

Trastornos del espectro autista

(Autism spectrum disorders)

Elsa Álvarez-Alcántara*

RESUMEN

Se revisan los trastornos asociados al espectro autista y los criterios para poder hacer el diagnóstico oportuno; se mencionan las áreas de afección y los rasgos generales de estos niños. Se dan a conocer algunos programas de intervención: desde el simple trato y acercamiento con el niño autista, hasta la manera en que éstos logran adquirir habilidades para comunicarse con el mundo que les rodea e involucrarse socialmente, ya sea mediante la intervención de un profesionista o de sus padres, previamente capacitados.

Palabras clave: Autismo, trastornos espectro autista, terapia conductual.

SUMMARY

This is a review of the autistic spectrum disorders. The approaches in order to get an opportune diagnosis and the psychosocial areas affected in the children and the general clinical features of those. It is also mentioned some intervention programs for these patients, since the simple approach of to recognize an autistic boy to training him in to acquire abilities for communication with other children, their parents or another persons, all of this either by means of a professional or through their parents previously trained for it.

Key words: Autism, autistic spectrum disorders, conductual therapy.

Los trastornos del espectro autista (TEA), también conocidos como trastornos generalizados del desarrollo, son problemas neuropsiquiátricos cuyas primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y persisten por toda la vida. Se caracteriza por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas autoagresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas.^{1,2} De acuerdo al Manual de Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales IV (conocido por sus siglas en inglés como DSM-IV)³ hay cinco formas de presentación, por:

- 1) El **autismo clásico**; descrito antes.
- 2) El **síndrome de Asperger**. Se considera una forma de autismo en el que los pacientes no muestran tener habilidades sociales, con una baja coordinación y concentración, y un rango restringido de intereses; su lenguaje se considera normal y su inteligencia es normal o superior.

- 3) El **trastorno desintegrativo infantil**. Es una entidad rara, en ella el desarrollo del niño aparenta ser normal pero después de los dos años hay una regresión conductual en diversas áreas del desarrollo: como la pérdida de la habilidad para moverse y del control de los esfínteres anal y vesical.
- 4) El **síndrome de Rett**. Éste se presenta exclusivamente en niñas, con una frecuencia de un caso por cada 10,000 a 15,000 niñas y ocurre por causa de la mutación de un gen que codifica la producción de la proteína MECP2; esta proteína participa en la expresión y modulación de los genes del cromosoma X: por lo que la ausencia de MSCP2 hace que estos genes se expresen sin ningún control.
- 5) Como un **trastorno inespecífico generalizado del desarrollo**. En éste los pacientes muestran una dificultad severa y generalizada en el desarrollo de habilidades de la comunicación verbal y no verbal, en sus interacciones sociales, su comportamiento e intereses, y en actividades estereotipadas, pero no se cumplen con los criterios para ser clasificados en alguna de las cuatro formas descritas.

* Lic. en Psicología, Fac. Est. Sup. Iztacala, UNAM, Distrito Federal, México.

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud⁴ clasifica el autismo como un trastorno generalizado del desarrollo donde, además de los cinco grupos del DSM-IV añade el de trastornos hiperkinéticos con retardo mental y movimientos estereotipados, los trastornos no específicos generalizados del desarrollo y otros que no corresponden a estas categorías.

EPIDEMIOLOGÍA

En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), entre 407,500 niños de 14 localidades se encontraron 2,685 (0.66%) casos con TEA; la prevalencia de estos trastornos varía de 3.3-10.6 por 1,000 niños estimando un promedio de 6.6 casos por 1,000 niños: lo que representa alrededor de un caso por cada 152 niños. En cinco lugares en que se identificó la prevalencia de estos trastornos fue en niños blancos no hispánicos, en comparación con lo observado en los niños negros no hispánicos. La razón mujer/hombre varió de 1:3.4 a 1:6.5 y la mediana de edad al diagnóstico fue entre 49 a 66 meses.⁵ Este reporte mostró que hubo un aumento en la prevalencia de uno en 100 niños en 1990 a uno en 152, en 2002.

El incremento en su frecuencia en EUA puede ser por varias razones: 1) A que la definición clínica de autismo incluye ahora un mayor número de trastornos; 2) A que médicos, maestros y padres están más informados acerca del comportamiento autista; 3) A que los niños con retraso mental y autismo tienen ahora, como diagnóstico primario, el autismo; 4) A la mayor colaboración de los servicios escolares y la comunidad en el diagnóstico y manejo de estos trastornos.

Otra revisión acerca de este tema⁶ señala que en 1990 los TEA se diagnosticaban en 4.7 de cada 10,000 niños y al inicio del 2007 esta cifra se había elevado a 60 casos por cada 10,000 niños, atribuyendo el incremento⁷ por el aumento en: 1) A los criterios de diagnóstico que dan cabida a mayor número de trastornos autistas; 2) A que la inclusión del síndrome de Asperger y los trastornos del desarrollo no especificados incrementaron los TEA entre 50 y 75%; 3) El aumento de niños con TEA también se debe a que los maestros en EUA deben informar acerca de los niños que ameriten una educación especial, por lo que en 1995 22,445 niños recibieron educación especial, en tanto que en 2004 fueron 140,254; 4) En algunos estados de la unión americana hay estímulos económicos a quien fundamente el diagnóstico de TEA y además se considera entre los padecimientos cuyo costo de atención corre por cuenta del estado, en contraste a la falta de incentivos, la ausencia de ayuda del estado y

de programas especiales, en los casos con diagnóstico de retraso mental.

En términos globales, cada año en los EUA entre 60,000 y 115,000 menores de 15 años reúnen los criterios de diagnóstico de autismo; estimaciones recientes calculan entre 10 a 20 casos por 10,000 personas. Esta información procede de un estudio en 1,300 familias; en ellas la media de edad al diagnóstico de autismo fue alrededor de los 6 años: a pesar de que la mayoría de los padres mencionaron que «algo estaba mal» en los niños desde que tenían 18 meses, por lo que solicitaron una valoración especializada alrededor de los dos años de edad.⁸

Al ser valorados inicialmente, en poco menos del 10% de estos niños se diagnosticó algún TEA; a otro 10% se le recomendó nueva valoración de persistir las manifestaciones y al resto se le envió a otro profesional cuando tuvieron 40 meses de edad (como promedio), de ellos 40% tuvieron como diagnóstico TEA; de los restantes la mitad de ellos solicitó la opinión de otro u otros médicos y algunos dijeron haber ejercido cierta presión para obtener el pago por atención de los niños por un médico particular, sin embargo la tercera parte de ellos no recibieron ninguna ayuda y sólo 10% informaron que los médicos les habían explicado detalladamente el problema de sus hijos. Casi la mitad de las familias de los niños de este estudio dijo que el sistema escolar y otros padres de niños autistas eran la mejor fuente de ayuda y apoyo, que el sistema de salud de la comunidad no les había prestado.⁸

Cabe mencionar que el diagnóstico de los TEA a menudo no se logra hasta dos o tres años después de que los padres han reconocido algunas manifestaciones de esta enfermedad, principalmente por la inseguridad de los médicos de etiquetar o diagnosticar al niño incorrectamente. Es lógico suponer que la identificación de este padecimiento y el inicio de una intervención temprana, en la edad preescolar permite tener un mejor pronóstico.⁹⁻¹³ Es conveniente señalar que la tasa de incidencia de los TEA, en la población general, es de 2 x 1,000, pero el riesgo de tener otro niño autista en la familia aumenta casi 50 veces.¹⁴⁻¹⁷

DIAGNÓSTICO

I. Características generales

El diagnóstico se hace en base a las manifestaciones clínicas cuando se cumple con varios criterios: aunque todavía no hay una opinión unificada acerca de éstos. El anual diagnóstico DSM-IV³ señala que para el diagnóstico de autismo deben encontrarse seis o más criterios y que éstos deben cumplir con dos elementos de cada una de las áreas afectadas: relación, comunicación y patrones de conducta (*Cuadro 1*). El empleo de estos criterios en la

práctica clínica ha mostrado algunos puntos débiles, pues, se supone que las manifestaciones deben ser ya aparentes desde antes de los tres años, el promedio de edad al hacer el diagnóstico es a los seis años: bastante más tarde de la edad en la que se supone aparecen los síntomas.¹⁸

2. Límites del autismo y otros trastornos del desarrollo

Por el concepto de TEA del manual DSM-IV es difícil integrar grupos de enfermos que permitan abarcar la complejidad y la variedad de contextos del espectro autista; fue por eso que se optó por integrar un grupo de **trastornos generalizados del desarrollo no especificados**. En este grupo no se exigen criterios positivos, por lo que el margen de error por los casos incluidos en esta categoría son imprecisos y pueden incluir, por ejemplo, a niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o a niños con trastornos del lenguaje, sobrepasando el umbral del espectro autista, particularmente en lo que atañe a la interacción social: ya que a estos niños no se les podría aplicar el calificativo de autistas, pues tal connotación sería errónea.

Es conveniente hacer notar que el déficit de atención no se ha documentado como propio del autismo o que tenga carácter universal, lo que sí pudiera ser es que los pacientes con hiperactividad puedan asumir el perfil de algunos niños con autismo u ocurra en ellos una combinación de trastornos neuropsicológicos. El hecho es que hay una asociación clara entre el TEA y retraso mental en alrededor de tres de cada cuatro enfermos autistas y que el autismo aumenta en proporción directa con el grado de retraso mental; es así como es difícil definir los lí-

mites entre el retraso mental y el autismo: de manera especial en casos con deficiencia mental severa. Sin embargo, es posible valorar la capacidad empática de un niño a pesar de presentar un retraso profundo.

A este respecto hay casos en los que el diagnóstico adicional de autismo es una decisión arbitraria: por la dificultad de valorar los criterios de autismo, de modo que la deficiencia intelectual podría estar afectando 70 a 80% de las personas con el diagnóstico de los TEA y en ellos el rendimiento manipulativo supera al verbal.

Hay de cierta manera acuerdo en que las formas atípicas de procesamiento visual de información observadas en esos niños y se describen problemas de memoria; con todo esto se hace notorio un déficit en las funciones ejecutivas que surgen en el desarrollo temprano y se mantienen durante toda la vida; probablemente la base de este déficit radica en las disfunciones relativas a procesos tales como la memoria o el lenguaje.¹⁹ Otra circunstancia es el trastorno derivado del déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el que el déficit de atención es suficiente para interferir con el aprendizaje, por problemas de control motor y de percepción; estos niños pueden llegar a presentar los síntomas descritos en los trastornos incluidos en el espectro autista como estereotipias motoras, el aleteo de manos, picar con los dedos, balanceo de la cabeza y repetición monótona de sonidos, y a veces los niños adquieren patrones de conducta obsesivos, que tienen relación con la pobre flexibilidad mental y la poca tolerancia al cambio. Los problemas de lenguaje en estos pacientes son notorios en prosodia y control del volumen expresivo.²⁰

El síndrome de Tourette (ST) se define por la presencia de tics motores y bucales de evolución crónica, que afectan las masas musculares implicadas en ellos y tienen un principio y fin súbitos. En estos enfermos son también

Cuadro 1. Afectación en autismo.

Relación	Comunicación	Patrones de conducta
Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal	Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral, no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación	Preocupación excesiva por un repertorio de intereses restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido
Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo	En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones	Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales
Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas	Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje o uso de un lenguaje idiosincrásico	Estereotipias motoras repetitivas
Falta de reciprocidad emocional o social	Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo	Preocupación persistente por partes de objetos

Fuente: Referencia 3

frecuentes: trastornos de aprendizaje, problemas conductuales y se presentan con trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos por déficit de atención e hiperactividad y autismo. Sin embargo, este síndrome y los TEA comparten algunos síntomas como: manifestaciones obsesivo-compulsivas, conductas motoras anormales o estereotipadas: como ecolalia y palilalia. Se afirma que por lo menos dos terceras partes de los niños con ST tienen relación con problemas de empatía/autismo, y entre ellos el síndrome de Asperger.²¹

El trastorno del lenguaje forma parte de los criterios de diagnóstico del TEA, ya que el DSM-IV no sólo menciona la necesidad de la existencia de un trastorno de lenguaje, sino que también otro de los requisitos es que haya un retraso significativo en el lenguaje y este retraso en el lenguaje interfiere en la relación social; como contraste, a los niños con trastornos del aprendizaje no verbal les es más fácil adaptarse a nuevos y complejos contextos sociales que aquéllos con trastornos del lenguaje. También los niños con trastornos del lenguaje tienen dificultad para procesar información de carácter emocional, por lo que pueden caer fácilmente en depresión, aislamiento y baja autoestima; aunque algunos de estos niños muestran un grave déficit en su socialización que pueden llegar a ser sociables y empáticos. Cabe agregar que se puede llegar a relacionar con el síndrome de Asperger pero no con el TEA.²²

3. Diagnóstico precoz

Si bien el diagnóstico de los TEA generalmente se hace dos o tres años después de que los padres perciben por vez primera alguna manifestación de estos trastornos y a pesar de esto no consideran que éste sea premonitorio de un problema grave, el diagnóstico precoz suele ser postergado a edades en las que es ya evidente que algo anda mal en el desarrollo de estos niños. Es por eso que, en la generalidad de los casos, el diagnóstico se hace alrededor de los seis años: después de que el médico o los médicos ven varias veces al niño y constatan los trastornos en una etapa ya avanzada y siempre de acuerdo a los criterios de diagnóstico del DSM IV. En esta fase dos de cada cinco niños se hacen el diagnóstico y a uno se le remite a algún especialista para definir el diagnóstico de la enfermedad responsable de los problemas del desarrollo que manifiesta el niño.²³

Para integrar precozmente el diagnóstico es necesario que el niño tenga la edad que permita integrar de manera indiscutible los seis o más criterios y que éstos deben cumplir con dos elementos de cada una de las áreas afectadas. Para cumplir cabalmente con estos criterios es necesario, pues, que el niño tenga una edad en

la que pueda ser evidente reconocer que la enfermedad corresponde a alguno de los trastornos de desarrollo del «espectro» autista.

En 2000 la Academia y la Sociedad Americana de Neurología, en un reporte conjunto¹⁹ acerca de la identificación y diagnóstico del TEA, destacan que éste requiere un doble acercamiento (*Figura 1*): la estricta vigilancia del neurodesarrollo de los niños para descubrir cualquier cambio o desviación hacia lo normal y la correcta identificación de los TEA, descartado que se trate de otro problema del neurodesarrollo, para lo cual es deseable que el médico permanezca alerta desde que los niños nacen. Un segundo nivel en el diagnóstico es definir las características clínicas del niño para luego llevar a cabo tres fases de evaluación:

Fase I identificación de posibles casos. El objetivo será reconocer las manifestaciones o constatar lo observado por los padres, por ejemplo, en la comunicación, interacción social y conducta del niño pero, en los de 12 meses de edad o alguna señal de conducta social es necesario llevar a cabo la evaluación global de éstos, como también se debe hacer esta valoración en los niños de 16 meses que aún no expresen sus primeras palabras o que a los 24 meses no elaboren frases espontáneas con dos palabras y en todos que a cualquier edad acusen pérdida del lenguaje o de habilidades de socialización.

Fase II, evaluación global. En esta fase se busca ver la consistencia y significado de las manifestaciones neurológicas y de comportamiento de los niños para confirmar las observaciones y las preocupaciones de los padres o de los médicos que han referido al niño para ser examinado por personal especializado. En esta fase se plantea el diagnóstico diferencial ante otros problemas del desarrollo y se descarta la posibilidad de enfermedades que puedan dar lugar a que los TEA sean secundarios a éstas.

Fase III, diagnóstico específico. En esta fase se establece diagnóstico definitivo de TEA y se define el tipo de éste. Con este propósito se contrasta la información proporcionada por los padres y de los profesionistas que hayan visto al niño, aplicando las pruebas necesarias para correlacionar los datos con los criterios de diagnóstico del manual de diagnóstico DSM-IV.

La importancia del diagnóstico precoz de los niños con TEA se traduce en la introducción temprana del niño a un programa de tratamiento, lo que le permite obtener mejores resultados que los logrados cuando el tratamiento se hace tardíamente, pues simplifica la planeación educativa de los pacientes, detiene o reduce el deterioro evolutivo de los niños y pone en marcha su atención médica, psicológica y educativa.²²

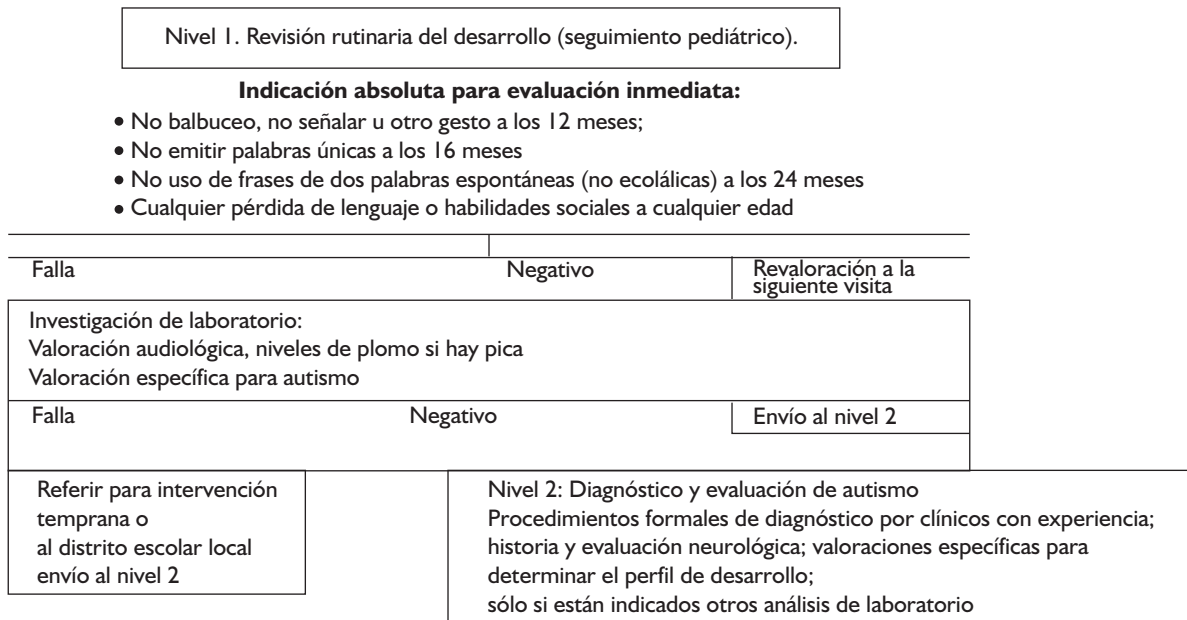


Figura 1. Algoritmo de diagnóstico inicial.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los programas de intervención de los TEA se desarrollan en base a las características de los niños, considerando las áreas de la conducta afectadas en los niños, como las de comunicación, de la socialización, motricidad y atención; aunque las pautas de abordaje de éstas no es exclusivo para niños autistas, han sido eficaces en ellos para el manejo de sus problemas conductuales.²⁴ No obstante, para tener éxito es necesario seleccionar cuidadosamente las habilidades en las que se pretende intervenir, planteando objetivos para que el niño use sus habilidades de comunicación en el control y comprensión de su participación en su mundo social.

Las medidas adoptadas deben también proporcionar un ambiente rico en comunicaciones significativas (lenguaje gestual, signos, vocabulario, producción y comprensión de oraciones en contextos variados, etc.); el empleo de dibujos, signos y movimientos, para promover o estimular la «producción verbal», el reforzamiento con modelos de respuesta, el manejo de preguntas para que el niño describa objetos de manera progresiva ante preguntas sencillas: de *¿qué? ¿cómo? y ¿por qué?* (para que nombre un objeto, use verbos y describa su forma, tamaño y color); la presentación de estímulos visuales (dibujo u objeto) y una pregunta (*¿Qué es esto?*) se usa como estrategia para incitar al niño a que generalice sus respuestas verbales, sobre todo en aquellos que tienen la habilidad pero no la utilizan ante situaciones cotidianas. Todo

esto debe hacerse en un ambiente natural o diseñado que permita o facilite la exposición de los objetos y las respuestas que se espera de los niños.²⁴

Los programas para estimular la *atención* son requisito necesario para continuar el aprendizaje futuro; es por eso que las intervenciones se deben centrar en el desarrollo de esta habilidad en el control conductual, en motricidad y en el desarrollo de habilidades, tanto académicas como sociales.

Todo lo anterior debe estar incluido en el programa individualizado de cada paciente para ser aplicado en diferentes momentos del día y en distintos contextos, con el fin de facilitar la progresiva ejecución de respuestas motoras más elaboradas y mostrar al niño las estrategias compensatorias que puede emplear para sustituir sus dificultades sensoriales y motoras, y buscar cómo desarrollar respuestas de atención en contextos significativos en los que el niño se involucre directamente: minimizando las reacciones sensoriales negativas del niño mediante la modificación de sus actividades.

Como las diferencias en la interacción social suelen ser el principal retraso que muestran los niños con autismo (desde los primeros años de vida), pues permanecer más tiempo en actividades sin propósito y a mayor distancia física con sus compañeros, involucrándose en conductas atípicas, la intervención para corregir los problemas de interacción social debe ser hecha de manera natural en distintas situaciones: el hogar, la escuela, y frente a distintos actores: compañeros y adultos. Se deben vigi-

lar los cambios en las habilidades sociales de estos niños en diferentes situaciones y personas. La inclusión al programa de estimulación de otros niños sin problemas de desarrollo que hayan recibido entrenamiento directo para iniciar y apoyar sus interacciones sociales, puede ser benéfico para los autistas.

Problemas conductuales como agresión física, gritos, autoagresión, destrucción y estereotipias, son mal augurio para las oportunidades educativas, sociales y comunitarias de estos niños; cuando están presentes es necesario hacer una evaluación funcional del problema: definiéndolo operacionalmente e identificando los eventos que anteceden y predicen su ocurrencia; no menos importante es la identificación de los posibles factores asociados en la conducta indeseable. Es deseable incluir en el diseño las actividades en las que el niño se involucre, que tenga acceso a aquéllas de su preferencia y evitando ser expuesto ante aquellos factores que desencadenan su conducta problema, procurando siempre promover la enseñanza de conductas sociales apropiadas.

ENSEÑANZA DE HABILIDADES DIARIAS

La enseñanza de habilidades diarias a niños autistas es necesaria por deficiencias que de ellas muestran en su vida cotidiana, lo que les impide actuar sin depender de la ayuda de alguien para después actuar exitosamente en su vida adulta. Precisamente, con la idea de que los maestros y los padres, actuando en el ambiente escolar y en la casa, deben de trabajar juntos para enseñar a los niños desde pequeños las habilidades que necesitan desarrollar para llegar a ser adultos autosuficientes, se ha propuesto un programa a base de videos: para el modelamiento; agendas, figuras pictóricas o fotografías, y niños tutores. Mediante estas tres alternativas, empleadas en el hogar y la escuela es posible enseñar y practicar habilidades dirigidas con un bajo «criterio de funcionamiento con un propósito final», preguntándose siempre «¿el estudiante será capaz de funcionar como adulto si no aprende la habilidad a ser enseñada?» Por otra parte, cabe destacar que los objetivos en la enseñanza y práctica de habilidades cotidianas, cambian conforme el niño las adquiere y domina en lugares diferentes.

El empleo de los modelos ilustrados en los videos se usa en situaciones ajenas a los ambientes donde transcurre el niños su vida diaria; por ejemplo, se muestra en el video a un estudiante y luego se le pide al niño realice la misma tarea y la repita tantas veces como sea necesario para que adquiriera tal habilidad. De esta manera se ahorra tiempo y no es necesario exponer al niño a riesgos ante circunstancias ambientales extrañas.²⁵ En cuanto a la técnica que emplea fotografías o dibujos, re-

presentando eventos rutinarios, se le presenta al niño una serie de fotografías que muestra los pasos a seguir para hacer una tarea determinada, para lograr hacerla de manera independiente. Esta técnica ha sido usada con éxito para enseñar a jóvenes cómo lavar la ropa y cómo usar una computadora, y se ha observado que los pacientes mejoran en habilidades y en la generalización de algunas de éstas, lo que es un logro difícil de obtener en niños con TEA.

La última técnica a la que hacen mención se ha utilizado en escuelas donde los compañeros de clase de los niños con autismo actúan de modelos para la enseñanza de habilidades útiles requeridas en la vida diaria de una comunidad. Se informa que los estudiantes autistas son capaces de aprender a seleccionar libros, comparar objetos en una tienda, cruzar la calle y otras habilidades, todo esto mediante la observación de las acciones ejecutadas por sus compañeros.²⁵

PROGRAMA DE INSTRUCCIÓN DISCRETA

Este programa concierne a un sistema de enseñanza basado en principios básicos del análisis conductual, al acentuar oportunidades de aprendizaje, propiciar respuestas acertadas, provocar en el enfermo un reforzamiento positivo y corregir errores en las respuestas.²⁶ Para su ejecución se fijan los criterios de obtención de la información y el progreso logrado por los niños se cuantifica mediante la recolección continua de datos registrados. Además quienes van a poner en práctica este programa y la evaluación de los resultados en los niños requieren de entrenamiento, tanto para dar la instrucción correcta a los niños como para cumplir con los criterios de evaluación.

Las instituciones que tienen la responsabilidad de atender a niños con autismo y han incorporado este procedimiento informan que el entrenamiento conductual produce en los niños efectos duraderos: ya que puede ser adaptado con facilidad a una amplia variedad de escenarios, utilización de recursos accesibles.²⁶ Se trata, pues, de un procedimiento práctico que puede ser útil para entrenar al personal que interviene en la educación de los autistas o para mejorar las habilidades adquiridas por los niños.

HISTORIA SOCIAL

El déficit en las habilidades sociales que manifiestan estos niños, para comunicarse e interactuar, hace que muestren un mal comportamiento hasta llegar a ser francamente agresivos, o retraerse de tal manera que muestran conductas autodestructivas. Es por estas conductas que

hasta hace poco tiempo se empleaban los principios que fundamentan la modificación de la conducta e intervenciones guiadas para dar a los niños un apoyo conductual positivo; de aquí la importancia que tiene la historia social para facilitar la aceptación de los estudiantes con TEA en el ambiente escolar.

Hay quienes piensan que la intervención que se hace de acuerdo con la historia social de estos pacientes, desvanece muchas de sus conductas indeseables. Esta técnica va dirigida a la adquisición de habilidades sociales y es usada también para intervenir en algunos otros comportamientos. Los autores²⁷ piensan en las bondades de esta intervención, afirman que la historia social es una herramienta útil pero persisten en los niños comportamientos no deseados, y que aumenta en ellos el lenguaje oral para expresar sus necesidades, siendo este un dato positivo; en este mismo estudio los investigadores incluyeron a los padres como participantes (realizando las intervenciones en el ambiente del hogar) y se analizó la intervención del ambiente escolar y sus actores dando un resultado positivo.

INTERVENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA TEÓRICA DE LA MENTE

Desde la perspectiva teórica de la mente es posible argumentar que en el autismo hay un déficit meta-cognitivo y que éste se relaciona con alteraciones neurológicas y manifestaciones conductuales.²⁸ En base a estos conceptos la «teoría de la mente» se puede sustentar que el mecanismo para comprender el comportamiento social, y la distorsión de éste al apartarse los autistas del mundo social y los escasos intentos de interacción que estos enfermos muestran con las personas, al grado de tratarlas de manera similar a un objeto inanimado. Es así como se puede ayudar a las personas con autismo, introduciéndolo, con cierto grado de regularidad, en el mundo social y haciéndole explícito los resultados de la interacción social con otras personas, que ellos ordinariamente no captan, y enseñándoles a adoptar estrategias ante cada nueva situación.

Es por eso que se plantean estrategias adecuadas a cada nivel de afectación del trastorno autista, entre ellas: propiciar estructuras de reciprocidad en su relación con otros, desarrollar la capacidad de dar nombre a sus expresiones emocionales, predecir sus emociones y adiestrarlo para predecir sus conductas, así como para desarrollar destrezas orales, para ordenar y comprender narraciones sencillas; también para la detección de intenciones personales y conductas ante situaciones reales o simuladas, por último facilitar y propiciar el desarrollo de sus propias capacidades.²⁸

INTERVENCIONES DE PADRES Y MAESTROS

Dado el incremento de casos con TEA en los EUA, los servicios son generalmente insuficientes, lo que aunado al escaso respaldo para satisfacer las necesidades de estos niños y sus familias, los servicios disponibles no cumplen cabalmente con su función.²⁹ Hay quien afirma³⁰ que estas deficiencias administrativas y económicas han dado lugar a que éstas se hayan convertido en un problema primario, tanto para los padres como para el personal dedicado a la atención de los TEA. Por eso en EUA y Canadá se implementaron políticas que contemplan la creación de agencias locales en ciudades. Estas agencias pretenden expandir la efectividad del programa de intervención de los TEA y una manera de lograr este objetivo ha sido implementando programas educativos dirigidos a los padres e incluyendo miembros de la familia en las intervenciones. De esta manera se han desarrollado programas de conducta social y de comunicación para mejorar el lenguaje verbal y el no verbal de los niños, centrándose también en el desarrollo de habilidades de juego, apropiadas para los niños.²⁸

Referencias

1. García-Maldonado G. Trastorno autista. Una revisión. *Rev Mex Pediatr* 2004; 71: 33-7.
2. AACAP Official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolescents Psychiatry* 1999; 38 (Suppl. 12): 32-54s.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC. American Psychiatric Association; 1994.
4. World Health Organization. *The tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10)*. Genova: WHO; 1992.
5. CDC. Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. *MMWR Surveill Summ* 2007; 56: 12-28.
6. Markel H. Is there an autism epidemic? www.medscape.com/viewarticle/551540.
7. Grinker RR. *Unstrange minds: remapping the world of autism*. New York: Basic Books; 2007.
8. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 1999; 29: 437-82.
9. Lovaas OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 3-9.
10. McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI. Long term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Ment Retard* 1993; 97: 359-72.
11. Rogers SJ. Empirically supported comprehensive treatments for young children with autism. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 168-79.
12. Sheinkopf SJ, Siegel B. Home bases behavioral treatment of young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998; 28: 15-23.

13. Ozonoff S, Cathcart K. Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord* 1998; 28: 25-32.
14. Piven J, Gayle J, Chase GA, Fink B, Landa R, Wzorek MM, Folstein SE. A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 177-83.
15. Jorde LB, Masson-Brothers A, Waldmann R. The UCLA-University of Utah epidemiologic survey of autism: genealogical analysis of familial aggregation. *Am J Med Genet* 1990; 36: 85-8.
16. Szatmari P, Jones MB, Tuff L, Bartolucci G, Fishman S, Mahoney W. Lac of cognitive impairment in first degree relatives of children with pervasive developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993; 32: 1264-73.
17. Bolton P, Macdonald H, Pickless A. A case control family history study of autism. *J J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 877-900.
18. Limon A. Síndrome del espectro autista. Importancia del diagnóstico temprano. *Gac Med Mex* 2007; 143: 73-8.
19. Practice parameter: screening and diagnosis of autism. Report of the Quality Standard Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology* 2000; 55: 468-79.
20. Barragán-Pérez E, de la Peña-Olvera F, Ortiz-León S, Ruiz-García M, Hernández-Aguilar J, Palacios-Cruz L, Suárez-Reynaga A. Primer Consenso Latinoamericano de Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2007; 64: 326-43.
21. Rogel-Ortiz FJ. Autismo. *Gac Med Mex* 2005; 141: 143-7.
22. Cabanyes-Truffino J, Garcia-Villamizar D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol* 2004; 39: 81-90.
23. Artigas-Pallarés J. Las fronteras del autismo. *Rev Neurol Clin* 2001; 2: 211-24.
24. Martínez J, Rueda E. Algunas consideraciones sobre la intervención con niños autistas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.*, www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psiclin.2003
25. Carothers DE, Taylor RL. How teachers and parents can work together to teach daily living skills to children with autism. *Focus on autism and other developmental disabilities*. 2004; 19: 102-4.
26. Leblanc MP, Ricciardi JN, Luiselli JK. Improving discrete trial instruction by paraprofessional staff through an abbreviated performance feedback intervention. *Ed Treat Child* 2005; 28: 76-82.
27. Adams L, Gouvousis A, Van Lue M, Waklron C. Social Story Intervention: Improving Communication Skills in a Child with an Autism Spectrum Disorder. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities* Austin: 2004; 19: 87-94.
28. Martos J. La intervención educativa desde las posiciones explicativas neuropsicológicas en el autismo. *Rev Neurol* 2001; 2: 203-10.
29. Symon JB. Expanding Interventions for Children with Autism: Parents as Trainers. *J Pos Beh Int* 2005; 7: 159-73.
30. Summers JA, Houlding CM, Reitzel JAM. Behavior Management Services for Children with Autism/PDD: Program Description and Patterns of Referral. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, Austin; 2004; 19p. 95-101.

Correspondencia:
Lic. Psic. Elsa Álvarez-Alcántara,
Reyes Espíndola Núm. 12-A,
Colonia Periodista, 11220,
Delegación Miguel Hidalgo
México, D.F., México
Correo electrónico:
elzzyta@hotmail.com