



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## **Trabajo final de grado.**

# **Autismo: rasgos, entornos, diagnósticos y tratamientos.**

Estudiante: José Antonio García López.  
C.I.: 4.427.928-9  
Montevideo, Uruguay.  
Tutor: Asist. Mag. Alfredo Parra.  
Revisora: Margarita María Fraga Mereles  
Modalidad de TFG: Producción teórica – Monografía.

## Índice.

Resumen.....	pág. 4
Abstract.....	pág. 5
Capítulo 1: Desarrollo histórico del concepto “trastorno de espectro autista”...	pág. 6
1-a) Primeros conceptos del TEA.....	pág. 6
1-b) El TEA y sus cambios en los DSM.....	pág. 8
Capítulo 2: Concepto actual de “autismo”.....	pág. 9
2-a) La definición actual de “Trastorno del espectro autista”.....	pág. 10
2-b) Primeros indicadores y otros tipos de autismo.....	pág. 10
Capítulo 3: Características comunes de las personas con TEA.....	pág. 11
3-a) Características principales.....	pág. 11
Capítulo 4: Posibles causas del TEA.....	pág. 12
4-a) Primeras teorías sobre la causa del TEA.....	pág. 12
4-b) Las teorías psicoanalíticas sobre el TEA.....	pág. 13
4-c) Las actuales teorías sobre la causa del TEA.....	pág. 14
Capítulo 5: Diagnóstico.....	pág. 15
Capítulo 6: Entorno familiar.....	pág. 19
6-a) Los padres de los niños con TEA.....	pág. 19
6-b) Los hermanos de los niños con TEA.....	pág. 24
Capítulo 7: Entorno educativo.....	pág. 25
7-a) El niño con TEA y la escuela.....	pág. 26
7-b) La perspectiva y el rol del profesor.....	pág. 27
Capítulo 8: Tratamientos.....	pág. 29
8-a) La importancia de la intervención temprana.....	pág. 29
8-b) Análisis Comportamental Aplicado (ACA).....	pág. 30

8-c) Método TEACCH (Tratamiento y educación de autistas y niños relacionados con discapacidades de comunicación).....	pág. 31
8-d) DIR (Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales).....	pág. 32
8-e) Otras técnicas.....	pág. 32
8-f) Psicofarmacología.....	pág. 33
Capítulo 9: Reflexiones finales.....	pág. 34
Bibliografía.....	pág. 36

## **Resumen.**

En este trabajo, se analizarán aspectos históricos, comportamentales, sociales (como es el entorno familiar y educativo) y en materia de tratamientos del Trastorno del Espectro Autista (TEA) y estará principalmente enfocado en los niños. Desde una concepción histórica sobre el cambiante concepto del TEA y de las personas en esa condición, pasando por las características más notorias y comunes que presentan las personas con el trastorno. También se ven las diversas formas de tratamiento que hay para ayudar a las personas con TEA, sin dejar de lado los aspectos de la vida familiar o del ámbito educativo, que son los escenarios en los cuales estas personas tienen más contacto con otros individuos.

También se analizarán las diversas teorías sobre el origen del TEA, las formas diagnósticas y criterios que se usan para evaluar el tratamiento.

Karol Gutiérrez-Ruiz (2016) afirma que el TEA es uno de los trastornos más frecuentes que afectan el desarrollo de los niños desde edades tempranas, reportándose un caso cada 180 personas, según estudios recientes (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 3-4). Por eso es importante saber qué es el TEA, cómo diagnosticarlo y cuáles son los caminos para tratarlo.

El gran problema en salud mental que representa el TEA es algo que debe tenerse muy en cuenta en la carrera de Licenciatura de Psicología, ya que se trata de uno de los trastornos neuropsicológicos con prevalencia ascendente y del que las personas están tomando cada vez más conciencia. Según Rudimar Dos Santos Riesgo et al., (2013), los niveles de prevalencia de personas con TEA crecen cada vez más y atribuyen esto a que las personas tienen una mayor concientización sobre la naturaleza de estos trastornos, a que los criterios diagnósticos han cambiado, las estrategias públicas que se han llevado a cabo, la subestimación que se ha tenido de los datos anteriores y el intenso intercambio de información que se ha producido (Riesgo et al., 2013, p. 4).

Palabras clave: Autismo, niños, tratamiento, familia, educación.

## **Abstract.**

In this paper, historical, behavioral, social aspects (like family and educational environment) of the Autism Spectrum Disorder (ASD) will be analyzed, as well as treatment matters, and it's going to be focused specially on children. From an historical conception about the changeable concept that has been had about ASD and about the people that had it, through the most notorious and common characteristics that people with the disorder show. The diverse ways of treatment there are to treat ASD will also be seen, without losing sight of the aspects of family life or the educational ambit, which are the scenarios in which people with ASD have more contact with other people.

There are also going to be seen diverse theories about the origin of ASD, the diagnostics ways and the criteria that is used to evaluate the following treatment.

According to Karol Gutiérrez-Ruiz (2016), says that ASD is one of the most frequent disorders that affects the development of children from early ages, reporting one case for every 180 people (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p 3-4). That's why it's important to know what's ASD, how to diagnose it and which are the ways to treat it.

The big issue in mental health that is ASD is something that has to be taken into great consideration in the career of Psychology Degree because is one of the most notorious and prevalent neuropsychological disorders and one of which people are becoming more and more aware. According to Rudimar Dos Santos Riesgo et al. (2013), the ASD prevalence levels are growing more and more and they attribute that to the fact that people have a bigger awareness about the nature of this disorders, to the changes on the diagnostic criteria, the public strategies that have been carried out, the underestimation of previous data and the intense exchange of information that has been happening (Riesgo et al., 2013, p. 4).

Keywords: Autism, children, treatment, family, education.

## **Capítulo 1: Desarrollo histórico del concepto “trastorno de espectro autista”.**

En este primer capítulo, se hará un repaso histórico sobre las diferentes visiones que se ha tenido del TEA, a través de los años y de las formas en que algunos científicos han intentado explicar su origen y cómo prevenirlo. A su vez, también se verá cómo el concepto y la categorización del TEA ha ido evolucionando, a lo largo de las diferentes versiones que se han publicado del DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales).

### **1-a) Primeros conceptos del TEA.**

Con el correr del tiempo, los rasgos del TEA han sido descritos a través de diversos personajes pertenecientes al ámbito de la ficción, incluso desde mucho antes de que el término existiese. El famoso detective Sherlock Holmes o el señor Spock de la saga de películas de “Viaje a las estrellas” son casos muy conocidos de personajes ficticios que han mostrado los peculiares rasgos que caracterizan a las personas con este trastorno (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 13).

El término “autismo” fue usado por primera vez en 1911 en la monografía “Demencia precoz o grupos de esquizofrenias” (1911), escrito por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler. De hecho, la intención de Bleuler era la de describir la capacidad de repliegue sobre sí mismos que tenían algunos pacientes esquizofrénicos (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 15).

A principios de la década de los 40, Hans Asperger y Leo Kanner escribieron los primeros trabajos teóricos y clínicos sobre el autismo. Sus postulados colocaban al autismo como un síndrome donde podían verse cambios en el intelecto, el afecto, la acción y el deseo. Años después, cuando los autores encontraron las similitudes en sus trabajos, afirmaron que hablaban de síndromes completamente distintos (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 16-17). Según Artigas-Pallares y Paula (2012), esta diferencia es notoria, cuando se ve que Kanner hacía un énfasis especial en las limitaciones comunicativas de sus sujetos, mientras que Asperger destacaba principalmente la dificultad de los sujetos para entablar relaciones interpersonales, recalcando sus tendencias a la “falta de empatía, ingenuidad, poca habilidad para hacer amigos, lenguaje pedante o repetitivo, poca comunicación no verbal, interés desmesurado por ciertos temas y torpeza motora y mala coordinación” (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 28, 30). El gran interés de estas personas por ciertos temas, los llevaba a un conocimiento increíblemente detallado del

tema en cuestión, logrando que el propio Asperger se refiriese a ellos como “pequeños profesores” (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 30).

Si bien, en un principio, Kanner afirmó que este trastorno era innato en sus pacientes, luego lo describió como la respuesta de un niño a un ambiente familiar frío y carente de afecto, lo que se traducía en niños con falta de apego emocional hacia madres distantes. Este concepto fue retomado por Bruno Bettelheim (2001), quien comparó a estos niños con los prisioneros en los campos de concentración, quienes usaban el auto-aislamiento para escapar de situaciones extremas (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 19-20).

Cuarenta años más tarde, en 1981, una investigación llevada a cabo por la psiquiatra inglesa Lorna Wing (1979) con 173 niños con grados variables de autismo llevó a que comenzase a desarrollarse el concepto de “espectro autista”, buscando que se pudieran explicar la variabilidad y severidad de los síntomas que se presentaban (Jaramillo-Arias, 2022, p. 23). Se le considera un “espectro” porque “el trastorno es un grupo de comportamientos y debe ser caracterizado según su severidad” (Ferreira et al., 2021, p. 11).

En la década de los 80, la teoría del desapego emocional materno comenzó a perder cada vez más fuerza, a medida que otros científicos descubrieron factores biológicos con los que se podía diagnosticar y tratar a los pacientes. Esta nueva teoría se fortalecía con los descubrimientos que se hallaban en estructuras neuroanatómicas como el cerebelo o el hipocampo (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 24).

Los aportes de Uta Fritz (1994) e Isabelle Rapin (1991) (llamada “la madre del autismo”) incrementaron la visión de la naturaleza neurobiológica del trastorno y las características cognitivas de las personas que presentaban estos síntomas (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 25-26).

El español Angel Rivière (1997) fue uno de los psicólogos hispanohablantes que más ha trabajado el tema del TEA. Diseñó el IDEA (Inventario de Espectro Autista), el cual es una herramienta que busca evaluar la variabilidad de los cuatro grupos de trastornos (trastornos de la relación, de la comunicación, de la anticipación y la flexibilidad y de la simbolización) que representan la sintomatología básica del autismo (García-Gómez, 2022, p. 1). Rivière (1997) afirma que las alteraciones que evidencian las personas con TEA plantean desafíos de comprensión, explicación y educación:

De comprensión porque resulta difícil entender cómo es el mundo interno de personas con problemas importantes de relación y comunicación. De explicación porque aún desconocemos aspectos esenciales de la génesis biológica y los procesos psicológicos de las personas con autismo y trastornos profundos del desarrollo. De educación porque esas personas tienen limitadas las capacidades de empatía, relación intersubjetiva y penetración mental en el mundo interno de los semejantes, que permiten al niño normal

aprender mediante delicados mecanismos de imitación, identificación, intercambio simbólico y experiencia vicaria. (Rivière, 1997, p. 1)

### **1-b) El TEA y sus cambios en los DSM.**

En la primera edición del DSM (1952), el autismo era visto como una esquizofrenia infantil. En esa época, los niños con rasgos autistas eran diagnosticados con una “reacción esquizofrénica de tipo infantil” (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 48).

En su segunda edición (1968), el TEA siguió siendo visto como una esquizofrenia infantil, aunque se categorizó a algunas de sus manifestaciones, tales como “comportamiento autista y atípico, fracaso para desarrollar una identidad separada de la madre, inmadurez y alteraciones del desarrollo”. Estas alteraciones también pueden provocar retraso mental y éste también debe ser diagnosticado (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 49).

Recién en su tercera edición (1980), se aplica el término “autismo” y se establecen seis criterios para su diagnóstico: que comience antes de los 30 meses, que haya un déficit generalizado de receptividad hacia otras personas, que haya un gran déficit en el lenguaje, en caso de que hubiese lenguaje, debe caracterizarse por patrones peculiares como la ecolalia inmediata o retrasada o la inversión de pronombres, que haya respuestas extrañas a elementos del entorno (como pueden ser la resistencia a los cambios o el apego a objetos animados o inanimados) y también que no hayan alucinaciones, ideas delirantes, asociaciones laxas o incoherencia (lo cual es propio de la esquizofrenia) (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 50).

En el DSM III-R (1987) se elimina el término “infantil”, ya que, aunque los síntomas se presentaban en la infancia, éstos persistían durante toda la vida de la persona. El término usado es “trastorno autista” y, en esta edición, los criterios diagnósticos son ampliados (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 51-52).

En su cuarta edición (1994), se clasifica el autismo en cinco tipos (Autismo, Trastorno de Asperger, Síndrome de Rett, Trastorno Desintegrativo de la Infancia y Trastorno General del Desarrollo no especificado). De esta forma, se podía diagnosticar mejor a personas que presentaban rasgos autistas, pero sin la severidad del trastorno en sí y que antes simplemente eran excluidos (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 53).



En el DSM IV-TR, se da otra categorización de los criterios diagnósticos, en los cuales debían observarse trastornos a nivel del relacionamiento, de la comunicación y de la flexibilidad (Artigas-Pallares y Paula, 2012, p. 54).

En su quinta edición, se presentan cambios bastante importantes. El primero es que el TEA pasa a formar parte de los Trastornos del Neurodesarrollo y que las personas que han sido diagnosticadas con los cuatro tipos de TEA (el Síndrome de Rett queda excluido por ser una enfermedad genética) quedan englobados dentro del diagnóstico general de TEA (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 30).

Otro cambio es que ahora aparecen dos grupos de síntomas cardinales, y no tres, ya que la íntima relación entre el trastorno cualitativo de la relación social y el trastorno cualitativo de la comunicación permitió juntarlos en un mismo grupo (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 30).

Un tercer cambio se da en el caso especial de personas que sólo tienen déficit en la comunicación social, pero carecen de otros síntomas de TEA. En este caso, la persona es diagnosticada con “trastorno de la comunicación social” (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 30).

El diagnóstico aún exige que los síntomas aparezcan en la primera infancia, pero el límite de 36 meses es suprimido, ya que algunos síntomas pueden pasar desapercibidos hasta que las demandas sociales comienzan a ser mayores (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 30).

Se dan especificaciones para las personas con TEA. Éstas son: “con o sin discapacidad intelectual”, “con o sin deterioro del lenguaje”, “asociado a una afección médica/genética o ambiental/adquirida conocida” o “asociado a otro trastorno del desarrollo, mental o del comportamiento” (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 22).

Además, se proponen tres niveles para hablar de las personas con TEA: “requiere apoyos”, “requiere apoyos significativos” y “requiere apoyos muy significativos”. Esta clasificación no es rígida y depende de la valoración clínica (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 30).

## **Capítulo 2: Concepto actual de “autismo”.**

En este capítulo, se verá la definición actual que se tiene del TEA, así cómo también se hará un breve repaso de sus principales características.

## **2-a) La definición actual de “Trastorno del espectro autista”.**

Alcalá y Ochoa (2022) definen al trastorno del espectro autista (TEA) como “una afección del desarrollo neurológico con implicación multidimensional, caracterizada por una interacción social disminuida con deficiencias en la comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal e inflexibilidad en el comportamiento al presentar conductas repetitivas e intereses restringidos” (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 1). Es notoria la dificultad para comunicarse de forma bilateral con otras personas, al igual que compartir intereses o afectos con los demás.

Se ha llegado a considerar al TEA como una “epidemia” a nivel mundial, ya que aparece en cualquier parte del mundo y afecta a todas las etnias, a todas las razas y a todos los grupos socio-económicos (Machado et al., 2017, p. 32).

El DSM V indica que los síntomas del TEA deben aparecer en la temprana infancia, aunque estos pueden pasar desapercibidos hasta que los mismos le impidan al niño dar respuesta a las exigencias sociales (Reviriego, 2022, p. 24).

La Teoría de la Mente es la que permite que los niños sean capaces de comprender las interacciones humanas, mediante la atribución de estados mentales tanto a sí mismo como a los demás. Esta habilidad permite a las personas comprender la conducta de otros, en función de sus deseos o sus creencias. (Gómez, 2010, p. 116).

Sin embargo, debido a que uno de los rasgos fundamentales del TEA es la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones, es inevitable preguntarse si los niños con TEA tienen una Teoría de la Mente (Gómez, 2010, p. 119). Simon Baron-Cohen (1990) afirma que hay una alteración en el desarrollo de la Teoría de la Mente de los niños con TEA y que esto podría ser una explicación para dos de las principales características del autismo: las alteraciones sociales y comunicativas (Baron Cohen, 1990, p. 83). Sin embargo, niega que haya una ausencia total, ya que las personas autistas desarrollan una Teoría de la Mente, aunque esto se da luego de un severo retraso, en comparación con las personas que no tienen TEA (Baron-Cohen, 1990, p. 86).

El TEA también ha sido objeto de estudios dentro del campo de las neurociencias, ya que se considera que, para poder encontrar una cura para el trastorno, es necesario estudiar la estructura y el funcionamiento de los niños que lo padecen. El cerebro de estos niños no puede ser visto como una “caja negra”, sino que deben realizarse todos los

métodos clínicos, imagenológicos y neurofisiológicos que haya a disposición para estudiarlos (Machado et al., 2017, p. 34).

### **Capítulo 3: Características comunes de las personas con TEA.**

En este capítulo, se ampliarán las características principales que presentan las personas con TEA y la forma en que estas características se manifiestan.

#### **3-a) Características principales.**

Según afirman Arberas y Ruggieri (2019), hay una mayor prevalencia de TEA en individuos masculinos que en individuos femeninos. Se estima que los casos de hombres con TEA son tres o cuatro veces más que los casos de mujeres (Arberas y Ruggieri, 2019, p. 4).

Aunque haya un amplio abanico de posibilidades sobre el génesis del TEA, las personas con el trastorno, aún así, presentan ciertos comportamientos y características de personalidad, cognitivas y afectivas que son comunes entre ellos y que llevan a su presente categorización.

El primer elemento a tener en consideración es la “Tríada de Wing”, que se compone de los problemas para la comunicación, los déficits en las habilidades sociales y el limitado repertorio de intereses (Riesgo et al., 2013, p. 1).

Un porcentaje de las personas con TEA (entre el 30% y el 40%) también pueden presentar un lenguaje comprometido y discapacidad intelectual, así como dificultades en los aspectos motores, lo que le confiere a sus movimientos un aspecto torpe. También pueden tener hipersensibilidad o hiposensibilidad ante los estímulos que se le presentan. Otro rasgo que pueden presentar es un trastorno alimenticio, como selectividad, restricción e incluso anorexia (aunque no es muy común). Se ha registrado que hay un porcentaje de personas con TEA (aproximadamente 30%) que han presentado casos de regresión en el que pueden presentar síntomas como la pérdida de interés por el entorno, pérdida del uso de palabras o ya no responder a su nombre (Arberas y Ruggieri, 2019, p. 13, 14, 15, 16, 22).

Otro rasgo del TEA es la dificultad para conciliar el sueño. Los niños con TEA suelen demostrar altos niveles de hiperactividad que les mantiene despiertos y que pueden desencadenar episodios de violencia física. Estos momentos de agresividad suelen disminuir con la edad (Riesgo et al., 2013, p. 17-18).

Como plantea Gutiérrez-Ruiz (2019), algunos de los rasgos más comunes en los niños son TEA son:

Poca exploración de objetos, tendencia a ignorar a las personas y a aislarse, interacción social reducida, contacto visual disminuido, déficit en la expresión de la sonrisa social, ausencia de respuesta al llamado por el nombre, alteración en protodeclarativos y en el uso de gestos, pobre modulación emocional e imitación, poca intención comunicativa, y alteración en el inicio espontáneo y respuesta a la atención conjunta. (Gutiérrez-Ruiz, 2019, p. 10)

Aunque estos rasgos son considerados “universales”, no hay que olvidar que la forma de ver el trastorno siempre está empañada por los aspectos culturales del entorno en el que está situado (Gutiérrez-Ruiz, 2019, p. 13).

Arberas y Ruggieri (2019) también destacan el hecho de que el TEA coexiste con otras entidades psiquiátricas tales como el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), mutismo, ansiedad, depresión, catatonía y trastornos del humor. Se ha llegado a estimar que casi el 80% de los niños con TEA presentan TDAH (Arberas y Ruggieri, 2019, p. 24-26).

Se plantea que los niños con TEA no están preparados para atribuir estados mentales a otras personas, lo cual puede explicar sus dificultades a la hora de entablar comunicación con los demás. Así, puede verse que la Teoría de la Mente es de una gran importancia, en lo que respecta a las relaciones sociales, afectivas y comunicativas (Gómez, 2010, p. 120-121).

#### **Capítulo 4: Posibles causas del TEA.**

En este capítulo se hará un repaso histórico de los distintos intentos que ha habido de descubrir cuál es la causa del TEA.

##### **4-a) Primeras teorías sobre la causa del TEA.**

Como ya fue planteado anteriormente, uno de los primeros intentos de explicar este trastorno fue la teoría de Kanner de que el TEA era fruto de la relación del niño con madres frías y distantes (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 19).

Tras mantener comunicación por correspondencia con la madre del niño autista Donald Triplett, Kanner se dio cuenta de cuanto sufría esta madre por el extraño comportamiento de su hijo y su desconocimiento, en cuanto a cómo poder tratarlo, y se le hizo evidente que la teoría de que el autismo era provocado por un vínculo con una madre fría y distante no podía sostenerse (Bialer y Voltolini, 2021, p. 38, 40).

Aún así, la atribución del origen del autismo a las madres frías tuvo una fuerte repercusión y, durante bastante tiempo, muchas madres sufrieron, debido a la culpa que sentían, creyendo que la condición de su hijo era culpa suya. Incluso en estas condiciones, se dieron casos de madres que contradecían a la creencia arraigada, como lo fue Ruth Sullivan, una mujer que tenía siete hijos y sólo uno tenía autismo, un tema sobre el cual leía con profusión y dedicación (Bialer y Voltolini, 2021, p. 46).

En 1964, Bernard Rimland (quien tenía un hijo autista) afirmó en su libro "Infantile Autism" (1964) que había una relación entre bajos niveles de vitamina B12 y el autismo, generando la primera hipótesis neurobiológica del autismo (Jaramillo-Arias et al., 2022, p. 21). Veía la relación entre su esposa y su hijo y supo que la teoría predominante debía ser puesta en duda (Bialer y Voltolini, 2021, p. 48).

También se sospechaba que la vacunación tenía una relación directa con el origen del autismo, motivo por el cual muchos padres de niños autistas convencían a otros padres para que no vacunaran a sus hijos (Bialer y Voltolini, 2021, p. 48).

#### **4-b) Las teorías psicoanalíticas sobre el TEA.**

La mayoría de las teorías psicoanalíticas ven al TEA como una defensa primitiva, en la que el sujeto, habiendo experimentado intensas angustias en etapas tempranas de su vida, se retira del mundo de las emociones e intenta huir de esas sensaciones intolerables. La retracción al vacío calma a los niños con TEA, cuando, por otra parte, sacarlos de ese ensimismamiento es recibido de forma violenta (Barruel, 2018, p. 4).

Estas teorías dan una gran importancia al contacto afectivo como función sostenedora en los primeros años de vida, lo cual ayuda a procesar las angustias más intensas y promueve la incorporación de los límites corporales, permitiendo que la piel cumpla con su función contenedora. Si esta función no se da, es posible que el niño sienta que se diluye y se confunde con el entorno (Barruel, 2018, p. 5).

También tienen en cuenta el ambiente que rodea a la madre, en el período de gestación. Puede verse el origen de la defensa autista, si la madre no puede cumplir su función de sostén ni puede procesar las emociones tempranas. Se trata de encuentros fallidos entre una madre y su hijo y se ha visto una correlación entre los niños con TEA y un historial de separaciones prematuras violentas o vínculos afectivos débiles. Esto definiría a los niños con TEA como infantes que han vivido grandes ansiedades, sin un vínculo afectivo que les diese la contención pertinente (Barruel, 2018, p. 6).

Tampoco se descarta el hecho de que el TEA sea producto de una desvinculación entre la madre y su hijo; madres ansiosas que no han logrado comprender sus ansiedades y propiciaron vínculos carentes de amor con su hijo (Barruel, 2018, p. 6).

Otras teorías psicoanalíticas plantean que la retracción de los niños con TEA tiene que ver con intensas tendencias destructivas innatas “con el predominio de la pulsión de muerte que corroe, desmantela investiduras, impide la representación, separa y desgarrar hasta generar sensaciones que van desde la desesperanza, la indiferencia y la frustración, hasta el odio e incluso la violencia” (Barruel, 2018, p. 7).

#### **4-c) Las actuales teorías sobre la causa del TEA.**

Una de las teorías más atractivas para intentar explicar las dificultades sociales que enfrentan estas personas es la de la “Ceguera mental”, en la cual se plantea que, en el caso de los niños con TEA, la capacidad para atribuir estados mentales a sí mismo y a los demás falla, siendo esto descrito como “un fallo o un retraso en la capacidad mentalista” (Gómez, 2010, p. 119).

Gustavo Alcalá y Marta Ochoa (2022) mencionan, entre causas multifactoriales, a la disposición genética, el entorno ambiental o un factor ligado al neurodesarrollo, lo cual hace de la aparición del TEA un suceso individual y heterogéneo. Esta variedad de factores y de posibles causas hace que surjan muchas teorías, las cuales curiosamente no se invalidan entre ellas (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 11, 16).

En referencia a los factores vinculados al neurodesarrollo plantean que:

La consideración inicial es de carácter neuroanatómico, con irregularidades en el giro frontal inferior y el cíngulo, corteza orbitofrontal y la amígdala. Las funciones de estas estructuras se muestran alteradas, manifestándose clínicamente como características no exclusivas del autismo, pero sí demasiado frecuentes, como la carencia de empatía, afectividad y cognición inadecuadas, falta de reconocimiento en expresiones faciales, corporales y emocionalidad de los otros, lo cual es fundamental para una comunicación y sociabilidad funcional. (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 16)

Estas alteraciones pueden darse en cualquier momento del neurodesarrollo, volviendo a resaltar el carácter heterogéneo que tiene la génesis del TEA (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 18).

En lo referente al factor genético, hay una “asociación del trastorno con los genes que codifican la neurixina 1 y 3 (NRXN 1 y NRXN 3) así como del receptor GABA B3 (GABARB3), pudiéndose agrupar estos cambios en el polimorfismo de un único nucleótido” (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 18). Los estudios realizados sobre el aspecto genético del TEA han revelado la participación de genes asociados con el desarrollo del

sistema nervioso y sus consecuencias se evidencian en el desarrollo del lenguaje, la socialización, la conducta, e incluso en alteraciones neuronales. La identificación de estos genes permitirá que se establezcan las interacciones entre ellos y plantear los mecanismos moleculares que juegan un papel activo en el autismo (Oviedo et al., 2015, p. 26).

El factor genético también deriva en el hecho de que el TEA es un trastorno con un alto índice de heredabilidad (se estima que hay un 90% de probabilidades de que un hijo herede el trastorno (Ruggieri y Arberas, 2022, p. 6)).

En lo que respecta al factor perinatal, Arberas y Ruggieri (2019) destacan el hecho de que el 30% de los niños que nacieron en casos extremos de prematuridad han presentado síntomas autistas. A esto pueden sumarse otros factores como un bajo peso al nacer, ruptura prematura de membranas o hemorragia aguda intraparto, que son factores que también están asociados con el desarrollo del TEA (Arberas y Ruggieri, 2019, p. 55-56).

También se trabaja con la posibilidad de que haya algunos factores ambientales que puedan influir en el desarrollo del trastorno, lo cual deriva en la posibilidad de que el desarrollo del TEA esté ligado a situaciones de infecciones virales, al consumo de drogas recreacionales como el alcohol o la cocaína y situaciones de estrés o depresión, sumado al consumo de antidepresivos (Arberas y Ruggieri, 2019, p. 57, 61).

Odilkys Cala Hernández et al. (2015) plantean que:

Su origen obedece a anomalías en las conexiones neuronales con una etiología multifactorial; dado que se ha descrito la implicación de varios genes junto a la identificación de factores de riesgo ambiental que interactúan entre sí y con el resto del genoma en cada individuo. Los genes que afectan la maduración sináptica están implicados en el desarrollo de estos trastornos, dando lugar a teorías neurobiológicas que determinan que el origen del autismo se centra en la conectividad y en los efectos neuronales fruto de la expresión génica. (Cala et al., 2015, p. 6)

Si bien el conocimiento de las posibles causas del trastorno es muy importante, no se puede negar que “el diagnóstico temprano del TEA permite iniciar un tratamiento intensivo prontamente y lograr un efecto positivo en el neurodesarrollo del niño” (Velarde-Incháustegui et al., 2021, p. 176).

## **Capítulo 5: Diagnóstico.**

En este capítulo se verán distintos métodos y tests para diagnosticar el TEA, junto con los criterios que se usan con dichos instrumentos.

Michael Rutter (1977) reforzó la idea de un origen biológico del autismo y formalizó los criterios para el diagnóstico de autismo infantil:

- Desarrollo social alterado.
- Desarrollo retrasado y desviado del lenguaje.
- Conductas invariables, juegos estereotipados, resistencia a los cambios y preocupaciones poco comunes.
- Los síntomas se dan antes de los 30 meses de edad.

Karol Patricia Gutiérrez-Ruiz (2019) afirma que “a nivel mundial se han realizado esfuerzos importantes para detectar el TEA durante los primeros años de vida, dado los efectos positivos en el pronóstico del desarrollo de los niños diagnosticados” (Gutiérrez-Ruiz, 2019, p. 1). María del Sol Fortea Sevilla et al. (2013) plantean que la importancia de la detección temprana de los casos de TEA reside en el mejor pronóstico que esto significa para las personas afectadas, mejorando su calidad de vida y promoviendo lo que será su futura inserción en la vida social (Fortea et al., 2013, p. 13).

Como plantea Carlos Jordán (2015), el diagnóstico del nivel de gravedad del autismo es el mismo que el usado en los casos de discapacidad individual: depende del grado de autonomía que tenga la persona en cuestión (Jordán, 2015, p. 27).

Como plantean Rojas et al. (2019), en niños mayores, la anamnesis puede dar una buena visión diagnóstica ante un caso probable de TEA. Sin embargo, con niños más pequeños “el diagnóstico debe ser hecho por un equipo multidisciplinario que incluye neurólogos y/o psiquiatras infanto-juveniles, psicólogos, fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales, en base a entrevistas y observaciones estructuradas como la entrevista de diagnóstico de autismo ADI-R y el Test de ADOS-2” (Rojas et al., 2019, p. 10). Estas dos técnicas han demostrado ser muy efectivas, a la hora de dar un diagnóstico confiable.

María Cecilia González et al. (2019) plantean que la sigla ADOS responde al término “Autism Diagnostic Observation Schedule” y que:

El ADOS-G (genérico) es una evaluación estandarizada, semiestructurada de la interacción social, comunicación, juego imaginativo y uso de materiales para niños, jóvenes y adultos que pudieran tener un TEA. Tiene 4 módulos, cada uno de ellos con algoritmos diagnósticos y que permite al examinador observar el comportamiento a distintos niveles de desarrollo y lenguaje” (González, Vásquez, Hernández-Chávez, 2019). El ADOS-2 es una versión actualizada del instrumento e “incluye mejoras y novedades como el diseño de un módulo para niños pequeños (12-30 meses) que se denomina Módulo T, así como la revisión de los algoritmos de los módulos 1-3. (González et al., 2019, p. 486)

A su vez, Yassel Flores-Rodríguez et al. (2022) definen el test conocido como ADI-R (la sigla responde al término “Autism Diagnostic Interview, Revised”) como:

Una entrevista semiestructurada hecha por un clínico experto a individuos con una edad mental superior a cualquier síndrome genético asociado con el TEA. La entrevista evalúa tres síntomas principales, en consonancia con los criterios del ICD-10 y el DSM-IV: lenguaje/comunicación, interacciones sociales recíprocas e intereses y comportamientos restringidos, repetitivos y estereotipados. También evalúa el



período de edad entre cuatro y cinco años (cuando los síntomas son más intensos). Consiste en 93 preguntas y sus resultados son categóricos. (Flores-Rodríguez et al., 2022, p. 4)

Uno de los tests más usados y que ha mostrado un gran valor predictivo (siendo complementado con evaluaciones rutinarias de desarrollo) es el M-CHAT-R/F (el cual, según Flores-Rodríguez et al. (2022), es una modificación de la “Lista de verificación de autismo en niños”), que está dirigido a padres y cuidadores de niños que están entre los 16 y 30 meses de edad (Rojas et al., 2019, p. 14). Según Flores-Rodríguez et al. (2022), el test consta de veintitrés preguntas de respuestas dicotómicas (sí/no), basadas en el reporte entregado por los propios padres (Flores- Rodríguez et al., 2022, p. 4).

Flores-Rodríguez et al. (2022) afirman que el ABC (cuyas siglas corresponden a “Lista de verificación de comportamiento en autismo”) es un test que puede aplicársele a una persona desde los 18 meses de edad hasta los 35 años. El test “explora 57 comportamientos atípicos o elementos organizados en cinco subescalas: estimulación sensorial, relaciones, el uso del cuerpo y los objetos, lenguaje, y socialización/autoayuda” (Flores-Rodríguez et al., 2022, p. 5).

Las mismas autoras definen al instrumento conocido como CARS (cuyas siglas corresponden a “Índice de autismo en niños”) como:

Un instrumento diagnóstico observacional que evalúa los síntomas, comparando a un niño potencialmente autista con un individuo neurotípico de su misma edad. El comportamiento se observa en distintos escenarios: durante una evaluación clínica o en el aula, a través de videos grabados por los padres, o por una combinación de recursos. La escala consiste en quince ítems: relacionamiento con personas, imitando comportamientos, respuesta emocional, uso del propio cuerpo, uso de objetos, adaptación a los cambios, respuesta visual, respuesta auditiva, respuesta y uso del gusto, olfato y tacto, miedo o nerviosismo, comunicación verbal, comunicación no verbal, niveles de actividad, nivel y consistencia de respuesta intelectual, impresión general. En lo que se refiere a los resultados, “el rango de puntajes va del uno (el individuo se comporta dentro de los límites normales para su edad) al cuatro (el comportamiento del individuo es severamente anormal para su edad). Se asignan puntajes intermedios (1.5, 2.5 y 3.5) cuando el comportamiento evaluado se halle entre dos ítems” (Flores-Rodríguez et al., 2022, p. 5).

Karol Gutiérrez-Ruiz (2016) destaca al instrumento llamado STAT (cuyas siglas corresponden a “Herramienta de proyección de autismo en niños de dos años”). Ella afirma que el STAT “fue diseñado para diferenciar niños de 2 años con riesgos de TEA de aquellos en riesgo de otros trastornos del desarrollo. Consta de 12 ítems que evalúan la reproducción, la imitación motora, la comunicación y las habilidades de atención conjunta”. Este instrumento también fue usado en niños menores de dos años, pero los resultados no fueron tan alentadores, por lo que se recomendó no aplicar el test a este rango poblacional (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 27).

El instrumento llamado “Cuestionario de detección temprana de rasgos autistas” fue diseñado para diagnosticar niños de doce a trece meses de edad (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 27).

El instrumento fue puesto a prueba en un grupo de niños de la población general que habían puntuado positivo previamente en un instrumento de cribado de 4 ítems. Se encontró que de estos, 18 niños fueron diagnosticados con TEA, lo que sugiere que es posible detectar casos de TEA a una edad temprana. Los ítems con mayor valor predictivo fueron aquellos relacionados con conductas sociales y comunicativas, en tanto que los movimientos estereotipados mostraron ser menos predictivos de TEA. Se ha encontrado que el uso de este instrumento en la población general no es recomendado dado su baja sensibilidad y el hallazgo de un número elevado de falsos positivos. (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 27)

El ADEC (cuyas siglas corresponden a “La detección del autismo en la infancia temprana”) es un instrumento aplicable a niños desde los 12 meses de edad y es definido como “una escala de observación semiestructurada para la identificación temprana de alteraciones en la interacción social y comunicación característicos de TEA” (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 28).

El test conocido como “Escala de observación del autismo para bebés” “es una escala de observación semiestructurada basada en el juego, diseñada para evaluar las manifestaciones conductuales de TEA entre los seis y 24 meses de edad en un grupo de hermanos de niños con TEA”. Sin embargo, este test no discrimina entre niños con TEA y niños con retraso en el desarrollo del lenguaje, limitando su uso (Gutiérrez-Ruiz, 2016, p. 29).

Rojas et al. (2019) también hacen evidente las grandes contribuciones diagnósticas que pueden ofrecer la búsqueda e investigación de biomarcadores relacionados con el desarrollo del TEA e incluso predecir su aparición antes de que los síntomas sean totalmente apreciables. La técnica del registro de los movimientos oculares (también conocido como *eye-tracking*, o simplemente ET) ha demostrado poder identificar el TEA a una edad temprana. Esta técnica busca patrones visuales anormales, ya que las personas con TEA buscan estímulos visuales no sociales. Tal como la definen los autores, “es una técnica no invasiva, que no requiere respuestas motoras avanzadas ni dominio del lenguaje” (Rojas et al., 2019, p. 480).

Sampedro-Tobón et al. (2013) plantean que los niños con TEA son los más perjudicados, cuando se da un diagnóstico erróneo, ya que éste derivaría en un tratamiento que no se focalizaría en sus necesidades particulares, evitando así cualquier posibilidad de alguna mejoría y pudiendo incluso exacerbar su sintomatología. Estos diagnósticos errados también derivan en una pérdida de tiempo y de dinero para la familia

involucrada, así como también un uso inadecuado de los recursos humanos que son ofrecidos por las entidades de salud. Estas situaciones confirman la necesidad de una mejor formación profesional en materia de salud para que puedan discernirse mejor las características y factores críticos de los distintos trastornos del desarrollo, con la finalidad de que se puedan evitar casos de falsos negativos (Sampdero-Tobón et al., 2013, p. 53).

Sin embargo, aunque el aspecto diagnóstico es importante, “no es posible trabajar con un niño autista aisladamente de su familia” (Braga y Araújo, 2021, p. 21).

## **Capítulo 6: Entorno familiar.**

En este capítulo se verá el TEA dentro del ámbito familiar; o sea, en relación con sus padres y hermanos.

### **6-a) Los padres de los niños con TEA.**

Manoel Baña Castro (2015) señala la importancia de tener en cuenta el ámbito familiar de un niño con TEA, afirmando que:

El modelo sistémico/social aporta gran importancia a la familia y a su papel educativo-estimulador, también normalizador-incluyente; es el grupo de referencia que permite los primeros aprendizajes sociales y permite incluirse, poco a poco, en un clima adecuado y lúdico en la sociedad en que se inserta; este papel familiar es imprescindible donde los valores y actitudes y normas sociales no tienen un claro exponente y tienden a ser difusas o confundirse. El cambio social da lugar a un cambio familiar por lo que la familia juega un papel de referencia al ser el grupo primario más representativo y de referencia social. En el caso del Trastorno del Espectro del Autismo pasa a ser imprescindible su aportación educativa puesto que facilita los apoyos y oportunidades para el desarrollo de las personas más allá de sus alteraciones y dificultades. (Baña, 2015, p. 2)

La familia de un niño con diagnóstico de autismo puede experimentar drásticos cambios en diversos planos que incluyen la vida social, la vida profesional, los planes familiares, el bienestar emocional y el estatus financiero (Braga y Araújo, 2021, p. 20).

Los progenitores suelen tener momentos de gran tristeza, aunados a pensamientos homicidas o suicidas, y una sobrecarga emocional y física, que puede llevarles a un descuido personal. Estos padres también pueden ver serios efectos en sus vidas académicas y profesionales, buscando adaptar sus horarios para que se ajusten al estilo de vida del niño. También puede notarse un deterioro en la vida marital y sexual de los padres, sentir que tienen su espacio reducido. Pueden incluso desarrollar una reticencia a tener otro hijo, por miedo a que éste también tenga TEA. Estas situaciones pueden desencadenar situaciones de crisis maritales o incluso separaciones. La vida social de

estos padres también se ve afectada, ya que rara vez pueden salir sin sus hijos o ni siquiera salen (Maciel y Pereira, 2019, p. 25, 26, 30, 33, 39).

El momento en el que el diagnóstico es revelado impacta en las expectativas que la familia tenía sobre ese integrante, lo cual puede llevar a que el entorno entre en una fase de desequilibrio, la cual puede durar un largo tiempo, antes de que puedan iniciar un proceso de enfrentamiento. En un principio, al recibir el diagnóstico, las familias no están seguras de lo qué es el autismo, cuáles son las posibles formas en las que puede ser tratado ni cuáles son sus posibilidades de diagnóstico, lo cual intensifica estos sentimientos de desestabilidad. La forma y tiempo en que se llevará a cabo el luto dependerá de la dinámica familiar y de las contingencias individuales, al igual que las reacciones que se tendrán ante esta situación, como la aceptación del diagnóstico dado, la redefinición de roles y la constitución de la dinámica familiar (Braga y Araújo, 2021, p. 20).

Según Baña Castro (2015), cuando las familias reciben la noticia de que uno de sus miembros tiene TEA, siguen un modelo de adaptación que las lleva hasta el momento de la aceptación. Este modelo se caracteriza por cuatro etapas:

- Fase de Shock: Se caracteriza por la conmoción.

La noticia del diagnóstico, debido a su gravedad y falta de previsibilidad, provoca en los padres un estado de aturdimiento, ya que hay muchos padres que no están listos para escuchar que su hijo padece un trastorno vitalicio e incurable (Martínez y Bilbao, 2008, p. 25).

- Fase de no: Los padres entran en un estado de negación e intenta actuar como si nada hubiese pasado.

Los padres niegan la evidencia y es posible que busquen otras opiniones. A su vez, es probable que minimicen el problema y lo atribuyan a un retraso madurativo. Esta es una etapa peligrosa, porque las familias pueden terminar creyendo a las personas que les den más esperanzas, sin verdaderos argumentos y sin investigación de por medio (Martínez y Bilbao, 2008, p. 26).

- Fase de reacción: Los padres intentan comprender el trastorno y se basan en sus propias interpretaciones.

Los padres caen en sentimientos de ira y culpa y tienden a repasar el período de embarazo y la vida posnatal de su hijo, en un intento de averiguar qué pudo haber pasado y si el TEA es el resultado de alguna negligencia paternal. Pese a que las investigaciones han demostrado que el TEA tiene un origen orgánico, estos sentimientos de culpa siguen apareciendo (Martínez y Bilbao, 2008, p. 27).

- Fase de adaptación y orientación: Los padres se centran en las necesidades de su hijo y en la mejor ayuda que puede dársele.

Los padres salen del estado de depresión que les ha provocado esta noticia y empiezan a tomar medidas para compensar el problema. Se asesoran profesionalmente y analizan las opciones presentes para darle a su hijo la atención y el tratamiento más adecuados (Martínez y Bilbao, 2008, p. 29).

Baña Castro (2015) plantea:

El nacimiento de un hijo con Trastorno del Espectro del Autismo provoca siempre, en mayor o menor medida, una crisis que se caracteriza por: a) un fuerte impacto psicológico y emocional; b) un proceso de adaptación y redefinición del funcionamiento familiar; c) cambios en la relación de pareja; y d) la necesidad de ayuda y de asesoramiento. La interacción de los padres con el hijo depende del tipo y grado de retraso, de la rapidez en la toma de conciencia, de la naturaleza de los desafíos que le plantea la atención al hijo/a y de la historia, recursos y características de la familia en su conjunto. (Baña, 2015, p. 6)

Braga dos Anjos y Araújo de Morais (2021) afirman que, en las familias, “predomina una visión negativa, con sentimientos y reacciones de rechazo, tristeza, preconcepción, dependencia y sobreprotección”. Sin embargo, “las familias que poseen una visión positiva son capaces de destacar las habilidades de sus hijos, presentando a las características potenciadoras como regularidades comunes”. A su vez, las autoras plantean que hay investigaciones que han demostrado que hay padres que han tenido una adaptación positiva a la situación de tener un niño con deficiencia, viéndola como una experiencia de crecimiento y aprendizaje de humildad, paciencia, respeto, aceptación y compasión. Pese a que dificultades y a que la convivencia con un niño con TEA puede llegar a ser difícil, el autismo puede llegar a fortalecer los vínculos familiares, creando en la familia un profundo sentido de significado, propósito y crecimiento personal (Braga y Araújo, 2021, p. 22, 44).

Aún así, las autoras no pueden dejar de notar que hay una correlación entre el nivel de escolaridad de los padres del niño y sus creencias de que la terapia es la ayuda que su hijo necesita para que su sintomatología se vea atenuada (Braga y Araújo, 2021, p. 42). Pese a que son conscientes de que el TEA es una condición vitalicia, aquellos padres que

poseen un mayor nivel de escolaridad son más propensos a tener expectativas positivas con respecto a los efectos de la terapia en el comportamiento de su hijo. Sin embargo, estas creencias pueden ser coherentes con la idea de que el TEA constituye parte, o la totalidad, de la identidad del niño y no sea algo que la familia crea necesario cambiar (Braga y Araújo, 2021, p. 42).

Braga dos Anjos y Araújo de Morais (2021) plantean que “lo cotidiano de todas las familias gira en torno al niño o adolescente con autismo, a sus necesidades y dificultades, tanto en el contexto domiciliario como en el social” (Braga y Araújo, 2021, p. 24).

Teniendo en cuenta esta perspectiva rutinaria, Álvaro Mira et al., (2019) plantean que las conductas inusuales del niño autista pueden crear un nivel de estrés en los padres considerablemente superior a aquel que puede verse en los padres de niños con un desarrollo típico. Los autores plantean que:

De entre todas las características del trastorno, son sin duda los problemas de conducta los que generan más estrés en los padres, incluso más que otros factores, como la gravedad de la sintomatología o los déficits a nivel cognitivo, comunicativo o adaptativo. Por ejemplo, la presencia de comportamientos inusuales como las estereotipias o los rituales, han sido considerados significativamente estresantes por la familia. Además, el TEA suele asociarse frecuentemente a problemas de conducta como agresividad, negativismo ante órdenes y demandas, ruptura de las normas sociales y extrema irritabilidad o descontrol emocional. Son precisamente estas alteraciones del comportamiento las que generan en mayor medida tensiones en la familia. En particular, las conductas externalizantes como la agresión o la hiperactividad se han revelado como predictores significativos de estrés en general, mientras que las madres parecen verse más afectadas por problemas relacionados con la regulación emocional. (Mira et al., 2019, p. 4)

Los autores hacen notar que esta situación es bidireccional, ya que las conductas atípicas del niño generan estrés en los padres, lo cual, a su vez, afecta su manera de criar a su hijo, lo que puede desembocar en un incremento de los trastornos de la conducta. Afirman que el nivel sociocultural y económico de la familia tiene un papel preponderante en el desarrollo de las estrategias para combatir este estrés, ya que personas de un nivel económico y educativo bajo pueden verse sometidos a un estrés mucho mayor, debido a la desinformación o falta de apoyo económico para las intervenciones. Debido a esto, resaltan la importancia de las redes de apoyo social y el apoyo familiar o de pareja para sobrellevar estas situaciones y no reducir significativamente los niveles de estrés que puedan presentarse (Mira et al, 2019, p. 5-6).

Cuando las expectativas que la familia tiene para sí misma y para sus hijos empiezan a cambiar y verse más alcanzables, empiezan a experimentar una sensación de gratitud y esperanza hacia el futuro, la cual también está asociada a un mayor apoyo familiar que también reduce los sentimientos depresivos y de soledad (Braga y Araújo, 2021, p. 43).

En lo que respecta a las conductas atípicas del niño, los autores plantean que las personas con TEA tiene dificultades para reconocer sus emociones y esto les lleva a

recurrir a intensas reacciones emocionales desadaptadas, cuando perciben que una situación que les presenta puede ser amenazante para ellos. Algunas de estas reacciones pueden ser los miedos, las acciones repetitivas o las preocupaciones excesivas. También hacen notar que, con el paso del tiempo, las conductas externalizantes (como, por ejemplo, la hiperactividad) se convierten en una fuerte tensión interna, ansiedad, miedo e irritabilidad (Mira et al., 2019, p. 22)

Asimismo, Braga dos Anjos y Araújo de Morais (2021) destacan el papel que tienen las creencias de la familia, en cuanto a la aceptación y la adaptación que tendrá el entorno, en cuanto al diagnóstico de TEA:

Se destaca también el importante papel de las creencias, en cuanto representaciones simbólicas que configuran expectativas, deseos, motivaciones, conflictos, sentimientos y aspiraciones, influenciando decisiones y respuestas emocionales. Las creencias ayudan a organizar la experiencia vivida, permitiendo a los miembros de la familia construir un sentido a partir de las situaciones de crisis, y están asociadas a la adaptación de los cuidadores, después pueden proveer comodidad, minimizar sus angustias y facilitar la adaptación al lado del niño. (Braga y Araújo, 2021, p. 40)

A su vez, si bien hacen un llamado al optimismo, no dejan de lado la necesidad imperiosa de mantener expectativas realistas en cuanto a la situación que se les ha presentado. “Es importante tener expectativas realistas con relación al niño y mantener un clima familiar de calidad como dos aspectos fundamentales de convivencia familiar positiva para evitar posibles complicaciones a nivel individual, familiar y social” (Braga y Araújo, 2021, p. 41).

Si bien el realismo y el optimismo son pilares esenciales en el entorno familiar de un niño con TEA, es imposible dejar de lado otros sentimientos menos alentadores, como es el caso de la culpa y la soledad. Según afirma Liliana Kaufmann (2014):

Se comprobó en el seno de las familias que se ven intrusadas por el diagnóstico de autismo de un hijo, se producen una serie de encadenamientos de sentimientos algunos de cuyos ingredientes afectivos están vinculados a la culpa. El sentimiento de culpa puede reconocerse conscientemente o ser inconsciente y en ambos casos asumir formas sacrificiales que intentan resolverla. Además, se puso en evidencia que el proceso de regulación emocional entre los niños y los padres estudiados, está alterado en un punto: recíprocamente carecen de representaciones sobre los estados afectivos y pensamientos. En consecuencia, la vivencia de soledad es compartida. (Kaufmann, 2014, p. 1)

Kaufmann (2014) afirma que el sentimiento de culpa que sienten los padres es debido a que, al sentir que su hijo no demanda su atención, ellos mismos no pueden cumplir con el papel parental que deberían llevar a cabo (Kaufmann, 2014, p. 22).

Y, en lo que se refiere al tratamiento a seguir en el caso de la persona con TEA y su entorno familiar, las autoras consideran esencial recalcar el hecho de que la constitución y planeamiento de cada terapia debe ser abordada de forma singular e individualizada, y debe ir acorde a las necesidades específicas de cada familia. Este aspecto es central, ya que, luego de la terapia, cada familia desplegará su propia dinámica de funcionamiento y

tendrán sus propias herramientas y recursos para afrontar las situaciones adversas, de forma que las intervenciones alcancen los potenciales y las fuerzas de las familias en su propio universo singular (Braga y Araújo, 2021, p. 39).

Asimismo, Liliana Kaufmann (2014) plantea que:

(...) encarar una práctica clínica que tome en consideración los sentimientos que se generan en una familia luego de la intrusión de los signos clínicos de autismo de un hijo, y, además, a partir de que los padres puedan visualizar al hijo como un niño y no como un síndrome, redefine el campo de acercamiento mutuo, disminuye los signos clínicos de autismo en el niño y los padres vivencian una parentalidad más placentera. (Kaufmann, 2014, p. 45)

### **6-b) Los hermanos de los niños con TEA.**

Las relaciones entre hermanos duran toda la vida, son variables, dependiendo de las condiciones en que se den estas relaciones y los padres son los encargados de sentar las bases de estos vínculos, mediante el afecto que promuevan en la primera infancia. Las relaciones fraternales con un hermano con TEA son distintas según la edad y el orden cronológico de nacimiento y estos vínculos nunca dejan de cambiar, a medida que las personas crecen (Serrano et al., 2013, p. 9-10).

Normalmente, cuando ya hay un hijo y su hermano menor es diagnosticado con autismo, el mayor tiende a tener dificultades para aceptar el cambio que se ha dado en su familia. Sin embargo, cuando el hermano mayor es quien tiene autismo, el menor tiende a tomar la situación con mucha más naturalidad (Serrano et al., 2013, p. 10).

Depende de la orientación que reciban de sus padres en el curso de sus vidas, los hermanos suelen desarrollar sentimientos positivos y negativos hacia su hermano con TEA (Serrano et al., 2013, p. 10).

Durante la infancia, algunos sentimientos negativos que pueden aparecer son culpabilidad (por no mostrarse generoso ni querer ayudar a su hermano), vergüenza y rabia (por la reacción de las demás personas, ante ciertos actos o conductas de su hermano), rivalidad, o desconcierto y celos debido a la excesiva atención que los padres ponen en su hermano, sin explicarle la situación adecuadamente. Sin embargo, el sentimiento positivo que puede presentarse es un deseo de protección hacia su hermano, lo que puede llevar a enfrentamientos con amigos o compañeros, debido a las burlas. El niño también puede sentir que su familia es diferente por tener a un miembro con TEA (Serrano et al., 2013, p. 10).



Si bien en la adolescencia persisten los sentimientos de diferencia, de protección, de rabia y de vergüenza, también aparecen sensaciones de soledad (ya sea por no poder compartir experiencias con su hermano o no poder compartir con sus amigos las experiencias de tener un hermano autista) y de culpa (por poder disfrutar de actividades que su hermano no puede), pero también hay un sentimiento de tolerancia hacia las actitudes y reacciones de su hermano (Serrano et al., 2013, p. 11).

En la edad adulta, se presentan sentimientos de miedo (ante la posibilidad de que la pareja rechace tener a un miembro con TEA), preocupación (por el futuro del hermano y por los planes propios de tener una familia, en caso de que el TEA sea transmisible), responsabilidad hacia el cuidado de su hermano y confusión por no saber que sentimientos tienen los demás hacia su hermano (Serrano et al., 2013, p. 11).

En el subsistema fraterno se encuentran las figuras socializadoras para las cuales se dirigen los más diversos sentimientos ambivalentes, como sentir vergüenza del hermano, compañerismo asociado a la familia, voluntad de cuidar del hermano y ayudar a los padres, preocupación y angustia. La relación entre hermanos puede ser facilitada por amistades en común, por la relativa autonomía del hermano autista, por las redes de apoyo familiar y especializado, y por las orientaciones de familias sobre hermanos con autismo, sobre sus dificultades y limitaciones. (Braga y Araújo, 2021, p. 47)

En lo referente a los vínculos familiares que propician estos hermanos, las autoras plantean que hay ocasiones en la que el hermano que tiene TEA pasa a ser visto más como un hijo que como un hermano, independientemente de la edad que éste tenga o si es mayor o menor, y esta inversión de papeles puede ocurrir debido a la necesidad que la familia tiene de adaptarse a la nueva situación que están viviendo. Como consecuencia de esto, es normal que los hijos ayuden a los padres con las tareas diarias, buscando aligerar la sobrecarga que estos pueden sentir, sobretodo en el caso de la madre, ya que éstas son quienes llevan la mayor responsabilidad, lo cual les genera serios desbalances en sus niveles de estrés y de equilibrio emocional. A esta inversión de roles se le conoce como “parentificación” y puede ocurrir en familias en las que hay miembros con deficiencias, lo cual, dependiendo del contexto familiar, puede resultar en aspectos positivos y negativos (Braga y Araújo, 2021, p. 48).

## **Capítulo 7: Entorno educativo.**

En este capítulo se analizará el TEA en relación con el ámbito académico; o sea, en el colegio y cómo es visto por sus profesores y compañeros de aula. También se verán las debilidades de los profesores, a la hora de tratar a un chico con necesidades especiales, y

la necesidad que hay de que estos profesores reciban la instrucción apropiada para lidiar con esos casos.

En la actualidad, Uruguay ha demostrado tener una gran preocupación por incluir a las personas con capacidades distintas en un ámbito educativo común, pero la diversidad de criterios y la falta de un control real acerca del cumplimiento de esta ansiada inclusión aún no han podido convertir este deseo en una realidad cotidiana (Vergara y Selau, 2020, p. 48-49).

### **7-a) El niño con TEA y la escuela.**

Ana Gabriela Lopes Pimentel y Fernanda Dreux Miranda Fernandes (2014) afirman que los factores que dificultan la enseñanza a un niño con necesidades especiales incluyen aquellos que son inherentes al individuo, al profesor y a la estructura escolar actual (Lopes y Miranda, 2014, p. 15).

Stéfanie Melo Lima y Adriana Lia Frizman de Laplane (2016) destacan el hecho de que hay documentos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), la Declaración Universal de los derechos del niño (ONU, 1959), la Declaración de la Conferencia Mundial de Educación para Todos (UNESCO, 1990) y la Declaración de Salamanca y Marco de Acción (UNESCO, 1994) que establece, entre otros, el derecho a la educación, incluyendo a los individuos con necesidades especiales (Melo y Frizman, 2016, p. 4). Raquel Pacheco y Sandra Ferraz de Castillo Dourado Freire (2021) afirman que la Declaración de Salamanca es el primer reconocimiento global de la educación inclusiva como una forma de educar a las personas con necesidades especiales, con el fin de reducir las inequidades. Esto incluye reformas a nivel de la infraestructura del colegio, de la forma de enseñar de los profesores y de la política financiera del recinto escolar (Pacheco y Ferraz, 2021, p. 4).

Esta idea se basa en la Psicología Cultural, la cual está inspirada en el trabajo de Lev Vygotsky, quien afirmaba que el ser humano era constituido por las relaciones que entablaba con el mundo y con otras personas. El desarrollo biológico es paralelo al cultural, y es éste último el que permite el desarrollo de las habilidades cognitivas (Pacheco y Ferraz, 2021, p. 10).

La participación de un niño autista con otros niños en contextos sociales le permite ampliar sus capacidades interactivas, dándole modelos de interacción y oportunidades de

vivir distintas situaciones. Para este fin, la escuela es el escenario ideal (Melo y Friszman, 2016, p. 12).

A su vez, Emellyne Lima de Medeiros Dias Lemos et al. (2014) plantean que, en lo referente a los tratamientos que deben seguir los niños con TEA, lo mejor es un enfoque interdisciplinario en el que se combine la terapia con la educación. Afirman que la escuela es un contexto en el que el niño autista puede tener contacto con otros niños, convivir con ellos y aceptar sus diferencias, lo que llevaría a una mejora en el desempeño social del niño. Asimismo, también afirman que el contacto con un niño diferente podría ser beneficioso para los otros alumnos por el enriquecimiento que aporta dicha experiencia. Los niños más capaces pueden actuar como mediadores en el proceso de aprendizaje, por lo cual este contacto posibilita una mejor en el desarrollo y aprendizaje del niño con TEA (Lima de Medeiros et al., 2014, p. 10, 12, 13).

Giannina Valdez-Maguiña y Rocío Cartolin-Príncipe (2019) afirman que los grupos multidisciplinarios deben incluir a los padres de los niños con TEA, a fin de que las personas que conviven con el niño puedan dar su punto de vista sobre las necesidades que deben ser atendidas (tanto del niño en sí como de la familia), a fin de que las interacciones familiares puedan darse con mayor facilidad (Valdez-Maguiña y Cartolin-Príncipe, 2019, p. 61).

Las autoras destacan que “el trabajo conjunto entre los profesionales de la salud, el personal educativo y los padres de familia coadyuvará la inclusión progresiva de los niños con TEA en el aula”. A su vez, dejan claro que “la efectiva inclusión del niño con TEA en el ámbito escolar y el éxito de su desempeño, viene precedido de una concepción integral que implica la temprana detección e intervención y el abordaje ineludible del equipo multidisciplinario y los cuidadores” (Valdez-Maguiña y Cartolin-Príncipe, 2019, p. 61).

### **7-b) La perspectiva y el rol del profesor.**

Como bien afirman Elena Sampredo-Tobón et al. (2013):

Los profesores son, en segundo lugar, quienes sospechan algún tipo de problema y sugieren una evaluación, ya que poseen un mejor conocimiento sobre la interacción entre los niños. La observación cotidiana que pueden tener los educadores de las relaciones del niño con sus pares, de su forma de jugar y comunicarse, hace que se conviertan en una fuente importante de información, valoración y remisión a evaluaciones especializadas. Esto sugiere la necesidad de solicitar el reporte de los maestros en todo proceso de valoración del desarrollo, lo que permitirá tener una apreciación más integral del niño. (Sampredo-Tobón et al., 2013, p. 42)

Al trabajar en un ambiente con tantos estímulos, los docentes suelen verse frente a situaciones en las cuales deben lidiar con las particularidades de un alumno con TEA,

lo que incluye la hipersensibilidad auditiva, la necesidad de soledad del alumno o el hecho de que la trayectoria educativa de estos chicos no es la misma que la del estudiante promedio y que incluso puede ir por caminos muy diferentes, derivando en que el alumno con TEA no estudie los mismos contenidos que sus compañeros, dejando la inclusión en una mera presencia física en el aula, sin participación activa, por parte del alumno (Pacheco y Ferraz, 2021, p. 46-50).

Lopes Pimentel y Miranda Fernandes (2014) afirman que los profesores no están preparados para lidiar con niños con TEA, tanto para educarles como para enseñarles, y esta falta de preparación es derivada de la insuficiente formación profesional que reciben estos docentes, en lo relativo a las áreas especiales, y por la falta de información que tienen, respecto al TEA y a sus manifestaciones. Los docentes con una formación específica estarán más preparados para la inclusión que aquellos docentes que no la han recibido, y esto evidencia que es necesaria una profunda reforma en los procesos de formación (Lopes y Miranda, 2014, p. 25-27).

Según Lima de Medeiros Dias Lemos et al. (2014), la actitud docente que favorece la inclusión de niños con TEA en las aulas es el diseño de planteamientos individuales, acordes a las necesidades especiales del alumno. Para esto, es necesario que el docente observe las peculiaridades del comportamiento del niño autista para poder desarrollar un plan educativo que sea lo más beneficioso posible para este niño en particular y fomente su interacción social y su iniciativa en el aula. Para diseñar un plan efectivo, es necesario conocer el funcionamiento cognitivo y adaptativo del niño (Lima de Medeiros et al., 2014, p. 22, 23, 26).

Muchos maestros se han mostrado altamente receptivos a la hora de aceptar alumnos con TEA, siendo esta actitud un pilar muy importante, ya que es un factor determinante tanto en los progresos como en los bloqueos en el aprendizaje del alumno con TEA. Sin embargo, hay otros tantos maestros que ven la inclusión de estos alumnos como algo problemático, debido a las peculiaridades de su comportamiento y a la escasez de tiempo y recursos para poder tratar con estos estudiantes (Hernández et al, 2021, p. 6).

En cuanto a la meta que se persigue, en lo que respecta a la formación de los profesores, Dídia Lourenço y Teresa Leite (2015) afirman que:

La formación de profesores deberá tener como finalidad última la preparación y desarrollo de profesionales capaces de participar en procesos que conduzcan a la construcción de una escuela que educa y enseña a todos, respetando y valorizando las diferencias individuales y buscando que cada alumno alcance el nivel más elevado posible en términos de desarrollo y aprendizaje. (Lourenço y Leite, 2015, p. 31)

## **Capítulo 8: Tratamientos.**

En este capítulo se analizarán los diversos tratamientos que han ido surgiendo para tratar el TEA y lograr una mejor calidad de vida para las personas que tienen este trastorno, así como también se verá la importancia de que el TEA sea tratado desde una edad temprana para lograr beneficios mucho mayores para la persona y su entorno.

Actualmente no existe tratamiento alguno que cure el TEA, aunque sí hay tratamientos eficaces que logran reducir la severidad de los síntomas (Matos y Mustaca, 2005, p. 7).

Según Alejandra Urueta González (2021):

Su tratamiento puede incluir terapia de conducta, terapia del habla (logopedia), terapia ocupacional, medicación y ayudas adicionales en el aprendizaje escolar. La meta del tratamiento consiste en ayudar a los niños a comunicarse mejor, jugar con los demás y desarrollar sus habilidades sociales, reducir comportamientos como las conductas agresivas o repetitivas, mejorar el aprendizaje, saber estar seguros y cuidar de su propio cuerpo. (Urueta, 2021, p. 2)

A su vez, hace notar que se usa medicación para tratar síntomas graves del TEA, como es el caso de la agresividad, la hiperactividad, la depresión, la ansiedad y los problemas de sueño, mientras que también afirma que no hay evidencias científicas que respalden la efectividad de tratamientos alternativos, como la musicoterapia, el arte, los animales, la zooterapia o los cambios en la dieta (Urueta, 2021, p. 3).

Un diagnóstico certero y un inicio temprano del tratamiento ayudan a que los síntomas se reduzcan, aunque una persona con TEA nunca estará enteramente desprovista de los síntomas característicos. Como plantea la autora, “cuán bien funcione una persona depende del grado del trastorno, así como del momento de inicio y nivel del tratamiento” (Urueta, 2021, p. 3).

Valeria Rojas et al. (2019) atribuyen la mejoría en los tratamientos de las personas con TEA a los avances que se han dado en el diagnóstico del trastorno y a la neuroplasticidad de los sujetos, quienes, gracias a una intervención temprana, ven mitigada la manifestación de su sintomatología (Rojas et al., 2019, p. 478).

### **8-a) La importancia de la intervención temprana.**

Los autores que tratan el tema del TEA le dan una gran importancia a la intervención temprana para lograr efectos positivos en el estilo de vida de los niños que tienen el trastorno.

Zalaquett et al. (2015) definen:

El concepto de intervención temprana se ha aplicado tradicionalmente al conjunto de actividades diseñadas para fomentar el desarrollo de niños pequeños con discapacidades o situaciones de contexto que

vulneran el adecuado desarrollo infantil. Incluye desde la entrega de ayuda y servicios adecuados hasta la monitorización activa y reevaluación en el tiempo del desarrollo del niño y su familia. Intervenir efectivamente en forma temprana significa además intervenir en un contexto familiar y en el sistema de cuidados y crianza del niño. (Zalaquett et al, 2015, p. 13)

Sobre la importancia y necesidad de un abordaje temprano, Liliana Kaufmann (2014) plantea que, cuanto antes se inicie el abordaje terapéutico, mejor oportunidad habrá para que los componentes neurofisiológicos que se encuentran detrás del desencadenamiento del TEA sean modificados de forma favorable. En esta terapia, el terapeuta promoverá acercamientos, movilizandolos procesos inconscientes vinculados con aquellos elementos que forman parte de la intersubjetividad (Kaufmann, 2014, p. 49).

En cuanto a los contenidos que debe tener dicha intervención, Zalaquett et al. (2015) plantean que cualquier programa de intervención debe tener una estructura organizativa externa que permita que el niño pueda hacer uso de sus capacidades cognitivas y autorregulatorias en una gran variedad de tareas de interacción social. Esta estructura implica aspectos centrales como el enriquecimiento perceptivo, comunicativo y lingüístico, motriz y afectivo social, y debe ser aplicado de una forma sistemática, intensiva y regular (Zalaquett et al., 2015, p. 21).

Sin embargo, esto no significa que todos los tratamientos funcionen de la misma forma para todos los niños con TEA. La severidad del cuadro autista y el perfil cognitivo del niño a ser tratado son factores importantes a ser tomados en cuenta, a la hora de llevar a cabo una intervención. Los niños con un TEA más severo y con peor desempeño cognitivo serían muy beneficiados con las intervenciones conductuales, mientras que los niños con un TEA menos severo y mejor desempeño cognitivo serían más apropiados para las intervenciones eclécticas. Independientemente de la severidad del caso, la incorporación de los padres en el tratamiento es algo muy recomendado (Zalaquett et al, 2015, p. 24).

### **8-b) Análisis Comportamental Aplicado (ACA).**

Uno de los tratamientos que pueden aplicarse a los niños con TEA es el “Análisis Comportamental Aplicado” (ACA), el cual está basado en los métodos desarrollados por Ole Ivar Lovaas (Matos y Mustaca, 2005, p. 7).

Matos y Mustaca (2005) definen el “análisis del comportamiento” como “el estudio de la conducta, cómo ella cambia y los agentes que influyen en ese cambio” (Matos y Mustaca, 2005, p. 14).

Lo primero que se hace es lo que se denomina como “línea de base”, donde se lleva a cabo una evaluación exhaustiva, objetiva y cuantitativa de las habilidades que tiene el niño, sus déficits y excesos de respuestas (Matos y Mustaca, 2005, p. 20).

Luego de esto, se inicia con el tratamiento, cuyo primer paso es el “entrenamiento de ensayos discretos”, que sirve para establecer patrones de respuesta adaptativos. Para esto, se utilizan los conceptos de “condicionamiento operante” y “condicionamiento clásico”. Se le muestran al niño pequeños comportamientos y lo que se espera de él. Si el niño responde al comportamiento de forma correcta, se le premia de la forma que sea más satisfactoria para él. A este premio se le conoce como “refuerzo positivo” y es un estímulo que eleva las posibilidades de que esta respuesta correcta se repita más adelante en un contexto similar. Si el niño falla, se le dice un “no” y se le permite al niño que responda nuevamente. Si no responde, se le dice cuál es la respuesta esperada y que él la repita. A esta acción se le conoce como “modelado” (Matos y Mustaca, 2005, p. 16-17).

Se busca que la respuesta no deseada no sea corregida de una forma aversiva (por ejemplo, el castigo) para no generar otros efectos no deseados, como puede ser la generación de ansiedad en el niño o el hecho de que desarrolle miedo ante la persona que le castiga. También se busca que los padres también formen parte de este tratamiento, como agentes efectivos del cambio comportamental (Matos y Mustaca, 2005, p. 19, 21).

### **8-c) Método TEACCH (Tratamiento y educación de autistas y niños relacionados con discapacidades de comunicación).**

Su objetivo es que la persona autista consiga su mayor grado de autonomía y es un programa cuyo diseño está adaptado a las características individuales de cada niño. Se propone identificar y fortalecer las habilidades en las áreas de comunicación, cognición, imitación, percepción y habilidades motoras, mediante una estimulación activa y la gratificación de los comportamientos que muestra el niño. Se usan gestos, palabras escritas o signos para estimular la comunicación (Parentelli, 2016, p. 23).

Mediante un ambiente estructurado y reforzamientos visuales, el niño puede predecir y entender las actividades cotidianas con más facilidad, lo cual ayuda a que su respuesta sea la apropiada. Esto permite que tanto el niño como sus padres puedan mejorar su comunicación y desarrollar funciones adaptativas (Parentelli, 2016, p. 24).

Se requiere la participación activa de los padres para que puedan repetir estas prácticas en distintos entornos (como, por ejemplo, en la casa o en la escuela) para lograr la generalización de los aprendizajes (Parentelli, 2016, p. 24).

El método TEACCH aprovecha la capacidad de sistematización y la preferencia por la información visual que tienen las personas con TEA (Parentelli, 2016, p. 24).

#### **8-d) DIR (Intervención del desarrollo basada en las relaciones y las diferencias individuales).**

Esta técnica busca que el niño desarrolle relaciones positivas y significativas con otras personas, mediante el juego, el afecto y la interacción, ya que, mediante éstas, se desarrollan las capacidades cognitivas y se accede al mundo simbólico (Parentelli, 2016, p. 25). Para que esto pueda suceder de forma efectiva, se le enseñan al niño técnicas sociales y de comunicación dentro de un ambiente estructurado (Parentelli, 2016, p. 26).

Se involucran tres tipos de actividades: a) Interacciones lúdicas creadas y dirigidas por el niño (con el apoyo de un adulto); b) juegos semiestructurados para introducir nuevas habilidades y conceptos; c) juego motor, sensorial y espacial (Parentelli, 2016, p. 26).

#### **8-e) Otras técnicas.**

La técnica PECS (Sistema de comunicación de intercambio de imágenes) es una terapia conductual en la cual el niño logra comunicarse, usando imágenes, aprendiendo la importancia y necesidad de comunicarse con otra persona. Si bien el medio primordial es visual, hay refuerzos verbales y, al igual que el TEACCH, su fortaleza radica en aprovechar la capacidad de sistematización y la modalidad de información visual (Parentelli, 2016, p. 24-25).

El modelo PRT (Entrenamiento de respuesta pivotal) busca que el aprendizaje sea llevado a contextos naturales en áreas pivotales (aquellas áreas cuyo desarrollo activa otras áreas) (Grañana, 2014).

El “Programa de aprendizaje incidental temprano” consiste en incluir niños con TEA en un contexto con pares típicos para que los niños con el trastorno aprendan conductas sociales por imitación (Grañana, 2014).



## **8-f) Psicofarmacología.**

Alcalá y Ochoa (2022) plantean que hay varias propuestas en el campo de la farmacología para tratar los síntomas más importantes del TEA. Lo que tienen en común estas propuestas es que persiguen la meta de controlar sintomáticamente las comorbilidades y sus disturbios afectivos y conductuales, como es, en el caso de las personas con TEA, la depresión, el TDAH, irritabilidad, agresión y el carácter repetitivo de algunos comportamientos o compulsiones (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 1, 33).

Una de las propuestas es el uso de antipsicóticos, como la risperidona y el aripiprazol. Este último sólo debe usarse en casos graves de irritabilidad o en los que la persona agrede a otros o a sí mismo. Ambos medicamentos tienen los mismos efectos secundarios, los cuales incluyen un apatito voraz, ganancia de peso, somnolencia o alteraciones al electrocardiograma. Para que estos efectos no sean tan fuertes, se recomienda que la medicación sea dada en dosis bajas, así como también se recomienda una monitorización trimestral o semanal (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 34-35).

Otra propuesta es el uso de estimulantes, estimándose que el 50% de los niños con TEA tienen TDAH. Se sabe que los niños con TEA son mucho más sensibles a estos medicamentos y se han tenido efectos adversos como la irritabilidad, la disminución del apetito, el insomnio y una alta emocionalidad. Por este motivo, se recomienda empezar con dosis bajas, con la posibilidad de poder aumentar la dosis, dependiendo de la respuesta que muestre la persona (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 36).

Una tercera propuesta es el uso de fluoxetina para tratar los síntomas de ansiedad depresión, fobias y compulsiones. Este tratamiento no sólo es aplicable en niños, sino que también es usado en adolescentes y adultos con TEA. Para este fin, también puede usarse el citalopram y el escitalopram, pero, debido a los resultados dispares que han proporcionado, la fluoxetina sigue siendo el medicamento de más preferencia. Los efectos secundarios de este medicamento suelen ser gastrointestinales, pero son transitorios (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 37).

Otra propuesta está vinculada al uso de nuevos agentes farmacológicos, como la N-Acetil cisteína, la memantina, la D-cicloserina, la naltrexona y la oxitocina. El objetivo de estos medicamentos es la manipulación de receptores y canales, así como de los neurotransmisores relacionados o sensibles al glutamato, glutamina, glicina, GABA, NMDA, nicotina y opioides. Lo que se busca es la mejora de los síntomas principales del TEA (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

La N-Acetil cisteína es un modelador de glutamato que ha mostrado una buena eficiencia para disminuir la irritabilidad, esté asociado a la risperidona o no. La memantina ha tenido buenos resultados para mejorar los síntomas del trastorno, junto con una terapia conductual (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

La D-cicloserina mostró una mejora en los aspectos relacionados con la sociabilidad (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

La naltrexona logra reducir la hiperactividad, pero no ha mostrado cambios en los síntomas nucleares del TEA (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

El más prometedor de estos medicamentos ha sido la oxitocina, que ha mostrado incrementos en la sociabilidad, al ser mejoradas tanto la cognición social como la reciprocidad (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

Los autores recomiendan que los clínicos comiencen a usar estos nuevos agentes farmacológicos con cuidado, ya que los resultados que han dado no han sido totalmente favorables, aunque sí se ha comprobado que ha habido una mejora notable en los síntomas centrales del TEA y son inocuos, cuando son administrados en las dosis establecidas (Alcalá y Ochoa, 2022, p. 38).

## **Capítulo 9: Reflexiones finales.**

Sin lugar a dudas, el TEA es uno de los trastornos del desarrollo más conocidos. Sin embargo, continúa siendo un misterio tanto su origen como la forma más efectiva de tratarlo. Los síntomas son tan diversos y varían tanto en intensidad de persona a persona que un estudio definitivo sobre el tema parece una tarea imposible. Los criterios diagnósticos han ido cambiando y, con ellos, también lo ha hecho la forma en que el TEA es visto por las personas.

El acceso a Internet y el acceso a la información han permitido que el conocimiento sobre el trastorno ya no se reserve únicamente para los profesionales, sino que también las familias y el cuerpo educativo también pueden informarse al respecto y ver la mejor forma de sobrellevar la situación y buscar la mejor calidad de vida para estas personas.

El TEA es una condición vitalicia y no tiene cura. Sin embargo, con el apoyo indicado y un tratamiento efectivo, el autismo no es un impedimento para llevar a cabo una vida feliz y productiva. De hecho, hay tantas cosas que se pueden aprender de las personas con TEA, a raíz de la pasión con la que se dedican a sus intereses tan restringidos.

El TEA no debe ser visto como una condena o como una carga, sino como una manera nueva de ver y experimentar el mundo, algo de lo que las otras personas se pueden beneficiar, quitando de en medio las etiquetas estigmatizantes o los prejuicios malsanos.

## Bibliografía.

Alcalá, Gustavo Celis, & Ochoa Madrigal, Marta Georgina. (2022). Trastorno del espectro autista (TEA). *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(1), 7-20. Epub 30 de marzo de 2022.

Arberas, Claudia, & Ruggieri, Víctor. (2019). Autismo: Aspectos genéticos y biológicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1, Supl. 1), 16-21. Recuperado en 08 de septiembre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802019000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200005&lng=es&tlng=es).

Artigas-Pallares, Josep, & Paula, Isabel. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352012000300008>

Baña Castro, Manoel. (2015). EL ROL DE LA FAMILIA EN LA CALIDAD DE VIDA Y LA AUTODETERMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO. *Ciencias Psicológicas*, 9(2), 323-336. Recuperado en 15 de octubre de 2022, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-42212015000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212015000300009&lng=es&tlng=es).

Barruel Oattinger, Marcela. (2018). Autismo: una visión desde el psicoanálisis. *Blog Eleia*

Baron-Cohen, Simon. (1990) Autism: A Specific Cognitive Disorder of 'Mind-Blindness', *International Review of Psychiatry*, 2:1, 81-90, DOI: [10.3109/09540269009028274](https://doi.org/10.3109/09540269009028274)

Bialer, M, Voltolini, R. Autismo: História de um quadro e o quadro de uma história. *Psicologia Em Estudo*, 27. Brasil. 2021

Braga dos Anjos, Brenna, & Araújo de Moraes, Normanda. (2021). As experiências de famílias com filhos autistas: uma revisão integrativa da literatura. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e2347. Epub 01 de junio de 2021. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347>

Cala Hernández, Odilkys, Licourt Otero, Deysi, & Cabrera Rodríguez, Niurka. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 157-178. Recuperado en 01 de octubre de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942015000100019&lng=es&tlnq=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100019&lng=es&tlnq=es).

Ferreira de Freitas, Fernanda Aparecida, de Albuquerque Montenegro, Ana Cristina, Miranda Fernandes, Fernanda Dreux, Cahino Delgado, Isabelle, Alves Almeida, Larissa Nadjara, dos Santos Alves, Giorvan Anderson (2021) Communicative skills of children with autistic spectrum disorder: clinical and family perception. *Revista CEFAC* 23 (4). <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212341521>

Flores-Rodríguez, Yassel, Roldán Ceballos, Ofelia, & Albores-Gallo, Lilia. (2022). Assessing autism with DSM-IV and DSM-5 criteria using the Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Salud mental*, 45(1), 3-10. Epub 25 de marzo de 2022. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2022.002>

Forteza Sevilla, M<sup>a</sup> del Sol, Escandell Bermúdez, M<sup>a</sup> Olga, & Castro Sánchez, José Juan. (2013). Detección temprana del autismo: profesionales implicados. *Revista Española de Salud Pública*, 87(2), 191-199. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272013000200008>

García-Gómez, Andrés. (2022) Propuesta de tres Dimensiones Complementarias al Inventario del Espectro Autista de Rivière. *Psicología Educativa*. Volumen 28. Número 1, 81-90. <https://doi.org/10.5093/psed2020a24>

Gómez Echeverry, Isabel. (2010). Ciencia Cognitiva, Teoría de la Mente y autismo. *Pensamiento Psicológico*, Volumen 8, N° 15, 113-124.

González, María Cecilia, Vásquez, Macarena, & Hernández-Chávez, Marta. (2019). Trastorno del espectro autista: Diagnóstico clínico y test ADOS. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 485-491. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.872>

Grañana, Nora. (2014) Programas de intervención. Nora Grañana (Ed.) *Manual de intervención para trastornos del desarrollo en el espectro autista* (pp. 87-127). Editorial Paidós.

Gutiérrez-Ruiz, Karol. (2016). Identificación temprana de trastornos del espectro autista. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(3), 238-247. Retrieved October 02, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482016000300011&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482016000300011&lng=en&tlng=es).

Gutiérrez-Ruiz, Karol Patricia. (2019). Características tempranas y predictores de la severidad del cuadro clínico en el trastorno del espectro autista. *CES Psicología*, 12(2), 12-25. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.2.2>

Hernández González, Osvaldo, Schilling Lara, Caroll Alejandra, Gómez-Campos, Rossana, Cossio-Bolaños, Marco, Spencer Contreras, Rosario Elena. (2021) La preparación de los maestros para estimular la socialización de los educandos con autismo en condiciones de inclusión. *Revista Brasileira de Educação Especial* 27. <https://doi.org/10.1590/1980-54702021v27e0197>

Jaramillo-Arias, Piedad, Sampedro-Tobón, María Elena, & Sánchez-Acosta, Daniela. (2022). Perspectiva histórica del trastorno del espectro del autismo. *Acta Neurológica Colombiana*, 38(2), 91-97. Epub July 22, 2022. <https://doi.org/10.22379/24224022405>

Jordán Cristóbal, Carlos M.. (2015). Trastorno del espectro del autismo: implicaciones en la práctica clínica de una conceptualización basada en el déficit. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 775-787. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400006>

Kaufmann, Liliana. (2014). La familia atravesada por el autismo de un hijo: Las raíces intersubjetivas del autismo y formas sacrificiales de la culpa. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(1), 141-156. Recuperado en 03 de noviembre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-73102014000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-73102014000100006&lng=es&tlng=es).

Lima de Medeiros Dias Lemos, Emellyne, Ribeiro Salomão, Nádia Maria, Agripino-Ramos, Cibele Shírley. (2014) Inclusão de crianças autistas: um estudo sobre interações sociais no contexto escolar. Revista brasileira de educação especial 20 (1) <https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000100009>

Lopes Pimentel, Ana Gabriela, Miranda Fernandes, Fernanda Dreux. (2014) A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo. Audiology – Communication Research 19 (2) <https://doi.org/10.1590/S2317-64312014000200012>

Lourenço, Dídía, & Leite, Teresa. (2015). Práticas de Inclusão de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo. *Da Investigação às Práticas*, 5(2), 63-86. Recuperado em 27 de novembro de 2022, de [http://scielo.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-13722015000200005&lng=pt&tlng=pt](http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-13722015000200005&lng=pt&tlng=pt).

Machado, Calixto, Rodríguez, Rafael, Estévez, Mario, Leisman, Gerry, Chinchilla, Mauricio, Portela, Liana (2017) Trastorno del Espectro Autista: un reto para las neurociencias. Revista Mexicana de Neurociencia Julio-Agosto 18(4):30-45

Maciel de Aguiar, Márcia Cristina, Pereira Pondé, Milena (2019) Parenting a child with autism. J. bras. psiquiatr 68 (1) <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000223>

Martínez Martín, M. Ángeles, & Bilbao León, M. Cruz. (2008). Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 215-230. Recuperado en 31 de marzo de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592008000200009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200009&lng=es&tlng=es).

Matos, María de los Angeles, & Mustaca, Alba Elisabeth. (2005). Análisis Comportamental Aplicado (ACA) y Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD): Su evaluación en Argentina. *Interdisciplinaria*, 22(1), 59-76. Recuperado en 03 de diciembre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272005000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000100003&lng=es&tlng=es).

Melo Lima, Stéfanie, Frizman de Laplane, Adriana Lia (2016) Escolarização de alunos com autismo. *Revista Brasileira de Educação Especial* 22 (2). <https://doi.org/10.1590/S1413-65382216000200009>

Mira, Álvaro, Berenguer, Carmen, Baixauli, Inmaculada, Roselló, Belén, & Miranda, Ana. (2019). Contexto familiar de niños con autismo: Implicaciones en el desarrollo social y emocional. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(1, Supl. 1), 22-26. Recuperado en 15 de octubre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802019000200006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000200006&lng=es&tlng=es).

Oviedo, Norma, Manuel-Apolinar, Leticia, de la Chesnaye, Elsa, Guerra-Araiza, Christian (2015) Aspectos genéticos y neuroendocrinos en el trastorno del espectro autista. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Vol. 7, n°1, Enero-febrero 2015, 5-14 <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2015.01.010>

Pacheco, Raquel, Ferraz de Castillo Dourado Freire, Sandra (2021) Understanding autistic students' relationships at school: a dialogical perspective on the development of the self. *Revista Pro-Posições* 32. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2019-0078EN>

Parentelli Lasalvia, Cinthia Nahara. (2016) Trastorno del Espectro Autista: Actualización teórica e intervenciones posibles. [Tesis de licenciatura, Universidad de la República] Repositorio de la Universidad de la República <https://hdl.handle.net/20.500.12008/34527>

Reviriego Rodrigo E, Bayón Yusta JC, Gutiérrez Iglesias A, Galnares-Cordero L. Trastornos del Espectro Autista: evidencia científica sobre la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2022. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.

Riesgo, Rudimar Dos Santos, Becker, Michele Michelin, Ranzan, Josiane, Bragatti Winckler, María Isabel, & Ohlweiler, Lygia. (2013). Evolución de los niños con retraso del desarrollo y conductas del espectro autista. *Medicina (Buenos Aires)*, 73(Supl. 1), 16-19. Recuperado en 05 de septiembre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802013000500004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000500004&lng=es&tlng=es).



Rivière, Ángel (1997). Desarrollo normal y autismo. Curso de Desarrollo Normal y Autismo, celebrado los días 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1997 en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife (España).

Rojas, Valeria, Rivera, Andrea, & Nilo, Nelson. (2019). Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. *Revista chilena de pediatría*, 90(5), 478-484. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.v90i5.1294>

Ruggieri, Víctor, & Arberas, Claudia. (2022). Mecanismos epigenéticos involucrados en la génesis del autismo. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(Supl. 1), 48-53. Recuperado en 17 de septiembre de 2022, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802022000200048&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000200048&lng=es&tlng=es).

Sampedro-Tobón, María Elena, González-González, Manuela, Vélez-Vieira, Susana, & Lemos-Hoyos, Mariantonia. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466. Recuperado en 01 de octubre de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462013000600006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000600006&lng=es&tlng=es).

Serrano Monge, María Carolina, Arguedas Villalobos, Marilyn, Rodríguez, Roxana. (2013). Los hermanos de las personas con autismo: "Experiencias de vida en la dinámica familiar". *Visión docente Con-Ciencia Año XII N° 67 Enero-Febrero 2013*

Urueta González, Alejandra. (2021). Tratamiento de los niños con autismo en etapa de 3 a 12 años de edad. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(spe1), 00019. Epub 26 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2572>

Valdez-Maguiña, Giannina, & Cartolin-Príncipe, Rocio. (2019). Desafíos de la inclusión escolar del niño con autismo. *Revista Médica Herediana*, 30(1), 60-61. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i1.3477>

Velarde-Incháustegui, Myriam, Ignacio-Espíritu, María Elena, & Cárdenas-Soza, Aland. (2021). Diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista-TEA, adaptándonos a la nueva realidad, Telesalud.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 175-182. Epub 00 de julio de 2021. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4034>

Vergara Sena, Alejandra Elizabeth, Selau, Bento (2020). Uruguay: en dirección a la educación inclusiva. *Revista Praxis Pedagógica Vol 4, n°5 Mayo-agosto 2020*

Zalaquett F, Daniela, Schönstedt G, Marianne, Angeli, Milagros, Herrera C, Claudia, & Moyano C, Andrea. (2015). Fundamentos de la intervención temprana en niños con trastornos del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 86(2), 126-131. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.04.025>