

## TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Patricia GARCÍA TABUENCA

Estudiante de Grado en Psicología de la UNED

**Resumen:** El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una discapacidad del desarrollo que puede provocar problemas comunicativos, sociales y conductuales significativos. Se llama “Trastorno del espectro” porque puede tener una gran variedad de síntomas distintos. Es un trastorno que comienza en la niñez y dura toda la vida. No se conocen todavía cuales son las causas etiológicas concretas del autismo, pero se continúan realizando múltiples investigaciones en este ámbito. Existen herramientas para explorar sus criterios diagnósticos, y así poder detectarlo cuanto antes, para que la persona pueda adaptarse a su ambiente.

**Palabras clave:** Autismo. Comunicación. Aprendizaje. Comportamiento.

**Abstract:** The Autism Spectrum Disorder (ASD) is a disability on the development that may cause significant communicative, social and behavioral problems. It is called “spectrum disorder” because it can present great variety of symptoms.

It is a disorder which begins during childhood and lasts for a lifetime. Even though the etiologic causes are not known yet, several researches continue to be carried out.

There are some useful tools that allow us to explore its diagnostic criteria. As a consequence we can obtain an early diagnosis so that the patients can adapt to their environment.

**Keywords:** Autism. Communication. Learning. Behavior.

### 1. RECORRIDO HISTÓRICO POR LAS DISTINTAS CONCEPCIONES DEL AUTISMO

Existen muchos interrogantes acerca de su origen y de su naturaleza. Rivièrè (2001) indicó según la época las siguientes:

Desde 1943 a 1963 el autismo era considerado un trastorno emocional severo en niños que eran potencialmente normales con consecuencias de conflictos emocionales provocados por relaciones afectivas anómalas en su crianza.

De 1963 a 1983, paso a ser un trastorno cognitivo, pero no se encontró una alteración específica cognitiva que por sí sola permitiera explicar las características esenciales que definen este síndrome.

Finalmente, ha pasado a ser un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta en un amplio espectro de trastornos caracterizados por perfiles evolutivos (Brioso, 2012).

## 2. COMPARACIÓN EN LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS DEL TEA

Según la clasificación del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV), en español, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (APA, 2000), se identifican cinco tipos de Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGDs) y se proporcionan los criterios, elementos comunes, que permiten el diagnóstico diferencial entre los distintos trastornos que se contemplan en esta categoría, que son:

- a) El Trastorno Autista, autismo infantil o Síndrome de Kanner. Su asociación más frecuente es la discapacidad intelectual, y su incidencia es mayor en niños que en niñas, aunque las niñas tienen cuadros clínicos más graves.
- b) El Trastorno de Asperger. Estas personas tienen la incapacidad de establecer relaciones sociales adecuadas a su edad de desarrollo, junto con su rigidez mental y comportamental. Se diferencia del trastorno autista porque presenta un desarrollo lingüístico normal y no sufre discapacidad intelectual.
- c) El Trastorno de Rett. Consiste en una alteración grave del neurodesarrollo que afecta casi exclusivamente a mujeres. Es un trastorno de base genética, provocado por la mutación del gen MeCP2, situado en el cromosoma X. Su característica principal son los déficits específicos después de un período normal de desarrollo y su deficiencia mental grave o profunda.
- d) El Trastorno Desintegrativo de la Niñez. Se caracteriza por la pérdida de funciones que el niño ha adquirido previamente. Tiene un patrón más cíclico que el trastorno autista y una mayor inestabilidad emocional. Cuando sus manifestaciones son tempranas, el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos es complicado.
- e) Los Trastornos Generalizados del Desarrollo No Especificados. En esta categoría pueden clasificarse cualquier tipo de trastornos que impliquen una alteración grave y generalizada del desarrollo y que no cumpla los criterios diagnósticos especificados de otros trastornos (Brioso, 2012).

Respecto a la edición anterior (DSM-IV), el nuevo Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), presentado por la APA (American Psychological Association) el 18 de mayo de 2013 en San Francisco (EEUU), produce una serie de cambios en el TEA (APA, 2014):

- Un importante avance es que los trastornos se reorganizan en relación con su aparición en el ciclo vital, los trastornos del desarrollo primero y los neurocognitivos al final.
- Elimina el sistema de evaluación multiaxial incluyendo muchos ejes como especificadores. Estos especificadores son una novedad en el manual. Se utilizan para definir características asociadas a los trastornos.
- El trastorno autista, el Síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado de Desarrollo no especificado, se fusionan para pasar a denominarse Trastorno de Espectro Autista (TEA), pasándose a una visión dimensional del trastorno en una sola categoría diagnóstica.
- Se produce la desaparición de los diferentes subtipos de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)

- Desaparece del Síndrome de Rett puesto que ha sido identificada su etiología de naturaleza genética.
- También desaparece del Trastorno Desintegrativo de la Infancia por presentar grandes problemas de validez.
- Desaparece el criterio referido al juego simbólico, entendido como la competencia simbólica e imaginativa en lugar de cómo una actividad compartida con otros.
- Las alteraciones en la interacción social y recíproca y las alteraciones en la comunicación y el lenguaje, se unifican en una sola categoría.
- Se reorganizan las tareas de alteración y conductas repetitivas verbales que se recogen en los síntomas concretos. En cuanto al repertorio restringido de conductas e intereses, se incorporan las alteraciones sensoriales.
- Se incrementa el número de áreas alteradas para considerar que la persona tiene TEA.
- Dentro de los déficits de comunicación e interacción social deben observarse alteraciones en la reciprocidad socioemocional, comunicación no verbal y desarrollo y mantenimiento y comprensión de relaciones.
- Dentro del área del repertorio restringido de conductas e intereses se deben ver afectadas dos de las siguientes cuatro áreas: conductas repetitivas, insistencia en la invarianza, intereses restringidos o alteraciones sensoriales.
- Se solicitan más detalles para descubrir el diagnóstico, haciendo referencia a la severidad en cada una de los dos criterios diagnósticos principales, informar si la persona tiene discapacidad intelectual, su nivel de competencia lingüístico o si el TEA está asociado a problemas médicos, genéticos, ambientales o es fruto de problemas neurológicos.
- Se crea una nueva categoría denominada “Trastornos de la Comunicación Social” (pragmática) que incluye a las personas con alteraciones en la comunicación social y la pragmática, sin que la persona presente un repertorio restringido de conductas e intereses (Palomo, 2014).

### **3. PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS CAMBIOS EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TEA**

Un tema de controversia han sido las definiciones de algunas categorías. Han sido muchos los profesionales de la salud que han criticado el manual, no solo por su validez y adecuación de algunos criterios, sino también por la metodología empleada y la duración del proceso, ya que ha costado más de una década. Da una limitada información sobre cómo aplicar los criterios diagnósticos o emplear los especificadores de las categorías, lo que hace que se generen dudas entre los profesionales, preocupándose de que no utilicen de igual manera dichos criterios, o incluso de que se utilicen de manera incorrecta (Palomo, 2014).

Estos cambios pueden tener consecuencias para las personas que hasta ahora presentaban alguno de los Trastornos Generalizados del Desarrollo reconocidos por el DSM-IV-TR, ya que pueden perder el acceso a servicios.

Otro de los grupos que suponen un reto, son los niños menores de 3 años, quienes a edades tan tempranas no siempre manifiestan conductas repetitivas y restringidas de la severidad que exige el DSM 5.

Otro elemento afectado es la prevalencia del trastorno. Todas las cifras deberán ser revisadas y actualizadas, ya que los criterios del DSM 5 son más restrictivos, la prevalencia disminuirá (Palomo, 2014).

#### **4. ¿QUÉ OPINA AETAPI DE LOS NUEVOS CRITERIOS?**

La AETAPI, Asociación Española de Profesionales del Autismo (Palomo, 2014) valora positivamente que el DSM 5 haya asumido una visión dimensional del trastorno y la unificación de las alteraciones sociales y comunicativas en una única dimensión.

En relación con el Trastorno de Asperger, para AETAPI no considera inconveniente que las personas diagnosticadas con este trastorno puedan escoger utilizar esta etiqueta para referirse a ellos mismos. En relación con el uso de servicios, las personas diagnosticadas deberían seguir cumpliendo los criterios de TEA, el propio manual incluye una nota en los criterios indicando que todo aquel con diagnóstico de autismo, S. de Asperger o TGD No Especificado, debe recibir el diagnóstico TEA.

Según los criterios diagnósticos, AETAPI valora positivamente que sean más específicos pero hubiera sido conveniente un estudio previo, con una muestra amplia y representativa de la heterogeneidad del TEA. Los cambios en la comorbilidad también son un cambio positivo y adecuado, ya que un niño con TEA también puede tener discapacidad intelectual, TDAH, trastorno del lenguaje, etc.

Sin embargo, AETAPI valora negativamente algunos elementos que no parecen claros: como es el caso del juego simbólico, que ha desaparecido, y las alteraciones emocionales, que apenas se reflejan en los criterios diagnósticos. También valora negativamente la excesiva especificidad del dominio de alteración referido a la presencia de patrones de conductas, intereses y actividades restringidas y repetitivas, ya que al exigir que una persona deba presentar alteraciones en dos de las cuatro áreas de la alteración, pues hace muy probable que muchas personas no reciban el diagnóstico de TEA por presentar alteración en una sola área, mientras que con el DSM-IV sí se diagnostica.

Desde AETAPI se plantea el temor de que muchas personas con alteraciones sociales y comunicativas que no manifiestan dificultades en el área de comunicación, reciban el diagnóstico de Trastorno de Comunicación Social. Esta asociación, tenía la esperanza de que las notas que acompañan a los criterios diagnósticos sirvieran para generar heterogeneidad, pero este objetivo no ha sido logrado.

Otro aspecto que llama la atención, son los procedimientos de evaluación y diagnóstico. Únicamente enfatizan aspectos generales, sin que se hagan recomendaciones concretas sobre los instrumentos y procedimientos apropiados.

Por último, la traducción publicada en castellano genera mucho malestar según AETAPI, ya que emplea un lenguaje poco riguroso en relación con el conocimiento actual sobre el TEA.

## **5. RECOMENDACIONES DE AETAPI**

La AETAPI (Palomo, 2014) recomienda que:

- Las categorías descriptivas referidas a la severidad no deben ser utilizadas para determinar la elegibilidad o provisión de un servicio.
- Realizar los diagnósticos del TEA utilizando DSM 5 y CIE 10, para prevenir problemas ante posibles cambios del DSM 5, a la vez que se garantiza que personas con un TGD puedan seguir recibiendo apoyos.
- Es conveniente que los servicios especializados y orientados a dar apoyo a la persona con TEA puedan ofrecer apoyo a aquellas personas con dificultades en el ámbito de la comunicación social u otros trastornos con necesidades de apoyo estrechamente relacionadas con las de las personas con TEA.
- Es prioritario realizar estudios que analicen la validez, así como las consecuencias y repercusiones sociales del incremento de la especificidad de los criterios del DSM 5

## **6. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE TEA**

Dos de las herramientas para explorar los criterios diagnósticos del TEA son ADI-R y ADOS (Portal OpenCourseWare, Universidad de Murcia).

La ADI-R (Entrevista para el Diagnóstico del Autismo) es una entrevista clínica que permite una evaluación profunda de sujetos que sufren TEA o que se sospecha que lo sufren. El entrevistador explora tres grandes áreas (lenguaje/comunicación, interacción social y conductas e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados). Consta de ocho secciones, incluyendo un total de 93 ítems.

La ADOS (Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo) consta de un conjunto de actividades, que proporcionan contextos estandarizados, donde el evaluador puede observar o no la presencia de ciertos comportamientos sociales y la comunicación relevantes para el diagnóstico de los TEA. Está estructurada en cuatro módulos, en el que cada sujeto es evaluado sólo en el módulo adecuado a su edad y a su nivel de comunicación verbal.

La combinación de ambas supone mayor eficacia que el uso de cualquiera de ellas por separado.

Más allá de estas herramientas, se necesitan otros instrumentos que permitan valorar en detalle las alteraciones socio-comunicativas, las conductas, actividades e intereses repetitivos y estereotipados.

Para determinar la posible presencia de este trastorno, la prueba de screening S-CQ (Cuestionario de Comunicación Social) es un medio efectivo, rápido y económico, en 10 minutos puede estar completado. El cuestionario se presenta en dos formas. La forma A se refiere a toda la vida pasada del sujeto y la forma B se debe contestar a la vista de la conducta durante los últimos 3 meses. A partir de los resultados obtenidos podremos comprender mejor la situación del sujeto, remitirlo a un proceso diagnóstico más completo si se sospecha la existencia de un TEA (ADI-R o ADOS), y evaluar los resultados de los planes de tratamiento y reeducación. También puede ser usado de modo rutinario para descartar la presencia de este tipo de trastorno en

el ámbito escolar o clínico. Esta prueba, previamente conocida como ASQ (AutismScreeningQuestionnaire), fue creada por los mismos autores del ADI-R y ADOS con el objetivo de servir de prueba de cribaje.

Las pruebas de evaluación (Portal OpenCourseWare, Universidad de Murcia) extensa de este trastorno pueden ser:

- 1) CARS (Escala de valoración del autismo infantil): Esta escala se trata de una escala de apreciación conductual destinada al diagnóstico y a la planificación del tratamiento de personas con autismo. Consta de 15 ítems referentes a cada uno de los ámbitos conductuales propios de la patología autista, tales como trastornos en las relaciones interpersonales, imitación, afecto inapropiado, resistencia al cambio, etc.

El propósito de la escala es identificar a las personas autistas y diferenciarlas de aquellas otras que padeciendo un retraso en el desarrollo no manifiestan tales síntomas autistas. Este instrumento permite también clasificar a los autistas en diversos grados de severidad de la patología autista: medio-moderado y severo. Cada ítem se puntúa a lo largo de un continuum desde normal a gravemente anormal y/o inapropiado.

1. Indica que la conducta evaluada está dentro de los límites propios de la edad del paciente.

2. Indica una conducta medianamente anormal y/o inapropiada.

3. Moderadamente anormal.

4. Refleja una conducta severamente anormal e inapropiada.

Las puntuaciones intermedias (p.ej. 2.5) se seleccionan cuando la conducta aparece en una posición intermedia a dos categorías.

El rango de puntuación total puede oscilar entre 15 y 60 puntos:

1.  $P \geq 36$  indica un grado de autismo severo.

2. Entre 30 y 36 indican autismo moderado.

3. Entre 15 y 30 reflejan ausencia del síndrome autista.

- 2) ACACIA: Es una prueba para el Análisis de la Competencia Comunicativa e Interactiva en autismo. Evalúa las competencias sociocomunicativas a través de situaciones naturales. Tiene la gran ventaja de que se pueden evaluar personas sin lenguaje y con Discapacidad Intelectual.

- 3) IDEA (Inventario de Espectro Autista): Tiene el objetivo de evaluar doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o con trastornos profundos del desarrollo. Presenta cuatro niveles característicos de estas personas en cada una de esas dimensiones. Cada uno de esos niveles tiene asignada una puntuación par (8, 6, 4 ó 2 puntos), reservándose las puntuaciones impares, para aquellos casos que se sitúan entre dos de las puntuaciones pares. Para aplicar el inventario IDEA es necesario un conocimiento clínico, terapéutico, educativo o familiar suficiente de la persona que presenta espectro autista. El inventario no se ha construido con el objetivo de ayudar al diagnóstico diferencial del autismo (aunque pueda ser un dato más a tener en cuenta en ese diagnóstico), sino de valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona, con independencia de cuál sea su

diagnóstico diferencial. El inventario IDEA puede tener tres utilidades principales:

- a) Establecer inicialmente, en el proceso diagnóstico, la severidad de los rasgos autistas que presenta la persona (es decir, su nivel de espectro autista en las diferentes dimensiones).
- b) Ayudar a formular estrategias de tratamiento de las dimensiones, en función de las puntuaciones en ellas (como se sugiere en estos artículos).
- c) Someter a prueba los cambios a medio y largo plazo que se producen por efecto del tratamiento. Característicamente, las puntuaciones en torno a 24 puntos son propias de los cuadros de trastorno de Asperger, y las que se sitúan en torno a 50 de los cuadros de trastorno de Kanner con buena evolución.

Las doce dimensiones de la escala son:

1. Relación social.
2. Atención conjunta.
3. Capacidad afectiva y de inferencia de los estados mentales.
4. Funciones comunicativas.
5. Lenguaje expresivo.
6. Lenguaje receptivo.
7. Competencia de anticipación.
8. Flexibilidad mental.
9. Sentido de la actividad propia.
10. Imaginación.
11. Imitación.
12. Capacidad de crear significantes

A su vez, pueden ordenarse en cuatro grandes escalas:

1. Escala de Trastorno del desarrollo social (dimensiones 1, 2 y 3).
2. Escala de Trastorno de la comunicación y el lenguaje (dimensiones 4, 5 y 6).
3. Escala de Trastorno de la anticipación y flexibilidad (dimensiones 7, 8 y 9).
4. Escala de Trastorno de la simbolización (dimensiones 10, 11 y 12). La suma de las puntuaciones de las tres dimensiones de cada escala proporciona una valoración del nivel de trastorno en dicha escala.

De este modo, el inventario IDEA proporciona:

- a) Una puntuación global de nivel de espectro autista (de 0 a 96).
- b) Cuatro puntuaciones en las cuatro escalas. Estas puntuaciones varían de 0 a 24 puntos cada una, puesto que cada una de ellas está definida por la suma de las tres dimensiones de cada escala. 12 puntuaciones (que varían de 0 a 8 cada una) que corresponden a las dimensiones evaluadas.

## **7. DIMENSIONES ALTERADAS EN LOS CUADROS DE TEA**

Respecto al desarrollo social, las personas con TEA tienen un aislamiento completo, ausencia de apego a otras personas y una importante incapacidad de relación.

Sus funciones comunicativas están caracterizadas por la ausencia de comunicación intencional. Piden pero no comparten experiencias, escasas declaraciones subje-

tivas del mundo interno. Su lenguaje expresivo está caracterizado por mutismo total o funcional, palabras sueltas o ecolalias. Su lenguaje receptivo se centra en la tendencia a ignorar el lenguaje, esto se denomina sordera central. Tienen una comprensión literal y poco flexible por lo que tienen dificultades para diferenciar el significado literal del intencional.

Son resistentes a los cambios y tienen conductas anticipatorias en rutinas cotidianas. Predominan las estereotipias motoras y los rituales simples, así como las conductas que no llevan a ninguna meta (Brioso, 2012).

Las personas que sufren TEA, tienen déficit de Teoría de la Mente (TM), es decir, déficit en la capacidad para atribuir a las personas estados mentales, deseos o pensamientos. Es una de las teorías psicológicas más interesantes propuesta por Alan Leslie. Pero es muy arriesgado poner a prueba la hipótesis de que los niños autistas no aprecian la existencia de estados mentales. Una forma de acercarse al problema consiste en plantear una situación en la que ocurra algo de lo que alguien no tenga conocimiento. Ese suceso no puede formar parte de los estados mentales de la persona que lo ignora. Heinz Wimmer y Josef Perner desarrollaron un método para estudiar el desarrollo de la mente en los niños pequeños. Revelaron que es un proceso muy largo y no tiene lugar antes de los tres o cuatro años. La única manera de comprobar la hipótesis de la existencia de un déficit cognitivo específico de atribución mentalista consistirá en demostrar que los niños autistas, aunque tengan una edad mental muy superior a los cuatro años, fracasan en el intento de atribuir adecuadamente estados mentales, mientras que eso no les sucede a otros niños con deficiencia, pero no autistas. Para probar la hipótesis de que los niños autistas no logran tener en cuenta las creencias, Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith (1985) emplean el método de Wimmer y Perner (1985), realizando un experimento. Utilizaron dos muñecas, Sally y Ana y representaron una pequeña escena: Sally tiene una cesta, y Ana una caja. Sally tiene una canica y la mete en una cesta. Después se va. Ana saca de la cesta la canica de Sally y quiere jugar con su canica. En ese momento se hace la pregunta crítica “¿Dónde va a buscar Sally su canica? La respuesta es “en la cesta”. Es correcta ya que Sally metió la canica en su cesta y no vio que se cambió de sitio. Cree que la canica está todavía donde la puso. Por consiguiente, la buscará en la cesta a pesar de que la canica ya no esté allí. Casi todos los niños autistas hacen mal esta tarea, señalan la caja. Ahí estaba realmente la canica, aunque Sally no lo sabía (Delval, Kohen, Sánchez, Herranz, Delgado y García, 2013). Según la dimensión de simbolización, no utilizan el juego funcional o simbólico, y si llegan a utilizarlo, es poco flexible.

## 8. PATRÓN EVOLUTIVO DEL TEA

La mayoría de padres no se preocupan por el desarrollo de su hijo hasta el segundo año de vida. Según un estudio realizado por Rivière (2000), solo un 25% de padres tuvo sospechas de que algo no iba bien durante el primer año de vida.

Para Rivière (2000), el patrón evolutivo típico de los síntomas del Trastorno Autista se caracteriza por:

Hasta los 9 meses tienen un desarrollo aparentemente normal.

Entre los 9 y los 18 meses deberían tener conductas de comunicación intencional prelingüísticas, pero están ausentes, como la falta de iniciativa en las relaciones y responder a otras personas.

A partir de los 18 meses, las manifestaciones de una alteración son más claras, como la ausencia o limitación del lenguaje y de la comunicación.

Entre los 18 meses y los 5 años se encuentra el periodo más dramático. Pueden permanecer en sus estereotipias, aislados de todo lo que ocurre en el entorno, no juegan ni se comunican. Si lo hacen, limitadamente. Pueden aparecer autoagresiones, se muestran inquietos.

Entre los 5 años y la adolescencia los niños entran en una etapa más estable por la intervención psicoeducativa que están recibiendo. Los más levemente afectados llegan a adquirir habilidades y destrezas complejas en un entorno ordinario con adaptaciones específicas. Los más graves aprenden habilidades más simples y básicas. En la adolescencia, la evolución es muy desigual. Los que presentan cuadro leve se esperan que mantengan su evolución positiva, mientras que si el cuadro es severo, pueden aparecer diferentes dificultades como las crisis epilépticas.

La edad adulta es la etapa más satisfactoria. Muchos alcanzan cierto bienestar, la convivencia alcanza estabilidad (Brioso, 2012).

## **9. DETECCIÓN TEMPRANA DEL TEA**

Los signos tempranos del autismo en el desarrollo del lenguaje y la comunicación más comunes (Canal y cols. 2007), pueden ser:

- Dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección que otra persona.
- Ausencia de atención conjunta.
- Ausencia de balbuceo social/ comunicativo.
- Regresión en el uso de palabras o frases.
- No mira hacia donde señalan.
- Ausencia de gestos comunicativos.
- Ausencia de juego funcional o simbólico.
- Ausencia de palabras o frases simples.

En el desarrollo de la interacción social, la respuesta emocional y el juego pueden darse las siguientes alteraciones:

- Falta de sonrisa social.
- Escaso interés con otros niños.
- Falta de interés por juguetes o formas repetitivas de juego con objetos.
- Escasez de expresiones emocionales acompañadas de contacto ocular.
- Ausencia de imitación espontánea.
- No responde cuando se le llama por su nombre.

Según los intereses restringidos y movimientos repetitivos, sus alteraciones son:

- Ausencia o escasa exploración visual del entorno.
- Tendencia a sub/sobre reaccionar a sonidos.
- Movimientos repetitivos o posturas del cuerpo, brazos, manos o dedos.
- Tono muscular, postura o patrones de movimiento anormales.
- Tendencia a fijarse visualmente a ciertos estímulos.

Baron-Cohen (1992,1997) diseñaron el CHAT (Cuestionario de Detección de Autismo en la Infancia) para identificar la presencia de indicadores psicológicos de riesgo de autismo a los 18 meses de edad. Este instrumento tuvo falta de sensibilidad por lo que se aplicó el M-CHAT, diseñado para aplicarlo a los 24 meses en consulta pediátrica. Este cuestionario es aplicado a los padres.

En España la situación es bastante preocupante. GETEA (Grupo de Estudio de Trastornos del Espectro Autista) (2005a) recomiendan:

- Vigilancia en el desarrollo donde se consideren aspectos prenatales, perinatales de riesgo y valorar la presencia de señales de alerta.
- Detección específica, como la atención primaria, equipos en servicios sociales y equipos de atención temprana.
- Un diagnóstico especializado para cada persona, y diseño de los programas de intervención (Brioso, 2012).

## 10. EVALUACIÓN PSICOEDUCATIVA DE PERSONAS CON TEA

El objetivo de esta evaluación es determinar el perfil de habilidades y necesidades de la persona para poder planificar la intervención y elaborar programas concretos de intervención educativa. Las tareas de valoración psicoeducativa de (Revière, 2001, p.78) son:

- Recoger información de su familia e informes anteriores.
- Establecer con el niño una relación adecuada.
- Valorar de forma estructurada las áreas de los procesos cognitivos.
- Realizar observaciones naturalistas no estructuradas o semiestructuradas.
- Contacto directo con otros profesionales.
- Definir los valores psicométricos y la lógica cualitativa.
- Elaborar un informe preciso, con valores funcionales, análisis del contexto y realizar propuestas psicoeducativas.
- Mantener relaciones con los padres, profesores y realizar un seguimiento de apoyo (Brioso, 2012).

El perfil obtenido tras la evaluación proporciona una línea base del funcionamiento psicológico para valorar los progresos que vaya obteniendo la persona. Las áreas de evaluación (Brioso ,2012 p. 187) son:

1. Capacidades cognitivas: El Cociente Intelectual es el mejor predictor de estas capacidades, se evalúan los procesos cognitivos, la simbolización, el juego y la imitación.
2. Comunicación y lenguaje: donde se evalúan las funciones comunicativas, la espontaneidad, las habilidades conversacionales, el nivel de comprensión oral y de discurso, la comprensión del lenguaje no literal, el mutismo, la presencia de alteraciones del habla...
3. Relaciones interpersonales: se evalúan las habilidades de interacción para relacionarse con los adultos, los iguales. También se evalúa la solución de problemas interpersonales, relacionados con los sentimientos.
4. Conducta de interés y actividades: se evalúan las conductas estereotipadas, los rituales, las dificultades de anticipación, la resistencia al cambio, pensamiento obsesivo y las alteraciones sensorio-perceptivas.

5. Conducta adaptativa: se evalúa el cuidado personal, la adaptación al entorno escolar, su vida en casa.

Este proceso de valoración es complejo ya que existe una gran heterogeneidad dentro de este trastorno, afecta a la persona a lo largo de su vida, en edades diferentes y existe una escasez de instrumentos específicamente diseñados para valorar a las personas con TEA y que, además, estén validados en España. Hay que ser cautos para elegir un instrumento de valoración, se debe tener en cuenta tanto la edad cronológica y la edad mental de la persona.

No existe un único programa de intervención válido, ni un único planteamiento terapéutico porque la persona va evolucionando y también lo hace el trastorno. Existen tratamientos de intervención revisados por la GETEA (2001) (Brioso, 2012) son:

1. Análisis Conductual Aplicado (ABA). Su objetivo principal es enseñar nuevas habilidades, promover la generalización de ellas y reducir comportamientos no deseados mediante un refuerzo sistemático. Cuando un comportamiento va seguido por algún tipo de recompensa, es más probable que se repita, por esto el principio más importante de la terapia del comportamiento es el refuerzo positivo. Otro de los objetivos más importantes de esta terapia es hacer el aprendizaje de una manera agradable para el niño a través del apoyo e interacción positiva.
2. Intervención Intensiva en el Comportamiento (IBI): es un servicio reembolsado de Medicaid que está disponible para niños con discapacidades de desarrollo que proyectan comportamiento difícil. Se trabaja con los niños para que desarrollen comportamientos positivos y los patrones que necesitan para funcionar en cualquier hogar o entorno comunitario. Es un servicio individualizado para cada niño.
3. Tratamiento y Educación de niños con Autismo y Problemas de Comunicación relacionados (TEACCH): la característica esencial es una educación estructurada, que aprovecha las capacidades visoespaciales, las cuales estos alumnos tienen preservadas, permitiéndoles procesar mejor la información visual que la auditiva y ofreciendo la ventaja de ser autónomos, no solo en la realización de tareas, sino en el cambio de una tarea a otra.

La intervención de estos programas se debe centrar en:

- El desarrollo de las competencias comunicativas, interactivas y cognitivas que les permiten comprender mejor a otras personas dando sentido a sus relaciones y a sus acciones. Es preciso conocer el desarrollo típico, tener una sólida formación en psicología del desarrollo y saber cuáles son las características psicológicas de las personas con autismo.
- La disminución de comportamientos que pueden interferir o dificultar la estabilidad emocional y la independencia de la persona con TEA.

Los expertos (GETEA, 2006) en el tratamiento de personas con TEA recomiendan que:

- El tratamiento tiene que estar dirigido por profesionales expertos.
- Los programas de enseñanza deben estar personalizados y fundamentados en un marco evolutivo.

- Se ha de iniciar la intervención lo antes posible e intensificarla en los primeros años.
- Los contextos deben ser estructurados y predecibles. Un ambiente simple, sin estímulos distractores.
- El tratamiento debe ser intensivo y generalizado a todos los contextos.
- El factor fundamental para el éxito del programa es la participación de los padres.
- Han de basarse en el interés personal y en la motivación de la persona con TEA (Brioso, 2012).

## **11. EJEMPLOS DE NIÑOS QUE SUFREN TEA Y NIÑOS QUE NO LO SUFREN**

Niños que sufren TEA (Info Autismo 2014): un niño de 14 meses de edad no responde a su nombre, no hay respuesta a los requerimientos para compartir la atención, no hay interés social. No comparte su diversión mirando.

Otro niño de 14 meses de edad muestra signos de TEA: demasiado centrado en el juguete. Tensión corporal inusual. No comparte la diversión. No responde a la oferta de los demás para compartir juguete. Su atención está tan centrada en el juguete que no interactúa con la gente cercana. No comparte su atención con otros. Su exploración del juguete también es inadecuada. Deja caer el juguete sobre la mesa y observa su movimiento. Cuando el juguete deja de moverse, no usa el contacto visual, la vocalización ni los gestos para pedir ayuda. También muestra una tensión inusual en su cuerpo y en su boca. No parece entender los gestos como una oferta de ayuda. No consulta a su madre para ver si está prestando atención al juguete con el que se está divirtiendo.

Otro niño de 19 meses de edad con signos de TEA, muestra interés inusualmente intenso por objetos, no involucra a los demás durante el juego, falta de respuesta a su nombre. El niño disfruta de las cosquillas, pero sin mirar a su madre. No comparte su entusiasmo con los demás. No mira ni sonrío a los demás. No muestra juego creativo. Cuando se le llama por su nombre, no responde. Su madre empieza a hacerle cosquillas y, a pesar de que parece disfrutar de las cosquillas, el niño no mira a su madre, ni hace ningún contacto social con ella. No trata de comunicarse con su madre para mantener el juego social en marcha.

Niños que no sufren TEA: en el área de relaciones sociales, podemos ver a un niño de 14 meses que presenta un retraso del desarrollo motor leve pero sin signos claros de TEA: responde con la mirada al intentar compartir la atención, es socialmente activo, coordina con la mirada, vocalización y gestos para comunicarse. Se mantiene al tanto de las personas cercanas. Muestra motivación para mantener el interés social por los demás y la capacidad de comunicarse coordinando la mirada, la vocalización y el gesto.

Según el área de la comunicación eficaz y el intercambio de diversión, una niña de 14 meses de edad que no muestra signos de TEA cambia la mirada del juguete a la persona, para compartir la atención. Muestra su bienestar mirando y sonriendo a la persona. Coordina la mirada, la vocalización y los gestos para comunicarse. Mien-

tras ella disfruta mirando y explorando el juguete, contacta con las personas cercanas. Intenta compartir la diversión con su madre y se vuelve mostrando el juguete. Luego comparte su diversión con la examinadora que está frente a ella, dirigiendo su mirada y sonriéndola. También reconoce que la examinadora es una fuente de ayuda. Su petición de ayuda es clara y efectiva. Al coordinar el contacto visual, los gestos y las vocalizaciones, su comunicación intencional es un signo sano del desarrollo social y comunicativo.

En el área social a través del juego, podemos ver a un niño de 19 meses que no muestra signos de TEA porque implica a otros en su juego, muestra juego significativo, propositivo e imaginativo, comparte la diversión sonriendo a la gente y se sincroniza con otros a través de la imitación.

## REFERENCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)* (Fourth ed.). Washington: American Psychiatric Association.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5.ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.

BARON-COHEN, S. ALLEN, J. Y GILBERT, C. (1992) *Can autism be detected at 18 months? The needle in the haystack and the CHAT*. British Journal of Psychiatry, 161, pp 839-843.

BARON-COHEN, S. COX, A., BAIRD, G., SWETTENHAM, J., et al. (1997) Marcadores psicológicos en la detección del autismo infantil en una población amplia. En A. Rivière y J. Martos (Comps) (1997) *El tratamiento del autismo*. Madrid: IMSERSO.

BARON-COHEN, S. LESLIE, A. M. Y FRITH, U. (1985) *Does the autistic child have a theory of mind?*, *Cognition*, 21, pp. 37-46.

BARON-COHEN, S. (2010). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Editorial Alianza.

BRIOSO, A. (2012). *Alteraciones del Desarrollo y Discapacidad: Trastornos del Desarrollo*. pp. 156-195 Madrid: Sanz y Torres.

CANAL, R, GUIBURAGA, Z. MARTINEZ, A. MARTÍN, M.V. et al (2007). ¿Podemos detectar niños con sospecha de TEA mediante el M-CHAT/ES? Investigación e innovación en Autismo. Cádiz: AETAPI.

DELVAL, J.; KOHEN, R.; SÁNCHEZ, I.; HERRANZ, P.; DELGADO, B. y GARCÍA, J.A. (2013). *Lecturas de Psicología del Desarrollo I*. Madrid: UNED.

FRITH, U. (2004). *Autismo: hacía una explicación del enigma*. Editorial Alianza.

GRUPO DE ESTUDIO DE TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA (GETEA) (2005 a) Guía de Buena Práctica para el Diagnóstico de los TEA. *Revista de Neurología*, 2005. Vol. 41, n.º 5, 299-310.

GRUPO DE ESTUDIO DE TRASTORNOS DE ESPECTRO AUTISTA (GETEA) (2006) Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los TEA. *Revista de Neurología*, 2006. Vol. 43, n.º 7, 425-438.

INFO AUTISMO (2014) *Los primeros signos del trastorno del espectro autista*. Recuperado de <https://vimeo.com/90311769>.

PALOMO, R. ARNAÍZ, J. ZAMORA, M. (Coord.) MÁRQUEZ, C Y GARCÍA, R. (2014) *Documento de reflexión en torno a los cambios propuestos en el DSM-5 en relación con los trastornos del espectro del autismo y su aplicación en España*.

PEETERS, T. (2008). *Autismo: de la comprensión teórica a la intervención educativa*. Editorial Autor-editor.

RIVIÈRE, A. (2000) *¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista*. En A. Rivière y Martos, J. (Comp.) (2000) *El niño pequeño con autismo*. Madrid: APNA- IMSERSO.

RIVIÈRE, A. (2001) *Autismo*. Madrid: Trotta.

RIVIÈRE, A. Y MARTOS, J. (2001) *Autismo: comprensión y explicación actual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

SIMARRO, R. (2014). *Calidad de vida y educación de personas con autismo*. Editorial Síntesis.

UNIVERSIDAD DE MURCIA. *Instrumentos para evaluación del autismo y síndrome de Asperger*, pp. 6-9.

WIMMER, H., y PERNER, J. (1983). *Beliefs about beliefs, Cognition*, 13, pp. 103-108.