



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

## “EL AUTISMO. ESTUDIO DE UNA NIÑA CON ESTE PROBLEMA”

AUTORIA <b>ANA MARÍA LUQUE JIMÉNEZ</b>
TEMÁTICA <b>NECESIDADES ESPECIALES</b>
ETAPA <b>ESO</b>

### Resumen

El autismo es un trastorno frecuente en niños y es debido a diferentes causas: genéticas, alteraciones cromosómicas, infecciones, deficiencias inmunológicas y anomalías estructurales cerebrales.

### Palabras clave

Autismo  
Diagnóstico  
Estudios  
Evolución  
Objetividad  
Psiquiátrico  
Rastreo  
Síndrome  
Trastorno

### 1. DEFINICIÓN

Es difícil el rastreo histórico de los antecedentes del autismo infantil precoz, porque la literatura aporta pocas o nulas evidencias experimentales de casos descritos con objetividad antes de las observaciones que ya hiciera Kanner.

Desde hace más de cien años se han venido describiendo casos de niños con trastorno mental severo que implicaban una profunda distorsión del proceso de desarrollo, aunque el reconocimiento general de estas condiciones es un fenómeno mucho más reciente. La gran variedad de descripciones de síndromes de este tipo que incluían términos como demencia precoz, la esquizofrenia infantil y la demencia infantil reflejaban la consideración general de que estos síndromes representaban psicosis de tipo adulto, pero que comenzaban muy tempranamente.

La aguda descripción de Kanner, en su conocido artículo: *Perturbaciones autistas del contacto afectivo* del año 1943, fue algo excepcional puesto que hizo avanzar los criterios diagnósticos al definir el síndrome, más en términos de conducta infantil específica que en términos de



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

modificación de criterios adultos. Por ello, toda exposición de la definición del autismo debe partir de esas minuciosas y sistemáticas observaciones realizadas por Kanner, que con un cuidadoso lenguaje describió un conjunto de rasgos comportamentales que parecían ser característicos de los niños que presentaban otros trastornos psiquiátricos. Entre estos rasgos figuraban:

- ✓ Incapacidad para establecer relaciones con las personas.
- ✓ Retraso y alteraciones en la adquisición y el uso del habla y el lenguaje. Tendencia al empleo de un lenguaje no comunicativo y con alteraciones peculiares, como la ecolalia y la propensión a invertir los pronombres personales.
- ✓ Insistencia obsesiva en mantener el ambiente sin cambios, a repetir una gama limitada de actividades ritualizadas, actividades de juego repetitiva y estereotipada, escasamente flexible y poco imaginativa.
- ✓ Aparición en ocasiones de “habilidades especiales”, especialmente de buena memoria mecánica.
- ✓ Buen “Potencial cognitivo”.
- ✓ Aspecto físico normal y fisonomía inteligente.
- ✓ Aparición de los primeros síntomas de la alteración desde el nacimiento ( Kanner hablaba del carácter “innato” de las alteraciones autistas.

La evidencia de síntomas en la primera infancia hacía que este trastorno fuera distinto de todas las variedades que se habían descrito anteriormente de esquizofrenia o de psicosis infantil.

Durante el siguiente decenio, diversos autores, americanos y europeos, describieron observaciones de niños con características semejantes. No cabía duda de que existían, pero también había una considerable confusión en cuanto a los límites del síndrome, así como sobre su naturaleza y sus causas.

Entre los elementos que, según Rutter, contribuyeron a la confusión, se encuentran los siguientes:

- La propia elección del término “autismo”. Este nombre ya había sido usado en psiquiatría por Bleuler en la dirección de indicar la retirada activa al terreno de la fantasía que presentaban los pacientes esquizofrénicos. Kanner no habló de una retirada, sino que describió una incapacidad para establecer relaciones. Ello constituye una diferencia fundamental con el sentido dado anteriormente al término de Bleuler; por otro lado, podría postularse una rica fantasía presente en los autistas, mientras que las observaciones de Kanner indicaban una falta de imaginación. Por último, la confusión podría mantenerse y complicarse si se postulaba una relación con la esquizofrenia que se observa en los adultos, dando lugar a la utilización de términos como esquizofrenia infantil, autismo y psicosis infantil como diagnósticos intercambiables.
- Otro problema estuvo relacionado con la tendencia a no considerar la edad de comienzo como criterio necesario para el diagnóstico, lo que tuvo por resultado que los trastornos que comienzan en la primera infancia se agruparan con la psicosis que no surgen hasta la infancia avanzada o la adolescencia.
- Las reducciones posteriores de síntomas realizadas por Eisenberg y Kanner a sólo dos esenciales, la soledad extrema y el deseo intenso de preservar la identidad dieron lugar a que diversos autores cambiaran los criterios y omitieran hacer referencia a los



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

fenómenos clínicos minuciosamente recogidos en la descripción original de Kanner y obras posteriores.

- El clima global del pensamiento psiquiátrico junto con el estado de conocimientos de la época, favoreció la interpretación de que el autismo era también una forma inusual de esquizofrenia que acontecía en edades muy tempranas.

Rutter define el autismo como un “síndrome de conducta” y destaca tres grandes grupos de síntomas que se observa en la mayoría de los niños diagnosticados de autismo:

- Incapacidad profunda y general para establecer relaciones sociales.
- Alteraciones del lenguaje y las pautas prelingüísticas.
- Fenómenos ritualistas o compulsivos, es decir, “insistencia en la identidad”

Además, los movimientos repetitivos y estereotipados, la poca capacidad de atención, las conductas auto-lesivas y el retraso en el control esfinteriano son también comunes a los niños autistas, pero estos síntomas no ocurren en todos los casos. Rutter considera también que la edad de comienzo de la alteración es anterior a los treinta meses. Estas observaciones confirman los criterios originales de Kanner y proporcionan una definición operativa del síndrome en términos de síntomas universales y específicos.

Antes de proceder a contrastar la validez del síndrome es necesario aclarar otras cuestiones; las más importantes se refieren al cociente intelectual, la edad de comienzo y el estado neurológico:

1. Respecto del funcionamiento intelectual es necesario determinar si el cociente intelectual tiene las mismas propiedades en los niños autistas que en los demás; hay que averiguar cómo varía el rendimiento intelectual con el estado clínico; se analiza la proporción de niños a los que no se podía aplicar la batería habitual de tests del cociente intelectual. Las conclusiones de los estudios vienen a demostrar que el cociente intelectual en los niños autistas funciona de un modo muy semejante a como lo hace en cualquier otro grupo de individuos. Los niños autistas con cociente intelectual bajo están tan retrasados como cualquier otro con cociente intelectual bajo y la puntuación tiene un significado semejante. Esto significa que el autismo y el retraso mental coexisten con frecuencia.
2. Otra cuestión que interviene en la definición de autismo infantil es la relacionada con la edad de comienzo. Los minuciosos estudios de Kolvin realizados en Gran Bretaña, los estudios de Makita en Japón coinciden en presentar una distribución bipolar. Hay un valor muy alto para los niños cuyos trastornos comienzan antes de los tres años de edad y otro valor muy alto para los niños cuya psicosis se manifiesta por primera vez en el principio de la adolescencia o poco antes.
3. Con respecto a la presencia o no de un trastorno neurológico, los estudios de seguimiento a largo plazo han indicado claramente que una proporción considerable de niños autistas, que no presentan pruebas de trastorno neurológico, sufren accesos epilépticos en la adolescencia.

## 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante valorar si el autismo constituye un síndrome significativamente diferente de las condiciones psiquiátricas agudas, de la psicosis de infancia tardía, del retraso mental general y de los trastornos específicos del desarrollo del habla y lenguaje.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

#### *Autismo y esquizofrenia*

Incidencia: 4/5 X 10.000

Incidencia: 8/10X 10.000

Aparición temprana: primera infancia Aparición tardía: adolescencia

Predisposición familiar: infrecuente Predisposición familiar: muy frecuente

Fenomenología: ausencia o rara presencia de delirios y alucinaciones.

Fenomenología: frecuentes delirios y alucinaciones.

Evolución: persistencia de autismo Evolución: cíclica con periodos de normalidad

Crisis Epilépticas: frecuentes en ¼ de la población

Crisis Epilépticas: infrecuentes

#### *Autismo y retraso mental*

Accesos epilépticos en adolescencia.

Accesos epilépticos en primera infancia.

Ratio sexual: cuatro varones sobre una niña.

Ratio sexual: ligero predominio masculino sexual.

Mayor déficit cognitivo

Menor fracaso en tareas cognitivas.

Discriminación señales socioemocionales: muy dañado

Discriminación señales socioemocionales: no dañado.

Disarmonía evolutiva.

Retraso generalizado.

#### *Autismo y trastornos severos del desarrollo del lenguaje receptivo*

Incidencia: cuatro varones sobre una niña.

Incidencia: ligero predominio masculino.

Peor pronóstico

Mejor pronóstico

Déficit cognitivo más amplio.

Déficit cognitivo más limitado.

Persistentes problemas de conductas socioemocionales.

Alteración socioemocional más limitada

Persistente inhabilidad comunicativa.

Menor afectación en otros sistemas alternativos de comunicación.

### **3. EVOLUCIÓN SINTOMATOLOGÍA**

Desde el punto de vista evolutivo, los síntomas del autismo comienzan antes de los tres años de edad y, en ocasiones, desde el nacimiento, aunque en el primer año suelen ser poco claras, haciendo difícil el diagnóstico de autismo en esta época de la vida.

Muchas veces, lo primero que se observa es una gran pasividad en el niño, que tiende a permanecer ajeno al medio, absorto, poco sensible a las personas y las cosas de su alrededor. En otras ocasiones, el niño se muestra, por el contrario muy excitable y llora casi constantemente sin ninguna razón aparente. Frecuentemente, el primer temor que tienen los padres es el de que el niño pueda ser sordo, debido a su falta de interés por las personas y el lenguaje. Pero la “sordera aparente” se acompaña de otros síntomas: muchas veces, las acciones del niño se limitan cada vez más, convirtiéndose en “estereotipias”, que son movimientos “extraños” y



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

repetidos con las manos, los ojos, la cabeza o todo el cuerpo. Al mismo tiempo, las conductas mas “ positivas” no llegan a desarrollarse o se pierden progresivamente. Casi siempre, estos primeros “ Síntomas” se acompañan de otras alteraciones muy perturbadoras para las personas que rodean al niño autista, como los problemas persistentes de alimentación, falta de sueño, excitabilidad difícilmente controlable, miedo anormal a personas y sitios extraños, tendencia a no mirar a las personas y a evitar o permanecer indiferente a sus abrazos y mimos, etc.

Es frecuente que, desde muy pronto, el niño autista muestre una gran resistencia a los cambios de ambientes y rutinas habituales reaccionando a ellos con fuertes rabietas y tratando de evitar cualquier clase de cambios. Estas dificultades se muestran con más claridad a partir del año y medio a los dos años, edad en que los niños normales hacen progresos muy rápidos en la adquisición del lenguaje.

El periodo que se extiende entre los dieciocho meses y los cuatro o cinco años es extraordinariamente importante para el niño normal: desarrolla el lenguaje, se integra activamente en el ámbito social de la familia y la escuela, asegura sus recursos afectivos y emocionales, adquiere conceptos y progresa en sus habilidades de pensamiento, memoria etc. Sin embargo, ésta suele ser la etapa más difícil y alterada de los niños autistas.

Cuando el niño autista tiene entre dos y cinco años es cuando la familia suele encontrar alguna ayuda profesional, después de muchas consultas a diversos especialistas. Se considera generalmente que el diagnóstico precoz es un factor importante para ayudar eficazmente a los niños autistas, sin embargo, es raro que los cuadros de autismo sean diagnosticados antes de los dieciocho meses.

En general, la escolarización adecuada del niño, las sesiones individuales de tratamiento y la ayuda psicológica y médica contribuyen a que la evolución sea positiva entre los cinco años y la adolescencia. Suele disminuir la excitación del niño y sus rabietas, estereotipadas y autoagresiones. Adquiere algunas o muchas habilidades intelectuales y de autonomía y lenguaje, en algunos casos.

La adolescencia se acompaña de una acentuada evolución positiva en unos casos y de la aparición de nuevas dificultades en otros. Puede aumentar de nuevo su excitación, su ansiedad y las alteraciones de la conducta. A veces, reaparecen autoagresiones o se presentan crisis epilépticas.

En la mayoría de los casos, los autistas adultos necesitan ser atendidos de forma continuada para garantizar su bienestar psicológico, protegidos en sus actividades laborales, ayudados por personas cercanas y profesionales. En general, los autistas adultos requieren ambientes poco complejos, ordenados y fáciles de comprender.

#### **4. ESTUDIOS ESPIDEMIOLOGICOS**

El primer estudio epidemiológico detallado del síndrome autista fue dirigido por Lotter; los primeros sondeos detectaron 135 posibles casos de autismo de primera infancia de entre los 78.000 niños que se investigaron.

Los niños fueron agrupados en tres grupos:

- ❖ Grupo A: De autismo nuclear. Formado por 15 niños que mostraban de forma altamente acusada los elementos de Kanner esenciales para el diagnóstico.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

- ❖ Grupo B: Grupo no nuclear. Compuesto por 17 niños que no ofrecían esa acusada combinación, pero que tenían muchos rasgos característicos del autismo.
- ❖ Grupo C: No eran autistas. 22 niños con algún tipo de conducta parecida a la de los niños autistas.

El segundo estudio epidemiológico fue llevado a cabo por Brask en el condado de Aarhus en Dinamarca. Los niños con edades comprendidas entre los dos y los catorce años fueron seleccionados entre los que recibían servicios psiquiátricos, pediátricos o asistían a centros para retrasados. Las conclusiones de Brask son similares a las de Lotter, siendo menor la proporción entre niños-niñas con excepción del grupo de los gravemente retrasados.

En el grupo de Aarhus se daba un 24 por 100 de casos de epilepsia a diferencia de sólo un 12 por 100 en el de Middlesex. Brask sugiere que esto se debe al hecho de haber incluido en el estudio de Aarhus niños mayores, lo cual concuerda con las conclusiones de Rutter, que indican una creciente frecuencia de ataques epilépticos conforme los niños van haciéndose mayores hasta el punto de que un tercio de los niños autistas tienen ataques epilépticos cuando llegan a su edad adulta.

## 5. ETIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

Se hablan de una serie de causas etiológicas que podrían conducir al autismo infantil y, que a su vez, podrían explicar las diferencias en la fenomenología, la evolución o las características cognitivas en el sujeto afectado con distinta intensidad, y que podrían ser la justificación para plantear subgrupos dentro de un mismo síndrome general.

El autismo posee un fundamento causal genético aunque estas causas no sean suficientes para explicar el problema; al mismo tiempo, la transmisión hereditaria comporta una anomalía cognitiva que puede inducir al autismo.

Otra causa del autismo es la alteración cromosómica; se habla del síndrome de X-frágil que ha sido establecido como una entidad específica hereditaria de tipo recesivo, ligada al cromosoma X asociada con retraso mental que se presenta, sobre todo, en varones aparentemente normales.

Es conocido que una invasión vírica del sistema nervioso central puede producir psicopatología grave y compleja, que en algunos casos podría identificarse como autismo infantil.

Las anomalías del sistema inmune pueden estar directamente relacionadas con el proceso biológico subyacente en el autismo o estos cambios pueden ser un reflejo indirecto del mecanismo patológico real. Las viriasis han sido asociadas en autismo y es posible que una predisposición genética en relación con deficiencias en la función de las células T haga al feto más susceptible a daño por viriasis. Asimismo, las infecciones víricas pueden contribuir al defecto inmune por estar presentes en el feto en una etapa muy temprana de la diferenciación inmunológica.

El hecho de que la mayoría de los niños con lesión demostrada no desarrollen un cuadro de autismo hace suponer que la alteración cerebral, cuando existe, bien estructural o funcional, en este síndrome debe ser tan sutil y de naturaleza tan específica que los métodos diagnósticos actuales son incapaces de descubrirla, dada, además, la complejidad del trastorno.

Sin embargo, en los últimos años, el avance ha sido considerable y hace suponer que la mejoría de las técnicas instrumentales pueda llegar a precisar con objetividad lo que ahora se expone como hipótesis de trabajo.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Se sabe que la lesión de un hemisferio cerebral o su extirpación quirúrgica en una etapa temprana de la vida puede condicionar el que el otro hemisferio se encargue de ciertas funciones. Por ello, si el autismo infantil estuviera causado simplemente por la lesión del hemisferio izquierdo, bien antes del nacimiento, en el momento del parto o durante los primeros meses de la vida, las áreas homólogas del hemisferio derecho deberían ser capaces, al menos en parte, de llevar a cabo sus funciones, tales como las referidas al lenguaje.

Muchos niños autistas que en sus primeras investigaciones no presentan hallazgos de base orgánica, más tarde desarrollan una sintomatología que evidencia la existencia de un trastorno neurobiológico, el cual, en su origen, puede haber sido importante en la producción del síndrome. Otras veces, será la mejor calidad de la exploración la que facilitará la positividad de anomalías en casos que habían sido etiquetados como negativos.

Un estudio piloto realizado sobre autistas en el National Institute on Aging, de Bethesda, ha mostrado que:

- Las tasas metabólicas absolutas eran más elevadas en las personas autistas que en los grupos de control.
- El metabolismo de los lóbulos del hemisferio cerebral derecho era más elevado en todos los autistas.
- El riego cerebral regional, la utilización de oxígeno y el metabolismo de la glucosa se encontraba más disminuido en el hemisferio izquierdo, sobre todo en las áreas anterior y mesial de los lóbulos fronto-temporales.
- Y los lóbulos frontales y parietales tenían un metabolismo más inferior que los valores medios del resto del cerebro.

Estos hallazgos en la TEP concuerdan funcionalmente con los obtenidos por Díez Cuervo y García de León, con los estudios de mapa de actividad eléctrica, donde se advierten en los autistas, respecto de los controles:

- ❖ Escasa organización y menor diferenciación topográfica de la actividad biológica cerebral.
- ❖ Abundancia de ritmos lentos delta difusos con predominio en zonas bifrontales.
- ❖ Ausencia de predominio del ritmo alfa en zonas posteriores.
- ❖ Menor bloqueo del ritmo alfa en todas las situaciones de no-reposo.

## **6. RESPUESTA A ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL AUTISMOS Y SU DETENCIÓN.**

### **6.1. ¿Por qué es difícil la detección temprana del autismo?**

Desgraciadamente, esta situación no es demasiado sorprendente si tenemos en cuenta una serie de factores:

- la relativamente baja incidencia del autismo,
- la lógica y comprensible dificultad de los padres para detectar síntomas tan sutiles como los que caracterizan al autismo en sus primeras etapas, más si cabe si se trata del primer hijo,
- la quizás justificable pero idealmente eliminable falta de información de la mayoría de los pediatras y otros profesionales para poder detectar el autismo de forma temprana
- la inadecuación de los instrumentos de evaluación del desarrollo actualmente al uso entre los pediatras los cuales se "preocupan" quizás más de posibles alteraciones a nivel



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

- perceptivo o motor (que pueden incluso no darse en niños con autismo) y menos de aquellas alteraciones del desarrollo (sociales, comunicativas) que caracterizan al autismo.
- la dificultad de evaluación de las alteraciones sociales del autismo en estas fases tan tempranas del desarrollo puesto que pueden ir apareciendo o se van haciendo evidentes de manera insidiosa, encubierta y casi disimulada tras un rostro sano y un desarrollo en muchos casos no problemático a nivel perceptivo y motor
  - finalmente y para acabar de complicar la situación, las posibles diferentes formas de aparición del trastorno: hay casos en los que parece que los problemas se dan desde el principio pero,, en otros, pueden aparecer después de un periodo de desarrollo aparentemente normal de uno o dos años.

## 6.2 ¿Quién debe hacer detección temprana?

Son los profesionales de la pediatría a quienes corresponde esta responsabilidad y somos los profesionales que trabajamos en este campo quienes debemos ayudarles en esta difícil tarea. El propio Ministerio de Sanidad español reconoce en un documento publicado en 1991 que "los profesionales sanitarios están diagnosticando tarde las deficiencias infantiles. Este dato pone de manifiesto la necesidad de incidir en los profesionales sanitarios, concienciándolos de la necesidad de permanecer alerta en el cuidado de la población de alto riesgo y en el estudio de los signos de alarma que pueden ayudar a detectar precozmente una deficiencia". Con este fin, el citado Ministerio publicó una "Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención Primaria que "pretende resaltar algunos factores de riesgo y los signos de alarma que los profesionales deben tener en mente de modo constante". Desgraciadamente, en esta guía (y en otras, así como en los planes de estudio de muchas profesiones relacionadas) se habla de problemas visuales, de problemas auditivos, alteraciones motoras, retraso mental, problemas de lenguaje y problemas emocionales pero no se mencionan para nada los trastornos del espectro autístico a pesar de su importancia cualitativa y de que su incidencia es mayor de la de algunos trastornos mencionados manejando algunos autores porcentajes de 2 por cada 1000.

De tal manera que, a pesar de esta necesaria e interesante iniciativa del Ministerio de Sanidad, la información que sobre el autismo tienen los pediatras (y otros profesionales) no va a facilitar de ninguna manera su detección temprana. Así pues, los profesionales y las Asociaciones que trabajamos en este campo debemos intentar paliar esta situación proporcionándoles información referida a cuándo y cómo detectar el autismo.

Siendo esto así, vemos dos únicas posibilidades de facilitar una detección más temprana del autismo: por un lado, mejorar las pruebas de evaluación y hacerlas más sensibles y receptivas a las señales de alarma del autismo y otros trastornos del desarrollo (tal y como se ha hecho en el País Vasco con la Escala Haizea) y, por otro, elaborar cuestionarios específicos y aplicarlos en una revisión completa (por ejemplo a los 18 meses) para descartar cualquier tipo de trastorno del desarrollo. Nosotros, aún estando de acuerdo también con la primera vía, hemos tratado de trabajar la segunda de acuerdo con lo expuesto por los autores mencionados de que es posible la detección del autismo basándose en la aplicación de cuestionarios específicos en las revisiones pediátricas rutinarias.





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

### **6.3. Existe un cuestionario al respecto ¿A quién aplicar el cuestionario?**

Lo ideal sería que dicho instrumento se aplicase universalmente en una evaluación completa y profunda a los 18 meses. Sin embargo, somos conscientes de que tal medida podría resultar poco operativo o "rentable" por cuanto que el autismo es un trastorno relativamente infrecuente. Como comenta Baron-Cohen, es como "buscar una aguja en un pajar". Por tanto, quizás la aplicación del cuestionario se pudiera limitar a aquellos casos de riesgo, casos sospechosos de autismo por cualquier razón, niños con hermanos mayores con autismo, niños que han experimentado un estancamiento, retroceso o pérdida más o menos brusca de habilidades previamente adquiridas o simplemente a aquellos casos en los que los resultados del Denver sean disarmónicos o se acerquen al cuadro más o menos típico de autismo que presentamos en esas orientaciones mencionadas que adjuntamos junto con el cuestionario.

Lógicamente, en los casos en los que los resultados del Denver y la aplicación del cuestionario arroja la posibilidad o evidencia de un diagnóstico de autismo debería derivarse el caso a un servicio o persona especializada para la adecuada orientación del caso.

### **6.4.¿Qué evaluar para poder detectar autismo?**

Los estudios que hemos podido revisar coinciden en una serie de conductas universales y específicas que deberemos observar si queremos detectar autismo de manera temprana. La mayoría de los autores mencionan el juego simbólico o de ficción, las conductas de atención conjunta (incluyen el señalamiento protodeclarativo, la conducta de mostrar y la coorientación visual) , el juego interactivo, el interés social y, asimismo en varios estudios, respuestas de comprensión de emociones y empatía, imitación y conductas o movimientos repetitivos. Por tanto, pensamos que en las revisiones pediátricas rutinarias se debería evaluar cuidadosamente la posible ausencia o alteración de estos aspectos.

### **6.5.¿ Cuándo se puede detectar el autismo?**

La mayoría de los autores revisados (Volkmar y col. 1985; Wing, 1980; Short y Schopler 1988; Gillberg 1990; Frith, Soares y Wing, 1993 y otros) afirman que los síntomas del autismo aparecen antes de los tres años pero añaden que es difícil detectarlos en el primer años de vida. Parece, sin embargo, razonable plantearse esa posibilidad en algún momento del 2º año. De esa manera, se podrían detectar tanto los casos ya con problemas durante el primer año (con mayor seguridad, además) como los que desarrollan bruscamente los síntomas después del primer año (frecuentemente entre los 12 y 18 meses). En un trabajo de Johnson, Siddons, Frith y Morton (1.992), los autores concluyen, basándose en resultados de test de evaluación del desarrollo de normales, retrasados no autistas y autistas, que, si bien antes de los 12 meses no parece posible detectar autismo de forma inequívoca, sí es posible hacerlo a los 18 meses si evaluamos preferentemente los aspectos sociales del desarrollo. A idéntica conclusión llegan Simon Baron Cohen y sus colaboradores (Baron-Cohen, Allen y Gilberg, 1992). Con todos estos datos parece razonable, hoy por hoy, considerar la posibilidad de detectar autismo a una edad tan temprana como los 18 meses. radores en este Congreso.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

## 6.6. ¿Cómo detectar el autismo?

En el Estado español, la prueba utilizada por los pediatras para valorar el desarrollo es la Escala Denver en su versión simplificada (no tipificada en España). La citada escala evalúa las áreas motriz, adaptativa, lingüística y social del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta los 6 años y se aplica en todas las revisiones rutinarias establecidas en nuestro país. Después de analizar los diversos ítems que componen la citada escala, parece muy posible que algunos o muchos casos de autismo puedan pasar desapercibidos con su aplicación puesto que no se trata de una prueba muy sensible a los aspectos alterados en autismo que hemos comentado antes poniendo más el acento en aspectos perceptivos y motores.

## 7. ¿Cómo evaluar el autismo?

Conviene recordar, en primer lugar, la diferencia entre diagnóstico y evaluación, aunque en muchos casos las dos actividades van unidas. El diagnóstico se refiere a las características que un sujeto comparte con otro y que llevan a su clasificación como perteneciente a una categoría diagnóstica determinada. La evaluación, en cambio, trata de recabar información detallada sobre las dificultades, capacidades, estilos y potencial de aprendizaje, preferencias, etc. del individuo evaluado para establecer un programa educativo terapéutico. Por tanto, el objetivo fundamental de la evaluación es facilitar una intervención adecuada. Evaluación e intervención son dos aspectos de un mismo proceso (Tamarit, 1985).

La evaluación en estas edades tempranas tiene unos rasgos diferenciados de la evaluación al uso con niños mayores. Entre otros, mencionamos los siguientes:

- el enfoque basado en el desarrollo tiene más importancia que con mayores
- es más posible que los niños estén menos acostumbrados al tipo de actividades que se plantean, pueden tener una atención más hábil y presentar ansiedad por separación
- se requiere mayor "ingenuidad", flexibilidad y capacidad de adaptación ("reflejos")
- los contenidos a evaluar son relativamente distintos
- el papel de los padres es más importante y debe ser más activo y participante...

Es fundamental recabar información de las conductas del niño-a con diferentes personas y en diversos contextos integrando 'las diversas fuentes de datos de manera comprensiva y clarificando las posibles discrepancias. Para ello es conveniente basarse en las siguientes fuentes posibles de información:

- Tests-escalas en sesiones clínicas
- Entrevistas e información de padres y profesores
- observación en situaciones naturales (casa, escuela) y/o observaciones estructuradas de la interacción con padres y evaluados



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Para llevar a cabo una apropiada evaluación en estas edades en general y en el campo del autismo en particular es conveniente considerar una serie de cuestiones que pasamos a enumerar:

- tener en cuenta las dificultades derivadas del síndrome de autismo (inconsistencia de motivación, incomprensión de contingencias, déficits de procesamiento sensorial y atención, probable perfil disarmónico de desarrollo, dificultad de comprensión de reglas sociales básicas, herramientas comunicativas deficitarias... ),
- necesidad de flexibilidad y capacidad de manejo conductual,
- necesidad de observar y recabar información de diversos contextos y de clarificar las posibles discrepancias,
- necesidad de estructuración apropiada de las sesiones,
- tener en cuenta la posible (no frecuente en autismo) ansiedad por separación,
- considerar posibles dificultades de reconocimiento por parte de los padres de los problemas (o de su alcance) de su hijo,
- considerar la posible y semiinconsciente actitud parental de directividad excesiva para compensar el frecuente déficit de iniciativas sociales de su hijo,
- considerar la lógica diferencia entre la relación del niño con sus padres y la establecida con el evaluador y la probable diferencia entre la relación con la madre y la relación con el padre,
- conveniencia de plantear a los padres preguntas abiertas, concretas, referidas a situaciones cotidianas (no de sí-no, para que juzgue el evaluador),
- conveniencia de utilización del vídeo y grabación de las sesiones,
- conveniencia de la presencia de algún padre en las sesiones clínicas,
- tener en cuenta posible desconocimiento parental sobre algún aspecto planteado (por ejemplo, relación o interés en otros niños),
- considerar la dificultad e incluso imposibilidad de evaluación en contexto clínico de algunos aspectos conductuales (por ejemplo, rutinas),
- tener en cuenta la posible influencia negativa del contexto clínico en algunas conductas espontáneas (por ejemplo, juego, comunicación) ...

## 7.1 Tipos de evaluación

Evaluación social:

- contenidos: interés social, cantidad y calidad de iniciativas sociales, contacto ocular, atención conjunta, imitación (corporal, vocal y motora), apego,, expresión y reconocimiento de emociones...
- metodología e instrumentos: mediante entrevistas estructuradas a padres (ADI-R, Riviere), observación estructurado en el contexto clínico tanto de las interacciones planificadas (PL-ADOS, CARS) y no planificadas con el padre y con la madre, videos familiares e instrumentos clínicos diversos (tests normativos como el Brunet-Lezine o Vineland, test criteriales como el Uzgiris-Hunt o inventarias del desarrollo como el Battelle, Carolina...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Evaluación comunicativa:

- contenidos: intencionalidad, herramientas comunicativas, funciones, contenidos, contextos, comprensión...
- metodología e instrumentos: entrevistas estructuradas (ADI-R, Riviere), observaciones estructuradas (PL-ADOS, ACACIA, CARS... videos familiares e instrumentos clínicos diversos (Reynell, Richey, ITPA, PLON, Peabody, Kiernan, Schuler...

Juego:

- contenidos: exploración, juego funcional, juego simbólico, role-playing, juego cooperativo...
- metodología: entrevistas estructuradas (ADI-R, PL-ADOS) , observaciones semi-estructuradas (juego libre) , videos familiares e instrumentos clínicos diversos (Lowe-Costello)

Evaluación cognitiva:

- contenidos: nivel sensoriomotriz, nivel de desarrollo, evaluación de preferencias estimularas y sensoriales, estilo y potencial de aprendizaje, habilidades ejecutivas y metacognitivas habilidades académicas, ...
- metodología e instrumentos: tests normativos (Leiter, Weschler, Bayley, Brunet Lezine, Uzgiris-Hunt, PEP-R...

Evaluación motora:

- motricidad fina y gruesa mediante la observación, información y aplicación de Brunet Lezine, PEP-R, Picq y vayer...

Evaluación familiar-ambiental:

- es interesante conocer mediante entrevista familiar la situación familiar, el impacto del diagnóstico, sus recursos para superarlo y establecer vías adecuadas de colaboración en la intervención, la interacción familiares-niño, la estructura del entorno doméstico...

Evaluación médica:

- pruebas neurológicas y de neuroimagen (EEG, TAC, SPECT, Resonancia Magnética... análisis de sangre y orina, potenciales evocados, etc.

Evaluación de autonomía personal:

- fundamentalmente mediante entrevistas y aplicación de cuestionarios a los padres sobre alimentación, control de esfínteres, vestido, aseo...



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

Evaluación de problemas de conducta:

- se trata de valorar la presencia o ausencia de problemas conductuales (conductas disruptivas, agresiones, autolesiones, estereotipias, pica, regurgitación, fobias...), su intensidad y su frecuencia mediante cuestionarios o entrevistas estructuradas como el ADI-R, la HBS o el ICAP.

Evaluación de preferencias:

- es muy importante conocer los objetos, juguetes, estímulos, modalidades sensoriales, actividades, alimentos... preferidos de cara a utilizarlos como refuerzos o motivadores de otras actividades, como objetivos relevantes de comunicación, etc.

## 8. ESTUDIO DE UNA NIÑA CON ESTE PROBLEMA

En este apartado reflejaré las distintas sesiones a las que se somete una niña de ocho años para mejorar su autismo.

Sesiones primeras

La niña muestra una actitud agresiva ante los demás y siempre tenía algo entre las manos para relajarse un plástico algo en el que poder sofocar el nerviosismo acumulado

Siguientes sesiones

Se relaja mediante un masaje en los pies. Posteriormente se descubre que el juego favorito de la niña es el corre que te pilló por lo que esta será la manera de acercarse a la niña. Ella se divierte y a la vez aprende. Se descubre como ella cada vez se siente más cómoda y como si estuviera en familia.

Sesiones posteriores

La niña nota una gran mejoría pues se muestra cada vez más cariñosa y le gusta acudir a su "terapia". Con el paso del tiempo la niña emite carcajadas y algunos balbuceos con algunos juegos como hacer pompas de jabón. La niña mejora en sus movimientos rítmicos. La niña acaba haciéndose entender a través de pequeños gestos.

Este resultado se consigue mediante veinte sesiones en las que no todo son satisfacciones; pues en ocasiones ella misma se maltrata e incluso agrede a las personas que se encuentran con ella y consigue su mejoría.

## 9. GLOSARIO

*Autismo*; Propensión mental a separarse del mundo exterior y ensimismarse; trastorno mental con estas características.

*Diagnóstico*; Calificación que el médico da de una enfermedad.

*Estudios*; Conocimiento que se adquiere con el estudio.

*Evolución*; Pasar por una serie de transformaciones.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 17 – ABRIL DE 2009

*Objetividad*; Condición de imparcialidad.

*Psiquiatría*; Medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales mediante el empleo de métodos físicos, químicos o psicológicos.

*Rastreo*; Resultado de buscar algo o a alguien siguiendo los indicios que deja.

*Síndrome*; Conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad.

*Trastorno*, Alteración, pérdida del estado normal de algo o alguien.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

Brauner, A. (1981) *Vivir con un niño autístico*. Argentina: Paidós

Paluzny, M. (1987) *Autismo, Guía práctica para padres y profesionales*. México:Trillas.

Polaino, A (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. Madrid: Alhambra Universidad.

Rutter, M y Schoper, E (1984). *Autismo*. Madrid: Alhambra Universidad.

Wing, L (1974) *La educación del niño autista*. Buenos Aires: Paidós

Wing, Everard y otros (1982). *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*. Madrid: Santillana.

Autoría

---

· ANA MARÍA LUQUE JIMÉNEZ

· CÓRDOBA

· E-MAIL: [vinagorra@hotmail.com](mailto:vinagorra@hotmail.com) [vinagorra@gmail.com](mailto:vinagorra@gmail.com)