CAPÍTULO III

TRASTORNO DE AUTISMO Y DISCAPACI-DAD INTELECTUAL

JUAN AMODIA DE LA RIVA* Y Mª AUXILIADORA ANDRÉS FRAILE**

*Facultad de Educación de la Universidad de Cantabria

**Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

"Desde 1938, nos ha llamado la atención un número de niños, cuyas características difieren, de forma tan peculiar, de todo lo descrito hasta ahora, que cada caso merece -y esperamos que alguna vez reciban- una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades". Leo Kanner 1943.

1. DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME

1.1. Introducción

Desde estas, ya clásicas, palabras del psiquiatra estadounidense Leo Kanner, escritas en su artículo: "Los trastornos autistas del contacto afectivo", han ocurrido muchas cosas. Su gran mérito fue agrupar por primera vez una serie de sínto-

mas, en un trastorno cuya definición sigue siendo, hoy en día, en líneas generales válida. El autismo es actualmente el trastorno de inicio en la infancia que más literatura científica produce. También ha llegado a popularizarse, no siempre de forma totalmente correcta, gracias a películas como "Rain Man", dándonos una idea sesgada del trastorno, mostrándonos a veces, habilidades extraordinarias que sólo un pequeño porcentaje de ellos poseen.

Kanner lo define como un trastorno de tres áreas fundamentales:

- Un trastorno de las relaciones interpersonales.
- Problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Rigidez mental y comportamental.

El autismo atrae a los científicos, profesionales y al público en general. Nos extrañan sus relaciones afectivas y a la vez nos fascinan. Además, a pesar de los notables avances realizados, hemos de decir que hoy en día, todavía no se conoce el factor o factores responsables del síndrome. El autismo no es una enfermedad, es un trastorno mental grave, que incapacita para desarrollar una vida plenamente autónoma y que es para los familiares más allegados y para el propio sujeto un trastorno perturbador.

En este capítulo trataremos el autismo infantil, también llamado síndrome o autismo de Kanner, autismo infantil precoz o temprano, trastorno autístico o antaño psicosis infantil, entre otros. También, aunque en menor medida (ya que el espíritu del capítulo es la discapacidad intelectual), haremos referencia al Síndrome de Asperger.

1.2. Breve evolución histórica

En la evolución histórica del estudio del autismo, se distinguen dos periodos cualitativamente distintos, estableciendo un punto de inflexión a mediados de los años 60. Encontramos un primer periodo, que abarcaría desde el año 1943 hasta mediados de los años 60, y un segundo periodo que abarcará unos años de progresiva mejora de los conocimientos sobre el autismo, que desembocará en la visión actual del mismo.

Nos podemos preguntar sobre qué había antes de la definición de Kanner de 1943 y la verdad es que lo más cercano que encontramos son las descripciones de

los famosos "niños lobo" de Hesse (criados probablemente por animales y aislados de la sociedad), el niño salvaje de Aveyron y el de Kaspar, o los "niños osos" de Lituania. La introducción del término en la psicopatología por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler en 1911, que no lo describe como un trastorno en sí mismo, sino como una característica más de la patología esquizoide.

En su artículo, Kanner sugiere que el trastorno de sus 11 niños pudiera tener relación con características emocionales y afectivas de sus padres. El hecho es que la primera época del autismo está dominada por una visión dinámica del mismo, influida por el psicoanálisis, en la que las teorías y los subsecuentes tratamientos se basan en que los niños son de una inteligencia normal pero que son sus padres los que al no dar el afecto necesario a sus hijos provocan el trastorno. Podemos imaginar la situación de esas familias en las que el sentimiento de culpabilidad hacía que casi no pudieran ni reaccionar ante su situación.

Afortunadamente varios hechos van a hacer cambiar las cosas de forma radical, a mediados de los años sesenta. Se empieza a encontrar una falta de efectividad en los tratamientos anteriores; cada vez hay más indicios de una relación genética y neurobiológica con el autismo; mediante estudios científicos rigurosos, se cambia el centro de interés de lo afectivo a lo cognitivo y más. Por fin, se quita toda posible culpa, en la génesis del trastorno de los padres, lo cual hace que valientemente vayan apareciendo las primeras asociaciones de familiares de niños con autismo, las cuales irán cambiando nuestra visión popular, que había quedado instaurada por el anterior periodo, sensibilizando cada vez más a la sociedad. Se le da la mayor importancia al campo educativo, donde se hacen grandes progresos, creándose los primeros centros educativos específicos para personas autistas, y dándole cada vez más un enfoque pragmático e integrador. Se introducen nuevas terapias basadas en procedimientos conductuales, principalmente operantes.

Actualmente y como culminación de esta progresión, se hace un cambio conceptual pero significativo al pasar de ser considerado una "psicosis infantil" a ser un "trastorno profundo del desarrollo". En el plano teórico se estudian nuevos enfoques arriesgados, como pueda ser el basado en la "Teoría de la mente" entre otros. Se producen grandes progresos de la neurociencia, utilizando técnicas avanzadas de neuroimagen, electrofisiología y neuroquímica entre otros. La farmacología ha desarrollado sustancias eficaces para tratar muchas de las alteraciones

asociadas al autismo. Actualmente se está desplazando la atención desde la ya prolífica etapa de la infancia, a la época adulta, no con menos problemas y sin embargo menos estudiada.

No podemos dejar de revisar, en esta breve historia del autismo, al médico vienés Hans Asperger, quien pocos meses después del artículo de Kanner y con independencia del mismo, expuso el caso de varios niños con "psicopatía autista" atendidos en la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena. Describió las mismas características que Kanner y añadió algunas más. Además, a diferencia de Kanner, Asperger incidió en la educación, y puso de relieve una etiología genética, más que psicógena. Hoy en día el Síndrome de Asperger es separado del autismo como trastorno diferente; aunque para muchos autores, correspondería al "polo alto" del espectro o continuo autista.

Siempre han existido niños con autismo, el mérito de Kanner fue encontrar una serie de características comunes que lo elevaron al nivel de síndrome.

1.3. Etiología

1.3.1. Generalidades

El problema, en el autismo, no está en encontrar cuál es su causa, más bien al contrario, lo que hay son demasiadas causas, múltiples etiologías. Nos encontramos desde alteraciones genéticas a trastornos metabólicos o procesos infecciosos que intervienen en diversas fases del desarrollo del sistema nervioso.

Es un hecho indiscutible que en el autismo hay una alteración genética. Los estudios de prevalencia encuentran claras diferencias en diversos factores como el sexo, la concordancia entre gemelos monocigóticos o la raza entre otros. Se han encontrado alteraciones genéticas (Síndrome del X frágil, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa), metabólicas (fenilcetonuria), infecciones (rubeola congénita), problemas prenatales (pérdidas en el primer trimestre de embarazo), perinatales (aumento de bilirrubina), postnatales (la encefalitis ligada al herpes simple o la esclerosis tuberosa).

Se baraja el hecho que todos estos agentes produzcan trastornos en las mismas zonas neurales, pero todavía no lo sabemos con seguridad. Se localizan estas zonas en los lóbulos frontal, prefrontal y temporal de la corteza cerebral y en cier-

tas estructuras del sistema límbico (la amígdala o el hipocampo). Además se han encontrado anomalías estructurales en el cerebelo.

1.3.2. Bases biológicas

Actualmente, no se puede aceptar la base psicológica del autismo, ante la sólida evidencia de su base orgánica proporcionada por los estudios genéticos, neurofisiológicos, neuropatológicos, neurorradiológicos y bioquímicos. El origen del autismo se vincula con un desajuste orgánico en el cual intervienen distintos factores que tienen como resultado un defecto en la funcionalidad del Sistema Nervioso Central.

1.3.2.1. Estudios genéticos

Los estudios realizados en gemelos y familias de los niños diagnosticados de trastorno autista indican un alto grado de control genético en la aparición de este trastorno, aunque de momento, no se conozcan con exactitud los mecanismos de transmisión implicados.

Varias investigaciones realizadas en gemelos indican una marcada concordancia para el autismo infantil entre gemelos monocigóticos respecto a los dicigóticos. Aunque existen diferencias según el medio diagnóstico utilizado, se ha encontrado una concordancia del 60% para los monocigóticos frente al 0% de los dicigóticos siguiendo los criterios de la CIE-10. Cuando se considera un espectro más amplio de anormalidades cognitivas y sociales relacionadas, se encuentra una concordancia del 92% en los monocigóticos respecto al 10% en los dicigóticos (Bailey, 1995).

Por otro lado, los estudios familiares sugieren un incremento de la posibilidad de aparición, tanto del autismo como de los trastornos relacionados, en los familiares de primer grado de personas con autismo. Se estima que la probabilidad de aparición de autismo es de 50-100 veces mayor que en la población general, lo que corresponde a una frecuencia del 3-6%. Si se considera un fenotipo más amplio, la frecuencia aumenta al 12-20%.

Parece claro pues, que los estudios genéticos a nivel molecular van a contribuir de forma esencial en el establecimiento de las bases del autismo. Sin embargo, nos encontramos aún en las fases iniciales de este tipo de estudios, siendo de momento los resultados confusos ya que se han implicado gran número de cromosomas y cuando se intentan reproducir los estudios los datos no son concluyentes. Los datos anteriores lo que parecen indicar es que las alteraciones cromosómicas probablemente incluyan variaciones de muchos genes en interacción.

1.3.2.2. Estudios neuroquímicos

Las investigaciones que se centran en encontrar alguna anomalía bioquímica, se han enfocado principalmente hacia el papel que juegan determinados neurotransmisores. El que más se ha estudiado ha sido la serotonina. Varios trabajos indican que está implicada en muchos de los síntomas del autismo (Cook, 1996), aunque sus alteraciones no son específicas del autismo, puesto que también se han visto en niños hipercinéticos y con retraso mental sin sintomatología autista. En muchos estudios realizados en niños autistas se demuestra un aumento de los niveles sanguíneos de serotonina, aunque no está claro de qué modo se produce la hiperserotoninemia. Las últimas investigaciones se centran en una alteración en la proteína transportadora de la serotonina y, concretamente, en su gen, como se ha comentado previamente.

Algunos estudios indican que ciertos individuos autistas con conductas autolesivas tienen, en el líquido cefalorraquídeo, niveles elevados de ciertas fracciones endorfinicas, una sustancia endógena parecida a los opiáceos. Estos resultados han llevado a utilizar como tratamiento un antagonista de los opiáceos denominado naltrexona (Kolmen, 1995).

1.3.2.3. Estudios neuropatológicos

Se han encontrado varias anormalidades cerebrales en algunos individuos con trastorno autista; sin embargo, no se conocen las causas de éstas ni la influencia que puedan tener sobre la conducta. Muchos de estos hallazgos han sido inconstantes y no han podido reproducirse. Un hecho que ha sido constatado por varios autores es que entre 14-30% de las personas con autismo presentan un perímetro cefálico mayor que las personas con un desarrollo normal. Además, se ha visto que este mayor diámetro no se presenta en el momento del nacimiento sino que se va desarrollando durante la infancia (Lainhart, 1997). Se desconoce el significado de este incremento del perímetro cefálico.

En estudios posmortem de cerebros de varios individuos autistas, algunos investigadores han encontrado un aumento de la densidad neuronal en el hipocampo, la amígdala y el sistema límbico. Estas zonas se han relacionado con las emociones, la agresividad, los estímulos sensoriales y el aprendizaje. Un hecho que parece constante es la disminución en el número de neuronas de Purkinje del cerebelo. Hasta hace poco tiempo, se pensaba que el cerebelo se relacionaba básicamente con funciones motoras, sin embargo, la influencia del cerebelo en el comportamiento ha comenzado a redefinirse en los últimos años para incluir comportamientos cognitivos. Se han encontrado áreas con excesiva densidad de neuronas de tamaño menor al normal en estructuras del sistema límbico anterior (Bauman y Kemper, 1994).

Se está contemplando la idea de que en el autismo están alteradas las vías que conectan los lóbulos frontal y temporal con el sistema límbico.

1.3.2.4. Estudios neurofisiológicos

Las personas con trastorno autista muestran más anormalidades en el electroencefalograma que la población general, pero las alteraciones son muy variadas y no específicas, por lo que no conducen a un mejor entendimiento de las disfunciones cerebrales del síndrome.

La prevalencia de epilepsia entre autistas es más alta que en la población normal, aunque su estimación varía entre 4-32%. La epilepsia en niños con trastorno autista tiende a manifestarse en dos etapas: lactancia y adolescencia. El retraso mental, la asociación con otra patología neurológica y la historia familiar de epilepsia son indicadores de riesgo para el desarrollo de crisis epilépticas en personas con autismo (Tuchman, 1991). Algunos estudios indican una mejoría de los síntomas autistas al mejorar la epilepsia con tratamiento médico y en algún caso de autismo sin crisis epilépticas pero con electroencefalograma alterado, el tratamiento antiepiléptico mejoró la sintomatología autista.

1.4. Tipología

Una de las características fundamentales del autismo, es que es un trastorno enormemente heterogéneo, dando lugar a lo que se conoce como "espectro autista", concepto desarrollado por Lorna Wing (1995). Generalmente está asociado a

numerosos trastornos neurobiológicos, así como a diferentes grados de desarrollo intelectual. Podemos describir el trastorno autista como insertado en un continuo, en el que se posicionan los sujetos según el grado en que desarrollan diferentes características (intensidad de los síntomas, cociente intelectual y sintomatología asociada). En este sentido, vemos como sólo un 10 por ciento cumplen estrictamente las condiciones de la definición de Kanner, un 75 por ciento tienen retraso mental, y vemos como a menor cociente intelectual, más se ajustan al modelo de Kanner. En resumen, dos personas diagnosticadas ambas con trastorno autista, pueden ser muy diferentes entre sí. Estas diferencias surgen de la confluencia de diferentes grados de patología en varias dimensiones, entre las que podemos destacar: nivel de lenguaje, grado de retraso mental, momento del diagnóstico, edad, tipo de tratamiento... Todo esto hace que nos encontremos desde una persona que no se comunica nada en absoluto, hasta una que mantiene conversaciones complejas, desde una persona totalmente aislada hasta una que mantiene un contacto social aceptable, con o sin un trastorno médico asociado, integrada a nivel escolar o no, y así podríamos seguir con todas las características mencionadas en apartados anteriores. En este espectro algunos autores -no sin controversiasitúan el trastorno de Asperger, en el polo más alto del mismo. Otros distinguen entre autismo de nivel alto o bajo según el grado de retraso mental.

1.5. Epidemiología, incidencia, estudios de prevalencia

La prevalencia del autismo depende de la definición que demos del mismo, esto es, si recogemos sólo los casos que entran en la definición de Kanner, es un trastorno infrecuente, dándose en 4-5 personas por cada 10.000. Si en cambio utilizamos una definición más amplia que englobe a todo el espectro autista, podemos llegar a 10 casos por cada 10.000 personas e incluso más.

Es un hecho que en los últimos años ha habido un incremento significativo de los casos. Sin caer en el fatalismo, lo más probable, es que este incremento no se deba a nuestras condiciones de vida (exposición a radiaciones, contaminación, estrés, tener hijos tardíamente, mala alimentación...) sino a que se han modificado los criterios diagnósticos y tenemos también mejores métodos de detección.

El autismo es un trastorno universal que se da en todas las culturas, razas, religiones... Se ha encontrado que en algunos países (Japón) la tasa de incidencia es alarmantemente mayor (hasta 10 veces más), lo cual no tiene porqué extrañarnos

ya que una etiología genética del trastorno es indiscutible hoy en día.

Entre un 25-30 por ciento de las personas con autismo presentan algún trastorno médico asociado, siendo los más frecuentes la epilepsia, la esclerosis tuberosa, ceguera, sordera y neurofibromatosis entre otros.

El autismo es más frecuente en varones que en mujeres, en una proporción de uno a tres o de uno a cuatro. Además las mujeres tienden a estar más afectadas que los varones, cuando lo padecen. Todo esto nos lleva de nuevo a una explicación genética del trastorno.

Se han encontrado ciertas asociaciones entre padecer autismo y ciertos trastornos familiares como trastornos esquizoides o déficits sociales, entre otros.

2. CARACTERÍSTICAS BIOMÉDICAS, PSICOLÓGICAS, CONDUC-TUALES Y SOCIALES. DESCRIPCIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTI-COS

2.1. Generalidades

Como ya mencionamos con anterioridad, la definición del autismo ofrecida por Kanner en 1943 sigue estando vigente hoy en día, describiéndose como un trastorno que tiene perturbadas tres áreas fundamentales:

- Es un trastorno de las relaciones interpersonales.
- Conlleva problemas en la comunicación y el lenguaje.
- Rigidez mental y comportamental.

Hoy en día, todos los profesionales admiten las clasificaciones criteriales de los dos sistemas diagnósticos más consensuados; esto es, del DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (OMS, 1993), que en sus versiones más recientes clasifican al autismo dentro de los "Trastornos Generalizados del Desarrollo". Veamos los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista:

- A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):
- (1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d) Falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
 - a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestados por lo menos mediante una de las

siguientes características:

- a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- d) Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno autista.

Es obvio, que no podemos utilizar estas clasificaciones como algo rígido, ya que el diagnóstico del autismo, exige un nivel de observación riguroso de las conductas del niño, a un nivel mucho más fino y complejo.

2.2. Características específicas

A continuación enumeraremos una serie de conductas más específicas que podemos encontrarnos (o no) en personas con trastorno autista. Muchos son síntomas secundarios que no son criterios necesarios para el diagnóstico del autismo:

Lenguaje y comprensión

- Ausencia de lenguaje en algunos niños con autismo.
- Uso extraño del lenguaje (por ejemplo alteraciones sintácticas caprichosas).
- Ecolalia (tendencia a repetir de forma literal lo que oyen).
- Tendencia a comprender el lenguaje de forma muy literal.
- Inversión de pronombres personales, por ejemplo la confusión entre los pronombre "Yo" y "Tu".
- Falta de atención al lenguaje.
- Falta de relevancia de su lenguaje.
- Anomalías prosódicas.
- Anomalías pragmáticas.
- Lenguaje limitado.
- Vocalizaciones sin lenguaje.
- Retraso en el desarrollo del habla.
- Lenguaje caracterizado por su carácter memorístico y repetitivo.
- La articulación y la fonética están conservadas.
- Lenguaje hablado, pero sin carácter comunicativo.

Falta de flexibilidad y adherencia a rutinas

- Insistencia en la invariancia del ambiente.
- Rígida adherencia a rutinas.
- Un deseo ansioso y obsesivo de mantener la invariabilidad.
- Fascinación por ciertos estímulos.
- Interés por seguir patrones de comportamiento fijos.
- Deseo de conservar los objetos de una cierta manera (por ejemplo, muebles).
- Comportamiento repetitivo.
- Preocupación por sus movimientos de manos.
- Aleteo de manos.
- Dar vueltas sobre sí mismo.
- Balanceo repetitivo.
- Andar de puntillas.
- Girar objetos de forma continuada.
- Alinear juguetes u objetos obsesivamente.
- Escuchar la misma melodía musical.

Cognición y percepción

- Un síntoma asociado de primer orden lo constituye la discapacidad intelectual.
- CI medio alrededor de 50 puntos (en lugar de los 100 de la población normal).
- Tendencia a representar las realidades de forma fragmentaria (por ejemplo sólo le interesa una rueda de un coche –una parte).
- Incapacidad de percibir totalidades coherentes.
- Puede haber respuestas extrañas a estímulos sensoriales.
- Respuestas paradójicas a los estímulos auditivos.
- Fuerte rechazo a ciertos sonidos.
- Fuerte rechazo a tocar ciertas texturas.
- La tendencia de las personas con autismo a guiarse exclusivamente por impulsos internos, ignorando el entorno.
- Manifiestan ciertos rasgos de inteli-

Conducta en las relaciones sociales, factores de personalidad y de comunicación

- Ausencia de juego de ficción.
- Ausencia de mímica facial apropiada.
- No mira a los ojos.
- No responde a las personas.
- Ausencia de coorientación visual (mirar hacia donde mira otro).
- Trata a las otras personas como si fueran objetos inanimados.
- Cuando los coges, no ayudan (es como levantar un peso muerto).
- Autosuficiente, comportándose como si la gente no estuviera presente.
- Más feliz cuando se lo deja solo.
- Hiperactividad (infancia).
- Hipoactividad (adolescencia y edad adulta).
- Humor lábil.
- Autoagresividad.
- Heteroagresividad, comportamiento agresivo hacia otros (menos frecuente que la autoagresividad).
- Limitación de sus relaciones sociales.

gencia, "Islas de competencia", es decir áreas donde el niño tiene una habilidad normal o incluso extraordinaria (por ejemplo: dibujo, cálculo, fechas, música...).

- Ausencia de sonrisa social.
- Falta de respuesta a peligros reales.
- Compulsividad.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Ausencia de interés por juguetes.
- Crisis de agitación (con o sin causa aparente).
- Impulsividad.
- En los niños, rabietas.
- Rechazo a ser tocados.
- Comportamiento muy pasivo o demasiado activo y nervioso.
- Rechazo a comidas nuevas.
- Prefieren alimentos blandos.

Tabla 2. Características específicas

Nota: hemos intentado realizar una clasificación exhaustiva, con categorías lo más exclusivas posible, pero nótese como es una tarea casi imposible ya que muchas conductas pueden encajar en diferentes categorías.

Volvemos a insistir en el hecho de que estas características no se dan, ni mucho menos en todas las personas con trastorno autista, y de hecho muchas -sobre todo en el ámbito médico- no están confirmadas del todo, apareciendo discrepancias entre muchos autores.

2.3. Diagnóstico diferencial

Para diagnosticar el autismo hay que diferenciarlo de otros trastornos del desarrollo:

- Síndrome de Asperger.
- Síndrome de Rett.
- Trastorno Desintegrativo de la Infancia.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado.

2.3.1. Síndrome de Asperger

Una de las grandes controversias entre los estudiosos del autismo es si hay una diferencia cuantitativa o cualitativa con el síndrome de Asperger; esto es, si las personas con Síndrome de Asperger son autistas de nivel alto en el continuo autista o más bien, como se le categoriza oficialmente, es un trastorno diferente.

Sin entrar en la polémica, lo que está claro es que encontramos varias diferencias entre el Trastorno de Asperger y el Trastorno Autista de Kanner:

Las personas con Síndrome de Asperger, no presentan deficiencias estructurales en el lenguaje, de hecho su lenguaje es "demasiado correcto", en el sentido que parece pedante, con un vocabulario y sintaxis rebuscados. Tiene ciertas limitaciones a nivel prosódico y pragmático.

Las personas con Síndrome de Asperger tienen una inteligencia normal o superior, y frecuentemente encontramos lo que llamamos "islas de competencia", es decir áreas donde el niño tiene una habilidad normal o incluso extraordinaria (por ejemplo: dibujo, cálculo, fechas, música...).

No siendo este el lugar donde hacer una exhaustiva descripción del Síndrome de Asperger, podemos decir que salvo las dos características antes mencionadas, comparten el diagnóstico con una persona con autismo en sentido estricto; esto es, trastornos en las relaciones, inflexibilidad mental y conductual, alteraciones emocionales...

2.3.2. Síndrome de Rett

El síndrome de Rett sólo se da en niñas, además se producen alteraciones que no se dan en el autismo como desaceleración del crecimiento del perímetro craneal, pérdida de habilidades de motricidad fina ya adquiridas, aparición de movimientos poco coordinados del tronco o de la deambulación, hiperventilación o hipoventilación y estereotipias manuales características ("lavado", "retorcimiento" de manos).

Con todo esto, es casi imposible confundir el autismo tipo Kanner con el Síndrome de Rett, confundiéndose en los casos con retraso mental grave, característica típica del síndrome de Rett.

2.3.3. Trastorno Desintegrativo de la Infancia

El trastorno desintegrativo de la niñez implica la pérdida de funciones y capacidades adquiridas por el niño durante los primeros años de su vida. Supone una regresión, una vuelta a etapas anteriores que debe producirse después de los dos años y antes de los diez. Las pérdidas deben producirse en al menos dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo y receptivo, competencias sociales y adaptativas, control de esfinteres, juego y/o destrezas motoras. A diferencia del autismo, se caracteriza por una inestabilidad emocional extrema, en ocasiones acompañada de fenómenos similares a las alucinaciones y los delirios de la esquizofrenia.

2.3.4. Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado

Podemos incluir en esta categoría todos aquellos casos que no cumplen todos los criterios necesarios como para diagnosticar claramente alguno de los trastornos anteriormente descritos o cuando no se presentan de forma completa los síntomas del autismo. Incluye también lo que hemos denominado autismo atípico.

3. DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN. POSIBILIDADES DE PREVENCIÓN, DETECCIÓN TEMPRANA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Edad de comienzo, aparición de los primeros síntomas y detección del trastorno

Un niño con autismo, es en apariencia un niño normal (su aspecto físico no muestra anomalías, es un bebé que sujeta bien la cabeza, se sienta, anda -a veces tardíamente-) lo cual confiere a este trastorno un difícil diagnóstico precoz. Muchos padres sospechan cosas, tanto que algo no va bien del todo (difícultades de succión, hipotonía, pasividad, falta de interacción social, de sonrisas, ausencia de conductas anticipadoras -como levantar los brazos para ser cogido-, rechazo de alimentos, falta de interés por el juego, hipersomnia...), como que progresivamente algo va fallando. Suelen echarse la culpa, como si ellos no estuvieran educando bien a su hijo; otros explican este comportamiento aduciendo que la personalidad del niño: es así, muy tranquilo.

Dicho esto, no nos tiene que extrañar que la detección del problema, muchas

veces, la hagan las abuelas o un familiar cercano, que tiene el suficiente contacto con el niño como para poderle observar exhaustivamente -más aún que el pediatra-, y que suele tener un referente en sus propios hijos, de lo que es un desarrollo normal. En el primer año, sólo en uno de cada cuatro niños aparecen anomalías -esto se ha estudiado mediante filmaciones familiares retrospectivas-, y es dificil que éstas se detecten por parte de los padres. En el momento que empieza a deambular, se suele detectar el autismo ya que el niño tiende a alejarse de las personas. Por todo esto la mayoría de los niños son detectados en torno a los 18 meses, edad habitual de aparición de los síntomas; momento en el que las diferencias entre un niño con desarrollo normal y otro con trastorno autista son ya significativas. Hay que apuntar, que no se ha encontrado relación entre el momento de aparición del trastorno y su gravedad posterior.

Muchas veces los padres no pueden más, su aparente niño sin problemas, se les está yendo poco a poco, el niño no pide cosas, ni muestra a los demás objetos o situaciones de interés, se ha metido como en su mundo. Entre el año y los dos años hay conductas que ya llaman la atención: realizan tareas repetitivas como balancearse de forma continua, no atienden cuando se les llama, parecen sordos... El niño no dice prácticamente ninguna palabra, los síntomas son demasiado claros incluso para padres primerizos, y es hora de pensar en consultar con el pediatra, para descartar lo antes posible una sordera. Se le hacen múltiples pruebas a petición del pediatra, para descartar o detectar posibles anomalías a nivel encefálico, y pruebas psicológicas, junto con una observación sistemática por parte de los padres. En muchos casos, no es sino hasta después de los tres años cuando se les da un diagnóstico definitivo. Se comienza a aplicar un programa de tratamiento al niño, con el cual, empezará a mejorar -poco a poco- pero se irá notando. Se conseguirá que empiece a relacionarse, a pedir cosas indicando con las manos, a sonreír... Hay que decir que en los niños con problemas médicos asociados es más rápida la detección del trastorno, ya que estos síntomas son muy llamativos.

Esta forma de aparición del trastorno, precoz y progresiva, es la más común; aunque hay casos en los que la forma de aparición de los síntomas es más tardía. La llamada "regresiva" (muy escasa), se caracteriza por un patrón inverso con hipertonía, irritabilidad e hiposomnia entre otros.

3.2. Evaluación, principales instrumentos

En la evaluación, hay que partir de un diagnóstico médico preciso que incluya historial neonatal, médico-evolutivo, historia familiar, características anatómicas

como el perímetro cefálico, sensoriales, como descartar una posible sordera etc.

El paso siguiente es una evaluación psicopedagógica, la cual está amparada por múltiples cuestionarios, escalas, tests. Vamos a mencionar algunos de los más importantes.

• La Entrevista para el Diagnóstico del Autismo-Revisada (ADI-R; Le Couteur et al. 1989; Lord et al., 1993, 1997; Lord, Rutter, & Le Couteur, 1994)

Entrevista muy extensa y estructurada, para padres. Proporciona un diagnóstico dentro del DSM-IV y la CIE-10. Nos informa de gran cantidad de datos sobre la conducta actual y pasada del sujeto. Requiere una hora su administración y entrenamiento específico.

• La Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS; Schopler et al., 1998)

Escala conductual de 15 ítems, con opciones de respuesta de tipo escalar. Adecuada para la aplicación a niños mayores de 24 meses. Proporciona un diagnóstico categorial del autismo (no autista, moderado y severo). Reconocida por su fiabilidad para el diagnóstico del autismo. Su administración exige de 30-45 minutos.

• La Escala de Observación Diagnóstica del Autismo-Genérica (ADOS-G; DiLavore, Lord, & Rutter, 1995; Lord 1998; Lord et al., 1989)

Incluye la valoración de cuatro módulos de actividades dirigidas por el investigador: comunicación, interacción social recíproca, juego, conducta estereotipada... Su administración dura entre 30 y 45 minutos. Es aplicable desde niños en edad preescolar no verbal hasta autistas verbales adultos. También sigue el DSM-IV.

Todo esto no quita que, en el caso del autismo, es importantísima una observación diaria, rigurosa y sistemática de la conducta del sujeto con autismo, tarea reservada principalmente a los padres.

4. PRONÓSTICO

4.1. Curso durante la adolescencia y la etapa adulta

Durante la niñez y hasta la adolescencia, hay una progresiva y notable mejora,

sobretodo si el niño ha conseguido integrarse en la escolaridad y sigue un programa de tratamiento adecuado. El ritmo de los cambios depende mucho de la capacidad intelectual y la gravedad del trastorno. En la mayoría de los casos, la adolescencia es un periodo en el que los progresos continúan sin mayores problemas. En unos pocos casos, la adolescencia puede implicar un periodo de regresión (pérdida de aprendizajes ya alcanzados, reaparición de síntomas ya superados, crisis epilépticas, aumento de la inestabilidad emocional, agitación e hiperactividad, depresión, auto y hetero-agresividad, insomnio, trastornos alimentarios...). Los cambios corporales propios de esta etapa, no implican un inicio del deseo de tipo sexual con sus iguales, de hecho esta circunstancia se da muy raramente. Hay que decir que también una pequeña proporción de sujetos mejora significativamente en esta etapa peripuberal.

Si una persona con autismo recibe la atención adecuada, puede llegar a conseguir un grado muy aceptable de autonomía e integración en su entorno -siempre condicionado a sus posibilidades, según gravedad del trastorno, grado de retraso mental etc.- Los dos mejores predictores de cómo será la etapa adulta, son el cociente intelectual y el nivel de lenguaje comunicativo.

5. TRATAMIENTO: BUENAS PRÁCTICAS

5.1. Tratamiento médico-farmacológico

No existe de momento ningún medicamento que sea eficaz para el tratamiento de los problemas sociales del trastorno autista. Sin embargo, se utilizan fármacos para tratar determinados síntomas que pueden aparecer en un paciente concreto. Los estimulantes pueden ser eficaces en el tratamiento de la impulsividad, hiperactividad y déficit de atención. Los antidepresivos tradicionales, los estabilizadores del humor y los ansiolíticos pueden utilizarse como se hace en la población que no presenta trastorno autista. Por otro lado, el perfil de respuesta en cada individuo puede ser diferente, por lo que no es raro que el fármaco que produce buena respuesta en un paciente, no sea eficaz o sea perjudicial en otro. Otro hecho que debe considerarse es el desconocimiento que se tiene de lo efectos a largo plazo de algunos de los fármacos más nuevos. Por tanto, la continua aparición de nuevos fármacos psicotropos así como el aumento en el uso de los ya existentes sugiere que son necesarios más estudios en este sentido.

Considerando, como se acaba de comentar, que no existe ningún fármaco específico para el tratamiento del autismo, en ocasiones, los tratamientos farmacológicos se utilizan como complemento de otras intervenciones, facilitando a éstas que sean más eficaces. Esto no significa que los medicamentos deban utilizarse porque otras técnicas no hayan producido los avances esperados. A continuación, se expone un breve resumen de algunos medicamentos que se han venido utilizando, para los cuales hay suficientes evidencias experimentales de su eficacia o de su ineficacia (Tanguay, 2000).

Vitamina B6 y magnesio a dosis elevadas. Se trata de una terapia que comenzó a utilizarse a finales de los años 80. Los últimos estudios doble ciego con placebo-control han concluido que se trata de un tratamiento ineficaz para mejorar los comportamientos autistas.

Fenfluramina. Este estimulante disminuye los niveles sanguíneos de serotonina, por lo que inicialmente podría parecer útil. Se ha comprobado, que aunque disminuye ligeramente la hiperactividad no mejora otros síntomas.

Naltrexona. Su acción consiste en bloquear los receptores opioides. Hay pocos trabajos que han indicado una ligera mejoría en el comportamiento y en la hiperactividad. No se ha podido demostrar que disminuyan las conductas autolesivas.

Clonidina. Los bloqueantes beta reducen ligeramente la irritabilidad y la hiperactividad, pero no mejoran los comportamientos sociales.

Secretina. Se trata de un péptido endógeno gastrointestinal utilizado para tratar las alteraciones sociales y de comunicación. Estudios controlados no han corroborado su eficacia.

Corticoesteroides. Hay pocas evidencias de su efectividad. No se conoce su efecto a largo plazo en el desarrollo cerebral.

Antidepresivos. Inicialmente, se utilizaron imipramina y desipramina, pero dada su escasa eficacia y sus efectos secundarios de tipo cardiovascular, fueron sustituidos por la clomipramina. Este fármaco disminuye las esterotipias, agresividad e hiperactividad y presenta menos efectos secundarios. Los fármacos denominados inhibidores de la recaptación de serotonina como fluoxetina y paroxetina disminuyen la hiperactividad y los pensamientos obsesivos. Aún hay poca experiencia con este tipo de medicamentos.

Neurolépticos. Son los que más se han utilizado y entre ellos el haloperidol. Puesto que se ha visto que no son demasiado eficaces y dada la posible aparición de disquinesias tardías, su uso ha ido disminuyendo. De los nuevos neurolépticos, la resperidona es el que más se ha empleado. Disminuye la hiperactividad, impulsividad, preocupaciones obsesivas y la agresividad. Parece que también aumenta la socialización de algunos niños. Su efecto secundario más frecuente es el aumento de peso.

5.2. Tratamiento psicopedagógico

5.2.1. Terapias

Desde el descubrimiento del trastorno por Kanner en 1943, hasta mediados de los años sesenta la psicología y la psiquiatría estaban basadas en el enfoque psicodinámico, al igual que sus métodos de tratamiento. Las causas del autismo se consideraban psicógenas y el psicoanálisis trataba de resolver conflictos psicológicos de origen temprano. La experiencia demostró la ineficacia de estos tratamientos.

Durante los años sesenta comienza a producirse en la psicología un cambio en el paradigma dominante y de sus nuevos métodos terapéuticos. En un primer momento, los tratamientos conductuales y cognitivos, pusieron su mayor énfasis en la reeducación signada y vocálica. Aunque los resultados comunicativos de estos primeros tratamientos no fueron realmente significativos, a ellos les debemos una gran aportación al autismo: el desarrollo de programas individualizados de tratamiento basados en conocimientos científicos. Las técnicas de modificación de conducta iban encaminadas por un lado a extinguir conductas consideradas negativas y por otro lado a dotar al sujeto de nuevos aprendizajes. La evaluación sistemática e individualizada basándose en el análisis funcional ayudó a buscar estrategias de tratamiento para la extinción de conductas agresivas, de rabietas, y de otras conductas negativas. Las técnicas de modelado y los programas de refuerzo sirvieron para ayudar a los sujetos a adoptar nuevas formas de aprendizaje de hábitos algunos de ellos de autocuidado

5.5.2. Buenas Prácticas

No podemos dejar de mencionar los ya célebres consejos de Ángel Rivière (Asesor Técnico de APNA), donde nos presenta ingeniosamente el punto de vista y las necesidades de la persona con autismo:

¿Qué nos Pediría un Autista?

- 1. Ayúdame a comprender. Organiza mi mundo y facilitame que anticipe lo que va a suceder. Dame orden, estructura, y no caos.
- No te angusties conmigo, porque me angustio. Respeta mi ritmo. Siempre
 podrás relacionarte conmigo si comprendes mis necesidades y mi modo
 especial de entender la realidad. No te deprimas, lo normal es que avance y me desarrolle cada vez más.
- 3. No me hables demasiado, ni demasiado deprisa. Las palabras son "aire" que no pesa para ti, pero pueden ser una carga muy pesada para mí. Muchas veces no son la mejor manera de relacionarte conmigo.
- 4. Como otros niños, como otros adultos, necesito compartir el placer y me gusta hacer las cosas bien, aunque no siempre lo consiga. Hazme saber, de algún modo, cuando he hecho las cosas bien y ayúdame a hacerlas sin fallos. Cuando tengo demasiados fallos me sucede lo que a ti: me irrito y termino por negarme a hacer las cosas.
- 5. Necesito más orden del que tú necesitas, más predictibilidad en el medio que la que tú requieres. Tenemos que negociar mis rituales para convivir.
- 6. Me resulta dificil comprender el sentido de muchas de las cosas que me piden que haga. Ayúdame a entenderlo. Trata de pedirme cosas que puedan tener un sentido concreto y descifrable para mí. No permitas que me aburra o permanezca inactivo.
- 7. No me invadas excesivamente. A veces, las personas sois demasiado imprevisibles, demasiado ruidosas, demasiado estimulantes. Respeta las distancias que necesito, pero sin dejarme solo.
- 8. Lo que hago no es contra ti. Cuando tengo una rabieta o me golpeo, si destruyo algo o me muevo en exceso, cuando me es dificil atender o hacer lo que me pides, no estoy tratando de hacerte daño. ¡Ya que tengo un problema de intenciones, no me atribuyas malas intenciones!
- 9. Mi desarrollo no es absurdo, aunque no sea fácil de entender. Tiene su propia lógica y muchas de las conductas que llamáis "alteradas" son for-

- mas de enfrentar el mundo desde mi especial forma de ser y percibir. Haz un esfuerzo por comprenderme.
- 10. Las otras personas sois demasiado complicadas. Mi mundo no es complejo y cerrado, sino simple. Aunque te parezca extraño lo que te digo, mi mundo es tan abierto, tan sin tapujos ni mentiras, tan ingenuamente expuesto a los demás, que resulta difícil penetrar en él. No vivo en una "fortaleza vacía", sino en una llanura tan abierta que puede parecer inaccesible. Tengo mucha menos complicación que las personas que os consideráis normales.
- 11. No me pidas siempre las mismas cosas ni me exijas las mismas rutinas. No tienes que hacerte tú autista para ayudarme. ¡El autista soy yo, no tú!
- 12. No sólo soy autista. También soy un niño, un adolescente, o un adulto. Comparto muchas cosas de los niños, adolescentes o adultos a los que llamáis "normales". Me gusta jugar y divertirme, quiero a mis padres y a las personas cercanas, me siento satisfecho cuando hago las cosas bien. Es más lo que compartimos que lo que nos separa.
- 13. Merece la pena vivir conmigo. Puedo darte tantas satisfacciones como otras personas, aunque no sean las mismas. Puede llegar un momento en tu vida en que yo, que soy autista, sea tu mayor y mejor compañía.
- 14. No me agredas químicamente. Si te han dicho que tengo que tomar una medicación, procura que sea revisada periódicamente por el especialista.
- 15. Ni mis padres ni yo tenemos la culpa de lo que me pasa. Tampoco la tienen los profesionales que me ayudan. No sirve de nada que os culpéis unos a otros. A veces, mis reacciones y conductas pueden ser difíciles de comprender o afrontar, pero no es por culpa de nadie. La idea de "culpa" no produce más que sufrimiento en relación con mi problema.
- 16. No me pidas constantemente cosas por encima de lo que soy capaz de hacer. Pero pídeme lo que puedo hacer. Dame ayuda para ser más autónomo, para comprender mejor, pero no me des ayuda de más.
- 17. No tienes que cambiar completamente tu vida por el hecho de vivir con una persona autista. A mí no me sirve de nada que tú estés mal, que te encierres y te deprimas. Necesito estabilidad y bienestar emocional a mi

- alrededor para estar mejor. Piensa que tu pareja tampoco tiene culpa de lo que me pasa.
- 18. Ayúdame con naturalidad, sin convertirlo en una obsesión. Para poder ayudarme, tienes que tener tus momentos en que reposas o te dedicas a tus propias actividades. Acércate a mí, no te vayas, pero no te sientas como sometido a un peso insoportable. En mi vida, he tenido momentos malos, pero puedo estar cada vez mejor.
- 19. Acéptame como soy. No condiciones tu aceptación a que deje de ser autista. Sé optimista sin hacerte "novelas". Mi situación normalmente mejora, aunque por ahora no tenga curación.
- 20. Aunque me sea difícil comunicarme o no comprenda las sutilezas sociales, tengo incluso algunas ventajas en comparación con los que os decís "normales". Me cuesta comunicarme, pero no suelo engañar. No comprendo las sutilezas sociales, pero tampoco participo de las dobles intenciones o los sentimientos peligrosos tan frecuentes en la vida social. Mi vida puede ser satisfactoria si es simple, ordenada y tranquila. Si no se me pide constantemente y sólo aquello que más me cuesta. Ser autista es un modo de ser, aunque no sea el normal. Mi vida como autista puede ser tan feliz y satisfactoria como la tuya "normal". En esas vidas, podemos llegar a encontrarnos y compartir muchas experiencias.

Tabla 3. Consejos de Ángel Rivière (Asesor Técnico de APNA).

A continuación enumeraremos algunas buenas prácticas que, en todos los ámbitos del trastorno (organización, personalidad, lenguaje, comunicación, relaciones sociales, educación...), se consideran, aunque no siempre con unanimidad, positivas para padres, psicopedagogos y demás:

- La intervención debe ser individualizada y focalizada, adaptada a las características concretas del niño.
- Lo antes posible, hay que hacerle un diagnóstico médico.
- Es esencial ponerse en contacto con asociaciones, padres y demás.

- El tratamiento de los propios padres y hermanos es muy importante, ya que pasarán por etapas propias de una situación traumática.
- Es importante incidir en mejorar en lo posible la motivación.
- Procura estructurar su mundo lo más posible, que sea predecible, contingente.
- Ten mucha paciencia ya que los progresos son muy lentos, ten en cuenta el gran esfuerzo que realiza.
- Evita entornos ruidosos, bulliciosos, hiperestimulantes.
- Dirige lo más posible su conducta, no le presiones esperando su iniciativa en las acciones.
- Procura utilizar un lenguaje sencillo y claro, apoyado por gestos y señales precisas.
- Procúrale medios de apoyo, sobretodo para la comunicación (v. g. enseñarle lenguaje de signos).
- Cuando se aísle, trata de atraerle con sutileza hacia un grupo de relación.
- A veces parece mal intencionado, cuando no es así (no es que no quiera, es que no puede).
- Utiliza como refuerzo y acercamiento aquellas cosas que espontáneamente le gustan y le motivan.
- Incidir en la mejora de las habilidades sociales.
- Jerarquizar los objetivos en lo que al lenguaje se refiere.
- Avisa a los demás que aunque su aspecto sea normal, en realidad tiene una deficiencia.
- Utiliza refuerzos naturales, en contextos no artificiales.
- Refuerza sus intentos de comunicación aún cuando no sean correctos del todo.
- Escucha todas las opiniones, y elige la más adaptada al niño concreto ya que no todos los tratamientos son buenos para todos los niños.

- Ni la integración en el colegio, ni la no integración son por obligación adecuadas. La elección depende de muchos factores (el nivel intelectual del niño, los medios del centro educativo, grado de desarrollo de la comunicación, enfermedades asociadas...).
- Sustituye las conductas disfuncionales por otras funcionales (no eliminarlas, sustituirlas).
- Negocia, pon límites a esas conductas por ejemplo obsesivas que hace (por ejemplo: ordena sus cds, pero sólo media hora al día).
- En la enseñanza del lenguaje, no variar más de una dimensión a la vez.
- La estrategia de aprendizaje de ensayo y error no es efectiva, es mejor aprender despacio y bien desde el principio.
- Vete poco a poco ayudándole menos, fomentando su independencia.
- Procura evitar un exceso de medicación.
- No le compares con los niños normales, como un hermano por ejemplo.
- Evita entornos desordenados y complejos.
- Su capacidad viso-espacial suele estar intacta, así que un dibujo es una manera de enseñar muy adecuada.
- No intentes enseñarle actividades que en el futuro no serán funcionales para él.
- Garantizar el empleo consistente de las habilidades que ya tiene en su repertorio.
- Intenta generalizar lo más posible a entornos diferentes, personas, situaciones.

Tabla 4. Algunas buenas prácticas recomendadas.

6. RECURSOS

6.1. Bibliografía

Acosta, M.T. y Pearl, P.L. (2003). The neurobiology of autism: new pieces of the puzzle. En *Current Opinion in Neurology and Neuroscience Report*, Vol. 3, 2: 149-56.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4ª Edición. Barcelona: Masson.

Attwood, T. (2002). El síndrome de Asperger: "una guía para la familia". Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Baird, Guillian et al. (1998). *El tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I. y cols. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. En *Psycological Medicine*, 25: 63-77.

Baron-Cohen, S.; Bolton, P. (1998). Autismo: una guía para padres. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Bettelheim, B. (2001). La fortaleza vacía: autismo infantil y el nacimiento del vo. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the group of schizophrenics*. Nueva York: International Universities Press.

Coleman, M.; Gillberg, Ch., et al. (1989). *Autismo, el: Bases Biológicas*. Ediciones Martínez Roca, S.A.

Cook, E.H. y Leventhal, E.L. (1996). The serotonin system in autism. En *Current Opinion in Pediatrics*, 8: 348-54.

Cuxart, F. (2000). *El autismo: aspectos descriptivos y terapéuticos*. Ediciones Aljibe.

De Myer, Marian K.(1983). Autismo: padres e hijos. Editorial Marfil, S.A.

Diaz, F. (2001). Bases biológicas del autismo y tratamientos farmacológicos. En *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 1: 18-30.

Díez Cuervo, A. et al. (1997). El autismo, hoy. Centro de Profesores de Burgos.

Ferrari, P. (2000). El autismo infantil. Editorial Biblioteca Nueva, S.L.

Frith, U. (2003). Autismo: hacia una explicación del enigma. Alianza Editorial, S.A.

Garanto Alós, J. (1990). El Autismo. Editorial Herder, S.A.

Garanto Alós, J. (1994). Epidemiología de la psicosis y autismo. Amarú Ediciones.

García, A., Gómez, J., Gutiérrez, M.T. y Puche, A. (2001). Formación y ampliación de clases de equivalencia aplicadas al tratamiento de un niño autista. En *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 27, 114: 649-69.

García Villamisar, D.; Polaino-Lorente, A. (2000). El autismo y las emociones: nuevos hallazgos experimentales. Editorial Promolibro.

García Sánchez, J. N. (1992). Autismo. Editorial Promolibro.

Harris, S. L. (2000). Los hermanos de niños con autismo: su rol específico en las relaciones familiares. Narcea, S.A. de Ediciones

Happe, F. (1998). Introducción al autismo (1998). Alianza Editorial, S.A.

Herrero Navarro, J. M., et al.(1992). *Glosario de signos para alumnos con autismo y otras alteraciones*. Centro de Profesores de Madrid-Centro.

Hobson, R. P. (1995). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Alianza Editorial, S.A.

Janetzke, Hartmot R. P. (1996). El autismo. Acento Editorial.

Lewis, V. (1991). Desarrollo y déficit, ceguera, sordera, déficit motor, síndrome Down, autismo. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Martos Pérez, J.; Rivière, A. (2001). *Autismo: comprensión y explicación actual*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Medina Fernández, M.C.; Vázquez Bejarano, C.; Mansilla Romero, M.T.. (1996). *Autismo: hacia la recuperación afectivo-social a través de terapia asistida por animales*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Parquet, Ph.J. (1992). Autismo: cuidados, educación y tratamiento. Masson, S.A.

Rivière, A. (2001). Autismo: orientaciones para la intervención educativa. Editorial Trotta, S.A.

Russell, J.(2000). El autismo como trastorno de la función ejecutiva. Editorial Médica Panamericana, S.A.

Stanton, M.(2002). Convivir con el autismo: una orientación para padres y educadores. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Sobrón Salazar, I.(1996). *Intervención de conductas en casos de autismo*. Universidad de Salamanca. Ediciones Universidad Salamanca.

Suárez Piñero, M.; Martos Pérez, J.; Candelas Martínez Díaz, J. (2002). *Autismo: un enfoque para logopedas y terapeutas del lenguaje*. Editor: Fundación Verbum para el Lenguaje y la Comunicación.

Tallis, J.; Rodulfo, M.; Redoiras, J.C. (1998). *Autismo infantil: lejos de los dogmas*. Miño y Dávila Editores.

Tustin, Frances. (1994). Autismo y psicosis infantiles. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Verdugo Alonso, M.A.; Canal Bedia, R.(1993). El autismo 50 años después de Kanner (1943). Amarú Ediciones.

Williams, Ch. (2000). Código de buenas prácticas para la prevención de la violencia y los abusos hacia las personas con autismo. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Wing, L. (1998). El autismo en niños y adultos: una guía para la familia. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Wing, L., et al. (1989). Autismo infantil: aspectos médicos y educativos. Santillana, S. A.

Zappella, M. (1992). No veo, no oigo, no hablo: el autismo infantil. Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

6.2. Páginas Web

A continuación mostramos algunas páginas que encontramos en la Web, de las muchas que hay. Recomendamos explorarlas detenidamente, ya que dan información útil y actualizada, nos ponen en contacto con familiares e instituciones, y tienen múltiples enlaces con otras páginas de interés.

http://www.autismo.com

http://www.apna.es

http://www.autismoespana.com

http://cisat.isciii.es/er/

http://www.hon.ch/HONselect/RareDiseases/index sp.html

http://www.ncbi.nlm.nih.gov

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=209850

http://www.ninds.nih.gov/health_and_medical/pubs/autismo.htm

http://www.cermi.es

6.3. Organizaciones

El número de asociaciones es, felizmente, inabarcable en este capítulo, así que sin menosprecio de todas las demás, hemos escogido las que, en principio, son mayoritarias. Dicho esto, consideramos imprescindible, ponerse en contacto con la más cercana a su domicilio. En la siguiente dirección se puede encontrar un listado exhaustivo de las mismas:

http://iier.isciii.es/autismo

Por ese motivo no las listamos en este apartado. Tambien puede optenerse información en las federaciones de FEAPS.

7. FICHA RESUMEN

7.1. ¿Qué es el Autismo?

El autismo es un Trastorno Generalizado del Desarrollo, considerado grave por la incapacitación que produce. Es muy heterogéneo dando lugar a muchas diferencias intersujetos. Principalmente es un trastorno de tres áreas principales; esto es, un trastorno de las relaciones interpersonales, problemas en la comunicación y el lenguaje y rigidez mental y comportamental.

7.2. ¿Cómo se detecta?

El pediatra o más habitualmente un familiar cercano, detecta conductas como aislamiento, falta de sonrisa social, problemas de succión, pero sobretodo, nulo o escaso desarrollo del lenguaje o la interacción social del niño.

7.3. ¿A cuántas personas afecta?

En sentido estricto a 4-5 de cada 10.000, pero incluyendo todo el espectro autista a 10 de cada 10.000 nacimientos o incluso más.

7.4. ¿Dónde me puedo informar?

Recomendamos empezar por http://iier.isciii.es/autismo, en la sección de "Preguntas frecuentes".

7.5. ¿Cómo es el futuro de estas personas?

El autismo es un trastorno que incapacita de por vida, aunque con el tratamiento adecuado se puede normalizar la vida de estas personas en gran medida. También hay que decir que necesitarán asistencia a lo largo de toda su vida ya que sólo un pequeño porcentaje llega a una vida plenamente autónoma.