir que los autistas no saben qué hacer con las personas ya que les resulta difícil compartir experiencias, comentar, narrar o argumentar sobre algún tema; debido que carecen de la función de cambiar el mundo físico o

conseguir algo de él, a lo que Bates (1976, en: Riviere y Martos, 2001) denominó como protoimperativos o imperativos si se realiza mediante símbolos; y la función de cambiar el mundo mental de otra persona compartiendo alguna experiencia interna mediante una interacción, a este lo llamo protodeclarativos o declarativos. También, las dificultades que tienen para establecer focos compartidos de atención, acción e intereses con las personas se deben a la falta de conductas comunicativas por una ausencia de protodeclarativos. Bruner y Sherwood (1983, en: Riviere y Martos, 2001) definen las conductas de atención conjunta como las actividades de comunicación social prelingüística, el cual implica el empleo de gestos para compartir el interés ante cualquier situación u objetos, etc.

Las personas con espectro autista, tienen una dificultad para simbolizar, es decir, son incapaces de representar una realidad conocida mediante otra. Esta dificultad que presentan es una consecuencia para el desarrollo lingüístico. Hay quienes pueden realizar juegos funcionales pero estos, tienden a ser estereotipados, limitados en contenidos, poco flexibles y poco espontáneos, por lo que no existe juego simbólico. Otros pueden realizar juego simbólico evocado, el cual tiende a ser producido desde fuera, es decir, el niño tiene la capacidad de realizar juego de inserción de personajes pero se realiza en forma de imitación; siendo éste un aspecto importante para el desarrollo de las capacidades simbólicas e intersubjetivas de las personas con espectro autista. Hay personas en donde hay ausencia completa de imitación, otros presentan imitaciones motoras simples pero son evocadas, por lo tanto, no existe una imitación espontánea, hay quienes la pueden tener pero carecen de imitación intersubjetiva y muchos tienen dificultad para guiarse por modelos personales internos sin fundamento empático. Por último, presentan capacidades complejas de ficción, tienen dificultad para diferenciar entre lo irreal y la realidad.

Debido a las dificultades que poseen estas personas, realizan preguntas en donde ya conocen la respuesta o dan respuestas irrelevantes a preguntas, no dirigen la mirada en las conversaciones al rostro de la persona con la que hablan,

no adaptan el volumen de voz a la distancia del interlocutor y hablan de un tema en específico repetidamente. A menudo suelen decir palabras en vacío que carecen de significado y de función, para que estas palabras tengan contenido y función comunicativa, la imitación de las palabras se hace contingente a su obtención por parte del niño.

Es importante mencionar que no todas las personas con trastorno del espectro autista tienen una conducta lingüística homogénea, ya que existen niños que no adquieren el lenguaje y hay quienes si lo adquieren, es decir, mediante los aspectos fonológicos y sintácticos, como la forma de interpretar los sonidos y de comprender las palabras, pero no logran desarrollar el componente pragmático, o sea la realización de funciones como comentar, describir, narrar o argumentar.

Cuando el niño tiene lenguaje es necesario examinar la existencia de algunas anomalías como la ecolalia, el nivel estructural de las emisiones, el grado de complejidad y desarrollo funcional, las habilidades conversacionales y discursivas y posibles disociaciones como puede ser la fonología segmental, la morfología y la sintaxis o pueden tener ausencia en la forma de comentar, describir, argumentar, etc. En el artículo que realizo Kanner "El lenguaje irrelevante y metafórico en autismo infantil precoz" hace referencia en que los niños autistas presentan gran dificultad para desarrollar el lenguaje en su periodo crítico de desarrollo ya que carecen de intersubjetivos que ponen en marcha los mecanismos de adquisición lingüística y tienden a desarrollar un lenguaje poco funcional con alteraciones (Riviere, 2001).

De acuerdo a estas características, es de vital importancia la valoración y el tratamiento de las competencias comunicativas y lingüísticas, ya que es fundamental para que las personas puedan desarrollar habilidades básicas de relación intencionada y atención conjunta; mediante el empleo de instrumentos psicométricos, como la prueba que desarrollo el autor Riviere, el Test de Evaluación del Desarrollo Preescolar y Especial (TEDEPE) la cual define el desarrollo en ocho áreas: imitación, motricidad fina, motricidad gruesa, desarrollo social, lenguaje expresivo y comunicación, lenguaje receptivo, representación y

simbolización y solución de problemas. Otras pruebas de utilidad es la de comprensión léxica de Peabody, el cual consiste en cinco laminas en el que se presentan cuatro dibujos, la tarea es que se deben de escoger la lámina que ilustre el significado de la palabra que el examinador dice, esta prueba mide la comprensión auditiva y el vocabulario receptivo o auditivo de las personas. Otra de las pruebas es el Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA), evalúa las funciones psicolingüísticas que están en el proceso de comunicación y la detección de trastornos de aprendizaje; se realiza mediante las áreas de comprensión visual, memoria secuencial visomotora, asociación auditiva, memoria secuencial auditiva, asociación visual, integración visual, expresión verbal, integración gramatical y expresión motora. Estas son pruebas que se pueden realizar para poder detectar las alteraciones de lenguaje que presentan los niños con espectro autista, sin dejar de lado la observación de las actividades de relación del niño y de sus destrezas comunicativas.

Ahora, mencionaremos algunos de los modelos psicológicos que han tratado el autismo.

## 4.- MODELOS EXPLICATIVOS ACERCA DEL AUTISMO

### 4.1 Psicoanálisis

Uno de los modelos que habla acerca del autismo es el psicoanálisis siendo Sigmund Freud quien diseñó este modelo con el objetivo de conocer acerca del desarrollo y la formación de la personalidad, el cual se dedicó a estudiar los pensamientos y sentimientos destacando el término inconsciente, es decir, todo aquello de los que no se tiene conocimiento. Con sus estudios logró abrir una brecha para estudiar el desarrollo psíquico del ser humano, el cual inicia de manera temprana; desde el nacimiento al primer año de vida; Freud hace énfasis en que ese periodo es de gran significancia en el desarrollo de la psique humana, en esta etapa se desarrolla a lo que denominó *Ello*, el cual forma parte del aparato psíquico, éste, se constituye por los deseos básicos a lo que él llama pulsiones, se clasifican en dos categorías: pulsión de vida (*Eros*), siendo estos las satisfacciones de las necesidades el cual garantiza la supervivencia de todos los organismos; y pulsión de muerte (*Thanatos*), se caracteriza por provocar que los organismos destruyan aquello que les amenaza. De acuerdo al proceso de desarrollo del ser humano va adquiriendo comportamientos y actitudes que lo caracterizan de un ser social, esto implica que se reprimen las pulsiones para ser aceptado en la sociedad. Para esto, nombró una característica del aparato psíquico al que llamó *Superyó*, siendo este el que involucra las normativas sociales, aquí la familia es un factor importante ya que es quien se encarga de enseñar esas normas de comportamiento social al niño. Como la persona tiene que buscar la forma de satisfacer las necesidades, entre el proceso de la elección y filtro de las pulsiones del *Ello* y las imposiciones del *Superyó*, Freud denominó el *Yo*, siendo una de las partes del aparato psíquico que se desarrolla posteriormente en el individuo en donde tiene que aprender a controlar y elegir como satisfacer sus instintos. Su finalidad es filtrar información del ambiente (normas y reglas), y del *Ello* (deseos e instintos) para poder ser funcional en el

ambiente social. De acuerdo a la manera en como la persona tiene un equilibrio acerca de los deseos e imposiciones sociales se construye la personalidad (Seelbach, 2013).

De acuerdo a este proceso que menciona Freud sobre el desarrollo del aparato psíquico, habla de cinco etapas que se presentan en el ser humano: etapa oral, etapa anal, etapa fálica, etapa de latencia y etapa genital; en estas etapas existe un desarrollo de tipo sexual. De acuerdo a todo este proceso, Freud plantea que el comportamiento se origina por las fuerzas psicológicas con base en el determinismo psíquico, la personalidad y el carácter se construyen de acuerdo a las vivencias que se hayan tenido en la infancia.

Por otra parte, de acuerdo a las teorías que implemento Freud, Bleuler quiso utilizar el término de autismo para el cuadro clínico de esquizofrenia, ya que rechaza la relación de esquizofrenia con la teoría sexual de Freud, por ende, niega que “aislamiento autista” tenga una similitud al autoerotismo (Ríos, 2010).

Desde esta perspectiva, se ve el autismo como un intento de enfrentar un gran terror elemental, por lo que el niño se queda paralizado; es como un trastorno de la interacción más que de la acción. Ante esta situación, Tustin (1987, en: Ríos, 2010) menciona que esto sucede porque madre e hijo no se acompañaron y esto ocasiona que el niño permanezca emocionalmente aislado de sus padres, por lo que sufrirá la soledad del encarcelamiento en sí mismo. Para Freud y Lacan el aparato psíquico es algo a construir, por eso el contacto que haya entre la madre con el hijo permite que pueda relacionarse con el mundo y así poder construir su aparato psíquico. Para esto, Lacan fue el primero quien mencionó que los llamados trastornos psíquicos pertenecen al campo de la palabra y el lenguaje, haciendo énfasis en que el cuerpo y el lenguaje se encuentran conectados por una relación compleja que regula el goce y mantiene a distancia a los autistas cuando la palabra los aterroriza; aquí, la palabra goce puede designar el placer de los cuerpos. Es por esto que desde una perspectiva Lacaniana el autismo es visto como una psicosis infantil debido a las características del lenguaje.

Por otra parte, Mahler (s.f. en; Balbuena, 2009) distingue dos tipos de psicosis a una la nombra psicosis infantil autística en donde el niño no construye psíquica y emocionalmente la figura materna en la que es muy similar a la psicosis infantil de Kanner. La segunda, se llama psicosis infantil simbiótica en donde el niño está fusionado regresivamente a su madre en el que no conforma su self, es decir, la capacidad para distinguir el sí mismo de lo que no es él, por lo tanto se comprueba una gran angustia; la diferencia que hay con el autismo infantil temprano es que el niño aparentemente se basta a sí mismo. Aunque los niños autistas evitan utilizar los pronombres personales, nunca utilizan el Yo, eso quiere decir que existe una negación de su sí mismo, el cual emplea el tú o nosotros, es decir, reconocen más fácilmente el sí mismo de otros que el propio.

Existen otros psicólogos que desde la teoría psicoanalítica freudiana crean un concepto de autismo; por ejemplo, Frances Tustin puntualiza que el desarrollo normal del niño y la primera etapa infantil es como un autismo normal temprano, en donde el niño es inconsciente de las partes de su cuerpo y de la separación con su madre, pero con el paso del tiempo el niño se da cuenta de las diferentes zonas corporales y sabe que es diferente a su madre; a esta fase Tustin le llama autismo primario ya que es caracterizado por la inconsciencia del niño hacia los objetos del mundo exterior. Otro tipo de autismo al que Tustin llamó encapsulado, es cuando el niño padece la pérdida de su madre a edad temprana esto le causa al niño una barrera entre sí y el mundo circundante. Por otro lado, Bruno Bettelheim (2001, en: Ardila, Trujillo y Wilches, 2008) está de acuerdo al igual que Tustin en que el autismo se desarrolla durante los primeros años de vida, propone que cuando los niños se sienten incapaces de realizar algo pueden llegar a sentirse frustrados y esto podría ocasionar la presencia de un trastorno como el autismo.

## **4.2 Conductismo**

Este modelo fue creado por Watson y le da una importancia a la teoría del aprendizaje; desde este enfoque la personalidad se va desarrollando de acuerdo a la situación en la que se encuentre el individuo. Watson apoyó la teoría de Jhon

Locke sobre la tabula rasa, el cual se refiere a que el recién nacido viene en blanco y conforme el ambiente va desarrollando la personalidad (Davidoff, 1998, en: Montaña, Palacios y Gantiva 2009).

Por otro lado Hull (1943, en: Montaña y cols., 2009) planteó un concepto estructural sobre la personalidad con el modelo E-R en el que menciona que los estímulos se conectan a las respuestas para formar lazos E-R y a partir de ahí se crean los hábitos, por lo que la estructura de la personalidad se conforma por hábitos o lazos E-R. Otro punto importante, fue que el impulso definido como un estímulo capaz de actuar la conducta, de esta forma dice que los impulsos son los que hacen responder a un individuo.

Con respecto al autismo, Fester (1961, en: Lovaas y Trisram, s.f.) fue el primero en intentar comprender a los niños autistas desde una perspectiva conductual, dando su punto de vista en que los problemas que presentaban podría ser un fallo en aprender; por consecuente su hipótesis se basó en que el fallo en aprender era el resultado de una inadecuada interacción entre padre-hijo impidiendo que los estímulos sociales como el elogio y la atención tuvieran propiedades reforzantes para los niños. Fester y DeMeyer realizaron varios estudios para poder dar crédito en su tesis, en el que demostraron que los niños autistas lograron aprender conductas sencillas cuando fueron reforzados con comida. En base a esto, sugirió que la conducta de los autistas al igual que el resto de las personas estaba relacionada con los eventos ambientales.

La teoría conductual presenta cuatro principios: el primero se refiere a que las leyes del comportamiento explican las conductas de los niños autistas, es decir, que las conductas de los autistas pueden ser explicadas por las leyes de aprendizaje, cuando la conducta es reforzada muestran curvas de adquisición y cuando el reforzamiento es retirado las conductas se extinguen.

Los paradigmas de entrenamiento en discriminación mediante imitación e igualación a la muestra han demostrado ser útiles en el desarrollo del tratamiento para los autistas. Como a las personas autistas les resulta más difícil realizar la

imitación, está puede ser moldeada enseñándoles primero a imitar movimientos corporales simples moldeando la imitación de movimientos cada vez más complejos. Por otro lado, las tareas de igualación a la muestra, los estímulos que deben igualar pueden ser complejos gradualmente para poder corregir el déficit de atención.

El segundo principio se basa en las limitaciones que presentan en la generalización de respuestas y de estímulos. Las teorías de desarrollo infantil realizaron una hipótesis acerca de un constructo organizador el cual emergerá cuando el niño experimenta alguna situación, esto traería cambios en un amplio rango de conductas. Al inicio de un tratamiento conductual, el niño debe considerar cercano a una tabula rasa, es decir, se pueden considerar con muy poca o nada de experiencia, de esta forma se puede construir una persona a partir de muy poco.

El tercer principio se refiere a que puede haber un mejor aprendizaje al construir un ambiente especial para ellos (Simeonson y cols., 1987 en: Lovaas y trisram, s.f.), este ambiente debe ser diferente a los hospitales o clínicas tradicionales.

Por último, el cuarto principio menciona que el éxito que han tenido los niños autistas al ser tratados en los ambientes especiales indica que sus problemas pueden ser por una falta de acoplamiento entre su sistema nervioso y el ambiente normal, en lugar de ser entendido como fruto de una enfermedad.

A manera de conclusión, se puede decir que los tratamientos conductuales se centran en el control por el reforzamiento para poder tener cambios en la conducta mediante la manipulación de las consecuencias. La meta de este tratamiento es el moldeamiento de una variedad de conductas adaptativas (afectivas, verbales, sociales, etc.) reforzando las conductas objetivo. Bajo este enfoque no hay alguna teoría que explique el autismo, más bien apoyan las teorías biológicas por lo que ven al autismo como un desorden neurológico que

tiene como consecuencia una serie de comportamientos que afecta la dimensión social del niño.

### **4.3 Cognitivo-Conductual**

Por otro lado, este modelo en el que se consideran fundadores Albert Ellis y Aaron Beck surge a partir de las limitaciones que presenta la corriente conductual, el cual empieza con la introducción de conceptos como motivación, ideas o pensamientos; en donde la relación entre los procesos psicológicos y la conducta es la clave para el trabajo entre terapeuta y paciente.

Este modelo explica de manera clara el aprendizaje y los procesos involucrados en él, mencionando que el aprendizaje es el resultado de las experiencias cognitivas del ser humano, por lo tanto, tienen un efecto en el comportamiento. Para Bandura (1977, en: Montaña, Palacios y Gantiva 2009) la personalidad es una interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente, al igual que tienen un papel importante las expectativas internas de los individuos, ya que el ambiente influye en la manera de comportarse y a su vez modifica las expectativas del individuo ante otras situaciones.

Uno de los teóricos de este modelo es Albert Ellis quien trabajó en los comportamientos relacionados con ideas o creencias, en base a esto, propuso en su teoría que el ser humano busca de manera constante la manutención de su vida y la permanencia de la salud, esto se crea dependiendo de cada persona de acuerdo a la calidad y estructura de sí mismo y menciona que la sociedad no obstaculiza el desarrollo de la persona más bien lo promueve. En cambio, Bandura considera al ambiente como la causa del comportamiento pero también éste modifica el ambiente, a esto denomino tres elementos de los que se conforma la personalidad: ambiente, comportamiento y procesos psicológicos. De esta forma la personalidad se determina por los aprendizajes de su vida, los procesos psicológicos internos e individuales, así como el ambiente y los modelos de aprendizaje (Seelbach, 2013).

Dentro de este modelo psicológico se encuentra la teoría de la mente quien habla acerca del autismo para un mejor entendimiento, ya que esta teoría se refiere a la capacidad que tienen todos los seres humanos para atribuir a sí mismo y a los demás diferentes estados mentales (Hobson, 1993 en: Ardilla, Trujillo y Wilches, 2008), esto tiene como propósito dar sentido a los comportamientos y poder anticiparse ante ellos. Relat (2004, en: Ardilla, Trujillo y Wilches, 2008) menciona que las alteraciones sociales y lingüísticas de las personas con autismo es por la incapacidad de atribuir los estados mentales de otros, al igual que sus comportamientos; por lo tanto, esto genera un retraso cognitivo en el niño. Otro punto importante, es que las personas autistas no comprenden las mentiras debido a la imposibilidad de entender las mentes de los demás. Sigman menciona dos elementos que manifiestan las personas con este trastorno: la incapacidad de compartir la atención y la emoción con otros individuos, estas características muestran el deficiente entendimiento de los sentimientos y pensamientos de otras personas que presentan los autistas.

Desde esta teoría, la ausencia de lenguaje se explica como una falta de motivación que se crea por una falta de comprensión de las emociones, pensamientos e intenciones de otras personas. Como el enfoque cognitivo conductual se centra en el estudio del lenguaje en los niños autistas, describe tres déficits lingüísticos (Ardilla, Trujillo y Wilches, 2008).

1. La falta de lenguaje para comunicar intenciones y deseos; aquí se han dado cuenta que los autistas utilizan el lenguaje textual y verbal para expresar necesidades, pero no lo utilizan para compartir intereses.
2. La incapacidad del autista para comprender que tanto el hablante y el oyente tienen diferentes funciones en el acto comunicativo.
3. Problemática a nivel pre-verbal, en este punto han encontrado que los autistas no tienen la conducta de señalar algún objeto de su interés.

Por último, la teoría de Ángel Riviere habla acerca de las dificultades que presentan los autistas en los distintos procesos cognitivos. Por esta razón, los autistas no tienen una noción de las personas que los rodean ya que les es

imposible acceder cognitivamente al mundo. Para concluir, esta teoría propone que el autismo no se puede definir solamente desde lo afectivo o cognoscitivo, se debe ver desde una perspectiva integradora.

#### **4.4 Humanismo**

Dentro de este modelo se encuentra la terapia Gestalt, quien se ocupa de la subjetividad y la experiencia interna de las personas como un todo, en donde conciben al ser humano como un ser que experimenta emociones, tiene esperanza, es libre y disfruta de su propia vida; percibe su mundo de forma integral para tener una idea de la realidad que experimenta, ya que se desarrolla en relación a las circunstancias que lo rodean. De esta forma, el concepto fundamental del enfoque Gestalt es organismo/entorno. Por lo tanto, las corrientes humanistas señalan que la personalidad se desarrolla mediante un cumulo de experiencias que tiene el ser humano e integra a su vida, es por eso que se va desarrollando continuamente en base a tres factores:

- Historia de vida: son los acontecimientos que cada persona vive.
- Satisfacción de necesidades: son las cualidades, defectos y capacidades que posee cada persona para obtener lo que solicita el organismo para su supervivencia.
- Autoconcepto: se refiere a la historia que cada ser humano cree de sí mismo.

Por otro lado, también se encuentra la teoría de Carl Rogers en donde ve al ser humano desde una perspectiva positiva, mencionando que la persona es buena y saludable por naturaleza, por lo tanto, se encuentra en constantes cambios y se debe adaptar a cada circunstancia en las que vive y esto se debe a las experiencias que ha tenido; de hecho, su teoría se denomina enfoque centrado en la persona porque la atención es hacia el ser humano y se busca que las personas reconozcan tanto sus posibilidades de crecimiento como sus limitaciones y sus incapacidades (Seelbach, 2013).

Rogers menciona en Torres (s.f.), siete características que definen los rasgos de la personalidad en las personas funcionales:

1. Apertura a la experiencia: en este punto la persona no presenta una actitud defensiva ante lo desconocido, es por eso que esta personalidad se define por la aceptación de las emociones relacionadas a lo que está viviendo.
2. Estilo de vida existencial: en esta característica, se refiere a que la persona es quien otorga sentido a las experiencias que se tienen día a día en donde debe de ser espontáneo, creativo y no algo que sea forzado.
3. Confianza en uno mismo: se refiere a la forma libre que tiene cada persona de vivir su vida y poder tomar decisiones.
4. Creatividad: hace referencia, a que las personas vean más allá de lo considerado como normal, de esta forma se puede desarrollar la creatividad.
5. Libertad de elección: De acuerdo a la creatividad que se tiene, aquí las personas son capaces de encontrar nuevas opciones de comportamiento en donde pareciera que son pocas las formas, en este punto sobresale el carácter inconformista de este tipo de personalidad.
6. Carácter constructivo: este tipo de personalidad se caracteriza por la facilidad que se presenta para dar respuesta a las necesidades de una forma equilibrada.
7. Desarrollo personal: es esencial en las personas, ya que va teniendo un cambio constante por lo que no se enfatiza en una sola meta final si no que va pasando por varias etapas.

Rogers habla acerca de estas personas altamente funcionales debido a que se encuentran en un proceso constante de auto-actualización, o sea, se encuentran en la búsqueda de un ajuste casi perfecto con los objetivos y las metas vitales, es decir es un modo de vivir la vida que se adapta a las circunstancias constantemente.

Con respecto a este enfoque, una estrategia de trabajo que se ha llevado a cabo con las personas autistas es mediante la musicoterapia, debido a que

influye en nuestra mente y en nuestro organismo creando al mismo tiempo emociones y sentimientos. De este modo, la música tiene un gran efecto cuando llega el contacto a los oídos y al cuerpo como materia de resonancia mediante ondas vibratorias que son las que componen el sonido, ya que al momento de ser codificadas mediante el sistema auditivo y el cerebro se transforma en información que afecta la mente modificando la conducta y la forma de pensar.

La musicoterapia humanista visualiza al ser humano como un todo, el cual promueve la salud integral mediante el sonido, esto ayuda que la persona logren autodescubrirse conscientemente desde lo corporal, mental, emocional, sexual, existencial y espiritual (Ballivián, 2010). Existen varios niveles que beneficia este tipo de terapias, las cuales son:

- Biológico: ayuda a equilibrar los procesos bioquímicos en el cuerpo.
- Fisiológico: estabiliza la presión arterial, el ritmo cardiaco y el pulso, ayuda a mantener la respiración estable, incrementa las respuestas musculares y la respuesta cerebral.
- Psicológico: presenta un gran beneficio ya que ayuda a estimular la imaginación, la creatividad, desarrolla la memoria y facilita en el aprendizaje.
- Emocional: provoca diversas emociones y sentimientos.
- Corporal: incrementa la autoestima de las personas y la expresión corporal.
- Social: ayuda a socializar provocando una expresión agradable hacia los demás.
- Espiritual: provoca un estado de relajación en donde puede permitir una comunicación con nuestro ser más íntimo.

Mediante la musicoterapia se trabajan diferentes áreas en el ser humano como las habilidades motrices las cuales se enfocan en la coordinación y el equilibrio; las habilidades sensoriales en donde aumenta la capacidad de recibir y diferenciar estímulos sensoriales; las habilidades cognitivas debido a que con la

música se estimulan diferentes funciones como la atención, la memoria, la orientación, el reconocimiento, el aprendizaje y la imaginación. Por último, las habilidades socio-emocionales en donde con la música facilita la expresión de sentimientos y emociones al mismo tiempo promueve la interacción y las habilidades sociales.

#### **4.5 Histórico-Cultural**

En cuanto a este enfoque, Vigotsky (1994, en: Orrú, 2012) menciona que el desarrollo cultural del niño se crea principalmente en el plano social y después a nivel individual, es decir, en el interior del niño. Hace énfasis en que el hombre es un ser social y cultural en donde el lenguaje es un mediador de todas sus relaciones, el cual es considerado como un instrumento del pensamiento. De esta manera, se piensa que el ser humano es un ser simbólico, ya que con el lenguaje realiza la transformación de las funciones psicológicas interpersonales en intramentales, lo cual da lugar a la creación del pensamiento.

La teoría de Vigotsky sobre el desarrollo, se refiere a que todo organismo es activo en donde existe una interacción entre las condiciones sociales y la base biológica del comportamiento humano, esto quiere decir que el proceso de desarrollo se da mediante dos líneas diferentes: un proceso elemental de base biológica y un proceso superior de origen sociocultural; las funciones psicológicas elementales se caracterizan por las acciones involuntarias por las reacciones inmediatas en donde sufren un control del ambiente externo; mientras que las funciones psicológicas superiores de origen social se caracterizan por las acciones que realiza el hombre, son el resultado de la interacción entre los factores biológicos y culturales (Lucci, 2007).

González (2005), menciona que las personas desde que nacen siempre necesitan de un ser humano que este a su lado, de esta forma es como uno crece psíquicamente de un humano que dé y otro que reciba, según este autor a partir de esta relación Vigotsky hablaba acerca de la alteridad como un eje principal para el desarrollo y de la importancia que tenía en la dinámica de trabajo con el

niño autista. En la actualidad hay una ausencia de estudios e investigaciones sobre el autismo desde el enfoque Historico-Cultural; pero en base a lo anterior se enfatiza que es vital el desarrollo de una alteridad para el trabajo educativo hacia el autista. De esta forma, se realizó un estudio para dar a conocer la consideración que se tiene a nivel nacional acerca de la alteridad hacia las personas autistas, para esto se trabajó con un grupo de personas que laboran en diferentes centros y se encontró que existe una carencia de una visión trascendente que refuerce el esfuerzo afectivo, hay poca unicidad en la forma de evaluar el autismo, ya que en muchos casos son vistos como trastornados, hay un interés en la modificación de la conducta y se deja de lado la inclusión de estas personas. Por último, se menciona acerca de que las señales afectivas también es una forma de incentivar la reciprocidad en el cambio afectivo, de esta manera el receptor experimenta una obligación para compensar el afecto recibido.

## 5.-CONCLUSIONES

En base a esta investigación el autismo ha ido evolucionando históricamente aunque puede haber confusión con el término que se conoce actualmente como trastornos generalizados de desarrollo ya que presentan características similares al autismo e incluso lo engloban, por ejemplo, el trastorno de Kaneer se diferencia del trastorno de Asperger porque su capacidad intelectual es normal o mayor a la media y su lenguaje es más fluido; por otro lado se encuentra el trastorno desintegrativo de la infancia que también presentan características de autismo pero la diferencia es que existe una pérdida de las habilidades aprendidas y al igual que el autismo aún no se sabe cuáles son las causas que lo provoca, en cambio, el síndrome de Rett se distingue porque su causa es de base genética y va presentando una regresión de las habilidades adquiridas, e incluso en la edición más actual del DSM-V se ha desclasificado del espectro autista; por último se encuentra el trastorno generalizado de desarrollo no especificado, este es conocido como autismo atípico ya que presenta características del autismo pero estas van aumentando cada vez más.

De acuerdo a estos trastornos surge el término de Espectro autista, al principio puede ser un poco confuso tanto para profesionales como para las personas que no están muy familiarizadas con este tema, ya que ahora el autismo y los trastornos generalizados de desarrollo se encuentran dentro de este concepto, excepto el síndrome de rett porque como ya se mencionó, su causa es de base genética y se descarta lo de trastornos generalizados, debido a que no todos los aspectos de desarrollo están afectados y aunque existen otros tipos de trastornos que pueden presentar características de autismo, no precisamente son considerados como autismo, por esta razón, al hablar de espectro autista se hace mención de un continuo porque se presenta en varios grados, es decir ahora se diferencia por la variación de la sintomatología y por otro lado se encuentran los síntomas que se asocian al cuadro, es decir, afecta de diferente manera a cada

persona y puede ser desde muy leves a graves. Es útil el concepto de espectro autista porque ahora se puede ver de forma muy general el trastorno, ya que engloba los trastornos generalizados que presentan características de tipo autista.

En la siguiente figura se muestra gráficamente como el espectro autista abarca los trastornos generalizados del desarrollo y el autismo, es decir, es visto como un continuo.

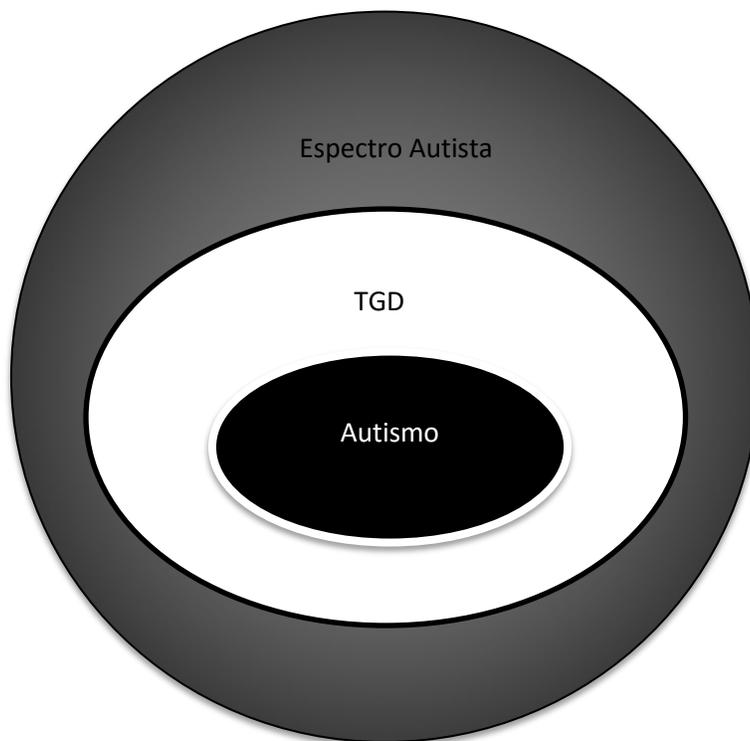


Figura N.1 El autismo visto como un continuo.

Por otro lado, de acuerdo a los diferentes modelos psicológicos que han abordado el autismo, se pueden observar diferencias de acuerdo a la forma en que cada modelo lo aborda, ya que cada uno describe al autismo de acuerdo al marco teórico con el que trabaja. Desde un punto de vista particular, el enfoque Cognitivo-Conductual es uno de los modelos que más aportaciones a realizado sobre el autismo, en base a la forma en que puede tratarlo ya que se enfoca en

como los pensamientos cambian la forma en la que nos comportamos. Referente a esta temática, se puede trabajar desde diferentes perspectivas para ayudar a desenvolver a la persona autista. También, dentro de este enfoque es muy importante tomar en cuenta lo que son las emociones, por ende al trabajar con una persona autista se debe de demostrar afecto para que esta persona se sienta en confianza y se sienta cómodo en ese ámbito, para esto cabe resaltar que no se debe dejar de lado el interés por conocer a estas personas, es decir, saber qué es lo que quieren, lo que sienten y de esta forma también aprender nosotros de ellos, todo esto conlleva a empezar a desarrollar las habilidades sociales para que esta persona pueda tener amigos, conocer gente nueva, etc. Es muy importante contemplar la atención del aspecto emocional, porque es una de las características más definitorias del trastorno del espectro autista y sin embargo muchas veces no se toma en cuenta.

En conclusión, la revisión de los antecedentes históricos del autismo y como su consecuente evolución a partir de cómo se fue formulando el concepto de autismo me ayudó como psicóloga a conocer y poder indagar más acerca de este tema y cómo poder trabajar con estas personas para ayudarlas a integrarse en la sociedad, que puedan realizar sus tareas independientemente y se pueda llegar a una inclusión. Un punto importante para empezar a abordar y trabajar con estas personas es conocer cómo afrontan la noticia la familia y cómo es la relación que tienen con la persona autista, de esta manera se empieza a trabajar con ambos para que se puedan cubrir las necesidades que se requieren.

Es de gran importancia saber cómo era visto antes el autismo y como es en la actualidad y la transformación que este ha tenido a lo largo de la historia; ya que a pesar de tantas investigaciones que se han realizado aún no se sabe con certeza cuales son las causas que originan ese trastorno, una de las ideas que ha tenido más peso sobre lo que puede ser la causa del autismo es el enfoque biológico, sin embargo, aún no existe una certeza de lo que lo puede ocasionar. Debido a que aún no se sabe mucho acerca de este trastorno, en la actualidad es un tema relevante tanto para psicólogos, médicos e investigadores y se puede ver

desde algo biológico pero sin dejar de lado lo psicológico, ya que varios aspectos pueden estar relacionados para provocar algún desequilibrio en el desarrollo lo que puede propiciar alguna alteración en diferentes áreas de la persona que presenta autismo y mediante diferentes técnicas se puede ayudar a que se tenga un mejor desenvolvimiento. Por esta razón es importante hablar sobre el autismo como una etiología multifactorial, ya que pueden ser varios aspectos los que provoquen este trastorno.

## 6.- REFERENCIAS

- Alcamí, P. M., Molins, G. C., Mollejo, A. E., Ortiz, S. P. y cols. (2008). Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista. La atención de la red de salud mental. Madrid: COGESIN, S.L.U
- Ariza, M.J. (2010). El autismo y los trastornos generalizados del desarrollo. Una visión práctica. Fes Iztacala. UNAM: Adeo, educación y tiempo libre
- Ardila, M., Trujillo, C. y Wilches, N. (2008). Teorías explicativas del autismo. Una revisión teórica. Recuperado de [intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/7493/124049.pdf.securrence=1](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/7493/124049.pdf.securrence=1)
- Artigas, J. y Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. Revista Asoc. Esp. Neuropsiq. 32 (115). 567-587
- Balbuena, R. F. (2009). Una revisión del autismo desde el psicoanálisis. Revista electrónica de psicoterapia. 3(1). 184-199
- Ballivián, P. F. (2010). Intervenciones en musicoterapia enfoque humanista Transpersonal. Recuperado de [www.verticespsicologos.com/sites/default/files/Intervenciones-en-Musicoterapia.pdf](http://www.verticespsicologos.com/sites/default/files/Intervenciones-en-Musicoterapia.pdf)
- Battle, S., Bielsa, A., Molina. M., Rafael, A. y Tomas, J. (s.f). Trastornos Generalizados del desarrollo. Fundación Novasageta. 1-11
- Benito, V. (2011). El autismo de Leo Kanner. Revista digital innovación y experiencias educativas. (38) 1-8
- Bonilla, M. y Chaskel, R. (s.f). Trastorno del espectro autista. Revista CCAP. 15(1). 19-29
- Campostrini, Y. (2013). Diseño gráfico como instrumento para la detección temprana y educación de niños con autismo. Universidad abierta interamericana. Facultad de ciencias de la comunicación. Recuperado de [imgbiblio.vaneduc.edu.ar/falltext/files/TC113955.pdf](http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/falltext/files/TC113955.pdf)

- Cardoze, D. (2010). Autismo infantil. Redefinición y actualización. Recuperado de [www.senadis.gob.pa/wp-content/uploads/2011/03/AUTISMO-INFANTIL.pdf](http://www.senadis.gob.pa/wp-content/uploads/2011/03/AUTISMO-INFANTIL.pdf)
- Centro de desarrollo para personas con autismo en Hermosillo, Sonora. (s.f.). Recuperado de [tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21682/Capitulo1.pdf](http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21682/Capitulo1.pdf)
- Cuxart, F. (2000). El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos. Archidona: Aljibe
- Francisco, J. y Roger, O. (2004). Autismo. *Gac Méd Méx.* 141 (2). 143-147
- Garrabé, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Revista de Salud Mental.* 25 (3). 257-261
- González, F. (2005). La alteridad en la atención especial del autismo. *Psicología desde el caribe.* (15). 167-181
- Janer, G. (2010). He jugado con lobos. Barcelona: La Galera
- La inclusión de niños y niñas con trastorno de espectro autista en las escuelas en la ciudad de México. (2012). Recuperado en [https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx\\_19La\\_inclusion\\_de\\_NN\\_con\\_trastorno.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_19La_inclusion_de_NN_con_trastorno.pdf)
- Lovaas, I. y Trisram, S. (s.f). Una teoría conductual comprehensiva del autismo como paradigma para investigación y tratamiento. Recuperado de [www.abayautismo.net/articulo/teoria-conductual-autismo.pdf](http://www.abayautismo.net/articulo/teoria-conductual-autismo.pdf)
- López, A. L. (2003). Anatomía funcional del sistema nervioso. México, DF: Limusa S.A de C.V
- Lucci, M. (2007). La propuesta de Vigotsky: la psicología socio-histórica. *Revista de curriculum y formación del profesorado.* 10(2). 1-11
- Luján, R. (2004). Bases moleculares de la señalización neuronal. *Ciencia al día Internacional.* 2(5). 1-19
- Margulis, L. (2010). Sistemas de alerta y atención. *Neurofisiología I.* Recuperado de [www.psi.uba.ar/academia/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/048\\_neuro1/cursada/descargaa/margulis\\_sistemas\\_de\\_alerta\\_atencion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academia/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/048_neuro1/cursada/descargaa/margulis_sistemas_de_alerta_atencion.pdf)

- Tallis, J., Bottini, P., Cerda, M., Reboiras, J., Rudof, M. y Tapella, M. (2005). Autismo infantil: lejos de los dogmas. Madrid: Miño y Dávila
- Montaño, S. M., Palacios, C. J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina.* 3(2). 81-107
- Murillo, E. S. (s.f). Actualización conceptual de los trastornos del espectro del autismo. En Martínez, M. A. y Cuesta, G. J. (2013). Todo sobre el autismo. Los trastornos del Espectro del Autismo (TEA) guía completa basada en la ciencia y en la experiencia. México: Alfaomega- Altaria
- Orrú, E. (2012). Bases conceptuales del enfoque histórico-cultural para la comprensión del lenguaje. *Estudios pedagógicos XXXVIII.* (2). 337-353
- Padrón, P. P. (2006). Asperger en el aula. Historia de Javier. Fundación Universitaria Iberoamericana. México: Días de Santos
- Palomera, M. R. y Sangrador, M. B. (s.f). Capítulo IV. Síndrome de Rett. Facultad de educación de la universidad de Cantabria. 109-138
- Peña, C. J. (2007). Neurología de la conducta y neuropsicología. Buenos Aires, Madrid: Medica Panamericana
- Peñaloza, J. (s.f). Recuperado de [www.medic.ula.ve/anatomiahumana/juan\\_peñaloza/formacion\\_reticular/funciibbbbones.html](http://www.medic.ula.ve/anatomiahumana/juan_peñaloza/formacion_reticular/funciibbbbones.html)
- Pérez, I. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista Neurol.* 54 (1). 51-62
- Pérez, D. I. y Morales, H. T. (2009). Implementación de un programa de modificación de conducta en niños diagnosticados autistas del centro de atención múltiple "Jean Piaget" de Pachuca Hidalgo, para alcanzar funcionalidad en su entorno inmediato. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Recuperado de [https://www.uaeh.edu.mx/nuestro\\_alumnado/esc\\_sup/actopan/licenciatura/implementación\\_programa\\_niños\\_autistas.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/implementación_programa_niños_autistas.pdf)

- Puglichevis, D. J. (2014). Trastornos del espectro autista: consideraciones evolutivas y lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo con base en modelos actuales de intervención. Universidad de Chile. Facultad de ciencias sociales. Recuperado de [repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135467/MemoriaJenniferPuglichevis.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135467/MemoriaJenniferPuglichevis.pdf?sequence=1)
- Quijada, C. (2008). Espectro Autista. Revista Chil Pediatr. 79 (1). 86-91
- Repeto, G. S. y Zamora, H. M. (s.f.). Trastornos del espectro autista guía para su detección precoz. Junta de Andalucía consejería de salud.
- Ríos, I. C. (2010). Reseña de autismo, subjetividad e intervención psicoanalítica de Georgette Moctezuma y Gabriela Martínez. Revista Intercontinental de psicología y educación. 12 (2). 221-230
- Riviere, A. y Martos, J. (2001). Tratamiento y definición del espectro autista: Relaciones sociales y comunicación. En Curso estatal de actualización. Autismo: identificación e intervención desde el enfoque actual de la educación especial (p. 36-62). México: Imsero
- Riviere, A. (2001). El autismo y los trastornos profundos del desarrollo. En Curso estatal de actualización. Autismo: identificación e intervención desde el enfoque actual de la educación especial (p.3-18). México: Trotta, S.A
- Ruggieri, V. y Arberas, C. (2007). Trastornos generalizados del desarrollo aspectos clínicos y genéticos. Actualizaciones en neurología infantil. 67(1). 569-585
- Seelbach, G. G. (2013). Teorías de la personalidad. Estado de México: Red tercer Milenio
- Sigman, M. (s.f). Investigación conductual en autismo infantil (p. 41-52). En Canal, B. R., Crespo, C. M., Pérez, P.Y., Sanz, V. T y Verdugo, A. M. (1993). El autismo 50 años después de Kanner. Salamanca: Amarú
- Soto, I. P. (2007). Atención conjunta y autismo. Estudio en niños preescolares entre 2 y 5 años de edad. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, Santiago. Recuperado de [www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/soto\\_p2/sources/soto\\_p2.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/soto_p2/sources/soto_p2.pdf)

- Tejada, M. I. (2006). Síndrome de Rett: actualización diagnóstica, clínica y molecular. *Revista Neurología*. 46(1). 55-59
- Tellez, V. J. (2000). La noradrenalina. Su rol en la depresión. *Revista colombiana de psiquiatría*. 29(1). 59-73
- Torres, A. (s.f). Psicología y mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/teoria-personalidad-carl-rogers#!>
- Trastorno Desintegrativo Infantil. (s.f). Recuperado de [https://triniblog.files.wordpress.com/2012/06/1\\_3\\_tras\\_desintegrativo\\_infantil.pdf](https://triniblog.files.wordpress.com/2012/06/1_3_tras_desintegrativo_infantil.pdf)
- Uribe, O. D., Gómez, B. M. y Arango, T. O. (2010). Teoría de la mente: Una revisión acerca del desarrollo del concepto. *Revista colombiana de ciencias sociales*. 1(1). 28-37
- Vargas, M. y Navas, W. (2012). Autismo infantil. *Revista Cúpula*. 26 (2). 44-58
- Villalba, H. E. (2014). Síndrome de Rett. *Revista de actualización clínica*. 46. 431-436
- Zapella, M. (2006). Autismo infantil. Estudio sobre la afectividad y las emociones. México: Fondo de cultura