

Universidad de Palermo

Facultad de Cs Sociales

Lic. en Psicología

Trabajo final de integración

Trastorno Autista: detección y diagnóstico precoz

Autora: Cecilia Stabillito

1. INTRODUCCION

Los términos sinónimos Trastornos del Espectro Autista y Trastornos Generalizados del Desarrollo se refieren a un amplio continuo de trastornos neurocognitivos y conductuales asociados, incluyendo, pero no limitándose a, tres rasgos nucleares:

- Deterioros en la socialización
- Deterioros en la comunicación verbal y no verbal
- Patrones restrictivos y repetitivos de conducta

Datos recientes parecen dar relevancia a la posible especificidad de las anomalías en las respuestas sensoriales, como son la preocupación por características sensoriales de objetos o las dificultades de modulación sensorial reflejadas en la hiper e hiposensibilidad a los estímulos ambientales, considerando que pudieran ser los primeros signos obvios que aparecen en el desarrollo de los niños.

De acuerdo al Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR, 2002) los Trastornos Generalizados del Desarrollo son:

- Trastorno Autista
- Síndrome de Asperger
- Síndrome de Rett
- Trastorno Desintegrativo
- Trastorno Generalizado del Desarrollo sin especificar

En la presente tesina nos centraremos en el trastorno autista debido a que es el trastorno más estudiado.

Aunque los signos del autismo **pueden** estar presentes en el primer año de vida en niños que son diagnosticados más tarde, y están **siempre** presentes antes de los tres años de edad, el autismo a menudo no se diagnostica hasta 2 ó 3 años después de que estos signos aparezcan (Filipek et al, 2000).

A menudo, individuos con autismo permanecen sin diagnosticar o son diagnosticados incorrectamente. Muchos clínicos evitan discutir la posibilidad de un diagnóstico de autismo con los padres de niños pequeños, incluso cuando los signos están presentes,

debido a sus temores sobre la angustia de la familia, los posibles efectos adversos de etiquetar al niño, el temor de equivocarse en el diagnóstico, y la esperanza de que los signos pudieran remitir (Filipek et al, 1999).

Sin embargo, el pronóstico positivo de un diagnóstico precoz correcto, va más allá de los efectos negativos, y las familias expresan universalmente el deseo de ser informadas tan pronto como sea posible (Filipek et al, 1999).

Por este motivo, en la presente tesina nos proponemos, a partir del análisis de 40 cuestionarios de primera consulta -inventarios de base- de pacientes con autismo atendidos en Grupo CIDEP -Centro de asistencia infanto-juvenil- más bibliografía complementaria sobre el tema, indagar en la búsqueda y detección de indicadores conductuales tempranos del trastorno autista, dado que una mayor claridad e información al respecto favorece el diagnóstico precoz y la intervención temprana en niños con riesgo de autismo.

1.1. Reseña Histórica

El término Autismo fue introducido por Bleuler en 1911, para señalar a alguien que estaba "encerrado en si mismo" y fue Kanner quien, estudiando un grupo de niños con determinadas características, uso por vez primera el diagnóstico de "autismo infantil precoz".

En 1943, Kanner describió el síndrome de alteraciones autísticas con la historia de 11 niños que presentaban edades entre los 2 y los 8 años. En ellos identificó características tan peculiares que consideró estar frente a un nuevo síndrome, muy poco frecuente y hasta el momento no descrito. Dos de los síntomas fundamentales que identificó para el diagnóstico fueron: el aislamiento extremo y la invariabilidad del entorno. Muchos de esos niños habían sido considerados débiles mentales, imbeciles o esquizofrénicos. Este autor hizo una presentación acerca de los disturbios autistas del contacto afectivo, recortándolos de los de la población de débiles mentales, imbeciles o esquizofrénicos. Después de su descripción inicial, el autismo fue escasamente investigado durante las décadas de la segunda mitad del siglo veinte.

En el *DSM-I* (1952) y *DSM-II* (1968), las reacciones psicóticas en niños, manifestando primariamente autismo, fueron clasificadas bajo la definición de "esquizofrenia o reacción esquizofrénica, tipo infantil".

A pesar de esta inicial visión del autismo como una psicosis, algunos importantes grupos de investigación formularon el primer conjunto de criterios clínicos para este trastorno en la década de los 70.

En el *DSM-III* (1980), el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) fue usado por primera vez para describir trastornos:

[...] caracterizados por alteraciones en el desarrollo de múltiples funciones psicológicas básicas, que están implicadas en el desarrollo de las habilidades sociales y el lenguaje, tales como atención, percepción, conciencia de la realidad, y movimientos motores [...] El término Trastorno Generalizado del Desarrollo se ha elegido ya que describe más fielmente el trastorno nuclear; muchas áreas básicas de la evolución psicológica están afectadas al mismo tiempo y en un grado severo (p 86).

Bajo este nuevo grupo de los TGD, los posibles diagnósticos incluían, por primera vez, el término *Autismo Infantil* -con inicio antes de los 30 meses de vida- así como el Trastorno Generalizado del Desarrollo de Inicio en la Infancia -con inicio después de los 30 meses-, cada uno de ellos con dos subclasificaciones: "Síndrome completo presente" o "Tipo residual", y también un tercer término, el Trastorno Generalizado del Desarrollo Atípico.

En el *DSM-III*, el autismo se diferenció claramente, por primera vez, de la esquizofrenia infantil y otras psicosis, y la ausencia de síntomas psicóticos, como ilusiones o alucinaciones, se convirtió en uno de los seis criterios diagnósticos.

El revisado *DSM-III-R* (1987) acotó el espectro de los TGD y estrechó los posibles diagnósticos a dos: Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (TGD-NE).

En la actualidad, el *DSM IV-TR* incluye los posibles diagnósticos en el grupo de los TGD, en equivalencia con la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10), usada sobre todo en el extranjero.

Podríamos decir entonces, que la definición del autismo ofrecida por Kanner (1943) sigue estando vigente actualmente, con sus tres núcleos de trastornos: (1) trastorno cualitativo de la relación, (2) alteraciones de la comunicación y el lenguaje, y (3) falta de flexibilidad mental y comportamental.

1.2. Trastorno Autista

A continuación presentamos los criterios diagnósticos del *DSM IV-TR* (2002) para el trastorno autista:

A. Existe un total de 6 (o más) ítems de 1, 2 y 3, con por lo menos dos de 1, y uno de 2 y de 3:

1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

(b) Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.

(c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos -p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés-.

(d) Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:

(a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral -no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica-.

(b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.

(c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.

(d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:

- (a) Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- (b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales
- (c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- (d) Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: 1 interacción social, 2 lenguaje utilizado en la comunicación social o 3 juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

3. OBJETIVOS

El propósito de nuestra investigación es buscar y explicitar los indicadores conductuales tempranos del Trastorno Autista para favorecer el diagnóstico precoz y la intervención temprana en niños con riesgo de autismo.

El objetivo general de nuestro estudio es entonces:

- Explorar, a partir del análisis de 40 cuestionarios de primera consulta de pacientes con autismo atendidos en una agrupación, la relación entre los primeros signos de alarma manifestados por los padres, su edad de aparición y el diagnóstico específico de autismo.

Se deriva de este objetivo central otros objetivos más específicos, siendo estos:

- Establecer los primeros signos de alarma más frecuentes detectados por los padres agrupados en áreas según el *DSM IV-TR*.
- Establecer la edad aproximada de aparición de los primeros signos de alarma detectados por los padres.
- Establecer las ventajas del diagnóstico precoz.

4. METODOLOGÍA

4.1. Descripción de la investigación realizada

A lo largo de la práctica y habilitación profesional realizada en la organización, centro privado donde se especializan en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo, hemos recolectado datos de 40 historias clínicas y cuestionarios de primera consulta de niños con autismo, con el fin de investigar tanto los primeros signos de alarma que suelen manifestar los padres de sus hijos como su edad de aparición. El cuestionario de primera consulta es un inventario de base diseñado en la institución para obtener datos sobre el desarrollo evolutivo del niño y sobre los antecedentes familiares.

Partiendo de la idea que el autismo es un trastorno cuyos signos suelen presentarse desde el primer año de vida, siendo muchas veces ignorados por los profesionales, es que decidimos emprender esta investigación para ampliar la información y los conocimientos sobre el tema.

4.2. Población a estudiar

Fueron seleccionadas 40 historias clínicas al azar de niños entre los 2 y los 10 años de edad, cuyos cuestionarios de primera consulta estuviesen completos y que hayan sido diagnosticados en esta institución entre los años 1995 y 2003 con un trastorno autista.

4.3. Información a recoger

Los ítems seleccionados para la obtención de los datos fueron:

- α) Fecha de consulta en la institución
- β) Edad del niño al momento de la consulta
- χ) Edad de aparición de los primeros signos manifestados por los padres
- δ) Descripción de los primeros signos manifestados por los padres

2. ENFOQUE TEORICO

La presente tesina se enmarca en una perspectiva teórica cognitiva- conductual.

Dado que en general los niños autistas no están en condiciones de dar cuenta de su propia conducta, ya que sus disfunciones cognitivas se lo impiden, se hace necesaria su exploración (García Coto, 2003).

Al explorar la conducta, se apunta tanto al diagnóstico nosológico, trastorno de base y comórbidos, como a la comprensión funcional de las conductas en interacción.

Así, se impone investigar, las características del cuadro, la relación del niño con su ambiente y en su propio desempeño individual desde una amplia perspectiva que incluya diferentes niveles descriptivos, exploratorios y de explicación e hipótesis.

De este modo, siguiendo a García Coto (2003), se intenta llegar a:

- Diagnóstico nosológico del trastorno de base.
- Diagnóstico nosológico de los trastornos asociados o comorbilidad.
- Evaluación funcional de la conducta (análisis de las relaciones causales entre estímulo, respuesta y consecuencias).

También, se pretende comprender la conducta en sus diversas dimensiones y como resultante de la interacción entre cerebro y ambiente.

La conducta puede observarse a través de sus contenidos: qué es lo que hace la persona, cuáles son sus motivaciones, a quién o a qué la dirige, qué es lo que está buscando.

Pero además, las conductas pueden tener una estructura sintáctica que va a estar determinada por el modo con que se desarrolla la actividad cerebral (García Coto, 2003).

Se intenta entonces explicar también, la relación entre la persona y el ambiente en términos no episódicos: esto es, la disponibilidad general de la persona hacia:

- Los estímulos ambientales como a los autogenerados
- El procesamiento que hace de ellos en términos de modalidad, de complejidad, de novedad.
- Su representación actual y futura

- La evaluación en términos de aceptación o rechazo
- La construcción de las respuestas a través de conductas o de nuevos esquemas cognitivos.

Una vez finalizada la exploración, se encuentran varias hipótesis conductuales que permiten tomar decisiones para la intervención.

Todos los niños con autismo muestran los mismos déficits nucleares en las siguientes áreas:

- Interacción social
- Comunicación y lenguaje
- Conductas atípicas
- Conducta psicomotora

A continuación, haremos una breve descripción de las áreas mencionadas:

Disfunción en la interacción social

Las bases afectivas entre el lactante y su madre, o figura materna, están en acción desde el nacimiento, y contribuyen al conocimiento psicológico del otro y a la distinción de los estados emocionales de los demás, permitiendo descifrar el significado de las acciones, llegar al mundo del otro y participar en la relación (García Coto, 2004).

A lo largo del primer semestre de vida, el niño va emergiendo como un ser humano social ayudado por un fuerte bagaje biológico. El niño va a contar con unas capacidades perceptivo-motoras y afectivo-emocionales que le permitirán establecer intercambios sociales (Universidad Favaloro, 2004).

La sonrisa y el llanto evolucionan pasando de ser una actividad refleja a constituir una respuesta social, que hacia los seis meses se convertirá en un comportamiento instrumental producido para provocar respuestas sociales (Wing, 1985).

En los niños autistas las expresiones faciales, gestos y vocalizaciones expresivas de emociones son, a menudo, anormales e idiosincrásicas, parece que les falta la coordinación intraindividual de la expresión y conducta afectiva del niño normal.

En sus expresiones emocionales, tienden a mostrar los extremos de la emoción, muchas veces de forma inapropiada para su edad y situación (García Coto, 2004).

El déficit en la reciprocidad social se manifiesta así, en la ausencia espontánea de conductas para compartir emociones, intereses y objetivos (Riviere y Núñez, 1996).

Esto pone en evidencia los trastornos en las habilidades de los niños autistas para:

- Compartir la atención y las emociones.
- Diferenciar sus propios sentimientos de los de los demás.
- Tomar en cuenta dichos sentimientos, deseos, creencias, intenciones en sus interacciones.
- Ponerse en la perspectiva del otro, es decir, ponerse simbólicamente en su lugar.

Los autistas no podrían elaborar una teoría acerca del estado mental -Teoría de la Mente- de su interlocutor, en el caso de haber logrado la interlocución, y tampoco muestran evidencias de percepción de sus propios estados mentales. La Teoría de la Mente es la capacidad cognitiva que permite atribuir a los otros estados mentales y así ser capaz de inferir sus creencias, deseos e intenciones, que pueden ser diferentes a los propios (Riviere y Núñez, 1996).

Así, tienen:

- Incapacidad para desarrollar relaciones adecuadas a su edad.
- No participan activamente en juegos sociales simples.
- Prefieren actividades solitarias.

Cuando se relacionan con los demás generalmente lo hacen involucrando al otro solo como herramienta para conseguir lo que desea o necesita (García Coto, 2003).

Disfunción en la comunicación y el lenguaje

Los niños autistas presentan trastornos en la comunicación verbal y no verbal –contacto ocular, expresiones faciales, posturas corporales, gestos, mímica- .

Más del 50% de estos niños no presentan lenguaje verbal -la mayoría no lo desarrolló y el 20-30% lo perdió alrededor de los dos años- ni sistemas vicariantes para la comunicación (Rapin, 1997).

Los que hablan pueden acceder en la mayoría de los casos a un lenguaje representativo: aprenden palabras que reemplazan a objetos y/o acciones, y puede llegar a ser puramente nominativo.

Generalmente la adquisición del habla está retrasada en comparación a niños normales, y si desarrollan lenguaje, este es escaso, sin cualidades sociales, perseverativo, con ecolalias y metalalias, con producción de neologismos, con inversión pronominal y monotonía prosódica (Rapin, 1997).

Se ve así afectada la capacidad para iniciar una comunicación, mantenerla, modularla, romper la literalidad y adecuar los significados a los indicios y señales tanto del contexto como del interlocutor, usando la mirada como modulador básico de la interlocución, haya o no lenguaje verbal.

De este modo, la alteración del lenguaje en los autistas no pasará solamente por la capacidad de comunicar sino también por la dificultad de saber cómo hacerlo.

Siguiendo a Rapin (1998), presentamos en la tabla 1 los posibles déficits comunicativos en niños autistas.

Tabla 1. Déficit comunicativos en autistas.

| Funciones del lenguaje | Déficits |
|---|---|
| Fonología | Trastornos receptivos y expresivos con un síndrome expresivo-receptivo y especialmente con una severa agnosia auditiva (sordera verbal) en la cual la decodificación fonológica puede estar comprometida tanto como para impedir la comprensión del habla y la expresión verbal. |
| Prosodia -ritmo y melodía del lenguaje- | En niños con entonaciones peculiares, habla monótona sin “acompañamiento”, prosódico al significado del mensaje. Se manifiesta tanto en la prosodia afectiva como gramatical, aun cuando a veces el niño puede aprender entonaciones adecuadas a cada situación. Esto sucede aun en los niños que hablan imitando perfectamente el ritmo y melodía de una frase que escucharon. |
| Sintaxis -gramática y orden de las palabras- | Trastorno receptivo y expresivo en niños con un síndrome mixto expresivo y una agnosia auditiva más leve. |

| | |
|--|--|
| <p>Semántica -vocabulario y significado del lenguaje-</p> | <p>Trastornos receptivo y expresivo en niños con autismo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en la comprensión de preguntas • en la comprensión de principio y final de preguntas • en la comprensión del lenguaje no literal tales como ironías, sarcasmos y chistes, • dificultades en la evocación de la palabra necesaria • elección de palabras poco usuales en el lenguaje común • ecolalia • dificultades en la organización de un discurso coherente • rango muy estrecho de temas de charla |
| <p>Pragmática -uso del lenguaje en la comunicación y conversación-</p> | <p>Trastornos en la recepción y expresión en todos los autistas, dificultades en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interpretar el tono de voz • gestos y postura corporal • expresión facial • evitación o falta de uso de la mirada • fallas en las respuestas • no hablar a alguien en particular • fallas en la iniciación y/o terminación de la conversación • dificultades en la toma de turnos • dificultades en el mantenimiento del tema central de conversación • preguntas perseverativas e incesantes |

Como sostiene Rapin (1998), tal vez el efecto más claramente invasivo en el lenguaje de los autistas es la dificultad en la decodificación rápida de estímulos auditivos -fundamental para la comprensión fluida del lenguaje verbal-.

Estos niños entienden poco o nada del lenguaje verbal y fracasan en la adquisición o se mantienen móticos.

Siguiendo a Rapin (1998), los niños con trastornos mixtos pero más leves, logran mayor comprensión que expresión. Esta última consiste en habla:

- Empobrecida
- Escasa
- Pobrementemente articulada
- Agramatical

Otros niños con autismo que comienzan tarde a hablar, pueden progresar rápidamente desde el silencio o jerga hasta palabras y frases bien formadas, claras y fluentes. Pero su lenguaje puede tener un perfil:

- Literal
- Repetitivo
- Poco o nada comunicativo
- Con temas recurrentes y fijos
- Con entonación ecológica no significativa en términos de contenido del mensaje.

Algunos incluso:

- Hablan sin dirigirse a alguien en particular
- Su charla no parece tener principio o fin
- El volumen de voz puede ser muy alto o muy bajo
- Puede haber una entonación peculiar
- Sin modulación adecuada al contenido ni al interlocutor
- Con perseveración en temas favoritos

Conductas atípicas

Esta categoría abarca patrones de conducta, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados que son anormales o en intensidad o en el foco de interés en sí. Entre ellos encontramos:

- Intereses especiales e inusuales.
Los niños autistas pueden a menudo “compartir” sus conocimientos con los demás pero sin tener en cuenta el interés del otro.
- Rutinas inflexibles, que no pueden ser cambiadas sin que se produzca una rabieta u otros trastornos emocionales.
- Preocupación persistente por partes de objetos.
- Persistencia en enfilear sus juguetes, cintas de vídeo u otros objetos.
- Colección de cosas sin motivo aparente.
- Acciones repetitivas, tales como abrir y cerrar puertas, cajones, o encender y apagar la luz.

- Hacer girar los objetos. Muchos niños autistas pueden pasar largos períodos de tiempo girando las ruedas de un cochecito de juguete, o mirando a un ventilador de techo.

Disfunción en la conducta psicomotora

Muchos niños autistas presentan manierismos motores estereotipados y repetitivos. Algunos pueden presentar movimientos corporales obviamente estereotipados, tales como aplaudir con las manos o aleteos con los brazos cuando están nerviosos o alterados.

También, correr sin descanso, balancearse, dar vueltas, andar de puntillas, y otras posturas extrañas son frecuentemente observadas en niños con autismo.

Algunos niños autistas pueden presentar alteraciones motrices bizarras, asociadas a hiperquinesia y algunos de ellos a agilidad llamativa.

2.1. Factores de riesgo en el Trastorno Autista

Presentamos a continuación la escala elaborada por Call y modificada por la doctora Berezovsky de Chemes sobre las formas precocísimas de conductas potencialmente autistas en el 1º año de vida:

Nacimiento al 1^{er} mes:

-  Fracaso del establecimiento del contacto visual entre el bebé y la madre.
-  Dificultad para el logro de una posición confortable y efectiva de sostén entre el bebé y la madre.
-  Falta de conducta anticipatoria en el bebé cuando es alzado o alimentado.

Dos (2) a tres (3) meses:

-  Indiferencia del bebé a la voz, el rostro y las proposiciones lúdicas de los adultos, estando completamente despierto y en calma.
-  Falta de conducta anticipatoria durante el juego y cuando es alzado.

Tres (3) a cuatro (4) meses:

-  Falta la sonrisa social -intercambio de sonrisas-.
-  Incapacidad de participar en juegos sociales con la madre.

- 📄👉 Evitación del contacto visual con otros seres humanos, o apariencia de "mirar a través de ellos".
- 📄👉 Alejamiento, con la cabeza extendida y la espalda arqueada, dificultando el tenerlo en brazos.

Cuatro (4) a seis (6) meses:

- 📄👉 Indiferencia ante los seres humanos, sean familiares o no.
- 📄👉 Excesivo rocking –balanceo-.
- 📄👉 Rostro inexpresivo o gestos faciales pero sin establecer un contacto social.

Seis (6) meses a un (1) año:

1. No demuestra ansiedad en respuesta a los extraños, en contraste con las respuestas a los familiares.
2. Interés aumentado en los objetos inanimados y fuentes de estimulación tales como ruidos y luces, antes que en las personas.
3. Falta de interés en vestirse y alimentarse solo, tomando trozos de comida entre el pulgar y el índice.
4. Repertorio inusual de unos pocos sonidos mecánicos, consistentes usualmente en tonos simples, producidos en explosiones, en reemplazo del uso de inflexiones vocales -líneas melódicas- en el balbuceo y comienzo de la formación de palabras.
5. Rechazo de nuevas comidas, basado en la preferencia por unas pocas texturas orales familiares. A menudo el niño se limita sólo a una o dos comidas lo que puede producir problemas nutricionales o dentales.
6. Manipuleo repetitivo y no funcional de ciertos objetos. Esto también estaría relacionado con su preferencia por las texturas más que por la función propia del objeto.
7. No muestra ninguna evidencia de ansiedad ante la separación y parece haber levantado una pared invisible a su alrededor que no permite la entrada desde afuera.

8. Muestra ya sea un exceso de conductas de morder, succionar y llevarse a la boca, o mantiene la boca en una posición fija, semicerrada, con ausencia de succión y de mordida.

A continuación, basándonos en García Coto (2004) y Wing (1998), vamos a indagar y describir en mayor profundidad las formas precoces de conductas potencialmente autistas en las diferentes edades:

Signos autistas entre el nacimiento y los 6 meses de edad -no implican diagnóstico de Autismo necesariamente-:

1.- No corresponde a la sonrisa que le hace el adulto.

Antes de los dos meses el niño mira básicamente contornos.

Puede reaccionar al cambio de peinado de la madre.

Luego, se interesa por el contenido y aparecen las primeras sonrisas tal vez en un principio protoimitativas, el niño reacciona con una mueca semejante a la que ve en el otro. Ahora el bebé preferiría caras dinámicas a las estáticas.

Se debe plantear la cuestión del papel que desempeña la imitación en la organización de ciertos comportamientos tales como el llamado juego cara a cara.

Las expresiones faciales se organizan en el marco de un modelo de imitación, en un proceso que ha comenzado a las seis semanas. Cuando, más adelante, las expresiones faciales del bebé empiezan a agruparse hasta formar "turnos" parecidos a un diálogo, el bebe ya ha estado observando e imitando durante meses.

La ausencia de sonrisa en bebés con signos autistas, con visión normal, podría estar indicando ausencia de imitación o también dificultades en el reconocimiento de las caras.

2.- No responde a las “charlas de bebé” de los padres.

Los bebés hacen sonidos y/o vocalizaciones.

Sus padres comienzan a legitimar esos sonidos atribuyéndoles significados posibles o falsos a sabiendas pero que apuntan a la comunicación dada por los tonos, ritmos y melodías del lenguaje junto a las miradas, sonrisas y caricias.

Van creando situaciones para que el bebé repita lo que hizo antes: entre en un espacio de comprensión mutua -atribución parental-. Van creando espacios de ínter subjetividad primaria a partir de encuadres de interacción con alto andamiaje por parte del adulto.

Bebés con signos autistas no responden en estas situaciones.

3.- Puede pasar mucho tiempo mirando fijamente a objetos o luces en movimiento.

En los primeros dos meses, sería esperable que su interés por esas cosas dure tanto como demore en aparecer una nueva necesidad interna u otro estímulo competidor.

En general el interés debería disminuir o desaparecer con la habituación y/o la aparición de un estímulo nuevo.

En este tiempo los estímulos externos van a tener alto control sobre la atención del bebé, en ausencia de necesidades internas.

Entonces, la fijeza excesiva en niños con autismo:

- ¿Tiene que ver con la dificultad general para despegarse de un estímulo?
- ¿Con la incapacidad para generar una conducta nueva?
- ¿O con la incapacidad para percibir otros estímulos al mismo tiempo?

4.- Tiene un ritmo raro de sueño.

Lo esperable es que el bebé sincronice el ritmo sueño/vigilia con la luz/oscuridad y con las rutinas familiares.

La pregunta sería entonces si la dificultad en los niños autistas está solamente en el ritmo sueño/vigilia o en los ritmos en general.

Exploradas las variables temperamentales de ritmo, se sigue con las de nivel de umbral e intensidad de reacción a estímulos.

Salvadas las variables patológicas del sueño se deberán explorar las sensoriales.

5.- Los padres tienen dificultades en acoplarse a sus ritmos.

No llegan a entender cuándo el bebé tiene necesidades fisiológicas: hambre, sed, dolor, molestia.

Rechazo a la alimentación cuando se esperaría que el bebé estuviera esperándola.

Llantos prolongados sin consuelos de ningún tipo –alimentación, contención física o mimos.

Signos autistas entre los 6 y los 12 meses de edad

1.- Es difícil saber por qué llora.

Es habitual que los padres tomando referencias de datos contextuales: hora, lugar, características físicas del lugar y lo que ya conocen del bebé, sepan orientarse a la hora de decodificar los distintos tipos de llanto.

Además, porque tienen características diferentes según tengan que ver con necesidades biológicas -y también en sus diferentes momentos; no es igual al principio del hambre a cuando la satisfacción demora demasiado en llegar-, frustración, molestias, ruidos, estímulos inesperados en general.

Cabe preguntarse entonces si los bebés con signos de autismo presentan dificultades en adecuar los llantos a los diferentes contenidos emocionales o comunicativos.

2.- No mira a los padres o mira “a través” durante la alimentación.

La alimentación es una oportunidad privilegiada para el desarrollo de formatos comunicacionales.

Desde el inicio se presentan en el bebé “andamios” innatos para elicitarse en los adultos conductas de cuidado e interacción, que, serán percibidas luego, por el bebé, como contingencias a su actividad e inaugurarán las conductas intencionales de interacción.

El bebé autista parecería poder atender sólo al estímulo comida sin poder hacerlo al mismo tiempo con el estímulo cara y/o voz de la madre.

3.- No anticipa con sus brazos a ser alzado aunque llore para que lo alcen.

El bebé autista tendría dificultades con la predictibilidad, no puede predecir las respuestas del entorno.

La predictibilidad:

- Produce contenidos mentales básicos previos a la conducta.
- Origina la conducta intencional.
- Es indispensable en toda comunicación.

- Se origina en los juegos de repetición y en las rutinas de la vida diaria.

4.- Raramente o nunca balbucea.

5.- Balbucea para sí mismo y no en dirección a otros.

No habiendo daños centrales o periféricos que lo impidan, el niño emite conductas verbales a través de sonidos y/o vocalizaciones. El adulto responde a ellas -recompensa social-, el niño capta la contingencia y la conducta propia que elicitó la respuesta del adulto, siguiendo su mirada e imitando, entre otros recursos, irá desarrollando lenguaje. El niño autista, con dificultades para tomar el feedback externo no puede aprovechar esta vía de aprendizaje.

6.- A veces está con la mirada fija y es muy difícil conseguir que responda.

En términos de percepción de modalidades diferentes de un objeto y de su posterior integración, no sería probable que estuviera sosteniendo la atención en dicha meta.

Tampoco se observa atención sostenida en otras conductas de meta más allá de la acción en sí misma.

Sí se espera: el cambio de foco a diferentes objetos y situaciones más o menos rápido y acorde al sentido que para el bebé tiene el objeto, generalmente sensorio motor.

Luego, esta adhesividad a un estímulo -muchas veces se detecta como externo- que asumió el control de la conducta del bebé, aparece como patológica y como un obstáculo para el desarrollo. Muchas veces pueden observarse cambios en la dirección de la mirada sin que haya otra respuesta física por parte del bebé.

Algunos estímulos con calidad de sentido aprendido para el bebé logran respuesta.

7.- No hace juegos o rutinas para conseguir que lo miren o le sonrían.

Conductas Reguladoras de la Atención:

Conductas sociales:

- Mirar a otro
- Mirar a otro mientras sonrío

- Buscar contacto con un adulto
- Imitar la conducta de otro

Atención conjunta incluye:

- Señalar
- Señalar para conseguir algo
- Mostrar un objeto a otro
- Alternar la mirada entre un objeto y una persona

Las conductas sociales -por integración de esquemas de acción e interacción- que aparecen alrededor de los 9 meses, se estabilizan alrededor del año. Luego, su ausencia aislada en esta etapa debe ser un indicio para explorar e intervenir.

8.- Se lo puede dejar solo en una habitación sin que reaccione.

9.- Se despierta solo y no lo indica de ninguna manera.

En tanto no tenga alguna necesidad concreta que requiera la presencia de un adulto. De suceder esto, lo manifestará conductualmente.

Las conductas comunicativas: vocalizaciones, decir una palabra, usar un gesto convencional, seguir una orden verbal, respuesta de orientación al llamado; en general no las usa con fines prácticos.

10.- Frecuentemente se balancea en su cuna o gateando.

Vistas las dificultades en la atención a contingencias sociales, tal vez relacionadas con dificultades en cambios rápidos de la atención -desplazar la conciencia de un estímulo a otro en la secuencia de una conducta de meta-, la contingencia dada por el propio cuerpo es la más segura.

La repetición de un patrón motor puede tener este substrato -sin dejar de pensar en lo comentado en relación al ítem 6.

Se debería pensar también en autoestimulación sensorial de descarga y/o de calma.

11.- Baja frecuencia de reacción frente a extraños y/o ausencia de los adultos de referencia.

En la medida en que el vínculo con los adultos de crianza se hace habitual es de esperar en un niño sano, la aparición de conductas de alarma ante la ausencia de aquellos y la aparición de personas nuevas.

La mayor discriminación de la persona de vínculo permite apreciar la discrepancia y reaccionar a ella.

En los autistas hay señales de apreciación de discrepancias pero no emocionales ante la ausencia o aparición del adulto de referencia -no hay reacción inmediata-.

En otros cuadros diferentes al autismo, por ejemplo, la falta de reacción se manifiesta con continuación de la conducta amistosa -como si no discriminara o no lo alarmara-.

Signos autistas entre los 12 y 18 meses de edad

1.- No indica lo que quiere ni con palabras ni con señas.

La mayoría de las veces, si lo hace, lo hará con conductas inadecuadas.

2.- Hace sus propios sonidos y casi nunca los usuales.

Los usuales son los del mundo social, con frecuencia la fuente de los sonidos del niño la encontramos en la TV.

3.- Parece desinteresado por las conversaciones de los demás.

El lenguaje verbal de los demás no atrae su atención exceptuando los sonidos familiares o relacionados con actividades placenteras para él.

4.- Ignora los juguetes o juega casi todo el tiempo con uno o dos objetos.

Los juguetes no tienen para el niño autista un sentido convencional, le interesan algunas propiedades específicas, generalmente sensoriales: giros, texturas, sonidos, colores y olores.

5.- Parece muy alerta a ciertos sonidos e ignora otros ruidos que son muy fuertes.

6.- Los adultos piensan que es sordo.

Ya comentado en cuanto a sonidos que evocan algo placentero. Por otro lado, con frecuencia responde a un sonido sólo la primera vez, cuando es desconocido o imprevisto, no así las veces siguientes.

7.- Cuando se cae o se golpea no indica dolor.

De todos modos, la intensidad de la reacción a veces guarda mayor relación con lo inesperado del hecho que con la intensidad del golpe.

8.- Parece inusualmente interesado en tocar diferentes texturas.

Es lo que parece interesarle más de los juguetes y objetos en general.

9.- Mira fijo sus dedos en movimiento frente a sus ojos o los usa para mirar efectos de luz a través de ellos.

10.- Puede hacer algo una y otra vez durante largo tiempo con una concentración sorprendente para la edad.

La capacidad de focalizar la atención y sostenerla a lo largo del tiempo va a estar en relación con la monotonía de la actividad y no se va a producir en actividades secuenciadas a nivel de su edad.

Probablemente la repetición con esquemas cada vez más complejos esté relacionada con lo observado en la repetición de esquemas simples -dominado un campo, se centra la actividad en él sin poder modificarlo-.

Signos autistas entre los 18 y 24 meses de edad

1.- Disfruta de cosquillas pero no de las escondidas.

Disfruta de juegos con contacto corporal directo, de la sensación que le provoca.

Las escondidas le exigen atención a secuencias y esa es una dificultad importante. Necesita sostener en su memoria la imagen desaparecida y si esta no tiene una alta calidad de motivación, probablemente desaparezca y con ella el interés.

2.- No reacciona a la presencia de los padres.

3.- Tal vez lllore cuando se va la madre pero no reaccione cuando vuelve o lo haga más tarde.

Es notable la demora en reaccionar tanto a la presencia como a la ausencia de los padres. Si esperamos ver el efecto inmediato no lo lograremos.

Cuando los niños autistas se reúnen con sus padres presentan una mayor frecuencia de conductas de búsqueda.

4.- Parece evitar la mirada aunque le jueguen.

En general no va a usar la mirada en la interacción.

No parece haber una evitación activa -en general- sino una falta de comprensión del sentido del juego.

Cuando los juegos producen contingencias inmediatas, el niño con frecuencia muestra mirada y expresión expectante ante la conducta del otro.

5.- Cambios rápidos de humor sin razón aparente.

La búsqueda de la razón puede ser exitosa si relacionamos la conducta y modalidad de funcionamiento del niño con cambios en el ambiente físico o social.

6.- No se interesa o rechaza muñecos y animales.

Los niños juegan con ellos en tanto le encuentran sentido con la realidad que viven o ven en TV.

7.- Demora mucho en usar juguetes nuevos.

Ídem anterior en cuanto al sentido. Pero esto también podría estar poniendo en evidencia la dificultad en el cambio de foco tanto conceptual como perceptual.

8.- No parece interesado en aprender a hablar.

Si el mundo de las contingencias inmediatas es su foco de interés, ningún mediador atraerá su atención para logros mediatos. Aparentemente la secuencia verbal no puede ser seguida.

9.- Parece indiferente a cosas peligrosas.

Sólo se preocupará si ya tuvo una experiencia directa de lo que daña. No hay evaluación de daño potencial, sí de daño vivido.

10.- Aletea manos y dedos cuando esta excitado.

Esta parece ser la emoción, expresada en vivo y en directo con todo el cuerpo, de ansiedad.

11.- Camina en puntas de pie, si esta excitado.

12.- Parece fascinado por ciertos movimientos -dejar caer arena, flamear las hojas de libros, entre otros-.

Surgen los siguientes interrogantes al respecto:

- ¿Busca contingencias perfectas?
- ¿Tiene necesidad sensorial a ciertos estímulos?

13.- Se acerca demasiado a mirar algunas cosas y lo hace muy minuciosamente.

14.- Dejó de usar:

- Palabras que sabía.
- Gestos que había aprendido.
- Juguetes que antes usaba.

Signos autistas entre los 24 y 30 meses de edad

1.- Parece más serio que sus pares.

Su cara no varía de acuerdo a las circunstancias ambientales sociales o a veces tampoco internas.

2.- Hace algunas cosas muy bien mientras que otras más simples no.

El interés que pone en alguna cosa lo lleva a desarrollar alta destreza y capacidades cognitivas que luego no puede trasladar a tareas similares o aún más simples. Sólo la motivación dispararía la habilidad de resolución puntual de algo.

3.- Prefiere juguetes de efecto monótono.

Un niño sin capacidad de anticipación a eventos preferirá la contingencia perfecta a la variación para la que tal vez no tenga recursos.

4.- Usa los juguetes de manera no convencional.

El juguete es un objeto proveedor de estímulo. No interesa su valor semántico o convencional.

No se puede analizar exactamente la conducta que muestra con un juguete como una conducta de juego; para él no lo es; no es juego ni juguete.

5.- Sostiene objetos durante horas o días.

No sólo veremos la dificultad en despegarse del objeto -¿cambio de foco?-, también veremos la función del objeto dentro de sus rutinas; si ya lo incluyó en alguna de ellas difícilmente lo cambie.

La conducta está directamente ligada al contexto de aprendizaje; al lugar y condiciones de la primera vez que lo experimentó o lo hizo.

6.- Parece entender una parte de lo que se le dice.

Del lenguaje parecería tomar como referencia una palabra -por su sonido o por su significado- y en base a ella es su respuesta o su conducta posterior -si es que la toma en cuenta-.

7.- Parece entender todo o casi todo lo que se le dice pero no habla o lo hace con unas pocas palabras.

La respuesta en frases exige una organización del discurso mediada por funciones ejecutivas –capacidad que permite dirigir la conducta estratégicamente, otorgar sentido a la acción y definir planes flexibles de acción-:

- ¿Qué me dicen?
- ¿Qué quieren de mí?
- ¿Qué debo decir?

Los autistas presentan alteraciones en estas funciones.

8.- Dice palabras una vez y luego no hay modo de conseguir que las repita.

9.- Empuja al adulto hacia el objeto deseado.

La conducta motora está más disponible que la verbal. Los protoimperativos se extienden a lo largo del tiempo aún con lenguaje verbal.

10.- Trata de conseguir las cosas con el menor número posible de palabras.

Semejante al ítem 7 y/o como etapa posible en el desarrollo del lenguaje, siguiendo una secuencia normal.

11.- Dice algunas palabras pero no “mamá” o “papá”.

El lenguaje puede ser nominativo, le servirá para rotular y pedir lo que necesita: objetos tangibles y actividades preferidas.

12.- Se tapa orejas u ojos ante muchos estímulos.

¿Esto es por una probable desorganización sensorial?

13.- Parece más torpe que sus pares.

¿Fallas en el planeamiento motor?

14.- Se mueve o mueve un objeto hasta conseguir un ángulo en particular, de visión.

Signos autistas entre los 30 y 36 meses de edad

1.- No parece interesado en los otros niños.

Puede no estarlo y ser indiferente.

Puede mirar desde la periferia el juego de los demás.

La actividad social le exige habilidades mentales: de procesamiento de información, atención, representaciones, planes, que él no posee.

Si las secuencias interactivas son de ciclo corto y repetitivas, es probable que se involucre con otro niño -de a uno solo por vez- y sostenga la interacción en algo interesante para él.

2.- Mantiene siempre con él algún objeto o parte de él.

3.- Muy interesado, por ejemplo, en llaves de luz, abrir y cerrar puertas, aspiradoras.

Repite esquemas aprendidos con contingencias “perfectas”.

4.- TV: interesado en cierta publicidad, o en cierto noticiero o en programas de adultos.

El interés en un programa de TV puede estar centrado en la voz del locutor o en una música de fondo: no da cuenta de contenidos -se pueden repetir o variar sin que haya reacción en él-.

5.- Su juego no tiene guiones simbólicos.

Puede reproducir secuencias funcionales de las que él mismo hace en la vida diaria -servir, tomar el té- y también hacer imitaciones simbólicas.

Pero no puede organizar un argumento para jugar con los personajes o tomar los roles.

Cuando un niño autista puede simbolizar algo, su juego se caracteriza por la repetición y falta de fluidez imaginativa.

6.- Cuando aprende una nueva palabra parece olvidar la palabra vieja.

7.- Dice palabras con una prosodia particular.

8.- Su tono de voz puede ser monótono o con una música, altura o ritmo particulares.

9.- Repite las palabras exactamente como las oyó.

Al parecer, atiende más a la calidad melódica del lenguaje que a los contenidos semánticos.

Las palabras le impresionan y le interesan por esas cualidades primero.

No puede adaptar el lenguaje aprendido al uso que debe darle: lo aplica textualmente. Es incapaz de darle a su lenguaje una prosodia adecuada tanto lingüística como afectiva.

10.- Parece incapaz de aprender mirando o imitando a otros.

En esta edad el niño normalmente comienza a aprender en forma vicaria: ve el resultado de lo que hacen los demás y reproduce la acción para lograr lo mismo.

Muchos niños con autismo aprenden de esta manera las cosas que le interesan: pueden reproducir lo que ven en la vida diaria en su casa como en la TV.

El lenguaje verbal de muchos niños es aprendido de los personajes de TV.

Pero en general la imitación no es el modo predominante en el aprendizaje de los autistas.

11.- Parece más perfeccionista que sus pares.

Una vez que aprendió algo de una determinada forma deberá reproducirlo siempre igual. Ese es su idea del objeto terminado y así deberá ser siempre, si no fuera así: ¿sería otra cosa y no lo que él intenta hacer?

12.- Pasa mucho tiempo alineando, desarmando u ordenando juguetes.

Los objetos evocan en él la repetición de los esquemas aprendidos: luego un mismo patrón se repetirá en forma incesante.

13.- Se enoja cuando las rutinas cambian.

14.- Reconoce rutas y se enoja si cambian los trayectos.

La repetición de esquemas aprendidos está en relación con dificultades básicas de los autistas:

a.- control inhibitorio: ante un estímulo X la respuesta encadenada automática es Y.

Los cambios contextuales no son suficientes para provocar nueva respuesta.

No pueden inhibir la respuesta al esquema aprendido.

b.- no pueden entonces cambiar el foco atencional a otro estímulo -diferente según se relacione con la tarea en curso o no- y/o a otro esquema de acción nuevo o viejo.

2.2. Instrumentos de detección

Las herramientas de detección temprana del autismo han de tener en cuenta las características que diferencian el autismo de otros trastornos evolutivos. Están implicados signos negativos o déficits conductuales en las siguientes áreas:

- Contacto ocular
- Orientación hacia su propio nombre
- Juegos de atención compartida (señalar, mostrar)
- Juego simbólico
- Imitación
- Comunicación no verbal
- Desarrollo del lenguaje.

En la actualidad, existen instrumentos en el mercado que se centran en la detección de niños con autismo. Uno de ellos es el *Cuestionario para el Autismo en Niños Pequeños* (CHAT) (Baron-Cohen, Allen, & Gillberg, 1992; Baron-Cohen *et al.*, 1996).

El CHAT esta dividido en dos secciones y fue diseñado para detectar niños con riesgo de autismo a los 18 meses de edad y está también inspirado en la atención temprana.

La primera sección consiste en una serie de nueve preguntas para los padres, tales como si el niño muestra o no juego simbólico.

La segunda sección consta de una serie de cinco ítems diseñados para ser observados o administrados al niño por el profesional durante la visita, tales como observar si el niño mira a dónde se le señala (atención compartida), si tiene algún interés en el juego simbólico o si es capaz de seguir una orden.

SECCIÓN A: PREGUNTAS A LOS PADRES

| PREGUNTA | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| 1.- ¿Su hijo disfruta si Ud. Lo hamaca o lo hace saltar en sus rodillas? | | |
| 2.- ¿Su hijo se interesa por otros niños? | | |
| 3.- ¿A él le gusta treparse a muebles y/o escaleras? | | |
| 4.- ¿Él disfruta jugando a las escondidas o algo semejante? | | |
| 5.- ¿Él puede jugar a "SIMULAR", por ejemplo, hacer que toma el te con una taza de te juguete o algún otro juego por el estilo? | | |
| 6.- ¿Él usa su dedo índice para señalar y PEDIRLE algo? | | |

| | | |
|--|--|--|
| 7.- ¿Él usa su dedo índice para señalar e indicarle INTERÉS por algo que simplemente le llamó la atención? | | |
| 8.- ¿Puede jugar con juguetes pequeños (autitos, rastis) sin llevarlos a su boca, jugar con sus dedos o dejarlos caer? | | |
| 9.- ¿Él le lleva objetos a Ud. para MOSTRÁRSELOS o MOSTRARLE algo de ellos? | | |

SECCIÓN B: OBSERVACIÓN

| CONDUCTA OBSERVADA | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| a.- Durante la entrevista, ¿él tuvo contacto visual con usted? | | |
| b.- Capte la atención del niño, luego señale un objeto interesante dentro de la habitación y diga: “¡Mirá! Ahí hay un (nombre del objeto)”. Observe la cara del niño. ¿Él dirigió su mirada hacia lo que usted estaba señalando? | *1 | |
| c.- Capte la atención del niño, luego dele una taza y una tetera pequeñas de juguete y diga: ¿Podés hacer un té? El niño, ¿simula la acción de servir el té en la taza o de beberlo, etc.? | *2 | |
| d.- Dígale al niño: “¿Dónde está la luz?” o “Mostrame la luz” ¿Señala él con su dedo índice la luz? | *3 | |
| e.- ¿Puede el niño hacer una torre de ladrillos? (Si la respuesta es “sí”, ¿cuántos? (Número de ladrillos:) | | |

*1: Para poner sí en este ítem asegúrese de que el niño no miró simplemente su mano sino que haya mirado el objeto que usted estaba señalando.

*2: Si usted puede tomar un ejemplo de simulación con algún otro juego, escriba “sí” en este ítem.

*3: (Repita esto preguntando: “¿Dónde está el osito?” u otro objeto que esté fuera del alcance del niño, si el niño no comprende la palabra “luz”. Para poner “sí” en este ítem, el niño tuvo que haber mirado hacia arriba a su cara durante el tiempo que usted señalaba.)

Traducción: Flavia Sinigaglia - Miguel Ángel García Coto

Los puntos fuertes del CHAT incluyen su facilidad de administración y su especificidad para los síntomas de autismo en niños de 18 meses de edad.

Tanto en el estudio inicial con hermanos de niños con el Trastorno Autista, como en el más extenso estudio epidemiológico posterior, que trabajó con una población de 16.000 niños de 18 meses de edad, todos los niños que fallaron en los cinco ítems criterio del CHAT que se les administró dos veces -separadas entre sí por un mes-, más tarde fueron diagnosticados a los 20 y 42 meses como Trastorno Autista (Baron-Cohen *et al.* , 1992, 1996; Charman *et al.* , 1998; Cox *et al.* , 1999).

Sin embargo, el estudio epidemiológico ha mostrado que el CHAT es menos sensible a los síntomas menos severos de autismo, como en niños que más tarde fueron

diagnosticados de TGD-NE, Asperger, o autismo atípico que no fallaron en el CHAT a los 18 meses.

Como una herramienta para identificar niños de 18 meses de edad con riesgo de padecer autismo, dentro de una población normal, el CHAT parece ser una herramienta utilizable, pero como no es una herramienta diagnóstica, todo niño que falle en el CHAT deberá ser remitido inmediatamente a un profesional adecuado para que se realice una evaluación diagnóstica completa.

5. RESULTADOS

Distribución de los signos de alarma detectados por los padres agrupados en áreas

En la tabla 2 presentamos la distribución por áreas de los primeros signos de alarma manifestados por los padres, en el cuestionario de primera consulta, de niños que recibieron luego un diagnóstico de autismo.

Tabla 2. Distribución por áreas de los signos de alarma detectados por los padres.

| Áreas | Porcentaje de casos |
|-------------------------|----------------------------|
| Interacción Social | 50 % |
| Comunicación y Lenguaje | 55 % |
| Conductas Atípicas | 23 % |
| Conducta psicomotora | 8 % |
| Otras | 25 % |

Los primeros signos de alarma más frecuentes detectados por los padres pertenecieron a las áreas de la comunicación y lenguaje, y de la interacción social. Estos resultados corroboran las notables y tempranas limitaciones funcionales en las conductas comunicativas e interaccionales de los niños autistas.

La falta de una comunicación eficaz en los niños autistas se evidencia en distintos tipos de conductas: tanto en un niño que evita la mirada, como en otro que mira a las personas, aunque solo para conseguir algo concreto de ellas.

Es decir, las conductas pueden ir desde la casi ausencia de respuesta e iniciativa, hasta una interacción insistente, repetitiva e inconsistente, manifestándose en ambos casos trastornos en las conductas comunicativas.

Existe una alta correlación entre las dificultades de comprensión de lenguaje en autistas y las carencias de juego simbólico y empleo funcional de objetos.

El simbolismo es la función que permite almacenar, crear o compartir referentes abstractos sobre los objetos o experiencias no presentes.

El desarrollo del simbolismo es el proceso de *trascender* de la realidad concreta hacia referentes abstractos compartidos.

El niño comienza a simbolizar a través de un proceso que es esencialmente interpersonal en su naturaleza.

Por este motivo, las alteraciones en la capacidad simbólica de los niños autistas pueden entenderse en el contexto de su origen interactivo y de las dificultades para percibir contingencias y, por lo tanto, anticipar y predecir las conductas de los demás.

Los principales signos de alarma manifestados por los padres en el cuestionario de primera consulta sobre la comunicación de sus hijos fueron:

- No responde a su nombre
- No habla
- No puede decir lo que quiere
- Lenguaje retrasado
- A veces parece sordo
- No señala ni saluda con la mano

Respecto a la interacción social, las principales preocupaciones de los padres fueron:

- No sonríe socialmente
- Prefiere jugar solo
- Aislamiento
- Pobre contacto ocular
- Está en su propio mundo
- No se interesa en otros niños

Por último, las preocupaciones de los padres sobre las conductas de sus hijos fueron principalmente por:

- Rabietas

- Hiperactividad, no cooperador u opositorista
- Quedarse enganchado con partes de objetos
- Poner los objetos en fila
- Tener patrones de movimientos raros
- Ser hipersensible con ciertos sonidos o texturas
- No saber cómo jugar con sus juguetes

Edad de aparición de los signos de alarma detectados por los padres

Como se puede ver reflejado en la tabla 3, la edad en que se concentraron la mayor cantidad de casos detectados por los padres fue entre los 13 – 18 meses.

Tabla 3. Distribución de casos detectados según la edad.

| Edad | Porcentaje de casos detectados |
|---------------|---------------------------------------|
| 0 – 6 meses | 8 % |
| 7 – 12 meses | 15 % |
| 13 – 18 meses | 33 % |
| 19 – 24 meses | 20 % |
| 25 – 30 meses | 13 % |
| 31 – 36 meses | 18 % |
| > 36 meses | 0 % |

Muchos padres manifestaron en el cuestionario de primera consulta, que sus primeras preocupaciones aparecieron entre los 13 –18 meses de edad de sus hijos, edad en que empieza a ser esperable que todo niño balbucee, haga gestos –señale, salude con sus manos-, empiece a decir palabras sencillas; hitos evolutivos que niños con autismo fracasan en adquirir de la forma esperable.

Antes del año y medio o los dos años, la relación entre el niño y las figuras adultas de apego es básicamente diádica y se caracterizan por ser:

- Muy absorbentes (gran dedicación)
- Asimétricas (el adulto organiza y controla la interacción)
- Permisivas (el niño no es considerado aún como alguien que puede obedecer)

A partir del año y medio, se producen ciertos cambios en el niño, el entorno y en la propia relación entre ambos.

El niño adquiere nuevas competencias:

- Motoras (mayor control y precisión manipulativa)
- Mentales (simbolización)
- Lingüísticas (adquisición del lenguaje)

Que le permitirán:

- Una mayor autonomía
- Una representación de la realidad (no sólo experimentación).

El proceso más importante que tiene lugar hacia los 18 - 24 meses es el nacimiento de la función simbólica.

Dado que en los niños autistas se encuentran serias alteraciones en todas las áreas que definen el mundo simbólico: lenguaje, juego simbólico, engaño, conducta cooperativa o competitiva; no resultaría llamativo que los padres de niños autistas empiecen a detectar los primeros signos de alarma hacia los 18 meses de edad de sus hijos, cuando estos hitos evolutivos esperables no ocurren en ellos (Glascoe, 1997).

En síntesis, la mayoría de los padres de niños con autismo tienen la sospecha de que algo no va bien con su hijo entre el año y año y medio de vida siendo las primeras preocupaciones principalmente referidas al lenguaje, comunicación y sociabilidad de sus hijos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el diagnóstico es realizado con bastante posterioridad. Así, esto pone en evidencia, la dificultad de los profesionales para reconocer precozmente los signos tempranos del autismo.

Estudios importantes revelaron que los padres están usualmente en lo cierto respecto a sus preocupaciones sobre el desarrollo de sus hijos, aunque una minuciosa evaluación es siempre necesaria (Glascoe y Dworkin, 1995).

Por este motivo, es crucial que las preocupaciones tempranas de los padres sobre el desarrollo de sus hijos sean tomadas más seriamente por los profesionales para así poder derivarles rápidamente hacia apoyos apropiados e intervenciones tempranas.

6. CONCLUSION

Como han evidenciado los resultados de nuestra investigación, las primeras preocupaciones de los padres cuyos hijos fueron posteriormente diagnosticados con un trastorno autista, surgen, en la mayoría de los casos, alrededor de los 18 meses de edad de sus hijos, momento en que se hacen notables las alteraciones en el lenguaje, la comunicación y la interacción social. Sin embargo, la edad media del diagnóstico de autismo es entre los 3 y 4 años de edad.

Por lo tanto, para poder achicar la brecha entre la edad en que los padres detectan los primeros signos del autismo y la edad en que sus hijos reciben el diagnóstico, los profesionales deberán: por un lado, escuchar seriamente las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo de sus hijos, sabiendo elicitar, reconocer y seleccionar información clínica relevante; y, por el otro, adquirir un profundo conocimiento sobre los signos precoces y criterios clínicos del trastorno autista.

La descripción detallada de los primeros signos del autismo en las distintas edades, sirve así para aumentar el conocimiento de las posibles alteraciones tempranas del desarrollo y facilitar su detección.

Otra manera de estudiar los signos tempranos del autismo, es a través de videos realizados por los padres durante el primer año de vida ya que este material complementa y valida las preocupaciones retrospectivas manifestadas por los padres.

Por otro lado, la falta de preocupación por parte de los padres no implica necesariamente un desarrollo normal del niño, por este motivo, son fundamentales los chequeos y visitas médicas periódicas dado que éstas contribuyen a la detección precoz por parte de los profesionales.

Para facilitar la detección precoz del autismo, los profesionales implicados en la atención temprana necesitan también de herramientas rápidas y precisas de detección. De central importancia es así, la familiarización con el uso de instrumentos de detección temprana para niños con autismo, como por ejemplo el CHAT, expuesto en el presente trabajo, que es una herramienta de fácil administración y de gran especificidad para los signos de autismo en niños de 18 meses de edad.

Se considera necesario también, seguir desarrollando nuevas herramientas válidas de detección para el primer año de vida, que puedan ser utilizadas fácilmente por un amplio número de profesionales.

Por otro lado, es fundamental que los profesionales adquieran mayor comodidad a la hora de hablar con las familias sobre la posibilidad de un diagnóstico de autismo en sus hijos, dado que el autismo es un trastorno tratable y con un amplio abanico de posibilidades de mejoría.

En síntesis, las ventajas de la detección y diagnóstico precoz del autismo son muchas, e incluyen:

- Tratamiento y planificación educativa temprana.
- Proporcionar apoyos y educación a la familia.
- Reducir el estrés y la angustia familiares.
- Brindar cuidados médicos apropiados al niño.

El propósito de la detección es así, identificar niños con riesgo de autismo tan pronto como sea posible, para que puedan ser remitidos con rapidez para una evaluación diagnóstica completa y que les sean aplicados los tratamientos necesarios.

La presión a favor de la identificación temprana, proviene de la evidencia reunida durante los últimos años de que una intervención temprana intensiva en un marco educativo óptimo, conduce a una mejoría en el pronóstico de la mayoría de los niños con autismo.

7. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.). Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (4ª ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Baird, G. et al. (1999). *Screening a large population of 18 month olds with the CHAT*. Paper presented at the Proceedings of the Society.
- Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *Br J Psychiatry*, 161, 839–843.
- Baron-Cohen S et al. (1996). Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry*, 168, 158–163.
- García Coto, M. (1983). *Autismo infantil*. Manuscrito no publicado, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- García Coto, M. (2003). *Semiología cognitiva*. Manuscrito no publicado, Curso de Autismo y otros TGD, Universidad Favaloro.
- García Coto, M. (2004). *El autismo según las edades*. Manuscrito no publicado, Curso de Autismo y otros TGD, Universidad Favaloro.
- Filipek PA et al. (1999). The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 29, 439–484.
- Filipek PA et al. (2000). Practice parameter: screening and diagnosis of autism: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Child Neurology Society. *Neurology*, 55, 468–479.
- Glascoe FP, Dworkin PH. (1995). The role of parents in the Detection of developmental and behavioral problems. *Pediatrics*, 95 (6), 829-36.
- Glascoe FP. (1997). Parents' concerns about children's development: prescreening technique or screening test? *Pediatrics*, 99, 522–528.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.

- Rapin I. (1997). Autism. *N Engl J Med*, 337, 97–104.
- Rapin I, Allen DA. (1998). The semantic-pragmatic deficit disorder: classification issues. *Int J Lang Commun Disord.*, 33 (1), 82-7.
- Riviere A, Núñez M. (1996). *La mirada mental*. Buenos Aires: Aique.
- Universidad Favaloro. (2004). *Apuntes de genética conductual, temperamento y neurodesarrollo*. Manuscrito no publicado, Curso de Autismo y otros TGD.
- Wing L. (1985). *La educación del niño autista*. Barcelona: Paidós.
- Wing L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Barcelona: Paidós.