

TEMA 23

LAS NEE DE LOS ALUMNOS/AS CON AUTISMO O CON OTRAS ALTERACIONES GRAVES DE LA PERSONALIDAD. LA IDENTIFICACIÓN DE LAS NEE DE ESTOS ALUMNOS.

• INTRODUCCIÓN.

La historia de las psicosis infantil no se separa de la del adulto hasta bien entrado nuestro siglo, cuando Lutz hace sus primeras descripciones.

La primera separación del defecto psíquico, como entidad claramente diferenciada de la oligofrenia la hizo Esquirol en 1834 “el demente es un rico empobrecido; el idiota siempre ha estado en la miseria”

Sécherre en 1908 describe la demencia infantil que lleva su nombre. Incluye desde la psicosis infantil hasta encefalopatías, incluyendo enfermedades metabólicas, leucoencefalitis y deterioros epilépticos.

Bleuler se alía a principios de siglo que algunos de los esquizofrénicos lo han sido desde la infancia, pero no hace mención específica de las psicosis infantiles. En 1911 acuña el término autista.

Porter, en 1933, es el primero en distinguir la esquizofrenia infantil, pero como hemos citado al principio fue Lutz unos años más tarde el que establece los criterios básicos de la psicosis infantil.

Kanner, en 1943 individualiza una forma clásica fundamental: el Autismo. Lo diferencia de la oligofrenia y esquizofrenia infantil. También describe las características específicas de los padres de estos niños.

• CONCEPTO DE AUTISMO.

La confusión en la terminología ha permitido algunas veces utilizar los términos psicosis, esquizofrenia y autismo infantiles como entidades independientes y otras veces como sinónimo.

En la primera mitad de nuestro siglo, los psiquiatras emplearon diversos nombres para designar ciertos casos de síndromes psíquicos precoces más o menos semejantes al autismo.

El término autismo fue introducido por Beutler en 1911, pero fue Kanner, un psiquiatra austríaco quien lo importó de la psiquiatría adulta en 1945.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-III y DSM-III-R, el autismo se incluye en la categoría de los trastornos profundos del desarrollo. Se alía que la sintomatología primordial del autismo consiste en una falta de respuesta a los demás, un deterioro importante en la habilidad de comunicación y la existencia de respuestas “raras” a diversos aspectos del medio, todo ello desarrollado en los primeros 30 meses de vida.

• CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO.

Desde el punto de vista de síntomas podremos diferenciar:

- Comienza habitualmente antes de los 3 años y en ocasiones desde el nacimiento. Aunque el primer año suelen ser poco claros. Son niños de apariencia sana y normal y en algunos casos con una expresión inteligente.

Existen algunos niños en los que se manifiesta después de un período de desarrollo aparentemente normal.

- Muchas veces lo que se observa, como decía Lorna, es una gran pasividad, que tiende a permanecer ajeno al medio, absorto, poco sensible a las personas y a las cosas que hay a su alrededor. En otras ocasiones se muestra muy excitado y llora casi constantemente.
- Vemos como muchas veces las acciones del niño se limitan cada vez más, convirtiéndose en estereotipias (balanceándose una y otra vez). Al mismo tiempo las conductas más positivas (sus juegos, imitaciones, gestos comunicativos, ...) no llegan a desarrollarse o se pierden progresivamente.
- Casi siempre se acompañan de otras alteraciones muy perturbadoras como: problemas de alimentación, falta de sueño, excitabilidad difícilmente controlable, miedo normalmente a personas y a evitar o permanecer indiferente a sus abrazos y mimos.
- Es frecuente que presente resistencia a los cambios de ambientes y rutinas, habitualmente reaccionan con rabietas y tratando de evitar los cambios. Este síntoma junto con el de aislamiento, evitación de las personas e indiferencia a ellas son los más característicos de este síndrome.
- La comunicación intencional activa y espontánea que suele desarrollar el niño a los 8-9 meses, a través de gestos y comunicaciones prelingüísticas se ve muy perturbada o limitada. La falta de sonrisa, su mirada a las personas, gestos, vocalizaciones comunicativas, la falta de afecto en una palabra, son las características más evidentes de su conducta.

Estas dificultades se manifiestan más a menudo a partir del año y medio, 2 años, cuando en los niños “normales” se da una adquisición rápida del lenguaje. Algunos autistas llegan incluso a la adquisición rápida del lenguaje funcional.

Así, podemos resumir en 7 síntomas para establecer el criterio diagnóstico del autismo:

- Retardo en el lenguaje.
- Fracaso en el desarrollo de destrezas para el contacto social.
- Conductas rituales espontáneas.
- Conductas autolesivas.
- Inatención.
- Esterotipias sonoras y motoras.
- Lentitud en el control de esfínteres.

La complicación más frecuente es la aparición de crisis epilépticas. En un 25% de los casos de trastorno autista ha habido uno o más episodios de crisis.

Tanto en la DSM-III-R, como en distintos estudios realizados en el Reino Unido y en EEUU, se establece que la prevalencia del trastorno autista se sitúa aproximadamente en 4/5 niños por cada 10.000 habitantes.

Por otro lado, Kanner, sugiere a que estos niños podrían tener un buen potencial cognitivo. Sin embargo, a partir de los años 70 la investigación demostró que, en general, se encuentra R.M. en una proporción más alta entre los niños autistas que entre la población normal.

• ETIOLOGÍA A.

No se ha encontrado una causalidad etiológica única del autismo. Este hecho se ve dificultado por los múltiples factores que pueden producir de distintas maneras y con intensidad y amplitud variables, la alteración orgánica del SNC en la que se asienta el sustrato biológico del trastorno.

Existen 2 grandes teorías que intentan dar respuesta a la aparición de este síndrome: Organicistas y Psicodinámicas.

- **Hipótesis organicistas:**

Dentro de las hipótesis organicistas podemos mencionar 3 posibles causas del autismo:

Alteraciones genéticas: se han detectado casos de autismo con anomalías cromosómicas.

Alteraciones bioquímicas: hay autores que defienden que los excesos, carencias o desequilibrios de los neurotransmisores pueden originar alteraciones de conducta.

Alteraciones virales: Algunas infecciones víricas durante el período de embarazo puede ocasionar daños en el feto.

- **Hipótesis psicosociales.**

Fue Kanner el primero que suscitó la posible relación entre el factor ambiental y la causa del trastorno. Comprobó que los padres de los niños estudiados eran personas frías, severas, obsesivas, artificiales, perfeccionistas, ...

La mayor parte de las teorías apuntan hacia un mismo foco constante: la familia, bien por no propiciar las condiciones ambientales adecuadas para su desarrollo, o bien, por las mismas alteraciones que presentan los padres.

Las investigaciones tanto desde una perspectiva como desde otra no han logrado, hasta el momento una explicación etiológica convincente.

- **GRADOS.**

La tendencia actual en las escuelas europeas es hacia la denominación común de psicosis infantiles incluyendo aquí el autismo de Kanner. Dependiendo de la edad a la que aparecen los trastornos, la sintomatología va a ser diferente:

5.1. Precoces (de la 1ª infancia, entre 3 y 6 años).

- *Carenciales.*

. *Hospitalismo:* SE considera como una psicosis experimental. SPITZ la definió como una alteración del cuerpo relacionada con un confinamiento largo en un hospital o a los efectos nocivos de la institucionalización durante los primeros años de vida.

Si sustraemos al niño de su medio familiar durante algunos meses y lo introducimos en un medio falto de calor afectivo, podemos comprobar que su desarrollo intelectual se altera.

Si esta carencia afectiva la prolongamos durante más tiempo la evolución puede ser catastrófica, derivando hacia un estado de tipo autista y comportando una debilidad mental profunda.

Estos estados pueden existir según SPITZ en numerosos medios familiares muy pobres en el aspecto afectivo; se habla entonces de *hospitalismo intrafamiliar*.

- *Autísticas:*

. *Autismo de Leo Kanner (citado, autismo primario).*

- *Simbióticas (autismo secundario).*

Son casos en los que se recoge un desarrollo psicomotor y de lenguaje normales dentro de los 30 primeros meses, pero generalmente hacia los 2 años y medio de vida sufren una regresión tan importante que terminan presentando un cuadro autista. Se denomina autismo secundario y tiene una evolución similar al autismo aunque de pronóstico más favorable. El cuadro suele producirse por modificaciones ambientales.

. *Psicosis simbiótica de Margaret Mahler.*

Los síntomas aparecen más tarde (hacia los 12 años) y en forma de brotes que se avivan cuando se intenta que el niño vaya a la escuela. La evolución es más favorable que en el autismo de Kanner.

Considera que el niño pequeño era sólo un individuo a medias y consideraba que su forma de vivir, su experiencia de vida viene condicionada por su madre, cree que la mejor forma de tratamiento es la reconstitución de la simbiosis madre-hijo. Por ello intenta tratar simultáneamente al hijo y a la madre, comete el error de suponer que toda relación m-h merece ser salvaguardada aunque sea perjudicial para el pequeño.

. *Psicopatía autística de Asperger:* es una forma ligera de psicosis precoz. Los trastornos se dan hacia los 4/5 años y consisten en una dificultad de contacto. Su desarrollo intelectual es posible.

Se parece al autismo aunque son más notables intereses concretos como p.e: la astrología, matemáticas, ...

5.2. Tardías.

Para algunos autores son psicosis ignoradas hasta ahora y otros las consideran como un síntoma premonitorio de una psicosis de la adolescencia aparecidas en el periodo de latencia.

. *Esquizofrenia infantil:*

Normalmente en el adulto se produce la esquizofrenia típica. En ella existen aspectos muy graves. Los síntomas son más intensos, la agitación e impulsos agresivos más terribles y la evolución más catastrófica..

- **LAS NEE DE LOS ALUMNOS/AS CON AUTISMO O CON OTRAS ALTERACIONES GRAVES DE LA PERSONALIDAD.**
- **NEE en el ámbito cognitivo.**

En el ámbito cognitivo se puede decir que aproximadamente las tres cuartas partes de los niños autistas tienen puntuaciones de C.I. que se sitúan en la gama de retardo. Por lo tanto, podemos decir que la evolución del síndrome se verá influenciado por el nivel intelectual del sujeto.

En los sujetos autistas hay aspectos del funcionamiento cognitivo que parecen encontrarse menos afectados en “sí mismo”. Este es el caso del proceso de percepción.

Se señalan también dificultades relacionadas con la atención y la memoria. Sin embargo existen excepciones.

El déficit cognitivo básico en el autismo se refiere principalmente a aquellos aspectos relacionados con la abstracción, la función simbólico-representacional y el lenguaje.

Las últimas investigaciones señalan otro rasgo definitivo del déficit cognitivo-social en autistas, se trata de la incapacidad para ponerse en el lugar del otro, y por tanto, para conocer o predecir sus estados de conocimiento.

- NEE en el ámbito socio-afectivo.

Se puede decir, que desde el principio, la conducta social del niño autista presenta graves alteraciones. Ya de bebé por lo general, se presenta menos activo y despierto que sus hermanos y carece de llanto con valor de mensaje (para pedir algo).

En el primer año muestran claros signos de alejamiento social y afectivo. No hacen nada para despertar la atención de los padres, no imitan los gestos del adulto, apenas sonríen ni juegan. Algunos pueden responder al afecto de los demás pero se sienten mejor cuando están solos. Su actitud es más de aceptar que de solicitar la atención.

El alejamiento social pocas veces es absoluto y su intensidad depende de la situación del niño en el medio, de su edad y de las características de las personas que se relacionan con él. Por lo general, este aislamiento alcanza su máxima expresión entre los 15 meses y los 3 años.

A partir de los 4/5 años, el niño autista empieza a relacionarse más, pero seguirá retrasado para siempre.

Desde el punto de vista emocional, el niño autista tiene graves problemas para ajustarse a las nuevas situaciones: su tendencia a la familiaridad del entorno, hace que se produzcan crisis y conductas de ansiedad cuando se producen cambios en el mismo.

La tendencia a la familiaridad del entorno hace que se muestre en ellos una marcada resistencia al cambio. Esta resistencia se puede reflejar incluso en la alimentación. Su preocupación obsesiva por lo idéntico le lleva a tener un comportamiento repetitivo y por tanto a una limitada actividad.

La mayoría de estos niños se comportan como si las personas no existieran. No demuestran interés por quien sufre o tiene pena.

Muestran una incapacidad para jugar, hecho que se ve aumentado por su bajo repertorio verbal. Al crecer son capaces de hacer rompecabezas, aunque con frecuencia ajustan las piezas por el tacto y no por deducir su lugar en la figura que forman.

Son frecuentes además autolesiones, agresiones, esterotipias, hiperactividad y rabietas que dificultan el desarrollo emocional y social y por tanto su completa integración.

- NEE en el ámbito motor.

Si bien el cuadro de autismo que en su día describiese Leo Kanner no implicaba, en su criterio, afectación motriz, es un hecho constatado que muchos de los niños autistas presentan toda una gama de trastornos asociados, incluidos los motores, que van de la simple torpeza a graves compromisos en el desarrollo de cadenas cinéticas básicas, como por ejemplo la marcha.

Teniendo en cuenta lo que ya hemos expuesto, podemos agrupar a los sujetos con síndromes autistas en 3 categorías desde el punto de vista del grado de afectación motriz:

. Los considerados autistas puros. Son aquellos con un desarrollo y unas capacidades motoras más o menos normales y acordes con su edad cronológica. No obstante, en estos sujetos se han podido

constatar trastornos de la motilidad sugestivos de disfunción extrapiramidal en el autismo. Por ello, se hace necesario atención específica de esta área en este tipo de sujetos.

. Autistas generalmente con cuadros severos, que, debido a su falta de movilidad, e incluso en muchos casos a lesiones orgánicas sobreadidas, presentan un claro cuadro de discapacidades motoras.

. Autistas que presentan afectación neurológica compleja, en los que, si bien el autismo puede ser la manifestación más llamativa, es un hecho evidente que aparecen otras patologías asociadas, incluida en ocasiones la afectación motriz primaria de origen neurológico, pudiendo presentarse cuadros muy variados en cuanto a afectación motora en función de su etiología.

- NEE en el área de comunicación y lenguaje.

El deterioro de la capacidad de comunicación es una de las características fundamentales de este síndrome. Lo primero que llama la atención es la pobreza de lenguaje interiorizado de estos niños, manifestado a través de sus juegos: no suelen jugar con los objetos, ni darles una finalidad, sino sustraerles una propiedad única, inmutable y permanente. Teniendo buena capacidad espacial, se muestran incapaces de secuenciar unas imágenes o de seguir un código, y ambos, como veremos más tarde, son operaciones cognitivas básicas para el lenguaje.

Es normal en los bebés hacia los 2 o 3 meses, las manifestaciones de una intersubjetividad primaria, el niño sonríe imitando las sonrisas adultas o se desconsuela ante situaciones tristes, al mismo tiempo tiene la experiencia manifestada, empatizando las emociones del otro.

Los niños autistas no discriminan correctamente las señales emocionales, las perciben menos relevantes y no las suelen revivir. Al no ser las personas fuente de estímulos, no desarrollan la capacidad de percibir contingencias para la anticipación en las secuencias de acción; la formación de las conductas de apego serán por tanto más lentas, aunque el niño autista está más incapacitado para sentir con empatía que para amar. Si estas conductas no aparecen, las conductas comunicativas pre-lingüísticas, proto-imperativas (para demandar algo) y proto-declarativas (de compartir un conocimiento, no se presentan o al menos no lo hacen igual en el niño autista que en el normal, pues están casi ausentes en esta primera etapa del desarrollo comunicativo de los autistas. Así es como se forma un círculo vicioso, le resulta difícil desarrollar pautas de comunicación por no percibir correctamente a los otros como seres predictibles y con capacidad de experimentar, a su vez, la ausencia de esta comunicación, les impide entrar en el mundo ajeno y desarrollar pautas de interacción social.

La tercera parte de los niños autistas no aprenden a hablar o su habla carece absolutamente de funcionalidad; los que llegan a hablar, pueden tener una ecolalia directa o diferida durante un periodo muy largo de tiempo, incluso cuando es tratada, lo será durante toda la vida. Los que tienen cierta capacidad de lenguaje espontáneo, presentan confusiones en la estructura gramatical, tendiendo a usar frases estereotipadas y contextualizadas, con sentido rígido y multivalente.

Otra característica importante del desarrollo comunicativo de los niños autistas es su incapacidad en la etapa pre-verbal que dura aproximadamente hasta los 5 años para expresarse y comprender gestos. Cuando se ha intentado enseñar signos comunicativos sencillos a autistas mudos, resulta difícil, consiguiéndose sólo a través de recompensas; los gestos aprendidos tratan de convertirlos a la máxima expresión y uno de los primeros gestos que aprenden es el de señalar y decir si o no con la cabeza. En general, se recomienda en esta etapa pre-verbal, acompañar el lenguaje oral de abundante información para-verbal.

Es de destacar su lenguaje ecológico, en este sentido, no suelen pasar de copiar frases de otras personas

que en un principio no modifican para adecuarlas estructuralmente a las nuevas situaciones. Invierten por lo común el uso de los pronombres, pero cuando algunos logran desarrollar su capacidad de comprensión, lo usan adecuadamente.

Paralela a esta ecolalia y a veces reemplazándola, aparece el lenguaje espontáneo, en estos casos el desarrollo es mucho más lento. La tendencia a la contradicción de palabras y frases siempre está presente, como en el caso de los signos.

Algunos de estos niños, uno de cada 6, serán los que puedan desarrollar un lenguaje ajustado a las reglas gramaticales, incluso habiendo empezado a hablar tarde que dependerá; sobretodo de:

- . La estimulación recibida los primeros años de desarrollo.
- . Adecuado funcionamiento neurológico.
- . Ausencia de síndromes asociados: mentales, motores, fisiológicos.
- . C.I.

El desarrollo de la comprensión del lenguaje es lento, suelen empezar entendiendo palabras por asociación con contingencias, pero como hemos visto, a la mayoría les cuesta o al menos no les interesa percibir dichas contingencias. Cuando consiguen desarrollar un grado aceptable de comprensión, se suelen observar mejoras en la expresión, siempre que no se trate de temas abstractos. Muchos de los autistas tienen verdaderos problemas de decisión ante alternativas, repitiendo a menudo la última palabra de la pregunta; las respuestas cuando se dan, se suelen referir al ahora y aquí. Les costará usar las partes gramaticales que cambian según el tiempo, el contexto, así como pronombres, preposiciones o verbos.

- Técnicas, programas y métodos de desbloqueo.

Para trabajar con niños autistas todos los educadores deberán tener un conocimiento serio de su personalidad y comportamiento, así como de las diferentes técnicas y teorías.

Sólo con la colaboración interdisciplinar se consiguen logros importantes, siempre en función de la gravedad del cuadro.

En relación a las institucionales se dan a su vez 2 actitudes:

- El niño debe quedar con la familia y seguir de día a un tratamiento.
- Es preciso separar al niño de su familia.

Pero, lo esencial es actuar en una institución adecuada, durante un largo período de tiempo, creando un entorno favorable que le permita superar una buena parte de sus síntomas y establecer unas correctas relaciones.

Debemos intentar dotarles de una vida presente, para que pueda tener un pasado y un futuro.

Las técnicas con mayor frecuencia utilizadas en las intervenciones pedagógicas son:

- . Ludoterapia: Encaminada a establecer vínculos de relación con el niño.
- . Musicoterapia: Para intentar reconducir el sistema emocional y relacional del autista, aunque

dependerá de su nivel de receptividad.

. **Psicomotricidad:** Con el fin de restablecer las relaciones niño-adulto, potenciar los aprendizajes, ...

. **Técnica conductual:** Para estructurar nuevos modos positivos de conducta y reducir los comportamientos inadecuados, a través de la manipulación directa de los mismos.

. **Intervención psicodinámica:** Pretende instaurar orden en el caos oculto de este mundo, mediante la recomposición de su mundo afectivo.

. **Técnicas pictográficas:** A través de ellas se intentará contribuir a la reestructuración interior y exterior de los distintos acontecimientos vividos.

7. EL PROCESO DE IDENTIFICACIÓN DE LAS NEE DE ESTOS ALUMNOS.

Ante determinados signos de alerta detectados por padres, tutores u otros profesionales, se inicia el proceso de identificación de las nee.

Para ello se requiere la actuación conjunta de distintos miembros: la familia, el profesorado del niño, los especialistas, el equipo interdisciplinar del sector y el profesor tutor.

En la identificación de las nee del alumno autista o con graves problemas de personalidad se deberán considerar aspectos tales como:

• Información sobre el alumno:

- ♦ Desarrollo general del alumno: aspectos biológicos, intelectuales, motores, comunicativo-lingüísticos, de adaptación e interacción social, emocionales.
- ♦ Nivel de competencia curricular.
- ♦ Estilo de aprendizaje.
- ♦ **Información sobre el entorno del alumno:**

- Contexto escolar.
- Contexto socio-familiar.

La evaluación de los niños autistas o con graves problemas de personalidad implica el uso de diversas fuentes de información:

- Observación tradicional y entrevista.
- Instrumentos estandarizados y específicos.
- Técnicas de observación directa.
- Escalas de conducta.

La recogida de datos realizada mediante estas técnicas tiene una doble finalidad:

- ♦ Examinar mediante el empleo de tests basados en criterios normalizadores del desarrollo de los distintos tipos de funciones mentales:
 - Capacidades cognitivas.
 - Capacidades lingüísticas.
 - Capacidades perceptivas.
 - Capacidades motoras.
 - Capacidades sociales.
- ♦ Observar y describir:
 - El comportamiento y la apariencia del niño.

- Aquellas funciones que no se pueden evaluar cuantitativamente.
- La reorganización de las funciones mentales que el autismo, como cualquier otro tipo de deficiencia implica.

♦ Evaluación del lenguaje:

Cuando la observación clínica y la evaluación del desarrollo se añaden como parte importante del cuadro determinados problemas específicos, es necesario acudir a una evaluación detallada mediante tests especializados.

Dentro de esta evaluación específica se encuentra la realizada sobre el lgje.

En la evaluación que se hace del lgje hemos de considerar que no se trata de analizar y recoger información sobre una serie de rasgos aislados, sino de proporcionar una visión integrada y global del lgje en la que tengan cabida tanto los aspectos “normales” como los “patológicos”.

Dada la falta de uniformidad que afecta al trastorno del lgje autista, es necesario hacer evaluaciones multidimensionales, así como descripciones exhaustivas y satisfactorias y no simplificar en una puntuación única la irregular actuación lingüística de cada niño.

Se trata de recoger aspectos relativos a:

- Lgje receptivo del sujeto.
- Lgje expresivo:
- Exploración no verbal
- Exploración verbal
- **Evaluación social.**

Los estudios sobre el desarrollo social del niño autista o con graves alteraciones de la personalidad han llegado a las siguientes conclusiones:

- Los trastornos en el comportamiento social de los niños autistas se han constituido en rasgo criterial para el diagnóstico de este síndrome.
- Las alteraciones sociales tienen carácter general, pero no homogéneo.
- No sólo hay que evaluar la cantidad de respuestas sociales anormales de estos sujetos, sino también la calidad.
- No se trata de evaluar síntomas aislados o independientes de las alteraciones sociales, sino que hay que evaluarlos en el contexto de la evolución global del niño.

Para determinar las necesidades en el ámbito social de estos alumnos podemos servirnos de diferentes modalidades:

- Instrumentos estandarizados.
- La observación conductual: tanto en situaciones naturales, como en situaciones artificiales.
- **Las necesidades de los alumnos autistas o con graves problemas de personalidad.**

Las necesidades de los alumnos autistas o con graves alteraciones de la personalidad se sitúan fundamentalmente en los siguientes ámbitos:

. Comunicaci3n- interacci3n.

. Lenguaje.

. Desarrollo cognitivo.

. Autonom3a personal.

. Motricidad gruesa.

. Conductas disruptivas.

13