

Trastorno generalizado del desarrollo o autismo atípico (TGDA): Implicaciones en el aprendizaje

Ernesto Forcino Rubero

El término "autismo" proviene del griego "autos" y significa "sí mismo", y fue utilizado por primera vez por Paul Eugen Bleuler en 1911 para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en la continua auto referencia que hacen estos sujetos de cualquier suceso que ocurre (Mebarak, Martínez & Serna, 2009). La clasificación médica del autismo ocurrió en 1943 por el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins quien lo denominó *early infantile autism* (autismo infantil precoz) (Kanner, 1943). En el 1944, Hans Asperger describió a un grupo de cuatro niños que presentaban grandes dificultades para relacionarse socialmente, a pesar de que aparentaban tener un desarrollo cognitivo y verbal adecuado. A estas características, Asperger las denominó *autistic psychopathy* (psicopatía autística) (Muñoz Yunta, et al., 2006). Aunque Asperger no conoció el trabajo de Kanner, coincidió en las características principales que destacó este. Muñoz Yunta y colaboradores plantean que, tanto Kanner como Asperger, presumieron que la alteración social del trastorno autista era innata y se mantenía a través de toda la vida. Mebarak, Martínez y Serna (2009) plantean que el síndrome del autismo se ha llamado en la literatura clínica de diferentes maneras, entre estos,

autismo infantil, autismo de niños, psicosis infantil, esquizofrenia de la niñez, desarrollo atípico de la personalidad y comportamiento desviado severo.

En el presente, el TGDA se considera dentro espectro del autismo como un síndrome reflejo de un trastorno neurológico que interfiriere con el desarrollo normal del cerebro en áreas como el razonamiento, la interacción social y las destrezas de comunicación (Mebarak, Martínez & Serna, 2009; Rivas, López & Taboada, 2009). Generalmente, los síntomas de este trastorno empiezan a observarse entre los 2 años a 3 años de edad cuando el niño empieza a manifestar conductas de aislamiento, no mira directamente a la persona que le está hablando, ausencia de lenguaje oral, ausencia de conductas de juego espontáneo, comportamientos estereotipados y ausencia de conductas típicas de este período del desarrollo (DSM-IV, 2003, 2014; Muñoz Yunta, et al., 2006).

Los estudios sugieren que una vez identificado y diagnosticado este trastorno en un niño, es sumamente importante iniciar un tratamiento que le ayude a desarrollar sus capacidades afectivas (emocionales), psicomotoras, cognitivas y sociales a través de una dieta sensorial que incluya experiencias nutritivas que apelen a las emociones y que requieran actividad física, motora, cognitiva y social previamente diseñadas para lograr estos fines (Hamlin,

2005; Ingersoll & Dvortsak, 2007; Maguire, 2005; Muñoz Yunta, et al., 2006; Papalia, Olds & Feldman, 2005; Robledo & Donnellan, 2008; Wetherby & Woods, 2006). La dieta sensorial debe tomar en consideración la edad, los intereses y las necesidades del niño. Las investigaciones sugieren que la condición del TGDA puede superarse con el tratamiento adecuado durante los primeros años del desarrollo del niño (Muñoz Yunta, et al., 2006).

Al presente, no existe un examen médico o de laboratorio que pueda determinar un diagnóstico del TGDA (Frith, Morton & Leslie, 1991; Happé & Frith, 1996; Mebarak, Martínez & Serna, 2009; Rivas, López & Taboada, 2009). El diagnóstico se logra luego de observaciones clínicas realizadas por profesionales que determinan el nivel de desarrollo comunicológico, conductual y cognoscitivo del niño. Según Charleman (2008), es importante tener presente que las pruebas psicológicas son herramientas útiles de acopio de información. Cuando estas pruebas son realizadas por profesionales especializados, las evaluaciones pueden ser de gran valor para entender y tratar de ayudar a modificar el comportamiento o mejorar aspectos relacionados con el aprendizaje de un individuo. Debido a que existen varios desórdenes de conducta que comparten sintomatología con el TGDA, se requiere realizar varios exámenes médicos y de otra naturaleza antes de realizar el

diagnóstico. Para lograr un diagnóstico certero, se recomienda que la persona sea evaluada por un neurólogo, un psicólogo, un pediatra del desarrollo, un patólogo del habla, un experto en educación, un consejero profesional y cualquier otro profesional con conocimiento en autismo (Mebarak, Martínez & Serna, 2009; Rivas, López & Taboada, 2009). Estos autores señalan que es importante que se conozca de la condición de autismo desde una visión interdisciplinaria.

En la actualidad, las conductas de los niños con TGDA están enmarcadas en tres áreas: Interacción Social (dificultad para interactuar con otras personas), Comunicación e Intereses (ausencia de lenguaje verbal y de intereses) y Patrones Estereotipados y Repetitivos (Boutot, 2007; Mebarak, Martínez & Serna, 2009; Rivas, López & Taboada, 2009). Los estudios del Centro para el Control y la Prevención de la enfermedad en Estados Unidos muestran que este desorden neurológico y sus conductas asociadas ocurren en uno de cada 150 individuos (Mebarak, Martínez & Serna, 2009; Rivas, López & Taboada, 2009). Al presente, no se conoce una causa específica para el TGDA (Matteí, Bonnet & Dávila, 2012; Rivas, López & Taboada, 2009). En los últimos años, se acepta la descripción del TGDA como un síndrome de gran complejidad, con múltiples causas y manifestaciones, que agrupa una amplia colección de síntomas inconstantes y heterogéneos y que son raros de observar en la generalidad de los individuos (Rivas, López & Taboada, 2009). Rivas, López y Taboada indican que en algunos de estos niños se presentan síntomas fisiológicos que se pueden

observar como alergias, problemas gastrointestinales, episodios convulsivos y otros menos observables como anomalías estructurales en el cerebro e indicadores de anomalías genéticas. Las investigaciones muestran una relación entre el TGDA y diferencias biológicas o neurológicas del cerebro. Tomografías como MRI (Magnetic Resonance Imaging) o el PET (Position Emission Tomography) demuestran anomalías en la estructura del cerebro con diferencias significativas en el cerebelo (Frith, Morton & Leslie, 1991; Happé & Frith, 1996; Mebarak, Martínez & Serna, 2009).

Se ha observado además, que en algunas familias aparenta existir un patrón de autismo o incapacidades relacionadas que sugiere la existencia de bases genéticas con el desorden, aunque aún no se ha encontrado un gen que pueda asociarse directamente con el autismo (Rivas, López & Taboada, 2009). Rivas, López y Taboada indican que, aunque se especula mucho sobre las vacunas como el causante de esta condición, tampoco se ha encontrado una relación entre estas y la condición del TGDA en niños.

Independientemente de las causas y la presencia de las anomalías que puedan presentar en el cerebro los niños con el TGDA, las investigaciones sugieren que estos tienen probabilidades de superar exitosamente sus deficiencias y dificultades (Muñoz Yunta, et al., 2006; Papalia, Olds & Feldman, 2005). Muñoz Yunta y colaboradores indican que estudios retrospectivos han demostrado que un diagnóstico específico temprano y un plan de intervención individualizado y diseñado a tono con las necesidades, las habilidades y las dificultades de cada niño con el

TGDA ha logrado que estos niños superen su condición y alcancen un nivel de funcionamiento similar a otros niños promedio. Sin embargo, existe una percepción pesimista con relación al pronóstico de los niños con el diagnóstico de TGDA que tiende a prevalecer en los escenarios educativos de Puerto Rico. Esto puede deberse a percepciones creadas por experiencias y conceptualizaciones poco científicas o por falta de información empírica que evidencie todas las posibilidades y el potencial de aprendizaje que pueden tener estos niños.

Los sistemas educativos, sociales e institucionales experimentan grandes dificultades al tratar de ofrecer servicios educativos a los niños clasificados con la condición del TGDA. Es un gran reto promover su aprendizaje y enseñarles los comportamientos que socialmente se espera de ellos en las distintas etapas de su desarrollo. La mayoría de los enfoques de enseñanza y aprendizaje que se utilizan con esta población conlleva estrategias conductuales y sensoriales acompañadas por recompensas y, en ocasiones, formas leves de castigo (Maurice, 1996). Como estos niños presentan un gran atraso, particularmente, en el desarrollo del lenguaje verbal, lo que hace difícil, no solo la comunicación, sino también lograr el funcionamiento que se espera de ellos en la mayoría de los aprendizajes formales, los maestros tienen dificultad para comprender las necesidades de estos niños. Estos, además de estas características, exhiben ausencia de empatía, falta de espontaneidad, afectividad pobre, reacciones emocionales inusuales, conductas rutinarias, conductas estereotipadas, intereses restringidos, creatividad limi-

tada y dificultades en la focalización de la atención (Rivas, López & Taboada, 2009). Los niños con algún tipo de autismo, específicamente, los del TGDA pueden no estar recibiendo la atención adecuada que les permita recuperarse y desarrollar su potencial a plenitud.

Es necesario poder cambiar o modificar la percepción que se tiene de los niños con un diagnóstico de TGDA hacia una más optimista y esperanzadora, ratificar la efectividad de estrategias de enseñanza utilizados con esta población de estudiantes y generar otros enfoques y medios de enseñanza y aprendizaje que enriquezcan el repertorio existente. La percep-

ción y las expectativas que pueden tener las personas encargadas de promover el desarrollo y la enseñanza y el aprendizaje de los estudiantes influyen en las actitudes y en las ejecutorias de estos. Una percepción positiva, expectativas reales y retos a tono con las necesidades, habilidades e intereses de los estudiantes tienden a generar emociones positivas en situaciones de aprendizaje convirtiéndose estas en fuentes poderosas de motivación para el aprendizaje futuro (Colón, 2003; Gunn, Richburg & Smilkstein, 2007).

Gunn, Richburg y Smilkstein, (2007) plantean en su libro *Igniting Student Potential: Teaching With the Brain's Natural Learning Process*,

que todo estudiante es un aprendiz natural y sabe cómo aprender. Indican estos autores que los estudiantes con problemas de aprendizaje, refiriéndose a los estudiantes con necesidades especiales, también desean aprender, disfrutar del aprendizaje y lograr así apoderamiento y afirmación. Señalan que estos estudiantes, como cualquier otro, aprenden a través de los mismos procesos de construcción y aprendizaje natural que rige el cerebro. Los autores concluyen que si a estos estudiantes se les trata con la aceptación y la seguridad que necesitan todos los estudiantes y, de ser necesario, con acomodos apropiados, también pueden dar lo mejor de sí mismos y lograr experiencias exitosas.

References

- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington, D.C.
- American Psychological Association. (2003). *Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists*. American Psychologist. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Boutot, E. A. (2007). Fitting in: Tips for promoting acceptance and friendships for students with autism spectrum disorders in inclusive classrooms. *Intervention in School & Clinic*, 42(3), 156-161.
- Charleman, R. (2008). ¿Por qué hay que evaluarlos? *Manual de orientación para maestros y padres*. NAPE Ediciones, San Juan.
- Colón, L. H. (2003). *El cerebro que aprende*. Puerto Rico: Reprográfica.
- Frith, U., Morton, J. & Leslie, A. M. (1991). The cognitive basis of a biological disorder: Autism. *Trends in Neurosciences*, 14(10), 433-438.
- Gunn, A. M., Richburg, R. W. & Smilkstein, R. (2007). *Igniting student potential: Teaching with the brain's natural learning process*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Hamlin, T. (2005). The discovery way. *The Exceptional Parent*, 35(9), 78-81.
- Happé, F. & Frith, U. (1996). The neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377-1400.
- Ingersoll, B. & Dvortsak, A. (2007). Including parent training in the early childhood special education curriculum for children with autism spectrum disorders. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 8(2), 179-187.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Children*, 2, 217-250.
- Maguire, A. (2005). Visual strategies leverage autism's strengths to improve lives. *The Exceptional Parent*, 35(4), 34-35.
- Mattéi, H., Bonnet, M. & Dávila, J. (2012, 12 de marzo). Alta la tasa de autismo. *El Nuevo Día*, p.6.
- Maurice, C. (1996). *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals*. Austin, Texas: Pro.ed An International Publisher.
- Mebarak, M., Martínez, M. & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfica analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*, 24, 120-146.
- Muñoz Yunta, J. A., Palau, M., Salvadó, B. & Valls, A. (2006). Autismo: Identificación e intervención temprana. *Acta Neurol Colomb*, 22(2), 97-105.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2005). *Desarrollo humano* (9a ed.). México: Mc Graw Hill.
- Rivas, R., López, S. & Taboada, E. (2009). Etiología del autismo: Un tema a debate. *Psicología Educativa*, 15(2), 107-121.
- Robledo, J. A. & Donnellan, A. M. (2008). Properties of supportive relationships from the perspective of academically successful individuals with autism. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 299-310.
- Wetherby, A. M. & Woods J. J. (2006). Early social interaction project for children with autism spectrum disorders beginning in the second year of life: A preliminary study. *Topics in Early Childhood Special Education*, 66(17), 67-82.