



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 12 – NOVIEMBRE DE 2008

“EL TRASTORNO AUTISTA”

AUTORÍA ANTONIA MORENO FABIO
TEMÁTICA AUTISMO
ETAPA EI, EP

Resumen

El autismo se halla rodeado de una gran controversia, la confusión en la terminología ha permitido algunas veces utilizar los términos psicosis, esquizofrenia y autismo infantiles como entidades independientes y otras veces como sinónimo, por lo que resulta importante delimitar y diferenciar cada uno de los trastornos y orientar hacia su intervención en los diferentes ámbitos sociales.

Palabras clave

Autismo, trastorno personalidad, programas educativos, objetivos intervención, diagnóstico diferencial, sintomatología, familia.

1. DEFINICIÓN DEL TRASTORNO AUTISTA

RUTER (1979) la expresión “autismo de infancia” se emplea para designar los trastornos que comienzan antes de los treinta meses de edad, con los que pueden estar o no asociados un retraso mental o una disfunción neurológica, pero en los que los rasgos clínicos claves son una forma particular de desarrollo social y lingüístico alterado, junto con una “insistencia a la identidad” que se refleja en modalidades de juegos estereotipados, preocupaciones anormales y resistencia al cambio.

O.M.S (1976) Organización Mundial de la Salud: el autismo incluye un síndrome que se presenta desde el nacimiento o se inicia casi invariablemente durante los primeros treinta meses de vida. Las respuestas a los estímulos auditivos y visuales son anormales y de ordinario se presentan severas dificultades en la comprensión del lenguaje hablado. Hay retardo en el desarrollo del lenguaje, y si se logra desarrollar se caracteriza por ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical e incapacidad para usar términos abstractos. Existe generalmente un deterioro en el empleo social del lenguaje verbal y de los gestos. Los problemas de las relaciones sociales antes de los cinco años son muy graves e incluyen un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos, en las relaciones



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

sociales y en el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritualista y puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. La capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para los juegos imaginativos aparece disminuida. El índice de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima. La actuación es en general mejores en los sectores relacionados con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales que en aquellos que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.

2. PRINCIPIOS GENERALES DE EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO CONDUCTUAL DEL NIÑO AUTISTA

- De forma generalizada debemos tener en cuenta:
 - Ausencia de una técnica idónea.
 - El proceso educativo/ terapéutico debe ser individualizado.
 - Las técnicas educativas y conductuales reemplazan la psicoterapia de comprensión de conflictos.
 - Se sustituyen los esfuerzos materiales por sociales.
 - El programa de tratamiento debe ser adecuado al nivel de desarrollo de cada niño.
 - Importancia de la escuela y el hogar en el tratamiento del niño autista.
 - Ampliación de los objetivos terapéuticos: comunicación social, conductas desviadas.
 - Combinación de enfoques terapéuticos.
 - Grandes variaciones individuales en la respuesta al tratamiento.
 - Las ganancias adquiridas con el tratamiento tienden a ser específicas a la situación.
 - Los entusiasmos terapéuticos son exagerados.
- Planteamientos conductuales:
 - conductas autolesivas: retirada de los reforzamientos sociales.
 - Enriquecimiento del entorno social.
 - Extinción sensorial.
 - Estímulos adversitos.
 - Conductas autoestimulativas: reforzamiento de los comportamientos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 12 – NOVIEMBRE DE 2008

Alternativos.

Utilización de castigos.

Extinción señorial.

- Fomento de las intenciones comunicativas:

Diseño de objetivos específicos y de desarrollo simbólico.

Adecuación de consignas y señales.

Aumentar al máximo la claridad y el carácter distintivo de las señales.

Eliminación de estímulos irrelevantes y comprensión de estímulos relevantes.

3. LA CONSTRUCCIÓN DE PROGRAMAS EDUCATIVOS

3.1. Programas de tratamiento general

Elementos integrantes:

- Evaluación diagnóstica: delimitación de las capacidades y déficit. Análisis funcional de la conducta: en la escuela y en la casa. Valoración de las condiciones médicas subyacentes. Reevaluación temporal.
- Educación especial: Clase, unidad o escuela apropiada. Escuela residencial. Recursos extras.
- Programas para la familia: métodos de desarrollo y conductuales. Medicamentos. Asesoramiento. Ayuda práctica. Disponibilidad de una unidad residencial.

3.2. Descripciones en la elaboración de programas

- Adaptación de los objetivos y tareas al nivel evolutivo.
- Claridad de las variables relevantes.
- Estructura o consistencia del ambiente educativo.
- Nivel de estructuración inversamente proporcional al nivel cognitivo y social del niño autista.
- Un aprendizaje sin errores.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

- Adquisición previa de los requisitos necesarios para la conducta que se pretende enseñar.
- Secuenciar los objetivos educativos
- Empleo de ayudas pertinentes.
- Neutralización de los estímulos irrelevantes.
- Evitación de los factores de distracción, ambigüedad en la situación educativa.
- Mantener motivado al niño/a. empleo de reforzadores: moldeamiento, encadenamiento.

3.3. Objetivos en la intervención psicopedagógica

- Normalización conductas asociales.
- Adquisición de unas habilidades básicas.
- Ayudarle a conocerse.
- Comprender el máximo posible del mundo que les rodea.
- Adecuado funcionamiento sensorial.

3.4. Promoción del aprendizaje. Handicaps

- Falta de aplicación: estructuración de la situación del aprendizaje. División de las tareas en pequeños pasos(enseñanza programada).
- Sobreselectividad, no emplear demasiadas ayudas.
- No generalización de lo aprendido: actuación en el entorno natural. Trabajo con la familia.
- Memorización sin comprensión: monitorizar la enseñanza. Emplear énfasis en el éxito.

4. ALTERACIONES PRESENTES EN EL TRASTORNO AUTISTA

4.1. Sintomatología

- En lo referente a la relación social:
 - Retraimiento en la relación social.
 - Incapacidad para establecer relaciones con las personas.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

- Falta de conducta de apego y fracaso relativo en el establecimiento de vínculos.
- Falta de empatía. Fracaso para percibir los sentimientos y las respuestas de otras personas.
- Fracaso en el establecimiento de amistades personales.
- Carencia de juego cooperativo.
- Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.
- Falta de contacto ocular. Mirada periférica.
- Forma peculiar en que usan la mirada cara a cara.
- Necesidad compulsiva de mantener la invariabilidad del ambiente. Insistencia de la identidad.
- Trastornos perceptivos/afectivos.
- Buena capacidad para contactar con las cosas.
- Carencia de imaginación.
- Buena memoria mecánica.
- En lo referente al lenguaje:
- Graves trastornos en la esfera del lenguaje. Carencia de fin comunicativo.
- Retraso en la adquisición del habla. Notables anomalías.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En ocasiones el trastorno autista se asocia a retraso mental, trastornos de lenguaje, esquizofrenia infantil o privación social.

5.1. Autismo y retraso mental: aunque en ocasiones el autismo puede darse asociado a un retraso mental, el retraso mental nunca va asociado a autismo.

	AUTISMO	RETRASO MENTAL
Grave deterioro cualitativo en la interacción social recíproca.	Muy frecuente. Constituye una de las características definitorias del síndrome	Infrecuente
Desarrollo motor normal	Muy frecuente	Infrecuente

Alteraciones morfológicas (orgánicas)	Infrecuente	Relativamente frecuente
Habilidades de motricidad fina	Muy frecuente	Infrecuentes
Importantes discrepancias en los perfiles de los test de inteligencia	Muy frecuentes	Relativamente frecuentes
Edad de la aparición de las crisis epilépticas	Generalmente en la adolescencia	Primera infancia
Distribución de sexos	Cuatro varones por una hembra	Ligera preponderancia de los varones

5.2. Autismo y trastornos del lenguaje:

- Mutismo selectivo: el sujeto voluntariamente no se comunica, no habla o no habla en determinadas ocasiones y con determinadas personas:

Problemas de socialización y emocional mas que de lenguaje
Los niños con mutismo selectivo saben hablar, pero en determinadas circunstancias se inhiben de hacerlo
Aparición del problema entre los tres y siete años. Coincide , a veces, con el inicio de la vida escolar del niño
Casi siempre, presentación del síndrome de forma aislada, sin otras alteraciones que no sean la negativa a ingerir alimentos
Relación afectiva muy estrecha con la madre y dependencia mutua muy frecuentes
Inteligencia normal
Respuesta muy buena al tratamiento

- Disfasia receptiva: trastorno grave, de origen orgánico, que afecta al lenguaje receptivo (comprensión) y expresivo, durante la adquisición del lenguaje.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

Comprensión del lenguaje: peor en los autistas
Juego cooperativo, relación con los compañeros, adaptación a situaciones nuevas: mejor en los disfásicos
Comprensión y utilización de gestos: mejor en los disfásicos.
Hipersensibilidad a ciertos sonidos: mejor en los autistas
Problemas articulatorios: mayores en los disfásicos
Uso funcional del lenguaje: mejor en los disfásicos
Ecolalias: mayor presencia en los autistas
Aspectos suprasegmentales(ritmo, entonación,pausa....): mas alterado en los autistas

5.3. Autismo y esquizofrenia infantil: la esquizofrenia infantil es un trastorno psíquico que aparece caracterizado por trastornos del pensamiento, que serían delirios por trastorno de la percepción, que serían alucinaciones, una profunda inestabilidad emocional, un lenguaje incoherente y tendencia al aislamiento.

	AUTISMO	ESQUIZOFRENIA INFANTIL
Edad de aparición	Primera infancia	Infancia tardía. Más frecuente en la adolescencia
Antecedentes familiares y personales de enfermedad	Puede haber antecedentes familiares maternos psiquiátricos. No hay antecedentes de psicosis familiares	Puede haber antecedentes familiares psiquiátricos y personales de tipo orgánico. Suele haber antecedentes de psicosis familiar (10%)
Alteraciones	Predominancia del tacto,	Alucinaciones (80%)



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 12 – NOVIEMBRE DE 2008

perceptivas	gusto y olfato sobre la vista y el oído	
Alteraciones del pensamiento	Muy difíciles de explorar. Incapacidad de dar una coherencia a toda la información que recibe	Las propias de la esquizofrenia: delirios, desilusiones
Alteraciones sociales	No hay conductas de apego. Aislamiento grave. Deterioro completo de las relaciones interpersonales	Variables e irregulares, pero se conservan siempre las relaciones interpersonales (excepto en los mutistas)
Alteraciones afectivas	Ausencia de interacción social (empatía)	Frecuentes conductas de apego
Alteraciones del lenguaje	Siempre presentes y graves. El desarrollo del lenguaje está alterado. Si es que este existe	Variables y menos graves y frecuentes. Suele estar conservado el desarrollo del lenguaje
Alteraciones del sueño	Infrecuentes	Frecuentes
Respuesta a los psicofármacos	No se cura con ningún medicamento, sólo se puede utilizar para controlar algún síntoma	Buena
Remisiones y recaídas	Muy infrecuentes, es permanente	Muy frecuente, suele haber recaídas
C.I	Variable: mayoría por debajo de la media	70-130
Pronóstico	malo	Relativamente bueno

5.4. Autismo y privación psicosocial: patología, desarrollo anormal de la esfera social y afectiva por falta de algún estímulo afectivo.

Historial: elementos de privación, que pueden ser: abandono, prostitución, drogadicción, cárceles.....
Retraso en la socialización y el lenguaje. No se manifiesta la alteración



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 12 – NOVIEMBRE DE 2008

cuantitativa de la socialización, típica de los autistas.
Muy sensibles al tratamiento. Mucho deseo de afecto.
Se puede complicar el diagnóstico diferencial cuando se asocian deficiencia mental y abandono.

6. CARACTERÍSTICAS DEL LENGUAJE REFLEJADAS EN DESCRIPCIONES CLÍNICAS

- Mutismo (60% de los autistas)
- Emisión de oraciones completas en situaciones de emergencia.
- Empleo de la negación simple como protección mágica. situación que no le agrada, la única emisión es “no”.
- Literalidad. Interpreta las cosas al pie de la letra.
- Inaccesibilidad. No se comprende el lenguaje del sujeto autista.
- Ecolalia inmediata.
- Ecolalia demorada.
- Inversión pronominal: “tú quieres comer” por “yo quiero comer”
- Lenguaje metafórico
- Dificultades de comprensión.
- Escasez de vocabulario
- Empleo de neologismos: palabras nuevas.
- Dificultades articulatorias.
- Escasez de preguntas e informaciones con valor informativo.
- Falta de intención comunicativa.
- Dificultades para comprender y utilizar gestos.
- Frecuencia de imperativos.
- Alteraciones de tono, ritmo e inflexión: aspectos suprasegmentales del lenguaje, se aleja el interlocutor y no varía su intensidad....
- Limitaciones del “out-put verbal” (limitadas producciones verbales)
- Falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido: no tiene correspondencia entre lo que dice y cómo lo dice.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 12 – NOVIEMBRE DE 2008

7. PRINCIPIOS GENERALES DE INTERVENCIÓN

- Adaptación de los objetivos y tareas al nivel evolutivo.
- Estructura o consistencia del ambiente educativo. Nivel de estructuración inversamente proporcional al nivel cognitivo y social del niño autista.
- Aprendizajes sin errores.
- Dividir los objetivos educativos.
- Adquisición de los prerrequisitos necesarios para la conducta que se pretende enseñar.
- Neutralización de los estímulos irrelevantes.
- Empleo de ayudas pertinentes.
- Evitación de los factores de distracción y ambigüedad en la situación educativa.
- Mantener motivado al niño. Empleo en su caso de reforzadores.

8. PROBLEMÁTICA FAMILIAR EN EL AUTISMO INFANTIL

Colaboración padres- terapeutas.

Objetivos:

- Superar las dificultades de generalización entre lo aprendido en la escuela y en la vida socio-familiar.
- Proporcionar a los profesionales conocimientos más extensos sobre el niño.
- Proporcionar la información completa a los padres sobre la evaluación diagnóstica.
- Evitación de exigencias contradictorias entre la familia y la escuela.
- Favorecer la comunicación padre/ madre e hijo/hija.
- Mitigación de la frustración familiar. Disculpabilización.
- Ampliación de tiempo y espacio en los objetivos psicoeducativos. Coterapeutas.
- Ampliación recursos psicoterapéuticos y educativos de los padres.
- Economía de recursos personales.
- Entender y comprender la familia, los problemas del niño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 12 – NOVIEMBRE DE 2008

BIBLIOGRAFÍA:

- AJURIAGUERRA, J. (1980) Manual de psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson
- BRAUNER, A., BRAUNER, F. (1981). Vivir con un niño autístico, Barcelona:Paidós.
- RUTER, M. , SCHOPLER, E. (1984). Autismo. Madrid: Alhambra.
- WING, L. (1981). La educación del niño autista. Barcelona: Paidós.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Antonia Moreno Fabio
- Centro, localidad, provincia: Córdoba
- E-mail: a.morenofabio@yahoo.es