



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República del Uruguay

Facultad de Psicología

Inflexibilidad en el pensamiento, conductas  
repetitivas e hipersensibilidad en personas  
diagnosticadas con TEA

Trabajo final de grado: monografía

*Febrero 2020, Montevideo*

*Gabriela Díaz, 4.760.823-5*

*Tutora: Dinorah Larrosa*

*Revisor: Daniel Camparo*

# ÍNDICE:

<b>Resumen</b>	<b>2</b>
<b>Introducción</b>	<b>3</b>
<b>Autismo y su recorrido histórico</b>	<b>4</b>
<b>Sintomatología</b>	<b>7</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>9</b>
Criterio A - Comunicación social	12
Criterio B - Comportamientos restringidos y repetitivos	14
<b>Teorías explicativas</b>	<b>16</b>
Hipersensibilidad y teoría de la integración sensorial	16
Teoría de la coherencia central, Uta Frith (2018)	19
Teoría de la mente	22
<b>Reflexión final</b>	<b>23</b>
<b>Anexo: ejemplo final</b>	<b>28</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>31</b>

## Resumen

En la siguiente monografía se exponen descriptivamente tres características de suma importancia dentro del trastorno de espectro autista (TEA): la rigidez en el pensamiento, los comportamientos repetitivos y la hipersensibilidad. Se utilizarán aportes de la teoría de la coherencia central de Frith (2018), de la teoría de la mente y de los planteos teóricos de la teoría de la integración sensorial para su desarrollo. La finalidad es entender cómo se ve afectado el funcionamiento de las personas diagnosticadas con TEA por dichas características y explorar la relación que existe entre ellas y las crisis disruptivas.

Palabras claves: TEA, hipersensibilidad, comportamientos restringidos, inflexibilidad del pensamiento.

## Introducción

En el siguiente trabajo final de grado (TFG) se realiza un desarrollo descriptivo de tres síntomas importantes del trastorno de espectro autista (TEA) que configuran el segundo criterio diagnóstico que describe la Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM-5 (DSM-5, 2014), los mismos son: la rigidez en el pensamiento, los comportamientos repetitivos y la hipersensibilidad.

Se utilizarán aportes de la teoría de la coherencia central de Frith (2018), de la teoría de la mente y de los planteos teóricos de la teoría de la integración sensorial. Estas teorías aportan conceptos que permiten explicar el funcionamiento mental de estas personas en relación a dicha sintomatología.

No obstante, será necesario comenzar por profundizar en los aspectos generales del TEA y hacer un recorrido histórico por el estudio del trastorno y su avance, para así comprender por qué el foco estará en estos tres síntomas. Se analizará la relación que existe entre los tres síntomas mencionados y las crisis disruptivas o de angustia que tanto condicionan la vida de los sujetos.

El interés personal por este trabajo surge a raíz de mi experiencia en la práctica curricular pre profesional “Abordaje institucional en niños con TEA”. Se estudió el caso de un niño que presentaba conductas repetitivas e inflexibilidad del pensamiento, acompañado de síntomas relacionados a la hipersensibilidad, y se planteó como estrategia terapéutica conjugar los tres aspectos a nivel del juego y desarrollar herramientas para un mejor funcionamiento en el espacio clínico. A partir de esta práctica de intervención surgieron interrogantes que impulsarían este trabajo final ¿La inflexibilidad en el pensamiento condiciona la vida de los sujetos con TEA?, ¿de qué manera?, ¿qué relación existe entre la inflexibilidad del pensamiento y las crisis disruptivas que aparecen de forma “inexplicable”?, ¿pueden estos intereses restringidos servir como futuros potenciales para desarrollar determinadas habilidades y hacer del sujeto uno más autónomo?

## Autismo y su recorrido histórico

“Etimológicamente, autismo proviene del griego, <autos>, de autós que significa propio, uno mismo” (Vera, 2014, p. 188).

Por más que con el paso del tiempo su definición y sintomatología haya cambiado, la idea de lo que hoy llamamos autismo prevalece desde siempre.

Originalmente, el psiquiatra Bleuler lo consideró demencia precoz y diferenció los síntomas de los relacionados a la esquizofrenia. Como idea principal, describió a estas personas con características extrañas en su personalidad como sujetos aislados que parecían estar en su propio mundo. Según él, el trastorno “...está caracterizado por un desprendimiento de la realidad, acompañado de un predominio de la vida interior” (Prego, 1999, p.20). Le adjudicó diferentes características, que iban desde el aislamiento y retraimiento del sujeto hasta la escasa comunicación y rechazo del contacto con los demás.

Más adelante fue L. Kanner quien conceptualizó al autismo como un trastorno del desarrollo en su artículo *Austistic Disturbances of Affective Contact* publicado en 1943; escrito que resultó de una investigación iniciada en 1938, basada en once niños de entre 2 y 11 años de edad (ocho niños y tres niñas) que presentaban los siguientes síntomas: incapacidad de relacionarse con los otros, hipersensibilidad a nivel sensorial, ausencia o escasez de lenguaje, ecolalias, negación a aceptar nuevos alimentos, resistencia a los cambios en el entorno y en ellos mismos (ropa, cortes de pelo, etc), juegos repetitivos con determinados objetos, conductas y movimientos estereotipados, escaso o nulo contacto visual, deambulaciones, angustias repentinas, fijación extraña ante determinados detalles, etc. A este conjunto de síntomas Kanner lo denominó: autismo infantil precoz, y destacó que los mismos tenían que presentarse dentro de los primeros meses de vida del sujeto. “Kanner creía que su síndrome era único y separado de otros trastornos de la infancia” (Wing, 1998, p. 26).

Prego, en *Autismos: revisando conceptos (1999)*, comparó ambas nociones de este trastorno. Lo que para Bleuler refiere a un mundo delirante que corrompe la conciencia del sujeto, para Kanner es la manera que tiene el niño de protegerse y negar la realidad. Sin embargo, durante mucho tiempo, ambos conceptos siguieron relacionados. “Todavía nos encontramos con que el autismo que describió L. Kanner es considerado como una variante de la esquizofrenia infantil o una forma diferente de psicosis infantil” (Prego, 1999, p. 31).

En 1944 Hans Asperger publicó *Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter*, donde describió a un grupo no tan diverso como el de Kanner, pero sí con algunos puntos en común; hoy es conocido como Síndrome de Asperger. “Los niños descritos por Asperger constituían un grupo bastante homogéneo, en los que se observaron diversos grados de aislamiento social, un lenguaje pedante y una incapacidad para escuchar a los otros” (Prego, 1999, p. 27). Asperger descubrió patrones importantes en la conducta de estos sujetos: inadecuada aproximación social hacia otras personas, intereses restringidos, buen lenguaje aunque con discursos monótonos, etc.

Por más que estas características se asemejan a los patrones de conducta descritos por Kanner, Asperger los distinguió como síndromes diferentes.

Tanto las ideas de Kanner como las de Asperger están desarrolladas en el manual de psiquiatría DSM-5 (1995) y forman parte de la base posteriormente ampliada del concepto autismo. En este manual el trastorno autista se encuentra categorizado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD). “Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados” (Castellano, 1995, p. 88). El DSM-5 (1995) describe al autismo con las siguientes características: afectación en la interacción social, en la que se encuentra afectado el interés por los lazos de amistad con los pares y la necesidad de un otro, la falta de espontaneidad en el juego y en actividades de disfrute y goce, carencia de comprensión del lenguaje tanto verbal como no verbal, por lo que se les dificulta comprender metáforas y bromas, y presencia de actividades, comportamientos e intereses restringidos.

El DSM-5 (2014) describe la afectación que existe entre el área social, la comunicación y las actividades e intereses restringidos; concepto al que hoy se refiere como Triada de Wing. Actualmente estos criterios se siguen teniendo en cuenta para el diagnóstico de TEA.

En la versión actual del manual de psiquiatría DSM-5 (2014) se sitúa al TEA dentro del grupo de los trastornos del neurodesarrollo. En este grupo se encuentran los trastornos de la comunicación, discapacidad intelectual, trastornos por déficit de atención con hiperactividad, aquellos específicos del aprendizaje, trastornos motores y otros relacionados al desarrollo neurológico.

Actualmente ya no se refiere a este trastorno simplemente como autismo, sino que se hace referencia a algo más amplio como lo es un espectro, en el que la intensidad de los síntomas está distribuida en diferentes grados que van desde un diagnóstico más leve a unos más severo. El DSM-5 (2014) lo divide en niveles de gravedad (1, 2 y 3) donde el 1 es el más leve y el 3 el más severo.

Para el tratamiento del TEA no se habla hasta el momento de una posible cura, sino lo que se busca es, mediante determinadas herramientas terapéuticas, la estimulación de la autonomía del sujeto en las diferentes áreas afectadas para un mejor desarrollo del mismo.

En relación a la epidemiología, según la Red de Salud Mental (RSM) en la *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista* se considera que la prevalencia del TEA en Europa y Norteamérica es de 6 por 1000. Estas cifras implican un aumento diez veces mayor en comparación con las aportadas en los estudios de hace 50 años (RSM, 2008). Si bien estas cifras están respaldadas con un aumento real de los casos clínicos diagnosticados con TEA, las causas de este aumento no están evidenciadas; por lo que es una posibilidad que este incremento se deba al resultado del avance de la información y a la concientización que existe hoy sobre autismo, tanto a nivel social como institucional.

## Sintomatología

En la *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de espectro autista* (RSM, 2008) se hace referencia al autismo en sentido estricto cuando se tiene en cuenta el conjunto de síntomas que pueden estar relacionados a diferentes trastornos neurobiológicos o intelectuales de diferente índole. Este trastorno afecta directamente la capacidad del individuo para interactuar con sus pares, ya que se encuentran comprometidas diferentes áreas como el lenguaje, la comunicación y el aprendizaje.

La RSM (2008) hace referencia a las primeras señales de alerta para un posible caso de TEA en las diferentes áreas (comunicación, social y comportamental). Estas señales sintomatológicas se manifiestan de la siguiente manera: problemas en la adquisición del lenguaje -desde el retraso en el mismo a pérdida de palabras ya adquiridas anteriormente-, problemas en el relacionamiento social -no responder a su nombre, no señalar objetos, no decir “chau” con las manos, no responder a una sonrisa social, tener escaso y fugaz contacto visual-, problemas en el comportamiento -rabieta repentina sin motivo aparente, caminar en puntas de pie, repetición de juegos, alineación de objetos, rutinas establecidas-, hipersensibilidad a nivel sensorial -movimientos extraños y estereotipados, rigidez en los comportamientos y en la alimentación, excitabilidad ante ciertos sonidos-.

Según la guía mencionada anteriormente, las señales que indican un posible diagnóstico de TEA son observadas normalmente, en primera instancia, por los padres, luego por los pediatras y finalmente por los responsables a cargo en las instituciones educativas (RSM, 2008).

Según Juan Larbán Vera en *Vivir con el autismo, una experiencia relacional* (2014), se debe prestar suma atención a las señales de alarma que aparecen en la primera infancia como indicadores de un posible diagnóstico de TEA. En los primeros 6 meses de vida del niño pueden aparecer alteraciones en los estímulos sociales como el rechazo al contacto visual, luego de los 6 meses puede verse en aumento el funcionamiento autista que altera la atención social y dirige el foco primariamente

hacia objetos. Otras señales de alarma en primera infancia son: evitación ocular, ausencia de sonrisa afectiva y social, irritabilidad con llantos inconsolables, rigidez corporal y posturas anómalas, fijación a estímulos luminosos, etc. Es importante reconocer estas señales en este primer período de vida, aunque no es hasta después de los 3 años que se logra un diagnóstico fiable, ya que es necesario ver el desarrollo del niño y con este los síntomas que persistan en el tiempo.

En este trabajo se desarrolla minuciosamente lo referente a las conductas repetitivas y a los pensamientos inflexibles, por lo que a continuación se detallarán las diferentes manifestaciones de estas características en relación al desarrollo de los sujetos. Se exponen conductas que ayudan a distinguir y detectar dichas características en las diferentes etapas evolutivas y se explica cómo estos comportamientos condicionan al sujeto.

La *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de espectro autista* detalla cronológicamente de qué forma la rigidez del pensamiento y las conductas repetitivas se manifiestan y se detiene en la sintomatología que caracteriza a cada una de las etapas (RSM, 2008).

Ya a los seis meses de edad se puede vislumbrar la dificultad para aceptar determinados alimentos, ya sea por los cambios de texturas o sabores. Al año suelen aparecer las estereotipias en forma de balanceo o aleteo, movimientos extraños como manierismos y deambulaciones. También puede observarse cómo la exploración de objetos es limitada y cómo la interacción con los objetos conocidos se produce de una manera repetitiva. Persisten los problemas relacionados a la alimentación. A los dos años de edad permanecen las estereotipias y comienzan a presentarse adherencias compulsivas a rituales o rutinas y cualquier tipo de modificación de estos les provoca gran irritabilidad, rabietas y angustia.

En cuanto a la comorbilidad, el TEA puede relacionarse a otros diagnósticos como por ejemplo: hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos y rabietas. En muchos casos el TEA podría asociarse a un diagnóstico de discapacidad intelectual. “Aproximadamente el 75% de los niños con trastorno autista sufre retraso” (Castellano, 1995, p. 71).

## Diagnóstico

Es importante destacar que el diagnóstico se realiza en el ambiente clínico. Al ser un trastorno del neurodesarrollo que no presenta indicadores biológicos, la observación clínica de las conductas y comportamientos es la principal herramienta para el mismo. Es un diagnóstico complejo, ya que cada sujeto es único; existe mucha variabilidad en las características que pueden presentarse entre un sujeto y otro, también depende de su edad y de los factores ambientales por los que está atravesado. "...El autismo se identifica mediante la observación y evaluación de los comportamientos. Esas observaciones y evaluaciones son subjetivas, y los comportamientos varían de persona a persona." (Grandin, 2013, sp.)

Existen instrumentos que aportan y ayudan al diagnóstico en las diferentes áreas. Estos se aplican dependiendo de la edad del sujeto. Algunos de ellos son:

- ADI-R (AutismsDiagnostic Interview): consta de una entrevista de 93 ítems semidirigida a los padres con el fin de recolectar información en relación a áreas que son de gran importancia para el TEA: interacción, comunicación y conductas repetitivas. Puede aplicarse en todas las edades a partir de los 2 años.
- ADOS (AutismDisagnostic Observation Schedule): busca la observación de la conducta social. Diseñado para diferentes edades. Permite, a quien evalúa, observar e interactuar en un tiempo de 30 a 45 minutos.
- CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): se basa en 5 ítems referentes a 3 de las características más destacadas en el TEA: mirada, gestos y juego atípico. Son preguntas direccionadas a los padres aplicadas por un profesional. Puede realizarse a temprana edad, entre los 18 y 36 meses.
- MCHAT (ModifiedChecklist for Autism in Toddlers): es una versión más amplia del CHAT. Se aplica a partir de los 24 meses y es autogestionada por los padres.

- CARS (Childhood Autism Rating Scale): se aplica a partir de los 2 años de edad. Evalúa 15 aspectos del TEA, consta de puntuar del 1 al 4. Resultados entre 15 y 24 puntos no son considerados TEA, entre 30 y 36 es considerado un trastorno leve y entre 37 y 60 es diagnosticado un TEA más severo.

Para el diagnóstico se utiliza la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (2014), la misma sigue teniendo en cuenta la tríada de Wing que entrelaza la afectación que existe entre el área social, la comunicación y las actividades e intereses restringidos que se encontraban plasmadas en el DSM-4 (1995).

Actualmente, el DSM-5 (2014) describe y clasifica cinco criterios: A, B, C, D y E para el diagnóstico de TEA. El primer criterio (A) de diagnóstico refiere a la comunicación e interés social que presenta el sujeto. El segundo tiene que ver con los comportamientos del sujeto, sus actividades e intereses restringidos. El criterio C especifica que los síntomas deben presentarse en las primeras fases del desarrollo del sujeto, aunque estos pueden estar camuflados hasta que exista una demanda social que los exponga, como por ejemplo, la inserción en una institución educativa. El cuarto criterio (D) especifica que estas características condicionan la vida social y funcional del sujeto de manera significativa. Y el último criterio (E) determina que el trastorno no se encuentra condicionalmente relacionado a una discapacidad intelectual, aunque sí, en la mayoría de sus casos, se encuentra asociado a ella.

En base a los dos primeros criterios (A y B) el DSM-5 (2014) presenta la siguiente tabla (*Tabla 2: Niveles de gravedad del trastorno de espectro autista*) que determina los diferentes grados en los que se puede encontrar el sujeto en relación a la comunicación social y los comportamientos restringidos y repetitivos. Estos síntomas se desarrollan en tres grados que se intensifican desde el más leve al más severo. Grado 1: “Necesita ayuda”. Grado 2: “Necesita ayuda notable”. Grado 3: “Necesita ayuda muy notable” (DSM-5, 2014).

**Tabla 1: Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo.**

Niveles de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
<p>Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”</p>	<p>Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales solo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales directas.</p>	<p>La inflexibilidad de comportamientos, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos / repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa / dificultad para cambiar el foco de atención.</p>
<p>Grado 2 “Necesita ayuda notable”</p>	<p>Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i>; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal excéntrica.</p>	<p>La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos / repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de atención.</p>

<p>Grado 1 "Necesita ayuda"</p>	<p>Sin ayuda <i>in situ</i>, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.</p>	<p>La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.</p>
-------------------------------------	---	--

*Tabla 2 en DSM-5 (2014): Niveles de gravedad del trastorno de espectro autista. Extraída de: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2014). (pp 31-32) Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría.*

## **Criterio A - Comunicación social**

Es característica típica de los sujetos diagnosticados con TEA que la comunicación social se encuentre afectada de diferentes maneras. Esta es el medio que el sujeto utiliza para establecer contacto con las demás personas y generalmente es escasa o puede darse de manera atípica.

Referente al principal medio de comunicación, el lenguaje, las personas diagnosticadas con TEA muchas veces no logran alcanzar un alto nivel en el habla y en algunos casos no se expresan verbalmente a lo largo de toda su vida. También suelen aparecer ecolalias, que son repeticiones de forma continua de sílabas, palabras

o frases sin razón aparente. Diferente es en el autismo de alto funcionamiento, como lo es el trastorno de Asperger. Los sujetos que presentan este trastorno normalmente tienen un vocabulario fluido y elevado para su edad, aunque pueden existir casos en que hablan en tercera persona por más que estén refiriéndose a ellos mismos. También suele presentarse la prosodia, que son los tonos de voz atípicos con entonaciones o cantos de manera formal y rígida. Asimismo presentan dificultades para comprender los sarcasmos y mentiras que utilizan las otras personas a la hora de expresarse.

Otro dominio en que estas personas se encuentran condicionadas es en el contacto visual, factor que es de suma importancia a la hora del relacionamiento social. Algunas personas con TEA no logran el contacto visual y cuando lo hacen es de forma fugaz o escasa.

Dependiendo el grado de severidad en el que se encuentre el diagnóstico del sujeto, estos pueden repeler el contacto físico, no mirar al otro o carecer de expresiones tanto a nivel facial como corporal.

Frith (2018) describe el criterio de la comunicación social como la incapacidad para establecer cualquier tipo de vínculo bidireccional y desarrolla a la clasificación realizada por Wing y Gould en la que categorizan los sujetos en tres tipos: sujeto aislado, pasivo y extraño. Se explican los diferentes tipos de comportamiento que suelen reflejarse en los sujetos diagnosticados con TEA. Al sujeto aislado lo describe como un “niño metido en una jaula de cristal” (Frith, 2018, p. 87). Es característico en este tipo de sujetos el escaso o nulo contacto ocular, retracción, escasez en el lenguaje y juego compartido. Son sujetos que parecen ausentes del mundo en el que viven, destacados por la extrañeza de su conducta. En relación al sujeto pasivo, suele aceptar el contacto con el otro aunque no es su fuente de motivación principal. Según Frith (2018), en general, tienen un temperamento tranquilo “...pero cualquier tipo de tensión o modificación de la rutina se traduce en alteraciones de carácter emocional, que van de un llanto incontrolable a una rabieta o a pegar indiscriminadamente” (Frith, 2018, p. 88), presentan características estrechamente relacionadas a la rigidez tanto del pensamiento como en sus conductas. Por último el sujeto extraño, al que describe con lenguaje excesivo, comportamientos atípicos y actitud de desapego. “A las

personas charlatanas y extrañas en el plano social se les suele diagnosticar síndrome de Asperger,” (Frith, 2018, p. 88) .

## **Criterio B - Comportamientos restringidos y repetitivos**

El DSM-5 (2014) especifica que deben presentarse dos o más de los siguientes ítems:

- 1- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
- 2- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- 3- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
- 4- Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno. (DSM-5, 2014)

Las personas diagnosticadas con TEA presentan intereses y estereotipias que pueden resultar extrañas o anormales, se caracterizan por su inflexibilidad ante determinadas rutinas y poseen manierismos corporales atípicos. Generalmente estos intereses obsesivos refieren a temáticas extrañas e inusuales y en algunos casos donde estas obsesiones aparecen a una edad muy temprana, resulta inexplicable la forma en que generaron tanto conocimiento respecto al tema. De todas formas, no es únicamente este comportamiento obsesivo el que resulta en el aprendizaje en profundidad de un tema, sino que está conjugado con una excelente memoria. Por ejemplo, un niño que se obsesiona con los dinosaurios, conoce hasta el último detalle de estos, y no solo logra clasificarlos por tipos sino que también puede hablar de su alimentación y evolución histórica.

Las conductas repetitivas a veces toman la forma de preocupaciones obsesivas sobre algunos temas (p. Ej. Aprenderse horarios de trenes). A menudo hay un interés desmedido en los números, letras, anagramas, símbolos o temas científicos, actividades que suponen la existencia de habilidades especiales. (RSM, 2008, p. 57)

La inflexibilidad en el pensamiento se encuentra estrechamente relacionada a las crisis de angustia ya que ante cualquier cambio externo (por ejemplo, un mueble que es cambiado de lugar) que saca al sujeto de la estructura en la que vive, genera una crisis de angustia insostenible. Esta angustia no es solo desencadenada por cambios significativos en el entorno, sino que también se origina en modificaciones en rutinas y rituales a un nivel de detalle tan mínimo (el horario de una actividad, la ruta diaria hacia algún lugar) que muchas veces es difícil para un otro comprender el causante de la crisis disruptiva.

Este pensamiento inflexible resulta en que la creatividad del sujeto sea limitada y que la comprensión del funcionamiento de un otro se dificulte. Por causa de esta misma inflexibilidad en el pensamiento es que no logran sentir placer al desarrollar una actividad que no logran tener bajo control; la incertidumbre los perturba. Necesitan que todo se realice como ellos conocen que va a suceder, ya que al dificultárseles la anticipación de los hechos, cualquier modificación de una situación los desorganiza. Es necesario seguir paso a paso las rutinas para que transiten las actividades con tranquilidad. “Es típico que si la rutina se contraría haya gritos y rabieta que solo terminan comenzando de nuevo la rutina desde el principio” (Wing, 1998, p. 57). Estos pensamientos e intereses restringidos afectan cualquier tipo de actividad cotidiana y por ende no solo condiciona la vida de quien presenta trastorno de TEA, sino que también de quienes los rodean.

También es común la dificultad para regular las emociones, lo que da lugar a conductas de descontrol emocional y conductual: intensa inquietud, hiperactividad, impulsividad, falta de respuesta a peligros reales, gritos, llanto repentino..., que son vividos como muy inapropiados por el entorno. En ocasiones, pueden presentar conductas disruptivas y físicamente agresivas. Son frecuentes las conductas autolesivas (golpearse la cabeza, morderse, etc.). Habitualmente este tipo de comportamientos aparecen ante situaciones de frustración, cambios del entorno o en sus rutinas y por dificultades en la comunicación de sus necesidades. (RSM, 2008, p.57)

## Teorías explicativas

A continuación se desarrollaran tres teorías, -teoría de la integración sensorial, teoría de la coherencia central de Frith (2018) y teoría de la mente- con el fin de desarrollar una explicación lo más aproximada posible, para poder comprender el funcionamiento de las conductas del criterio B (DSM-5). Mediante el desarrollo de las mismas, se busca, a parte de una aproximación hacia el entendimiento de cómo funcionan estas características por separado en las personas diagnosticadas con TEA, indagar si existen puntos de intersección entre ellas y así lograr un mejor entendimiento de este trastorno.

### Hipersensibilidad y teoría de la integración sensorial

La hipersensibilidad a los estímulos es una de las características principales en las personas diagnosticadas con TEA. Se presenta a nivel visual, auditivo, gustativo, olfativo y del tacto. Esta hipersensibilidad les causa alteraciones que pueden provocar perturbaciones y por ende causar situaciones insostenibles con comportamientos difíciles de controlar. “Pode haver vários tipos de alterações sensoriais na mesma pessoa durante a vida ou até mesmo ao mesmo tempo” (Posar, Visconti, 2018, p. 343).

Se toma el aporte de Jane Ayres sobre el tema, ella fue terapeuta ocupacional y doctora en psicología educacional y desarrolló la teoría de la integración sensorial en 1972. En el artículo *Del marco teórico de integración al modelo clínico de integración* escrito en 2013 por del Moral Orro G, Pastor Montaña MA, Sanz Varela P, se describe esta integración sensorial como “...el proceso neurológico que organiza las sensaciones del propio cuerpo y del medio ambiente y hace posible usar el cuerpo efectivamente en el entorno” (2013, p. 3). Los estímulos se presentan desde el exterior, se perciben a través de los sentidos y, mediante este proceso de integración sensorial a nivel cerebral, se procesan para poder generar diferentes reacciones.

Las personas procesan la información percibida por los sentidos de distinta manera, esto depende de diferentes factores tanto personales, del entorno, etc. Existe

una notoria diferencia en cómo las personas diagnosticadas con TEA procesan estos estímulos. La hipersensibilidad hacia dichos estímulos hace que estos sujetos los procesen de manera atípica. Esta característica les provoca distorsiones en su comportamiento que dificultan algunas actividades cotidianas y también su relacionamiento con los demás.

As alterações sensoriais das crianças com TEA também podem afetar seu comportamento em atividades diárias familiares, inclusive comer, dormir e rotinas de dormir; e fora de casa essas alterações podem criar problemas, por exemplo, ao viajar e participar de eventos na comunidade. Conseqüentemente, as intervenções do autismo também devem incluir estratégias específicas de manejo de comportamentos sensoriais para melhorar as atividades diárias familiares e a participação em eventos na comunidade. (Posar, Visconti, 2018, p. 343)

Retomando el artículo en relación a Ayres, se desarrolla lo siguiente respecto a la hipersensibilidad: “al trabajar específicamente con niños pudo constatar como la integración sensorial influía de manera determinante en la participación del niño en sus ocupaciones cotidianas” (Moral Orro, Pastor Montaña, Sanz Varela, 2013, p. 4).

La hipersensibilidad condiciona la cotidianidad de los sujetos en diferentes aspectos. Los lugares con aglomeraciones, ruidos y luminaria excesiva perturban la estabilidad del sujeto con TEA y, en muchos casos, hacen que las situaciones sean insostenibles. Esta característica les genera restricciones en relación, por ejemplo, a la ropa que usan, ya que algunas texturas les resultan imposible de tolerar; no logran sostener situaciones donde algo les perturbe a nivel sensorial.

En el relato desarrollado por Gandin en *El cerebro autista* (2013) se puede observar lo que genera la hipersensibilidad en personas con TEA:

Odio las alarmas en general, para el caso. Cuando yo era un niño, la campana de la escuela me hizo una locura absoluta. Se sentía como taladro de un dentista. No exagero: El sonido causó sensación dentro de mi cráneo como el dolor de taladro de un dentista. Soy sensible a los sonidos. Los sonidos fuertes.

Sonidos repentinos. Peor aún, los sonidos fuertes y repentinos que no esperan. Lo peor de todo sonidos, fuertes y repentinos que hago esperar, pero no puedo controlar, un problema común en las personas con autismo. Globos me aterraron cuando era niño, porque no sabía cuándo iban a estallar. (Gandin, 2013, sp)

La hipersensibilidad, en algunos casos, suele verse asociada a determinadas conductas que pueden resultar extrañas, las cuales son utilizadas como autorregulador para tranquilizarse. Estos comportamientos surgen a partir de la necesidad de mantener estable el ambiente perturbador que tienen a su alrededor. Son el medio que utilizan para autorregular situaciones que les generan malestar. Esta regulación se puede dar a través de algún movimiento repetitivo y monótono como el balanceo, el movimiento de las manos cerca de la cara, las ecolalias, el contacto con algún objeto de preferencia ya sea a modo sensorial o de apego, entre otras.

De esta forma se relaciona y vincula la hipersensibilidad con los comportamientos y también con los intereses restringidos. "...as fontes de estímulos absorventes podem levar a comportamentos restritivos e repetitivos, dos quais é muito difícil desviar a atenção desses indivíduos" (Posar, Visconti, 2018, p. 349). El interés que presentan sobre algunos objetos al momento de utilizarlos para calmar las reacciones involuntarias a la hipersensibilidad tiene que ver con factores relacionados a lo sensorial, suelen jugar con un mismo juguete y centrarse en los detalles del mismo. Usualmente les genera interés y excesiva preocupación las ruedas de los autos y su movimiento giratorio, y de una forma bastante obsesiva, pueden estar considerable tiempo únicamente haciendo girar sus ruedas. No solamente seleccionan los mismos objetos para su juego, sino que también realizan las mismas actividades con ellos (alinearlos por tamaño o color, realizar movimientos repetitivos, etc.).

Estos comportamientos repetitivos pueden explicarse también como el mecanismo que utilizan para lograr la tranquilidad que les genera algo conocido entre tanto estímulo que los perturba. Según L. Wing (1998) en *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia* lo único que le queda al sujeto es asegurarse la tranquilidad repitiendo las actividades que le proporcionan placer. Repiten patrones en actividades para la auto estimulación que les brinda seguridad y tranquilidad,

actividades que puedan predecir qué es lo que va a suceder, esto les brinda mayor seguridad ante un estado de angustia o malestar. Se encuentra estrechamente relacionado con las estereotipias.

Las estereotipias pueden manifestarse a nivel de manos, como puede ser el aleteo, y a nivel de todo el cuerpo como por ejemplo el balanceo. Estas pueden ser acompañadas por anomalías corporales; un claro y usual ejemplo de eso sería la caminata en puntas de pie.

En los niños con trastornos autistas es frecuente la conducta inadecuada y difícil. Las causas incluyen la confusión y el miedo a situaciones no conocidas; la interferencia con rutinas repetitivas; la incapacidad de comprender las convenciones sociales; intentos inadecuados de controlar los acontecimientos: la hipersensibilidad a los estímulos sensoriales de los sonidos fuertes, las luces brillantes, las muchedumbres; la ocupación de sus actividades preferidas, sin ninguna capacidad de medir las consecuencias. (L. Wing, 1998, p 68.)

### **Teoría de la coherencia central, Uta Frith (2018)**

En lo que respecta a la presencia de pensamientos restringidos y conductas repetitivas, se tomarán en cuenta los aportes de Uta Frith en *Autismo: Hacia una explicación del enigma* (2018) para poder comprender cómo estas características de funcionamiento se desarrollan en una persona diagnosticada con TEA y, a su vez, cómo condicionan su vida. La autora busca brindar explicaciones teóricas que permitan entender estas características.

Frith (2018) desarrolla la teoría de la coherencia central fuerte y la teoría de la coherencia central débil, lo que se relaciona con la dependencia o independencia al campo. Servirá como teoría explicativa para desarrollar cómo estas características del funcionamiento condicionan la vida de las personas que presentan diagnóstico de TEA.

La teoría de la coherencia central débil refiere a la independencia del campo. El campo se vuelve secundario en el todo, lo que significa que no se tiene en cuenta el contexto en sí, sino que les resulta más fácil sacar las cosas de ese contexto para la observación del detalle.

“Llevada a extremos, la coherencia débil implica que los árboles no dejan ver al bosque; la coherencia fuerte implica que el bosque no deja ver los árboles” (Frith, 2018, p. 201). Sería como una fuerza que impulsa al sujeto en su observación a poner atención en el detalle, en contraposición con lo típico, que sería ver el contexto por completo. Es el pensamiento fragmentado el que imposibilita ver la totalidad, por lo que les resulta más fácil el detalle.

Frith (2018) usa el ejemplo del armado de un rompecabezas para diferenciar entre el funcionamiento de un niño con diagnóstico de TEA y uno sin diagnóstico. Un niño de funcionamiento típico no le dará mayor importancia a las piezas de forma aislada más que para diferenciarlas y poder así unirlos a modo de lograr su fin, que es terminar el rompecabezas para encontrar la imagen final. Un niño con diagnóstico de TEA no pondrá nunca su atención en la imagen final y tampoco será su fin. Su atención estará siempre en cada una de las piezas como unidades, y si bien logrará completar el desafío del armado del rompecabezas, ante sus ojos, el resultado no será una unidad, sino que será la sumatoria de estas piezas individuales.

Como metáfora, el rompecabezas que sigue fragmentado incluso después de haber encajado todas las piezas, simboliza el efecto de desconexión autista. En cambio, para la persona que no es autista, los fragmentos, una vez unidos para formar un solo dibujo, pierden su significado como tales y solo lo poseen como parte de la unidad mayor a la que pertenecen: el dibujo completo. Esto representa una influencia del contexto sobre el significado de lo que denomino \*coherencia central fuerte\*. La falta de influencia del contexto, y, de modo implícito, la falta de impulso para buscar significado, se denomina \*coherencia central débil\*. (Frith, 2018, p. 200)

En relación a lo mencionado, Frith (2018) destaca cómo en los ejercicios relacionados a buscar una parte específica en una determinada imagen, los niños

diagnosticados con TEA logran con mayor facilidad el resultado que otro niño sin diagnóstico. Esta característica que presentan a nivel visual se reproduce también a nivel social es lo que Frith (2018) titula como “Un mundo fragmentado”.

...Las personas dependientes del campo se dejan influir fácilmente por la opinión de los demás y tienden a adoptar los puntos de vista que predominan en el grupo; a las personas no dependientes del campo no les afectan las modas ni les preocupa tanto la opinión ajena. Las personas con un grado elevado de independencia social tienden a descubrir con facilidad las figuras enmascaradas. Los términos #coherencia central fuerte# y #coherencia central débil# tienen un significado similar a los dependencia del campo e independencia del campo. (Frith, 2018, pp. 200-201)

Podemos decir entonces que los sujetos diagnosticados con TEA según Frith (2018) presentan coherencia central débil. “Parece que los autistas con una capacidad sobresaliente para hacer rompecabezas y descubrir figuras enmascaradas tienen una coherencia central débil” (Frith, 2018, p. 201). Logran dejar de lado el contexto para la visualización de detalles que para ellos resultan más interesantes.

El sistema cognitivo normal posee una propensión intrínseca a dar coherencia a una gama de estímulos lo más amplia posible y a generalizar a un conjunto de contextos lo más amplio posible. Este es el impulso que da lugar a los grandes sistemas de pensamiento, y es esta capacidad de coherencia la que tienen disminuida los niños con autismo. En consecuencia, sus sistemas de procesamientos de la información, y su propio ser, se caracterizan por la desconexión. (Frith, 2018, pp. 207-208)

Esta teoría puede explicar el funcionamiento de la persona diagnosticada con TEA en sociedad con base en la fragmentación de su pensamiento. Les es difícil comprender alguna situación o pensamiento que sea diferente al propio. El arraigamiento que tienen a esa realidad que ellos consideran como única y la rigidez que se describió anteriormente, hacen que el sujeto no puede alejarse de ella. Esta falta de entendimiento hacia el otro desencadena en crisis constantes que son muy difíciles de consolar. Son situaciones de mucha angustia para ellos que las padecen y

para quienes los rodean, porque muchas veces no encuentran las herramientas para calmar las crisis.

## **Teoría de la mente**

La teoría de la mente es el concepto que se utiliza para describir el funcionamiento de la mente humana al momento de procesar lo que vive otra persona para así analizar qué es lo que permite a cualquier sujeto ponerse en el lugar del otro y así entender lo que está pensando, entender sus sentimientos y por ende anticipar sus acciones; esto es lo que Baron-Coehn (2012) llama “leer la mente”. “Tener acceso a la teoría de la mente implica el desarrollo de la capacidad de comprender las acciones de otros a través de la identificación” (Vera, 2014, p.153). En las personas diagnosticadas con TEA esta capacidad se encuentra afectada, se dice que carecen de una Teoría de la mente. “Recurrimos asimismo a la teoría de la mente para identificar las intenciones ocultas tras los gestos y palabras de los demás” (Cohen, 2012, p.91).

Al verse afectada esta capacidad de entender qué es lo que el otro sujeto piensa y siente, sin poder prever su conducta, se genera ansiedad y asombro ante las reacciones de los demás. El pensamiento queda limitado únicamente a lo que el sujeto piensa y siente, siendo esto lo único posible a su entender. Esta restricción les imposibilita comprender muchas situaciones que involucran a otras personas. Al no lograr comprender las actitudes de los demás, su estructura se rompe y se desencadenan crisis cargadas de mucha angustia. Esto puede encontrarse relacionado a los pensamientos inflexibles en el diagnóstico de TEA.

El no poder entender ni predecir la conducta del otro genera un estado en el sujeto de mucha incertidumbre, que por momentos se hace insostenible. Su capacidad para entender determinadas situaciones es escasa y cuando se le intenta explicar, se produce un gran desgaste en ellos y en las personas que los rodean.

Podemos preguntarnos cómo sería un niño si no descubriera la mente, la propia y las demás; o cómo se comportarían los seres humanos si no dispusieran de una teoría de la mente, que nos permite comunicarnos e interactuar con los demás. La teoría de la mente nos posibilita entendernos y colaborar, también competir y engañar; expresar y hablar de nuestros estados

mentales, pensamientos, deseos y sentimientos; atribuir a los demás estados mentales para anticipar, entender y responder adecuadamente a sus comportamientos y demandas; interactuar eficazmente, compartir experiencias, hablar sobre nosotros mismos y sobre el mundo. Sin una teoría de la mente el comportamiento de los otros resultaría caótico, sin orden ni concierto, imprevisible, sin sentido. (García, 2008, p.84)

## **Reflexión final**

Las diferentes teorías que se han desarrollado en este trabajo brindan explicaciones parciales sobre el funcionamiento psíquico de las personas diagnosticadas con TEA en relación a la hipersensibilidad, las conductas repetitivas y la inflexibilidad en el pensamiento. Se destaca la estrecha relación que existe entre estas tres características. Desde las diferentes perspectivas se entiende que tanto las conductas repetitivas, la inflexibilidad en el pensamiento y la hipersensibilidad generan situaciones de desborde para los sujetos que las padecen. El condicionamiento del que se habla no es solo a nivel personal, sino que también a nivel social. Los intereses obsesivos por ciertas temáticas y la fijación en determinadas ideas, condicionan al sujeto a nivel familiar, institucional, etc. En consecuencia, no solo se ve distorsionada la vida de quien presenta diagnóstico de TEA, sino también de quienes lo rodean.

La teoría de la coherencia central débil, desarrollada por Frith (2018) hace referencia a la fragmentación que se presenta en el pensamiento. El sujeto no logra visualizar un todo, ya sea una situación compuesta por varias partes más pequeñas, un objeto u otra persona. Su percepción se acota a un simple detalle, muchas veces insignificante, que no le permite ver el panorama general de lo sucedido y que resulta, por momentos, en una idea errónea de la realidad. Estas situaciones desencadenan estados de ansiedad y angustia y problemas de vinculación. Por momentos se vuelve más significativo un detalle en particular que la situación en sí, siendo opuesto al funcionamiento de una persona sin este diagnóstico. Pude evidenciar este tipo de características al momento de mi experiencia en la práctica pre profesional. Se trabajó con un niño de 6 años diagnosticado con TEA, Juan. Su interés se centraba por momentos en detalles insignificantes del diálogo o el juego en los que hacía mucho

énfasis. Su pensamiento por momentos se encontraba fragmentado al tomar en cuenta detalles insignificantes como centro para el juego, producto de la obsesión que había creado por una bebé de juguete, centraba su atención únicamente en la vestimenta de esta y al yo intentar cambiar el foco hacia otra actividad, lograba su atención solamente por períodos muy cortos de tiempo ya que se empeñaba en volver siempre a su foco de interés. Presentó desde la primera entrevista intereses restringidos sobre determinados juguetes, los bebés y las plastilinas eran los más destacados, incorporar nuevas actividades con otros materiales resultaba difícil en los primeros encuentros. Fue a través de sus preferencias que incorporé lentamente nuevos materiales para la dinámica clínica. En relación a la misma rigidez se notó en los primeros encuentros la falta de anticipación. Llegado el momento de retirarnos de la institución, Juan se angustiaba porque pensaba que esa sería la última vez que nos veríamos, esto le generaba una gran ansiedad que desencadenaba en crisis repentinas de llanto y angustia. Por más que se le explicara qué era lo que iba a suceder, su pensamiento quedaba arraigado a lo que él pensaba sin lograr entender otras perspectivas.

Siguiendo con otra de las características desarrolladas, la teoría de la integración sensorial describe cómo la hipersensibilidad restringe las funciones diarias de aquellos diagnosticados con TEA. Estímulos que una persona de funcionamiento típico ni siquiera notaría como perturbadores, pueden desencadenar crisis en una que sí se encuentra diagnosticada. La baja tolerancia a los cambios, fueran de la índole que fueren, está directamente relacionada con la hipersensibilidad en estos casos. Para intentar calmar el caos interior que lo perturba, el sujeto recurre a mecanismos de autorregulación para lograr aislarse de esa situación que tanto lo desestabiliza. Esta autorregulación puede darse a través de movimientos repetitivos o apego a algún objeto en especial. Sufren los estímulos que se les presentan con una magnitud que les resulta intolerable y quedan expuestos a situaciones de grandes crisis. En el informe de Juan se detalló la presencia de estas características a nivel auditivo: hipersensibilidad ante el bullicio de otros niños en clase, a ruidos fuertes y motores; estos estímulos del exterior hacían que desviara su atención de las actividades que estaba desempeñando en el momento. Presentaba hipersensibilidad también a nivel gustativo, era selectivo, no consumía alimentos verdes ni granos. A nivel visual se destacaba por su gran memoria geográfica (recordaba trayectos hacia lugares habituales) y su capacidad para recordar caras con facilidad. Con respecto a la

hipersensibilidad en el tacto, le molestan algunas texturas (telas que no fueran de algodón, costuras y etiquetas). En los encuentros clínicos, la hipersensibilidad auditiva fue la que se destacó por sobre las demás, cualquier ruido externo, por mínimo que fuera lograba sacarlo de foco. En un encuentro quiso jugar con un piano, lo prendió y cuando este comenzó a hacer ruidos fuertes, no logró seguir el juego y lo apago. Dentro de la hipersensibilidad, la buena memoria visual puede destacarse como algo positivo en este caso. Juan recordaba con exactitud todo lo que veía en los encuentros. Al momento de recordarlos, podía mencionar cada juguete y dónde se encontraba, y si se había trabajado con gráficos, recordaba exactamente qué había dibujado.

Por último, la teoría de la mente incursiona en la capacidad de los diagnosticados con TEA para poder entender cómo funciona la psiquis de un otro. El entendimiento se limita únicamente a cómo sienten, razonan y proceden ellos mismos. Esto genera barreras a la hora de relacionarse, ya que no logran desarrollar empatía y sufren situaciones de ansiedad por no poder predecir el actuar de la otra persona. Esta carencia de la teoría de la mente condiciona y estructura su pensamiento.

Las características seleccionadas y a las que aluden las teorías mencionadas anteriormente pueden desencadenar las crisis disruptivas, que suelen ser acompañadas de grandes estados de angustia. Estas crisis se desencadenan a raíz de las limitaciones en las ideas y sentimientos que se encuentran condicionados por la estructura rígida del pensamiento. Es fundamental remarcar que la rigidez en el comportamiento y el pensamiento condiciona y limita ampliamente la vida del sujeto. En Juan se visualizó en la baja tolerancia a la ansiedad que le generaba la rigidez en sus pensamientos. Este condicionamiento desencadenó crisis disruptivas en casi todos los encuentros. En él se relacionaban a la dificultad para predecir y anticiparse en el tiempo. Poder organizar y planificar el próximo encuentro lo ayudaba a anticipar lo que iba a pasar. Esto logró bajar la ansiedad que le generaba la incertidumbre y, en consecuencia, disminuyeron los episodios de crisis.

Aquí es donde se retoman las interrogantes de las cuales surge la motivación para este TFG: ¿La inflexibilidad en el pensamiento condiciona la vida de los sujetos con TEA?, ¿de qué manera? Se puede considerar que esta inflexibilidad condiciona

ampliamente la vida de los sujetos diagnosticados con TEA y de aquellos a quienes se vincula. Esta característica no les permite ampliar su mundo y les genera múltiples dificultades en varias áreas de su vida. Como se enmarcó en el recorrido bibliográfico, se generan múltiples limitaciones en relación al mundo que los rodea y se desencadenan grandes estados de ansiedad y angustia. La inflexibilidad en el pensamiento implica un anclaje en determinadas ideas, objetos y situaciones, que llevan a determinados comportamientos restringidos y repetitivos para producir calma y seguridad. De esta forma, podría pensarse que el pensamiento inflexible es un mecanismo de resguardo que los aísla y protege del exterior, y que al usarlo, logran de esta forma defenderse del mundo, así como también de ciertos pensamientos angustiantes.

Las personas con TEA tienen su foco de atención demasiado restringido y excluyen casi todos los elementos del mundo externo. Usan sus propias sensaciones corporales, por ejemplo los balanceos, para crear un escudo protector que los aleje de la perturbación y malestar que les causa el entorno. Logran una protección ante sus angustias y sentimientos negativos al refugiarse en movimientos o sensaciones que los calman. Estas herramientas las encuentran a través de la exploración sensorial. En general, para intentar dominar esas angustias que los invaden, se excitan realizando determinados comportamientos estereotipados, mediante los cuales logran cierto estado de calma y tranquilidad. La rigidez en las personas diagnosticadas con TEA pueden llegar a ser tal que hace que el sujeto se centre en sí mismo a un nivel tan alto, que excluye por completo el mundo exterior, lo que hace que se imposibilite el desarrollo de otras adaptaciones. De todas formas, esta rigidez en múltiples ocasiones es necesaria, ya que es la forma en la que el sujeto logra controlar algunas situaciones de su entorno para evitar momentos de derrumbe y desborde.

La inflexibilidad tiene como consecuencia esta encapsulación y no permite el ingreso de un mundo nuevo y diferente a la vida de estas personas. Se anclan en una rutina establecida acompañada de comportamientos y pensamientos restringidos, sin dar lugar a esa incertidumbre que les genera miedo. Esta inflexibilidad restringe el pensamiento creativo y el entendimiento de los demás, lo cual condiciona la creación y encuentro con sus vínculos. También se ve afectado el sentimiento de placer a la hora de desarrollar actividades, por lo que necesitan que toda dinámica realizada se lleve a

cabo tal y como ellos lo esperan. En momentos de tensión y ante el caos de su mundo, buscan actividades, movimientos, conductas y lugares conocidos que les brinden calma, tranquilidad y placer.

Por otra parte, en respuesta a otra de las preguntas iniciales de este TFG, las crisis disruptivas están estrechamente conectadas con la inflexibilidad en el pensamiento. Pequeños cambios pueden resultar perturbadores. Si los rituales o movimientos no logran brindarle la seguridad que necesita, el sujeto estalla en gritos, golpes y sensaciones de extrema angustia. Puede llegar a sentirse abrumado, desorganizado y atacado por su mundo exterior. Muchas veces, las crisis de angustia se vuelven incontrolables para ellos y desorganizan por completo su pensamiento y entorno.

Por último, ¿pueden estos intereses restringidos servir como futuros potenciales para desarrollar determinadas habilidades y hacer del sujeto uno más autónomo? Estas restricciones, por más que sean obstáculos en muchos aspectos de la vida de un sujeto diagnosticado con TEA, podrían utilizarse como potenciales para desarrollar actividades de su interés y así lograr un destaque en diferentes habilidades. Se deben impulsar y promover estas actividades para usarlas como recurso hacia la autonomía y que el sujeto logre comodidad y disfrute al desarrollarlas. Esto sería posible a través de herramientas terapéuticas que busquen potenciar el desarrollo de esos intereses restringidos y dirigirlos hacia actividades que motiven al sujeto a desarrollar habilidades que lo ayuden en su vida cotidiana y lograr una mayor autonomía, a la vez que se fortalecen vínculos interpersonales.

Podría utilizarse el análisis de estas características o “padecimientos” para poder encontrar habilidades en el sujeto y desarrollarlas para acercarlo a su autonomía. Es importante también que una vez encontradas, las sensaciones de disfrute del sujeto sean potenciadas ya que les es muy difícil desarrollarlas. Utilizar estas características como mecanismos positivos en el espacio terapéutico sería de gran ayuda en las personas con TEA.

## Anexo: ejemplo final

Se utilizará la serie *The good doctor* (2017), producida por David Shore, Daniel Dae Kim, David Kim, Sebastián Lee y Shet Gordon para ejemplificar cómo un sujeto diagnosticado con TEA de alto funcionamiento puede desarrollar habilidades para potenciar un buen manejo personal y social.

El protagonista de esta serie es Shaun Murphy, un joven diagnosticado con autismo que trabaja como médico cirujano en un hospital. Desde el comienzo de la trama el director nos muestra la gran problemática que existe con respecto a la inclusión de estas personas en el ambiente laboral. Se discute si es sensato contratarlo dado su diagnóstico, se subestiman sus capacidades y potenciales por este motivo e incluso hay quienes no aceptan trabajar con una persona con este diagnóstico. Por otro lado, está quien lo recomienda para el puesto y piensa que es completamente capaz de desempeñar la tarea.

Shaun presenta características típicas de un autismo de alto funcionamiento. No logra entender el sarcasmo. Se expresa de forma muy directa y sin empatía con sus pares y no logra identificar que lo que dice puede herir o causar algún malestar en el otro. Esto ejemplifica claramente que el personaje carece de una teoría de la mente, por lo que se le dificulta el relacionamiento social, laboral y con sus propios vínculos. Refiere a lo que Baron-Cohen (2012) expresa:

Los afectados por el autismo o el síndrome de Asperger pueden asombrarse ante las reacciones de los demás o experimentar ansiedad porque su conducta les parece impredecible, precisamente porque carecen de una teoría de la mente que les ayude a interpretar o anticipar lo que hacen o van hacer los demás. (Cohen, 2012, p.91)

Son muchas las características del TEA que están representadas en este personaje. Por momentos se lo muestra ausente, no responde cuando le hablan ni logra el contacto visual. Carece de expresiones faciales, mantiene la misma expresión

neutral ya sea que se está representando un momento de emociones positivas o negativas. Se muestra desinteresado por el contacto físico con el otro, por ejemplo, al alguien abrazarlo a modo de agradecimiento, él se mantiene rígido sin devolver de ninguna forma la demostración de afecto. Cuando una situación le provoca una crisis de angustia utiliza reguladores como el llanto, pegarse en la cabeza y repetir constantemente lo que piensa sin escuchar a la persona que tiene al lado que intenta explicarle la situación o consolar su crisis. Está presente también la hipersensibilidad a algunos estímulos sensoriales. Ante estos estímulos el personaje utiliza mecanismos de autorregulación como balanceos, movimientos con las manos y taparse los oídos.

Está muy presente el pensamiento restringido en el protagonista. Se lo muestra constantemente en referencia a sus conocimientos médicos. Su única verdad es lo que él estudió, aprendió y sabe, y bajo ningún concepto logra aceptar otro punto de vista. Al momento de resolver un problema médico, se apoya en su excelente memoria. Fragmenta visualmente todos los conocimientos a nivel mental para así poder evaluar la situación que se le presenta en detalle. Representa lo que Uta Frith (2018) desarrolla como teoría de la coherencia central débil, logra ver detalles y evaluarlos en momentos en los que el resto de las personas solo logran ver el panorama general. Esta característica lo hace destacar como médico cirujano ya que al centrarse en los detalles y no distraerse con el contexto, logra resolver situaciones que sus pares no.

En la cotidianidad de un ambiente laboral como lo es el de un hospital, Shaun se encuentra constantemente enfrentado y obligado al relacionamiento humano. Se le presentan múltiples desafíos a la hora de relacionarse con sus compañeros, superiores y pacientes, y en cada uno de estos casos tiene mucho para aprender sobre el comportamiento humano.

En definitiva, se introduce a este médico cirujano diagnosticado con autismo que presenta síntomas que condicionan su funcionamiento social. Es una persona que carece de una teoría de la mente (carece de empatía y entendimiento hacia el otro), tiene características de la teoría de la coherencia central (rigidez y fragmentación del pensamiento) y es hipersensible a algunos estímulos.

Aun así, ¿cómo rescatar de estos síntomas algo positivo para la persona?, ¿cómo usarlos para desarrollar habilidades que hagan del sujeto uno más autónomo?, ¿es posible que, a través de estas habilidades, el sujeto logre desarrollar placer al realizar ciertas actividades? Son desafíos posibles de abordar en la medida en que se propongan terapias con herramientas que desarrollen y potencien estas características desde una perspectiva positiva.

Estos indicadores que se muestran completamente negativos tienen un tinte esperanzador. El caso del Dr. Shaun muestra claramente una persona con diagnóstico de autismo de alto funcionamiento que usa su rigidez y sus intereses obsesivos para llevar a cabo tareas complejas y destacar a nivel intelectual. A partir de los intereses restringidos y obsesiones del sujeto se puede lograr potenciar y desarrollar alguna habilidad en la que se destaque. Por lo tanto, es importante prestar especial atención a estas características durante el trabajo con los pacientes, ya que algunas podrían llegar a ser utilizadas de forma potenciadora en las terapias para disminuir las dificultades y sufrimiento del sujeto y brindarle herramientas productivas para su vida diaria.

## Bibliografía

- Asociación Americana de Psiquiatría, (1995). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-4*. (pp. 69-75).Manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, Washington, D.C. Copyright 1994.
  
- Asociación Americana de Psiquiatría, (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. (pp 25-33) Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
  
- del Moral Orro G, Pastor Montaña MA, Sanz Varela P. (2013). Del marco de la integración al modelo clínico de la intervención. *TOG (A coruña)* [revista en internet]. 2013 [2020]; 10 (17): [25p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/historia2pdf>
  
- David, S (productor). (2017). *The Good Doctor* [serie de televisión]. Estados Unidos. ABC.
  
- Frith, U. (2018). *Autismo: Hacia una explicación del enigma*. S.A Madrid: Segunda edición Alianza editorial.
  
- L. Wing. (1998) *El autismo en niños y adultos: Una guía para la familia*. Paidós, Barcelona: A&M Gráfico, S.L, Paidós Ibérica, S.A.
  
- Prego Silva, L.(1999). *Autismos: revisando conceptos*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
  
- Posar A, Visconti P. Sensory abnormalities in children with autism spectrum disorder. *J Pediatr (Rio J)*. 2018; 94.342-350. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n4/pt\\_0021-7557-jped-94-04-0342.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v94n4/pt_0021-7557-jped-94-04-0342.pdf)

- Red de Salud Mental. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Espectro Autista*. La atención en la Red de Salud Mental. Madrid: S.L.U. Cogesin.
  
- Revista de Psicología y Educación Vol. 1, nº. 3.69-90 (2008) Neuropsicología y Educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. Emilio García García Departamento de Psicología Básica II. Procesos Cognitivos. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/9972/1/Revista\\_Psicologia\\_y\\_Educacion.pdf](https://eprints.ucm.es/9972/1/Revista_Psicologia_y_Educacion.pdf)
  
- Sanpedro, M. E. (2006) *Escalas de evaluación en autismo*. Acta Neurol Colomb Vol. 22 No.
  
- Simon Baron-Cohen. (2012). *Autismo y Síndrome de Asperger*. Primera edición: 2010, primera reimpresión: 2012. S.A. Madrid, 2010, 2012: Alianza Editorial.
  
- Temple, G., Panek, R. (2013). *El cerebro autista : el pensamiento a través del espectro*. Boston, Nueva York.
  
- Vera, Juan Labrán. (2014). *Vivir con autismo, una experiencia relacional*. Barcelona: Grupo Ulzama OCATEDRO, S.L.