



Universidad de La Laguna
FACULTAD DE EDUCACIÓN

**EXPLORANDO LA EVALUACIÓN Y EL DIAGNÓSTICO
DEL TEA A LO LARGO DE LAS DÉCADAS**

Autora:

Lucía María Trives Lezcano

Grado en Maestro en Educación Primaria,

Universidad de La Laguna

2024: Trabajo Fin de Grado

Tutorizado por:

María Candelaria Martín González

Mayo 29, 2024

ÍNDICE

Resumen	1
Palabras clave.....	4
Abstract.....	4
Keywords.....	5
Leo Kanner y Hans Asperger	5
Concepto NEAE	9
Concepto TEA	10
Características TEA.....	13
Tipos de TEA.....	17
La historia del Autismo	20
Características de los niños con TEA en los años 40.....	26
Criterios que establecieron que definían el autismo.....	28
DSM-5	32
Evaluación y diagnóstico del TEA en el contexto escolar	37
Conclusiones	40
Referencias	43

Resumen

A lo largo de la historia han existido personas que en su día a día demandan unas necesidades más específicas que otras. En otras décadas el tratamiento hacia las personas que presentaban una NEAE variaba dependiendo de la época y la cultura pero históricamente, las personas con necesidades específicas se han tenido que enfrentar a la discriminación, estigma y a la falta de acceso a oportunidades tanto educativas como sociales.

En el pasado muchas sociedades tenían una percepción negativa hacia las personas con otras necesidades, las consideraban inútiles, inferiores o peligrosas, es por ello que en términos educativos la atención a las NEAE era casi inexistente. Al existir tanta ignorancia sobre el tema, las escuelas no estaban equipadas para atender las necesidades de estos alumnos y en la mayoría de casos la solución era separar a los alumnos en otras aulas a parte donde se les enseñaba un nivel inferior y se les quitaba el privilegio de poder llegar a integrarse con el resto de sus compañeros o directamente no se les daba esta oportunidad sino que quedaban excluidos del sistema educativo, privándoles así de las oportunidades que podrían tener si estuvieran incluidos en la escuela y en la sociedad.

A medida que ha avanzado la comprensión de las diferentes necesidades específicas que puede llegar a tener un alumno los recursos, los métodos y herramientas han evolucionado significativamente. A día de hoy nos encontramos en otro punto, existe más información para abordar la situación, la inclusión educativa ha avanzado y ya no se mira para otro lado cuando nos encontramos con niños con NEAE, por el contrario se les presta más atención y se utilizan más recursos para poder trabajar mejor con ellos. Se busca proporcionar el apoyo individualizado al estudiante sin tener en cuenta sus habilidades para que tengan la oportunidad de poder aprender y desarrollarse plenamente en el entorno educativo.

Observaremos y comentaremos la evolución de las diferentes métodos y herramientas que se han utilizado a lo largo de las décadas para identificar y evaluar el Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los alumnos. Para comprender cómo es posible que a día de hoy se tenga tanta información, tantos recursos, herramientas y métodos para identificar esta NEAE es importante que investiguemos el pasado, así descubriremos qué metodologías se llevaban a cabo antiguamente y cómo ha evolucionado el proceso de la identificación de las NEAE, del TEA en este caso ,concretamente.

Palabras clave

NEAE, estigma, oportunidad, exclusión, recursos, métodos, herramientas, TEA, información y evolución.

Abstract

Throughout history there have been people who in their daily lives have more specific needs than others, in other decades the treatment of people with SEN varied depending on the time and culture, but historically , people with specific needs have had to face discrimination, stigma and lack of access to educational and social opportunities.

In the past, many societies had a negative perception of people with other needs, considering them useless, inferior or dangerous, which is why in educational terms attention to SEN was almost non-existent. Because there was so much ignorance on the subject, schools were not equipped to cater for the needs of these students, in most cases solution was to separate the students into separate classrooms where they were taught at a lower level and where deprived of the privilege of being able to integrate with the rest of their peers or directly were not given this opportunity at all and were excluded from the education system, thus depriving them of the opportunities they could have if they were included in school and in society.

As the understanding of the different specific needs that a student may have has advanced, the resources, methods and tools have involved significantly, today we are at a different point, there is more information to address the situation, educational inclusion has advanced and we no longer look the other way when we find children with SEN, on the contrary, more attention is paid to them and more resources are used to work better with them, the aim is to provide individualized support to the student regardless of their abilities so that they have the opportunity to learn and develop fully in the educational environment.

We will observe and comment on the evolution of the different methods and tools that have been used over the decades to identify and evaluate the Autism Spectrum Disorder (ASD) in students, to understand how it is possible that today we have so much information, so many resources, tools and methods to identify this SEN, it is important that we investigate the past, so we will discover what methodologies were carried out in the past and how the process of identification of SEN has involved, in this case, the ASD specifically.

Keywords

SEN, stigma, opportunity, exclusion, resources, methods, tools, ASD, information and evolution.

1.1 Leo Kanner y Hans Asperger

Antes de comenzar a hablar sobre los métodos y herramientas utilizados para identificar y evaluar las NEAE , concretamente los alumnos con TEA en el método escolar es importante hablar de las personas que hicieron posible que a día de hoy exista mucha información sobre el tema y que

gracias a ellos se ha podido avanzar tanto en las investigaciones acerca de estas necesidades específicas que presentan algunas personas.

Concretamente hablaremos de dos hombres que otorgaron al mundo las primeras descripciones consolidadas como relevantes sobre lo que actualmente conocemos como “Trastornos del espectro Autista “ (TEA), Leo Kanner (1894) y Hans Asperger (1906).

Leo Kanner fue un psiquiatra austriaco conocido como uno de los hombres que más información ha descubierto respecto a los trastornos del espectro autista. Después de escribir algunos artículos sobre salud mental pasó a ser parte de un servicio de psiquiatría infantil en el cual posteriormente pasaría a ser el fundador del primer departamento académico de psiquiatría infantil. Gracias a esto consiguió escribir su primer manual que pasaría a la historia llamado *Child Psychiatry (1935)*, traducido a español como *Psiquiatría infantil*.

Leo Kanner (1943) definió el autismo cuando estudió a un grupo y llegó a la conclusión de que se trataba de un grupo pequeño de niños que demostraron tener una tremenda indiferencia hacia los demás. Este grupo de niños tenía problemas con el contacto afectivo, presentaban una inflexibilidad conductual y su comunicación era anormal.

Cuando sus estudios se extendieron a América y Europa hubieron malas interpretaciones en el concepto de autismo, se llegó a diagnosticar con autismo a muchas personas que presentaban un retraso mental con algún síntoma raro y se extendió el rumor de que el autismo era debido a factores emocionales relacionados con el vínculo materno, esto le llevó a escribir su famoso libro *En defensa de las madres. Cómo educar a los niños a pesar de los psicólogos más celosos* (Leo Kanner, 1950) ya que Kanner no soportaba escuchar palabras como “rechazo materno, regresión, inferioridad, etc”.

En el artículo *Autistic Disturbances of Affective Contact* (Leo Kanner, 1943) , *Trastornos autistas del contacto afectivo* en español , Leo Kanner presentó 11 casos de diferentes personas con autismo y remarcó que la base de este trastorno es “La incapacidad innata de algunos niños para

relacionarse con otras personas”. Comentaba que estos niños que eran tan distantes al resto que se merecían tener la oportunidad de relacionarse con los demás y entrar en el mundo , “descongelarse” (Leo Kanner 1943).

En este momento Kanner pensaba que algunas dificultades que presentaban estos niños era debidas a que sus progenitores eran demasiado estrictos y fríos, es decir llegó a la conclusión de que estos niños eran y actuaban de esta manera porque sus padres eran distantes y rígidos con ellos lo cual fue una polémica ya que al declarar esto estigmatizó a los padres al denominarlos como “refrigerados” , refiriéndose a que eran demasiado rígidos e inflexibles.

Otro bache que hubo en la investigación de Kanner por el autismo fue por comentar que el autismo y el estatus socioeconómico superior estaban relacionados, ¿por qué? Kanner decía que cuando un niño se encontraba en la clase alta donde se leía, escuchaba música y habían estudios superiores por otra parte significaba que los niños recibían menos afecto por parte de sus padres, en esta época Kanner recibía en su consulta a familias con poder económico y coincidía en que el estar en una buena posición económica y poder permitirse lujos de la época quería decir que la relación entre los padres y sus hijos era más distante y que los niños apenas recibían afecto.

Poco a poco los pensamientos de Kanner fueron evolucionando y le fue dando más importancia a la naturaleza biológica del espectro. Kanner luchó por darles visibilidad a las personas que presentaban este trastorno, se preocupó por lo mal que se les trataba por ser diferentes a los demás, por tener otra manera de relacionarse, de empatizar y de expresarse. Se sumó a buenas causas para acabar con trabajos de semiesclavitud que se le otorgaban a estas personas, también se opuso a que en esta época la Alemania nazi quería practicar la eutanasia en la gente que presentaba este trastorno en beneficio para la sociedad.

En ciertos momentos de su carrera Kanner estuvo equivocado, pero más adelante rectificó sus errores y mundialmente se convirtió en una persona que le puso nombre a un trastorno y fue capaz de poder identificar a la gente que lo presentaba, dando una serie de características que todos compartían y haciendo una investigación a fondo de los diferentes tipos de autismo. Gracias a él la gente con este trastorno empezó a ser escuchada por médicos y les empezaron a prestar atención, a estudiarlos y a diagnosticarlos.

Por otro lado nos encontramos con el psiquiatra y pediatra Hans Asperger (1906) conocido como otros de los hombres que ha aportado información sumamente importante sobre el autismo. Kanner y Asperger (1944) utilizaban el término del autismo como “psicopatía autista” y , aunque Asperger no sabía de la existencia de Kanner ni viceversa, cuando Asperger recogió datos sobre unas personas que podrían tener autismo hubieron unas coincidencias bastantes grandes. Hans decía que estas personas presentaban falta de empatía, no eran muy sociables, les costaba comunicarse verbalmente o no lo hacían, interés solo por ciertos temas y mala coordinación. Podemos observar que ambos conocían a la perfección el autismo, se habían dedicado a realizar investigaciones recopilando información a través de pruebas con diferentes personas y los dos habían llegado a conclusiones muy parecidas , por no decir idénticas de las características principales del autismo.

Aunque se encontraban en la Alemania nazi, Asperger era muy destacado por defender y darles su lugar a estos ciudadanos como cualquier otra persona de la época lo merecía. Hacía hincapié en la integración tanto social como laboral de estas personas, es otro de los factores con los que coincidía con Kanner. Reclamaba a los docentes que se obtendrían mejores resultados si trabajasen más con estos niños, a través de la comprensión de sus intereses, para de esta manera poder trabajar a partir de lo que les motiva y así poder desarrollar sus habilidades.

Asperger no era muy conocido hasta que le tradujeron su libro del alemán al inglés (1981), cuando se publicó la traducción en inglés se empezó a extender el conocimiento que se tenía sobre el síndrome, lo que hizo que tiempo después se conociera el famoso “Síndrome de Asperger”. Gracias a esto y la expansión que hubo sobre el diagnóstico, posteriormente se conocería el concepto TEA que englobaría dentro de él ,el síndrome de Asperger.

Concepto NEAE

Las necesidades específicas de apoyo educativo o NEAE engloban las NEE (Necesidades Educativas Especiales) que se requieren durante un período o durante toda la escolarización de los alumnos. Dentro de las NEE podemos encontrar (Gobierno de Canarias , 2023):

Necesidades educativas especiales (NEE) :

- Por discapacidad: puede ser intelectual, motórica, visual o auditiva.
- Por trastornos graves de conducta (TGC): como alteraciones mentales severas (psicosis y esquizofrenias), alteraciones emocionales (ansiedad / depresión) y alteraciones del comportamiento (trastornos conductuales negativista desafiante, disocial, de la Tourette y otros tics graves)
- Por trastorno generalizado del desarrollo (TGD): el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Las Necesidades Específicas de Apoyo Educativo (NEAE) engloban:

- Las NEE.
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por dificultades específicas de aprendizaje (DEA): cuando una persona presenta dislexia, disgrafía, discalculia o dificultades específicas del desarrollo del habla y lenguaje.
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por trastornos por déficit de atención o hiperactividad (TDAH).
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por especiales condiciones personales o de historia escolar (ECOPHE).
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por incorporación tardía al Sistema Educativo (INTARSE).
- Necesidades Específicas de Apoyo Educativo por altas capacidades Intelectuales (ALCAIN): podemos encontrarnos con sobredotados, superdotados o con talento académico, artístico, simple, complejo o mixto.

Concepto TEA

Cuando hablamos de las siglas TEA hacemos referencia al trastorno del espectro autista.

El autismo es un trastorno del Neurodesarrollo, es una desviación de cómo el cerebro se desarrolla, en este sentido, el cerebro de una persona con autismo es diferente a nivel estructural (en las radiografías se observa el cerebro de forma diferente) y a nivel funcional (funciona de manera diferente, resuelve tareas y procesa información de distinta manera).

El TGD son las siglas bajo las cuales se habla de Autismo, este trastorno afecta de manera generalizada y prolongada a un niño durante su desarrollo.

Cuando se habla de Autismo nos centramos en tres cosas principales que se encuentran alteradas; la primera se trata de todo lo que tiene que ver con una interacción social recíproca, la segunda es todo lo que se refiere a la comunicación(el trastorno puede afectar al lenguaje, existen casos en los que los niños no hablan) en general este espectro siempre tiene una particularidad en el lenguaje y hay una gran dificultad de lo que es la decodificación de la comunicación no verbal y por último tenemos el tercer factor que tiene que ver con todos los patrones o conductas que son repetitivos o restringidos.

Dentro del Autismo hay niños que tienen unos niveles cognitivos, de lenguaje y de severidad. Los niveles cognitivos son muy diferentes, hay algunos que son muy inteligentes u otros que pueden presentar un retraso mental, también hay distintos niveles de lenguaje, desde niños que no hablan hasta otros que tienen un nivel altísimo y distintos niveles de severidad en el trastorno (Dra. Piedad Jaramillo, 2023)

El autismo es causado por un desarrollo anómalo del cerebro. Se apuntan 3 tipos diferentes de causas del autismo (Dra. Piedad Jaramillo, 2023) ; causas genéticas, causas ambientales y causas neurológicas. En cuanto a las causas genéticas, se tiene el conocimiento de que al menos 800 genes están relacionados con el autismo, por eso este espectro se considera tan amplio aunque a día de hoy se siguen realizando estudios porque no se conoce del todo. Lo que sí se conoce es que por ejemplo en gemelos o en mellizos hay un 90% de probabilidades de que si uno de los dos desarrolla autismo hay bastantes posibilidades de que el otro lo desarrolle. En el ámbito familiar se cree que hay por lo menos un 5% de posibilidades de que un segundo hijo desarrolle autismo si alguno de sus hermanos o hermanas mayores lo padecen.

Respecto a las causas ambientales, aún hay una falta de estudios enorme pero se cree que existen unas 200 sustancias químicas que pueden afectar al desarrollo del autismo a través de lo que bebemos, lo que comemos y lo que respiramos, este tipo de sustancias químicas cuando se consume

una dosis muy grande, podría dar pie a desarrollar este tipo de malformaciones en el cerebro o malformaciones del cerebro anómalas.

Por último se encuentran 3 causas neurológicas por las que se podrían desarrollar el autismo. La primera es por la conexión rápida o lenta de las neuronas, por ejemplo algunas personas autistas tienen hiperconectividad, es decir hiperactividad que pasa cuando hay muchas conexiones y muy rápidas entre las neuronas y en otras personas puede haber hiperconectividad, es decir hay pocas conexiones o muy lentas. Otra causa sería por el volumen cerebral, se dice que a las personas con autismo el cerebro les crece y se les desarrolla de una manera más grande. La última causa trata sobre que hay áreas del cerebro en las personas con autismo que se desarrollan de una manera más lenta. Dentro de estas causas neurológicas se podría añadir los factores durante el embarazo, por ejemplo si la madre ha sido adicta a alguna sustancia, si ha pasado por alguna infección que haya podido alterar el organismo, etc. Estas exposiciones a este tipo de infecciones o drogas pueden dar lugar a desarrollar autismo, pero a día de hoy los estudios siguen siendo muy limitados. (Eliana Muñoz, 2021).

Tomás Ortiz (s.f.), un paciente con TEA, afirma:

“El autismo es una condición. Hay cosas que nos cuestan, no es que nos falte sino que hacemos las cosas de otra manera, hay niños que al desarrollar sus gustos o preferencias, si lo desarrollan bien pueden crear habilidades maravillosas. Por ejemplo mi habilidad es el dibujo”.

Este niño nos cuenta una realidad de las personas con TEA y una característica importante y es que tienen preferencias y gustos muy específicos y cuando los desarrollan se pueden convertir en maestros sobre el tema. La mente autista procesa la información de manera diferente a la neurotípica. Un estudio (Baron-Cohen et al., 2009) comenta que la asociación entre el autismo y el talento comienza primero a nivel sensorial e incluye una gran atención al detalle y un estilo cognitivo llamado hiper-sistematización. Los autores explican esta sistematización como “el reconocimiento de patrones repetitivos” en los estímulos o la necesidad que tienen de analizar y construir sistemas. Es por ello que

no nos debemos sorprender cuando un niño con autismo tiene un interés especial de forma un poco diferente a la de otros niños. Gracias a estas diferencias los niños con TEA pueden descubrir la clave para liberar sus potenciales.

Algunos de los intereses especiales con los que nos podemos encontrar en niños con TEA podrían ser:

- Matemáticas
- Mapas
- Historia
- Astronomía
- Videojuegos

1.4 Características del TEA

Se trata de un abanico muy grande cuando nos referimos a las características que pueden presentar los niños con TEA , cada niño es un mundo y puede haber miles de combinaciones, pero estas son algunas de las características principales que suelen presentar los niños con este espectro.

Refiriéndonos a las destrezas de comunicación e interacción sociales algunas características que caracterizan a los niños con TEA son:

- No responde cuando lo llaman por su nombre (desde los 9 meses).
- No muestra expresiones faciales de felicidad, tristeza, enfado , sorpresa (desde los 9 meses).
- Evita mirar a los ojos o no mantiene el contacto visual.
- Retraso en las habilidades del habla y del lenguaje
- Les cuesta comprender las intenciones de las demás personas.

- La percepción y expresión de sus sentimientos es diferente a los demás.
- Hacen poco uso de los gestos.
- No interesarse por el juego con otros niños, dificultad en juegos sociales.
- Dificultad para hacer amigos
- Problemas sensoriales(ruidos, luces, texturas...)

A parte de poder presentar estas características, los niños que tienen TEA suelen tener conductas o intereses repetitivos, algunos de ellos pueden ser:

- Agitar las manos, balancearse, dar vueltas, saltos(estereotipias o autoestimulación)
- Alinear juguetes.
- Repetición de distintos sonidos, palabras, frases(ecolalias).
- Obsesionarse por ciertos intereses.
- Irritación ante ciertos estímulos.
- Tener la necesidad de descalzarse o desnudarse.
- Caminar de puntillas.

Los niños suelen realizar estas estereotipias porque les ayudan a volver a la calma en una situación que ellos no tienen controlada, al realizar estos movimientos repetitivos los niños encuentran un poco de orden y estabilidad ,se trata de una especie de “ritual” de relajación a través del cual los niños tratan de calmarse y regularse ante diferentes situaciones, por ejemplo cuando tiene una saturación de estímulos alrededor o por el contrario cuando no tienen ningún tipo de estímulo, hacen estos movimientos para estimularse lo suficiente y poder llegar a tener todo bajo control, esto puede salvarlos de llegar a un punto de crisis, es por ello que esta autoestimulación es muy necesaria para ellos.

Cuando hablamos de ecolalias nos referimos a la repetición que realizan los niños de palabras, sonidos o frases que ha escuchado con anterioridad, puede venir de cualquier sitio, de algún dibujo animado que le guste, de escucharlo en el colegio, en casa...La ecolalia puede ser inmediata(cuando repite algo que acaba de escuchar) o puede ser diferida(cuando repite algo que ha escuchado hace tiempo).Esto lo hacen para recordar cosas que les resultan familiares y que les hacen sentir bien, puede tener una finalidad de autorregulación.

Dentro de las ecolalias nos encontramos con dos grandes tipos(Nestor Beltrán García, 2023):

- Ecolalia funcional: se da cuando el niño repite una cosa para expresar una necesidad o una idea con intención de comunicar algo , hay una finalidad detrás de esa repetición.
- Ecolalia no funcional: se da cuando no hay ningún tipo de intención ni necesidad de comunicar nada, detrás de esta repetición no hay ninguna finalidad, lo suelen hacer para autoestimularse o para regularse, estas suelen ir unidas con otras estereotipias como pueden ser saltos , aleteos, giros...

Sean las ecolalias funcionales o no , éstas son muy útiles para los niños porque les sirven o para comunicarse o para regularse.Al repetir palabras o frases lo que consiguen es que, repitiéndolas le hace sentir que tienen la situación controlada .

Por otro lado las personas con TEA son muy propensas a irritarse ante ciertos estímulos como pueden ser algunos sonidos o ruidos, estos pueden suponer una auténtica tortura para ellos.Lo que pasa con las personas que tienen TEA es que tienen hipersensibilidad auditiva, esto quiere decir que cualquier sonido o ruido que moleste, a ellos les afectan más, de una manera más amplificada.Estos sonidos o ruidos que son molestos para ellos les puedes causar miedo, falta de concentración, crisis de ansiedad , que quieran huir de ese lugar y lo que más frecuentemente se observa que es taparse los oídos de manera muy brusca para evitar escuchar ese ruido.

Los niños TEA en ciertos casos tienden a descalzarse, esto es por lo que se llama en autismo “procesamiento sensorial”. Las personas con autismo tienen alteraciones sensoriales, esto quiere decir que toda la información que reciben a través de los 5 sentidos, la reciben de una manera diferente, por ejemplo el sentido del tacto podría estar aumentado, esto haría que los estímulos táctiles se percibieran de forma muy diferentes. En este caso al igual que las palmas de las manos, las plantas de los pies las tienen hiper sensibles, esto provoca que puedan sentir incomodidad, algún tipo de rechazo por la textura, por cosas que les puedan rozar los pies... Es por ello que cuando los niños TEA se deciden quitar los zapatos y los calcetines suele estar ocasionado por algún tipo de incomodidad o rechazo que puedan estar sintiendo y necesitan liberarse. Esto mismo lo hacen con la ropa, ya sea porque las texturas les parecen incómodas, tiene alguna etiqueta, son muy estrechas o simplemente es una camisa nueva. Esto les hace sentirse incómodos y la primera reacción que tienen es quitársela independientemente del lugar en el que se encuentren ya que a ellos no les parece inapropiado, solo necesario. (Nestor Beltrán García, 2023).

Hay bastantes casos de niños con TEA que tienden a caminar de puntillas, esto se puede deber una vez más a la hipersensibilidad que tienen en los pies, las sensaciones táctiles que tienen estos niños a la hora de andar pueden hacer que le moleste andar con toda la planta de los pies apoyada, es por esto que prefiere caminar de puntillas. Otra causa podría ser que el niño presente una morfología diferente de pie, el autismo es un trastorno muy complejo y puede ocurrir que directamente tenga alguna alteración física en su pie y esto no le deje andar con normalidad. También podría tratarse de un mal hábito, algunos niños típicos tienden a andar así pero con el tiempo lo corrigen, lo que pasa con los niños TEA es que tienen una rigidez cognitiva, esto quiere decir que cuando aprenden a hacer una cosa de cierta manera es muy probable que sigan haciendo durante toda su vida lo mismo de esa manera. La causa de que caminen de puntillas podría ser la autoestimulación, es decir que el niño ande así porque le gusta y

le causa una cierta sensación de placer, entonces esto le sirve para autoestimularse. La última causa es por situaciones de estrés o ansiedad, tienden a ponerse rígidos y tensos y a caminar más rápido y de puntillas.

1. 5 Tipos de TEA

Cuando hablamos del DSM - V nos referimos al manual estadístico de diagnóstico de trastornos mentales. Éste reconoce cinco tipos de trastornos diferentes dentro de lo que engloba todo el espectro autista (TEA). Las características que hacen que estos trastornos sean diferentes entre sí son:

- La edad de aparición de los primeros síntomas
- La severidad del trastorno
- El nivel del desarrollo del lenguaje adquirido

Los diferentes tipos de TEA son; el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett, el trastorno de desintegración infantil y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Las personas que tienen síndrome de Asperger comparten las características nucleares del autismo, este es también un trastorno del neurodesarrollo, los cerebros de las personas que tienen este síndrome funciona de manera diferente a la típica, viéndose alteradas las áreas de comunicación e interacción social. (DSM- V, 2013).

- Suelen presentar dificultades ante la comunicación no verbal como el tono de la voz, los gestos, las expresiones faciales.

- Se caracterizan porque su lenguaje es muy literal, es decir, en muchas ocasiones no son capaces de entender una broma, un sarcasmo o una ironía ya que comprenden el lenguaje según el sentido dado que tienen las palabras, el sentido evidente, el llamado “significado de diccionario”.
- Tienen dificultad en tener interacciones sociales como conversaciones largas con otras personas.
- En ocasiones, utilizan un lenguaje muy formal.
- Son muy sensibles a sonidos fuertes, colores, olores y sabores.
- Les cuesta mucho interpretar las emociones de los demás y en ocasiones realizan comentarios ofensivos sin darse cuenta.

Por otro lado tenemos el síndrome de Rett, el cual es una enfermedad genética que causa problemas en el desarrollo y en el sistema nervioso. Es un síndrome curioso, ya que la mayoría de los casos se da en niñas. De primeras las niñas no presentan aspectos propios de este síndrome, lo que ocurre es que a medida que van creciendo presentan un desarrollo normal, y es hasta los 3 meses o 3 años (varía según el caso) que empieza a haber un retroceso en todo lo que han aprendido. Este retroceso puede afectar de manera muy significativa a (Manual MSD, 2023):

- La pérdida de los movimientos en las manos (por ejemplo al apoyarse o agarrar cosas).
- La pérdida del habla (las pocas palabras que hayan adquirido pueden perderlas completamente).
- Problemas motores (por ejemplo al caminar necesitan la ayuda de un mayor o de una silla de ruedas).
- Problemas respiratorios.
- Problemas de aprendizaje o discapacidad intelectual
- Problemas de coordinación y disminución del contacto visual
- Dificultad para masticar, problemas digestivos

- Crecimiento retardado

A las niñas que presentan este síndrome les encanta hacer actividades lúdicas, estar rodeadas de niños de su edad y participar en la vida social. Para este síndrome no existe un tratamiento resolutivo pero sí terapias para trabajar las discapacidades motrices y las capacidades de comunicación.

Según el artículo Cortés, L. *S.Trastorno Desintegrativo Infantil: A propósito de un Caso. Oviedo.*, el Trastorno Desintegrativo Infantil:

“Es una entidad diagnóstica controvertida descrita por primera vez en 1908 por Theodor Heller. Se caracteriza por una franca regresión tanto en el desarrollo como en las habilidades adaptativas, junto con la aparición de sintomatología del espectro autista ; en menores de edad con un desarrollo previo aparentemente normalizado como mínimo hasta los 2 años de edad”.

El origen de este trastorno a día de hoy sigue siendo desconocido pero parece estar relacionado con alteraciones neurológicas.

Los niños que presentan este trastorno tienen un desarrollo normal los primeros años de vida, y no es hasta los 3 o 4 años de edad que empiezan a perder capacidades adquiridas, hay un deterioro muy pronunciado de estas. Este trastorno suele ir acompañado de otras patologías neurológicas como los trastornos convulsivos y la esclerosis tuberosa. La mayoría de las habilidades no se vuelven a recuperar y suelen ser personas muy dependientes.

Este trastorno también es denominado síndrome de Heller, demencia infantil o psicosis desintegrativa.

Algunas de las características del Trastorno Desintegrativo Infantil son:

- Pérdida significativa de las habilidades adquiridas por lo menos en dos áreas. En lenguaje expresivo o receptivo , habilidades sociales o comportamiento adaptativo , control vesical o intestinal y en juego o habilidades motoras.
- Actividades e intereses restringidos, repetitivos y estereotipados.
- Evitativos ante el contacto físico.
- Los niños pueden ser conscientes de su regresión sin saber a qué se debe.
- Puede desaparecer el lenguaje debido a la alta regresión.
- Pueden dejar de intentar comunicarse con los demás, ni siquiera mediante gestos.
- Dificultades para caminar, correr, saltar, coger objetos, para mantener posturas corporales...
- Discapacidad intelectual grave.
- Pérdida de actividades de autocuidado como comer solo, vestirse, asearse...

La historia del autismo.

Después de las grandes aportaciones de Kanner y Asperger, una cantidad enorme de psicólogos y médicos comenzaron a dedicar parte de su tiempo a estudiar e investigar el espectro autista del que tanto se hablaba.No fue hasta 1980 que publicaron el DSM- III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Tercera Edición), el cual es un Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el cual se utiliza para diagnosticar enfermedades psiquiátricas.

Antes de que el “autismo” fuera reconocido como “autismo” se realizaron cientos de investigaciones y desde que se realizaron las primeras hasta día de hoy han pasado décadas.Para conocer el por qué de los criterios, datos y formas de evaluación y diagnóstico establecidos en la

actualidad debemos investigar en el pasado y poder averiguar qué y quienes nos han llevado hasta este punto, es por ello que indagaremos en la historia del autismo a lo largo de los años, observando su evolución desde los primeros descubrimientos hasta el día de hoy.

Psicólogos y médicos alrededor del mundo comenzaron a realizar investigaciones sobre casos en concreto de ciertas personas que reunían unas características muy peculiares y se comportaban de maneras muy específicas.

Todo comenzó cuando Fray Junípero, Rab Houston y Uta Frith (1747) publicaron un caso llamado *Hugh Blair de Borgue*. Hugh Blair de Borgue era un aristócrata escocés del siglo XVIII, al parecer los autores, después de haber observado su comportamiento concluyeron en que el aristócrata tenía autismo, ya que recogía unas características muy precisas. Comentaban que podía realizar las tareas cotidianas sin ningún problema pero luego presentaba dificultades a la hora de relacionarse con los demás, sus habilidades de comunicación eran bastante limitadas, no tenía ningún tipo de interés en las personas de su alrededor, prefería la soledad, no buscaba amistades y en ciertas ocasiones sus comportamientos resultaban “inapropiados”. Su día a día estaba regido por rutinas estrictas y repetitivas en las que evitaba el cambio a toda costa. Siempre se vestía de la misma manera, con el mismo tipo de ropa y coleccionaba tanto en la etapa infantil como en la etapa adulta diferentes cosas como plumas de pájaros o pelucas. Tenía una enorme capacidad de memorizar datos aleatorios, por ejemplo recitaba páginas del Catecismo, el libro de la Iglesia Católica. Hugh Blair de Borgue pasaba horas haciendo cosas sin sentido, como mirando como gotea el agua o apilando piedras. Cuando le realizaban alguna broma él no las entendía, esto hacía que la gente se burlara y aprovechara de él. Muchos de ellos lo consideraban un “débil mental” mientras que otros tantos resaltaban su inteligencia y su majestuosa memoria.

Desde el 1747 ya existen registros de características que son bastantes familiares relacionadas con el TEA, observamos cómo desde hace cientos de años las personas que presentaban este trastorno vivían su vida de forma diferente a las neurotípicas desarrollando habilidades impresionantes.

Poco después, en 1798 se estudió el caso de *Victor de Aveyron(1800)*, el cual fue el nombre otorgado por su tutor oficial en el momento, Dr. Jean Itard .Este caso es muy conocido y se trata de la historia de un adolescente que se encontraba en un estado salvaje que fue encontrado en la región francesa de Aveyron, situada en el sur del país, a finales del siglo XVIII.Esta historia empezó cuando un grupo de cazadores encontraron a un niño de unos doce años en un estado salvaje.Se encontraba sin ropa y los vecinos de las proximidades habían observado la manera peculiar de caminar del niño y también lo habían visto comiendo verduras y frutas de los árboles.Decidieron llevarlo a un hospital e investigar su mente y sus comportamientos ya que se trataba de un caso muy especial en el que no había recibido ningún tipo de educación desde su nacimiento, decidieron tener al chico presente para realizar estudios y averiguar datos sobre la mente humana.

El médico francés Philippe Pinel concluyó en que ,se trataba de un niño que presentaba una deficiencia mental de nacimiento y no tenía ninguna cura.Sin embargo Jean Marc Gaspard Itard decía que esto no era así, sino que debido a la situación que había estado expuesto durante toda su vida no había sido capaz de desarrollar las habilidades que poseen el resto de seres humanos como el lenguaje y que en realidad se trataba de un chico con una inteligencia normal.Durante mucho tiempo esta historia fue muy conocida y fue objeto de muchas confusiones, aparentemente este niño mostraba características propias de lo que hasta el momento se había relacionado con el autismo.

Según Itard (1800) este niño estaba:

“Afectado por movimientos espasmódicos e incluso convulsiones; que se balanceaba incesantemente como los animales del zoo; que mordía y arañaba a quienes se le acercaban ; que no

mostraba ningún afecto a quienes lo cuidaban y que, en suma, se mostraba indiferente a todo y no prestaba atención a nada”

Actualmente, autoras como Uta Frith (2004) han investigado el caso y proponen como opción que el niño de esta famosa historia sí podría haber tenido autismo. Se basaba en el modo que tenía de relacionarse con los demás, en que no mostraba interés ni curiosidad por la comida que le ofrecían, sus deficiencias en la comunicación y el apenas contacto con otros individuos. Además, realizaba comportamientos estereotipados, como las personas con TEA. También piensa que, como las personas con autismo, Víctor tenía una inteligencia destacada, había sido capaz de sobrevivir, planificar y organizarse para salir adelante él solo, algo que un niño que presenta un retraso mental sería incapaz de hacer.

El médico británico John Down (1877), conocido por sus investigaciones acerca de lo que se conoce hoy en día como Síndrome de Down utilizó por primera vez el término *retraso del desarrollo* para referirse a lo que conocemos actualmente como autismo. Fue en el mismo año cuando el conocido médico alemán Adolf Kussmaul estableció otra definición en la historia que establecía que la condición de afasia voluntaria se daba lugar cuando las personas eligen no hablar (aunque actualmente cuando hablamos de afasia nos referimos a *un problema médico que tiene lugar por daños causados en las partes del cerebro responsables del lenguaje, a menudo es resultado por una lesión en la cabeza o un ataque al cerebro*).

Antes de conocer que el autismo era autismo se siguieron haciendo muchas especulaciones acerca del trastorno, Sante de Sanctis (1906), estableció que se trataba de una condición llamada *Demencia praecocissima (demencia a una edad temprana)* que iniciaba muy rápido en la vida de algunas personas, y que esto era la explicación de que actuaran de forma diferente y en ocasiones

“inapropiada” en ciertas ocasiones. Explicaba el desinterés hacia ciertos temas o personas, su empeño en vestirse siempre de la misma manera y sus escasas habilidades del lenguaje, que, en ciertas ocasiones se daba la situación en la que se producía un deterioro cognitivo, así como de las habilidades.

“(...) Distracción: capacidad perceptiva variable; imaginación desordenada; inconsistencia afectiva; una disyunción entre inteligencia y autocontrol; comprensión adecuada de las relaciones espaciales y temporales; posibilidad de cambiar; falta de coordinación; anormalidades de humor; actitudes, autocontrol y expresión; risa o carcajada explosiva; mutismo; tendencia a los monólogos; inestabilidad general; tics y muecas frecuentes; aversión a hacer cualquier forma de trabajo; uso inconsistente del lenguaje ; tics verbales y repetición de palabras. (...)” (Sante de Sanctis,1906)

Dos años después , Theodor (1908), un educador austriaco, definió una condición llamada *Demencia infantil*, la que hoy en día es conocida como el Síndrome de Heller y el Trastorno Desintegrativo Infantil. De hecho, este trastorno actualmente, en el DSM, forma parte del espectro autista.

Es a partir del año 1908 cuando se comienzan a ver los primeros avances en la historia del autismo.

Moritz Tramer(1924) un psiquiatra sueco, en el año 1924 da un gran paso hacia delante en las investigaciones relacionadas con el TEA y publica un artículo *Deficientes mentales con talento y superdotados unilaterales*. Este artículo lo dedicó para hablar de cómo eran los niños autistas, como se puede observar en su título, las definiciones no son muy alejadas de que, por una parte representa a los niños de hoy en día que presentan TEA. Suelen ser niños que presentan dificultades a la hora de realizar las cosas, o simplemente no resuelven algo de la manera en la que lo haría una persona prototípica, pero a su vez suelen tener talentos , como increíbles capacidades para matemáticas o memorizar.

Una pionera del autismo fue Grunya Sukhareva(1925), ella fue la primera persona que publicó una descripción detallada sobre los síntomas del autismo, en 1925. Es asombroso como este artículo se publicó casi dos décadas antes de lo que conocemos sobre el autismo gracias a Hans Asperger y Leo Kanner. Propuso establecer otro tipo de tratamientos al autismo, a parte del psiquiátrico. Comentaba que era muy importante trabajar con la parte educativa y familiar de las personas que presentaban TEA y tenía muy claro que se trataba de una condición neurobiológica innata y que las zonas que podrían estar afectadas y, por eso, estar implicadas en el desarrollo del autismo eran los ganglios basales, los lóbulos frontales y el cerebelo.

(...) La falta de unificación de las funciones psíquicas propias del proceso esquizofrénico es uno de los primeros síntomas en nuestros niños. Incluso el educador psiquiátrico no capacitado estos niños parecen llamativos y extraños. Lo que llama la atención en ellos es lo inesperado e impredeciblemente absurdo de sus acciones, su impulsividad sin afecto , su obstinación desmotivada.

Los rasgos premórbidos de estos niños (en los casos en que tales rasgos son del todo posibles, es decir, en casos con inicio determinable) presentan un cuadro bastante distintivo. Desde la primera infancia , estos niños mostraron una falta de adaptabilidad a la vida en el colectivo , un cierto autismo y falta de confianza(...) (Grunya Sukhareva, 1925)

Fue muy importante el paso del psiquiatra Howard Potter(1933) que realizó estudios relacionados con la esquizofrenia en los niños. En 1933 publicó un artículo *Schizophrenia in Children* (Esquizofrenia en niños) en el que aparecerían nuevos criterios establecidos que, posteriormente, serían de gran ayuda para el psiquiatra Leo Kanner. Estos criterios influyeron en las definiciones que haría sobre el autismo, ya que consideraba que guardaban bastantes similitudes con el TEA.

Después de darse los orígenes en la historia del autismo, psiquiatras de diferentes partes del mundo comenzaron a publicar libros sobre el autismo, artículos sobre la psicosis de los niños, sobre niños con esquizofrenia...Destacaron su trabajo también por haber sido partícipes de haber trabajado en clínicas infantiles, donde se podía observar la realidad sobre los niños que presentaban trastornos mentales y a partir de eso realizar estudios, experimentos y publicar artículos que ayudaban y aportaban información en la investigación de este trastorno.

2.1 Características de los niños con TEA en los años 40.

A parte de la definición, Kanner creó una clasificación sistemática del comportamiento de los niños autistas *Los trastornos autistas del contacto afectivo* (Leo Kanner, 1943) , estas características se clasificaron en cinco áreas diferentes:

Una profunda falta de contacto afectivo con otras personas, las personas con TEA suelen presentar una limitación cuando hablamos del contacto emocional, dificultades a la hora de relacionarse por mostrar un bajo nivel de empatía así como para la comprensión y el reconocimiento y la expresión de sus emociones.

Un deseo obsesivo para mantener todo igual, los movimientos repetitivos, ver una cosa una y otra vez, memorizar, obsesionarse sobre un tema, hacer balanceos, giros, hablar solo...Todas estas conductas se conocen como estereotipias motoras, estereotipias verbales, obsesiones e intereses restringidos.

Una afición extraordinaria por los objetos, esto se debe a las alteraciones que sufre una persona con TEA en las capacidades de anticipación y flexibilidad mental, conductas como alinear objetos es

un ejemplo de esta alteración. Cuando una persona con TEA tiene la sensación de no controlar lo que va a pasar, suele aferrarse a ciertos rituales, de esta manera encuentra una cierta estabilidad emocional, se siente seguro y en su zona de confort.

Dificultades comunicativas, las dificultades comunicativas pueden crear estereotipias y obsesiones en las personas con TEA ya que hay una dificultad a la hora de tener habilidades conversacionales, les cuesta comprender los mensajes, su intención e interpretarlos.

Un potencial cognoscitivo muy alto, algunos casos de TEA presentan dificultades a la hora de relacionarse, de tener contacto afectivo y de conversar pero por otro lado pueden realizar tareas sin tener ningún fallo.

(...) Entre los 6 y los 8 años, los niños empiezan a jugar en grupo, todavía nunca con los demás miembros del juego, pero al menos en la periferia junto al grupo. (...)

(...) No es fácil evaluar el hecho de que todos nuestros pacientes provengan de padres muy inteligentes... (...) Otro hecho se destaca de manera prominente. En todo el grupo, hay pocos padres y madres realmente afectuosos. En su mayor parte, los padres, abuelos y colaterales son personas fuertemente preocupadas por abstracciones de naturaleza científica, literaria o artística, y limitadas en su interés genuino por las personas...

(...) La combinación de autismo extremo, obsesión, estereotipia y ecolalia relaciona el cuadro total con algunos de los fenómenos esquizofrénicos básicos... Pero a pesar de las notables similitudes, la condición difiere en muchos aspectos de todos los demás casos conocidos de esquizofrenia infantil (...). (Leo Kanner, 1943)

Leo Kanner y Hans Asperger tenían pensamientos bastantes comunes en lo que engloba las características de las personas con TEA y cómo se relacionan con su entorno.

(...) Por un lado la originalidad del pensamiento(que siempre incluye un poco de “autismo”) o la intensidad de los intereses especiales, aparentemente “hipertrofiados” a expensas de muchas otras capacidades, están tan en primer plano que tal las personas son capaces de lograr el máximo rendimiento (quien no conoce al investigador autista que se ha convertido en un personaje de tira cómica debido a su torpeza y falta de instinto, pero que puede lograr cosas excelentes o al menos avanzar en su campo especial a menudo muy limitado) (...)

(...)No es de extrañar que estos niños sean siempre solitarios , desvinculados de cualquier comunidad infantil; ellos mismos no luchan por ninguna comunidad, ya que no tienen relaciones personales con nadie (nunca tienen un amigo tampoco), y la comunidad también los rechaza, ya que siempre son un cuerpo extraño(...). (Hans Asperger,s.f.)

Criterios que establecieron que definían el autismo

Kanner, tras su experiencia y haber identificado a más de 100 niños con este trastorno propuso una serie de criterios que definirían el autismo a través de unos síntomas:

- Aislamiento profundo para el contacto con otras personas
- Un deseo obsesivo por preservar la identidad
- Una relación intensa por los objetos
- Conservación de una fisonomía inteligente
- Una alteración en la comunicación verbal por mutismo o por un lenguaje carente de intención comunicativa.

Unos años más tarde, en 1950, Kanner publicó un libro titulado *En defensa de las madres.Cómo educar a los niños a pesar de los psicólogos más celosos* (Leo Kanner, 1950), este libro trata de los estudios que realizó basándose en 11 niños y niñas que presentaban síntomas en común.El

estudio de estos casos hizo que avanzara aún más en su investigación sobre el autismo y mostró una nueva definición del autismo como *alteración autista innata del contacto afectivo*, los criterios a través de los cuales estableció esta definición son:

- Aparición de los primeros síntomas desde el nacimiento.
- Fisonomía inteligente.
- Aspecto físico normal.
- En ocasiones poseen habilidades especiales.
- Potencial cognitivo, limitado a sus centros de interés.
- Alteraciones en el lenguaje.
- Resistencia a los cambios.
- Falta de capacidad para establecer relaciones.
-

Aparte de aportar algo muy importante como son los criterios para diagnosticar a las personas con TEA en la investigación del autismo, estableció un factor que ayudó mucho a seguir avanzando, y se trataba de que el autismo era un trastorno del neurodesarrollo.

Por tanto debemos asumir que estos niños han llegado al mundo con una incapacidad innata para formar el contacto afectivo normal , biológicamente proporcionado, con las personas; al igual que otros nacen con deficiencias intelectuales o físicas innatas.Por el momento parece que tenemos ejemplos puros de trastornos autistas innatos del contacto afectivo (Leo kanner, 1950)

Kanner tenía muy claro los síntomas de las personas con autismo y cómo identificarlos, decía que las características del TEA eran tan concretas que se podían diferenciar de cualquier otro tipo de trastorno como por ejemplo la esquizofrenia.

Estas características conforman un único síndrome, no referido hasta el momento, que parece bastante excepcional, aunque probablemente sea más frecuente de lo que indica la escasez de casos observados. Es muy posible que algunos de ellos hayan sido considerados como débiles mentales o esquizofrénicos. De hecho, varios niños del grupo nos fueron presentados como idiotas o imbeciles, uno todavía reside en una escuela estatal para débiles mentales, y dos habían sido considerados anteriormente como esquizofrénicos. (Leo Kanner, 1950)

Poco tiempo después de que las investigaciones de Kanner y Asperger se dieran a conocer entró en escena una persona muy relevante en la investigación del autismo, Bruno Bettelheim (1950), un psicólogo y analista austriaco que estableció una teoría después de haber sufrido tener que pasar por los campos de concentración.

Su teoría se llamaba *Refrigerator mother* (Madre nevera en español). A través de ella estableció unos criterios que al darse, podrían ser la causa de los orígenes del autismo;

- Presencia de padres fríos, ausentes o de débil carácter.
- Ausencia de cariño, despreocupación.
- Madres que rechazan la existencia de su hijo.
- Los primeros días del bebé son fundamentales, es importante cuidar aspectos delicados, como por ejemplo la forma de sostenerlo mientras se da el momento de la lactancia.

Esta teoría que desarrolló Bettelheim hizo que Kanner (a pesar de tener claro el origen del autismo) se planteara esta especulación que había desarrollado el psicólogo, rigiéndose en que podía ser verdad que estos factores que describe pudieran tener consecuencias en el origen del trastorno.

Años después el psicólogo Bernard Rimland (1964) desmontó la teoría de las “Madre nevera” de Bettelheim tras publicar un libro que dejó más que claro que el autismo era un trastorno de origen

genético y neurológico, *Autismo infantil; el síndrome y sus implicaciones para una teoría neuronal del comportamiento*, es aquí donde nos mostró que el tiempo de crianza que se llevará a cabo con los hijos no intervenía en el posible desarrollo del trastorno.

Por consecuencia de la teoría de Bettelheim, miles de madres sufrieron críticas por las metodologías utilizadas en la crianza de sus hijas, de tal manera que Leo Kanner salió a retractarse en una conferencia sobre el autismo en 1969 y aclaró la situación; *Absuelvo oficialmente a los padres y a las madres de la causa de este trastorno* . (Leo Kanner, 1969)

Michael Rutter (1967) fue considerado una de las grandes personas más relevantes en la historia del autismo, considerado el padre de la Psicología Infantil como especialidad médica y una de las personas más condecoradas respecto al autismo .Fue la primera persona del Reino Unido en convertirse en profesor de psiquiatría infantil. Realizó una investigación con distintos pares de gemelos con este trastorno en la cual obtuvo datos que reforzaron la etiología biológica del trastorno.

Fue Rutter quien logró establecer los criterios para el diagnóstico del autismo infantil, los criterios fueron los siguientes:

- Inicio antes de los 30 meses de edad.
- Un desarrollo retrasado y desviado del lenguaje con características que no cuadran con el nivel intelectual de la persona.
- Un desarrollo alterado, también con rasgos fuera de lo comunes con el nivel intelectual de la persona.
- Persistencia en no realizar cambios, se observa en los juegos estereotipados, en preocupaciones desmesuradas o en resistencia u oposición a los cambios.

DSM - 5

Actualmente el DSM - 5 , *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, en español, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición, es la herramienta que se utiliza para poder diagnosticar los diferentes trastornos que se puedan dar en una persona. Este manual fue revisado por última vez en 2013 y fue publicado en el año 2013 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

Este formato (DSM- 5) es el último que han editado y el cuál reemplazó al modelo anterior, el DSM . IV. TR que se había publicado en los 2000. Se realizaron varios cambios importantes.

Este manual está dividido en tres partes, la primera se llama *Conceptos básicos del DSM -5*, la segunda *Criterios y códigos diagnósticos* (de los diferentes trastornos) y la tercera *Medidas y modelos emergentes*.

Resulta impactante como antiguamente, como hemos visto en el documento, apenas había información clara sobre los trastornos y se iba tanteando qué era lo que podía estar sucediendo en cada caso y que, actualmente, exista un documento que existe gracias a toda la información recogida durante todos estos años por los grandes médicos y psiquiatras de la historia, expresamente dedicado a evaluar y a diagnosticar los diferentes trastornos que se puedan dar en los pacientes.

En la primera sección del manual , *Conceptos básicos del DSM - 5* nos encontramos con dos apartados, en uno de ellos nos van a enseñar a cómo utilizar el manual y en el otro la declaración cautelar para el empleo forense del DSM - 5. En esta primera parte nos explica (a parte de cómo utilizarlo), qué, no es está recomendado utilizar y aplicar el manual sin formación clínica y por lo tanto

diagnosticar un trastorno mental ya que, debido a esto puede que haya información en el manual que se entienda incorrectamente. También explica que la gente especializada a la hora de valorar un trastorno tiene que tener en cuenta que hay muchas variaciones, es decir, que en el manual puede aparecer una serie de criterios pero que dependiendo de con el paciente que se trate puede presentar algunos y otros no, incluso puede tener factores que no están descritos.

Este documento está pensado para ayudar a los expertos a realizar una evaluación clínica, formulación del caso y un plan de tratamiento. Las definiciones que encontramos están puestas expresamente para servirles de ayuda a los profesionales, la salud pública y los investigadores. A parte de los mencionados, este manual también se utiliza en relación con los juzgados y por los abogados, en el caso de que tuvieran que evaluar una situación en la que se dieran consecuencias forenses de los trastornos mentales.

Gracias al DSM- 5 , las personas que hagan un buen uso de la información van a tener una mayor facilidad si se diera el caso de que tuvieran que tomar decisiones legales ya que el DSM - 5 va a ser una herramienta de ayuda a comprender las características relevantes de los trastornos mentales.

En la segunda sección (*Criterios diagnósticos y Códigos*) nos encontramos con todos los tipos de trastornos que se trabajan en el documento y sobre los que hay información suficiente para poder realizar lo comentado anteriormente, la evaluación clínica, la formulación del caso y el plan de tratamiento.

Los diferentes tipos de trastornos que se tratan en el DSM - 5 son los siguientes;

- Trastornos del desarrollo neurológico.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.

- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo- compulsivo y trastornos relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos.
- Trastornos de la excreción.
- Trastornos del sueño- vigilia.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
- Trastornos neurocognitivos.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos parafilicos.
- Otros trastornos mentales.
- Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos.
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

En este caso y como hemos comentado anteriormente, el trastorno del espectro autista es un problema del neurodesarrollo por lo que en este manual está clasificado dentro del apartado de *Trastornos del desarrollo neurológico*.

Los criterios diagnósticos que existen a día de hoy que establecen las características que engloban el Trastorno del Espectro Autista según el DSM - 5 se consideran que son (DSM - 5 , pp. 28-30);

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes:

- Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional , se pueden dar comportamientos sociales anormales, fracasos en conversaciones, disminución en intereses o emociones y fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
- Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales, se pueden dar; comunicación verbal y no verbal con anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal, deficiencias de comprensión y uso de gestos o falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
- Deficiencias en el desarrollo en el mantenimiento y la comprensión de las relaciones. Puede haber dificultad para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, a la hora de hacer amigos o que se dé un desinterés hacia las otras personas.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes:

-
- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos, como alineación de objetos, ecolalias, estereotipias motoras...
- Excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal. Resistencia a los cambios, rituales para realizar las cosas, vestirse o comer siempre de la misma manera...
- Intereses restringidos , fijos y muy intensos que son anormales.

- Hiper - o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno , por ejemplo, fijación ante estímulos visuales como las luces, respuesta contraria a texturas o sonidos, perspectiva diferente hacia el dolor , olfateo o palpación excesiva hacia objetos,etc.
- C. Los síntomas establecidos deben aparecer en las primeras fases del período de desarrollo.Puede darse el caso de que no se manifiesten hasta que la demanda social supere las capacidades limitadas o puede que estén camuflados por estrategias que han aprendido en fases posteriores en su vida.
- D. Estos síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en cuanto a lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. En ocasiones se crea confusión ya que la discapacidad intelectual (DI) y el trastorno del espectro autista (TEA) coinciden en repetidas ocasiones en que la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.Es por eso que el trastorno del espectro autista se da cuando las alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.

A todas las alteraciones comentadas hay que especificar en cada caso si se dan ; con o sin déficit intelectual acompañante, con o sin deterioro del lenguaje acompañante, asociado a una afección médica o genética o a un factor ambiental conocidos, asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento o con catatonía (síndrome esquizofrénico).

El *procedimiento de registro* de los trastornos del espectro autista deben quedar recogidos con el trastorno correspondiente asociado a (nombre de la afección, trastorno o factor).

En este manual se ha hecho una clasificación de la gravedad de los trastornos. Esta gravedad varía según el grado de ayuda que requiera la persona.

Se clasifica en (DSM - 5, pp. 31-32);

- Grado 1, “Necesita ayuda”.
- Grado 2: “Necesita ayuda notablemente”.
- Grado 3: “Necesita ayuda muy notable”.

En el manual nos encontramos con unas tablas en las que dos criterios requieren que sean clasificados en estos grados de ayuda que acabamos de ver. Los criterios se dividen en “Comunicación Social” y “Comportamientos restringidos y repetitivos”.

Después de haber especificado la gravedad, se registrará si existe un deterioro intelectual acompañante o no , si hay un deterioro del lenguaje acompañante y su grado, y si se diera el caso de catatonía, se pondría por separado.

Evaluación y diagnóstico del TEA en el contexto escolar.

Después de todos los estudios que se han realizado a lo largo de todos estos años y que hemos podido ver en este documento, el avance ha sido tan extraordinario que a día de hoy, y en la Comunidad Autónoma de Canarias existe una guía específica llamada *Guía identificación y evaluación de las necesidades del alumnado con TEA,(2019-2020)*. Esta guía sirve de ayuda para aquellos especialistas y profesionales que en un momento dado requieran información para identificar o evaluar a niños o niñas en el ámbito escolar y así poder darles una mejor educación.

En el proceso de identificación nos encontramos con tres fases; la fase 1, llamada *Detección*, la fase 2, llamada *Cribaje* y la fase 3, llamada *Evaluación*.

- *Detección*

Cuando se ha observado que el niño o la niña realiza las cosas de manera atípica y que su funcionamiento y desarrollo no es como el de los demás se pueden llevar a cabo varios factores para conocer si el niño o la niña presenta TEA. Lo que se puede hacer en este caso es estudiar una serie de indicadores a través de unas herramientas. Por ejemplo, realizar con el niño un cuestionario para la detección temprana de las NEAE en el que se investiga para detectar los trastornos del desarrollo, también se puede trabajar con indicadores de dificultad para trastorno generalizado del desarrollo (en el que se observan las habilidades para la interacción social, para la comunicación, los patrones de comportamiento, los intereses restringidos...) y por último como herramienta de detección se puede utilizar una “escala Haizea-Llevant” en la que se puede detectar el autismo y evalúa el desarrollo, motor, cognitivo, social y del lenguaje.

Dependiendo del grado en el que se ubique el niño o niña (Educación Infantil, Educación Primaria, Educación Secundaria) van a haber una serie de características a las que habrá que prestar atención para determinar su diagnóstico. También es muy importante fijarse en el contexto familiar.

- *Cribaje*

En esta segunda fase se van a realizar una serie de escalas y cuestionarios que nos permitirán saber la existencia del TEA, cuánto se debe seguir valorando el caso y la posible identificación de otras necesidades educativas que se deriven del trastorno.

Para los niños/as de entre 18/24 meses se llevan a cabo los cuestionarios y escalas siguientes;

M- ChAT: Cuestionario del desarrollo comunicativo y social en la infancia .Robins et al. 2001; Guía de práctica clínica en el SNS.Ministerio de Sanidad y Política Social.2010; Q- CHAT: Lista de verificación para el autismo en niños pequeños.Allison y col; EVA: Escala de valoración de autismo. Gilbert y Peeters. 1195.

Para los niños/as de 4 años en adelante se realizan los siguientes cuestionarios y escala;

SCQ Cuestionario de comunicación social de Rutter et al. ; AQC.Cociente del Espectro Autista de Auyeung, B.; Baron-Cohen , S.; Wheelwright, S.; Allison , C. ; EA La Escala Autónoma para Detección del Síndrome de Asperger y el Autismo de Alto Nivel de Funcionamiento de Belinchón Carmona, M.; Hernández, J. M.; Sotillo, M. 2008 ; CAST Test del Síndrome de Asperger en la Infancia de Scott, Baron-Cohen y cols 2002 ; ASSQ Cuestionario de Cribaje para el Espectro Autista de Ehlers, S.; Gillberg, C.; Wing, L.

- Evaluación

En el ámbito educativo el objetivo es identificar las necesidades educativas de los niños y niñas para poder planificar una intervención y así poderles atender mejor. Se evalúa el proceso de enseñanza-aprendizaje del niño/a , se tienen en cuenta factores personales y ambientales y la interacción de ambos.Se pone en marcha un estudio de observación en el cuál se verá la relación que el niño/a establece con los diferentes entornos en los que se desenvuelve.

Los ámbitos que se van a trabajar en la evaluación son el personal, el escolar y el familiar.Para realizar una correcta evaluación se recogerá información sobre las capacidades cognitivas(nivel de funcionamiento intelectual, funciones ejecutivas, habilidades adaptativas, capacidad de ficción),las competencias socioafectivas , las habilidades sociales, la conducta adaptativa ,los patrones de

comportamiento, intereses y actividades, la hiper-o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés habitual por aspectos sensoriales del entorno y la comunicación y el lenguaje. A esto se le añadirá la información del contexto educativo tal como la observación en el colegio, la relación con sus iguales, la experiencia de los profesores, las competencias curriculares, el estilo de aprendizaje, otros informes que aporte la familia...

Para evaluar correctamente a un niño/a con un posible TEA hay que llevar a cabo todo lo mencionado. Hay que añadir que dentro de cada apartado como por ejemplo “funciones ejecutivas” o “capacidad de ficción” existen decenas de pruebas que se le puede realizar al niño/a como hemos podido ver en el documento , se encuentran escalas, pruebas, tests, evaluaciones, listas de control , cuestionarios, perfiles de observación, etc.

En cada apartado aparece una gran cantidad de herramientas entre las que los expertos pueden elegir para llevar a cabo una evaluación acertada en cada caso. Gracias a esta gran variedad hoy en día resulta mucho más sencillo diagnosticar a un niño/a con TEA y saber perfectamente cómo funciona su cabeza y cómo lleva a cabo las cosas, lo que es algo bastante favorable para los profesionales y para las familias también ya que en muchas ocasiones se sienten desbordados por la situación y tener tanta información sobre este trastorno les permite vivir con tranquilidad y también poder darle una mejor vida a sus hijo/a con TEA, ya que conoce un poco mejor su mente, sus habilidades y sus factores en los que deben trabajar juntos para seguir mejorando.

CONCLUSIONES

Como conclusión quiero destacar lo interesante que me ha resultado realizar este trabajo de investigación. He tenido la oportunidad de poder indagar más profundamente sobre la evaluación y el diagnóstico del TEA a lo largo de los años, hallando datos desconcertantes sobre la historia que alberga este trastorno. Es un tema muy extenso que despertó inquietud desde hace cientos de años, cuando todavía se desconocía lo que era el trastorno, pero aun así gente por lugares del mundo empezó a investigar casos aislados de personas que presentaban síntomas similares y después de muchos estudios, afortunadamente, hemos podido llegar a recopilar mucha información sobre el TEA.

Es impresionante como antiguamente hasta se llegó a plantear que el causante de este trastorno podrían ser las madres, por la mala crianza de sus hijos y que esto creara un gran impacto y revuelo en la época, causando perjuicios en la sociedad y mala fama en las progenitoras. Antiguamente la información era tan inestable que confirmar teorías como esta o como que el TEA era causado por la falta de ciertas vitaminas creaban un caos total en las familias que vivían esta realidad.

A parte de sufrir estas teorías desmesuradas, había que añadirle que en estas épocas el trastorno no era comprendido ni tratado como en la actualidad. Las personas que lo presentaban eran concebidas por la sociedad como seres extraños, monstruos, marginados...

Hasta que no hubieron más estudios sobre el TEA y otros trastornos y no se empezó a normalizar más el hecho de que fueran también personas, en la mayoría de casos las personas que requerían unas necesidades especiales eran marginadas y apartadas. Gracias a los grandes médicos y psicólogos que empezaron a estudiar, aportar información y dejar de estigmatizar a estas personas, la sociedad poco a poco entendió que había que tratarlas como al resto de iguales y que incluso había que dedicarles otro tipo de atenciones o educación para su mejor funcionamiento.

Gracias a los estudios realizados miles de familias pudieron por fin ponerle nombre a lo que les estaba pasando a sus hijos/as y podían dejar de imaginarse que estaban poseídos por el maligno... Toda esta información les ayudó a entender cómo funcionaban sus mentes, cómo hacían lo mismo que ellos pero de distinta manera, su forma de pensar, de ver las cosas, sus gustos peculiares, sus habilidades, sus valores admirables, sus talentos ocultos...

Si psiquiatras como Asperger o Kanner tuvieran el privilegio de saber de que el trabajo que realizaron durante su vida no fue en vano y que gracias a ellos existen guías de cómo evaluar, diagnosticar y tratar el trastorno, se quedarían asombrados. Aún queda mucho que investigar ya que este trastorno en concreto es muy amplio. Como sabemos cada niño/a con TEA es un mundo completamente diferente, no existen dos niños/as con TEA iguales, pueden haber características que todos tengan en común pero cada persona es diferente y puede presentar los síntomas de otra manera o su forma de llevar a cabo las cosas puede ser distinta.

En la actualidad, cualquier persona puede acudir a estos documentos donde están plasmados la información de cualquier tipo de trastorno, sus características, con qué herramientas evaluarlos, a qué edad pueden presentar un síntoma u otro, en qué áreas nos debemos fijar donde el comportamiento sea irregular, los factores que influyen, la terapia que les sienta bien, etc.

Es de imaginar que las familias que tengan a una persona con este trastorno estarán muy agradecidas de que toda esta información sea accesible y exista tanta cantidad. Personas como yo, que queremos ser futuras maestras y , especializadas en el área de atención a la diversidad, tenemos el privilegio de vivir en esta época y tener a mano los recursos para trabajar con este trastorno, el TEA. Gracias a ello vamos a poder ser capaces de ser mejores docentes e intervenir con los alumnos/as de miles de maneras diferentes, con herramientas fiables y acertadas y con formas de trabajar extraordinarias para el progreso de estos niños y niñas maravillosos que nos encontraremos a lo largo de nuestra existencia.

Referencias

Artigas, J.P. y Paula, I. (2012) . *Autism 70 years after Leo Kanner and Hans Asperger*. (El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger). Revisión de la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000300008

Asociación Estadounidense de Psiquiatría (18 de mayo de 2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en español).
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Beltrán, N.G. (2023). *Mi hijo/ja repite lo mismo todo el rato- Claves para entender la Ecolalia en niños Autistas*. [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=W82-rko72qE>

Bettelheim, B. (1950). *Refrigerator mother theory* (Teoría de las madres nevera en español).
https://en.wikipedia.org/wiki/Refrigerator_mother_theory

EOEP, L., P. (2019-2020). *Guía de Identificación y Evaluación de las Necesidades Educativas del Alumnado con TEA*. Equipo TGD de Las Palmas.
https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/edublog/eoepe_tgdaspalmas/wp-content/uploads/sites/154/2020/10/guia--identificacion-y-evaluacion-de-las-necesidades-del-alumnado-con-tea.pdf

Falchek , S.J. (2023). *Síndrome de Rett*. Manual MSD: Versión para profesionales.

<https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-cong%C3%A9nitas-del-sistema-nervioso/s%C3%ADndrome-de-rett>

Frith, U. (2004). *El niño Salvaje de Aveyron: ¿Era Víctor un niño Autista?*.

<https://www.psicoadictiva.com/blog/el-nino-de-aveyron/>

Gamma Psicólogos. (7 de abril de 2013). *El famoso caso de Víctor de Aveyron*. Psicología del lenguaje, Teorías y Experimentos Psicológicos.

<https://gammapsicologos.com/el-famoso-caso-de-victor-de-aveyron/>

Gobierno de Canarias (2 de abril de 2023). *Necesidades Específicas de Apoyo Educativo - NEAE*.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/medusa/ecoblog/csengui/2023/04/02/necesidades-especificas-de-apoyo-educativo-neae/>

Jaramillo, P. (2023). *¿Cuál es la causa del Autismo?* [Vídeo]. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=x00HjITypnM>

Junípero, F. , Houston, R. y Frith., U.(1747). *Primer Caso documentado de Autismo*.

<https://jralonso.es/2020/06/10/primer-caso-documentado-de-autismo/comment-page-1/>

Kanner, L. (1935): *Child Psychiatry* .(Psiquiatría infantil). Trad. Buenos Aires, 1972.

https://es.wikipedia.org/wiki/Leo_Kanner

Kanner, L. (1943). *Autistic disturbances of affective contact*. (Trastornos autistas del contacto afectivo). Trad. por Teresa Sanz Vicario. Artículo extraído de la revista *Siglo Cero* , n° 149 (1993).

https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/residencias/biblio/pdf_Psico/Kanner.pdf

Kanner, L. (1950). *En defensa de las madres. Cómo educar a los niños a pesar de los psicólogos más celosos*. En AR Paidós, Buenos Aires 1974 (2a. ed.)

Munoz, E. (2021). *Características principales del Autismo- Trastorno del Espectro Autista, TEA*. [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=q9e5TSDHeGQ>

Pírez, G.M. (2019). *Trastorno Desintegrativo Infantil: A Propósito de un Caso*.(Vol. 36).

<https://acortar.link/F7qr5A>

Rutter, M. (1967). *Criterios Establecidos para el Diagnóstico del Autismo Infantil*.

https://en.wikipedia.org/wiki/Michael_Rutter

Sanctis, S. (1906). *Definición de la Demencia temprana por el psiquiatra italiano Sante de Sanctis* .https://en.wikipedia.org/wiki/Sante_De_Sanctis

Sukhareva, G. (1925). *Sobre el curso de la esquizofrenia en la infancia. (art.)* (Definición que realiza Grunya Sukhareva sobre el autismo en su artículo “Sobre el curso de la esquizofrenia en la infancia) https://es.wikipedia.org/wiki/Grunya_S%C3%BAjareva