Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación
ISSN: 2174-0550
revistas_copm@cop.es
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
España

LÓPEZ GÓMEZ, SANTIAGO; GARCÍA ÁLVAREZ, CONSUELO

PATRONES COMPORTAMENTALES EN EL TRASTORNO AUTISTA: DESCRIPCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

Psicología Educativa. Revista de los Psicólogos de la Educación, vol. 13, núm. 2, 2007, pp. 117-131
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
Madrid, España

Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=613765495002

Cómo citar el artículo
Número completo
Más información del artículo
Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Psicología Educativa, 2007, Vol. 13, n.º 2 - Págs. 117-131. ISSN: 1135-755

REFLEXIONES

PATRONES COMPORTAMENTALES EN EL TRASTORNO AUTISTA: DESCRIPCIÓN E INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

BEHAVIOURAL PATTERNS IN AUSTISTIC DISORDERS: THEIR DESCRIPTION AND PSICHOEDUCATIONAL INTERVENTION

SANTIAGO LÓPEZ GÓMEZ[1]
CONSUELO GARCÍA ÁLVAREZ[2]

Fecha de Recepción: 04-09-2006 Fecha de Aceptación: 15-11-2007

RESUMEN

El trastorno autista se caracteriza por una sintomatología heterogénea en la que destacan alteraciones graves y generalizadas en varias áreas del desarrollo: (i) habilidades para la interacción social, (ii) habilidades para la comunicación y (iii) la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. En el presente artículo teórico se hace un recorrido por las principales características y perfiles que describe el niño autista en el nivel comportamental, haciendo especial mención a los comportamientos rituales y respuestas frente al cambio, las alteraciones con el ambiente físico, la conducta autoestimuladora y repetitiva y la conducta autolesiva. Se exponen, finalmente, algunas de las propuestas que, bajo la dimensión psicoeducativa, se pueden utilizar para intervenir en las alteraciones comportamentales.

[1] Doctor en Psicología. Unidad de Atención a las Dificultades del Lenguaje, el Habla y la Voz. Universidad de Santiago de Compostela. A Coruña
[2] Maestra Psicóloga. Orientadora de Centros. Xunta de Galicia.

PALABRAS CLAVE

Autismo, Comportamientos rituales, Estereotipias, Conductas repetitivas, Autolesiones, Intervención psicoeducativa.

ABSTRACT

A set of heterogeneous symptoms characterizes autistic disorders, where deep and general alterations in a number of development areas stand out: (i) social skills, (ii) communication skills, and (iii) the presence of stereotyped behaviors, interests and activities. From a theoretical view, this paper describes the most outstanding behavioral characteristics and profiles of autistic children. A special attention is paid to ritual behaviors and responses to change, environmental changes, self-stimulating and repetitive behavior and self-injured behavior. Finally, some suggestions for behavioral intervention within the psycho-educational approach are made.

KEY WORDS

Autism, Ritual behaviours, Stereotipies behavior, Repetitive behaviours, Self-injures, Psycho-educational intervention.

INTRODUCCIÓN

El trastorno autista es un síndrome complejo, con múltiples causas y manifestaciones diversas. Abarca una colección de síntomas heterogéneos y en muchos casos inespecíficos, debido a su gran dispersión y variabilidad. Se agrupa en torno a los denominados trastornos generalizados del desarrollo –TGD- que, a su vez, están incluidos dentro de los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (APA, 2002). Los trastornos generalizados del desarrollo se caracterizan por perturbaciones graves y generalizadas de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses o actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas que los definen son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental, observándose, a veces, en otras enfermedades médicas, como en la esclerosis tuberosa, el X-frágil, el síndrome de Angelman, el síndrome de Tourette, entre otros (Artigas, 2001; Gillberg y Billstedt, 2000).

Desde los últimos años, y como se ha señalado, se acepta la descripción del autismo como un síndrome neuropsicológico complejo (Etchepareborda, 2001), que agrupa una amplia colección de síntomas inconstantes, en el sentido de que son raros de observar en distintos individuos, debido, sobre todo, a que estas manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo, del CI, de la edad cronológica del sujeto y de otras variables individuales que, a su vez, podrían ser indicativas a la hora de establecer el curso y el tratamiento de la intervención (Fein et al., 1999).

Pese a los avances en la investigación del trastorno, hoy en día, todavía no existe una definición técnicamente aceptable y universalmente compartida del autismo, debido, en parte, a la dificultad de describir y comprender las profundas y diversas alteraciones que presentan las personas que lo sufren (Rivière, 1982). La definición más aceptada es la de la "American Psychiatric Association" (APA, 2002). En la reciente revisión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2002), se subraya que el autismo tiene como características esenciales la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. A veces el trastorno autista es denominado "autismo infantil temprano", "autismo infantil" o "autismo de Kanner".

Al igual que sucede con la definición, se encuentra también cierta confusión en cuanto a los criterios diagnósticos del autismo infantil (Artigas, 2001; Etchepareborda, 2001), que en buena medida se debe a su complejidad, a la multiplicidad de variables, a la no especificidad de los síntomas considerados e incluso a los desacuerdos entre los diversos paradigmas de investigación. Por ello, las descripciones actuales del autismo hacen referencia a un

grupo heterogéneo de síntomas, sin que sean a su vez específicos del mismo.

Sin lugar a dudas, las manifestaciones del autismo son muy amplias, toda vez que difusas e inconstantes. Los criterios diagnósticos, tal y como se recogen en el DSM-IV-TR (APA, 2002) y el CIE-10 (WHO, 1992), requieren de la valoración de tres dimensiones que deben estar presentes a la edad de 4-5 años, si bien, deben comenzar a manifestarse antes de los tres años, aunque, a menudo ya se observa un desarrollo inapropiado incluso con anterioridad a esta edad, como es el caso de un lenguaje anormalmente retardado, un comportamiento que no responde a las expectativas sociales o un uso repetitivo y estereotipado de acciones, juegos y manipulación de objetos. Estos tres criterios a los que se hace referencia, son: (1) alteraciones en la interacción social, (2) alteraciones en el lenguaje y la comunicación, y (3) patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos y estereotipados.

La alteración, por lo tanto, debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una (y a menudo varias) de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativa. En la mayoría de los casos no se observa ningún período de desarrollo inequívocamente normal, aunque en un 20% de ellos los padres informan de un desarrollo relativamente normal durante 1 ó 2 años. En estos casos, los padres pueden indicar que el niño adquirió unas cuantas palabras, perdiéndolas a continuación, o pareciendo estancarse evolutivamente. Por definición, si existe un período de desarrollo normal, éste no puede extenderse más allá de los 3 años. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Como se puede observar, en la concepción actual del trastorno autista subyace la idea de un síndrome neuropsicológico profundamente heterogéneo y con diferencias individuales muy marcadas, que se pueden asociar a diversos trastornos. Además, al estudiar sus diferentes síntomas y manifestaciones tipológicas de su espectro, pueden encontrarse con ciertas dimensiones que en ocasiones se acercan al desarrollo normal del niño, y otros síntomas, ya más cercanos al autismo clásico, y que se identifican con retrasos evidentes en el desarrollo (Pry y Guillain, 2002).

Por todas estas razones, cobra fuerza hablar de trastornos del espectro autista (Wing, 1988), como un continuo de formas, que se asocian con una amplia variedad de características sin fronteras claras, síntomas, factores etiológicos e incluso respuestas frente a los tratamientos (Etchepareborda, 2001; Rapin, 2002). Se evidencia, al efecto, que no se trata de un único trastorno con expresiones fijas o dimensiones y síntomas rígidos, aunque se tenga en mente la tipología más clásica de Kanner, al referirse al mismo. Si se toma esto en consideración, se hace necesario hablar de "tipos" o niveles de funcionamiento "alto o bajo" dentro del autismo, para aproximarse de una manera más rea-

lista a su heterogeneidad dado que valora, a su vez, las diferencias observadas en estos sujetos en los niveles de funcionamiento social, en el lingüístico, en las habilidades no verbales, a la vez que en el nivel cognitivo y comportamental (Fein et al., 1999; Teunisse, Cools, van-Spaendonck, Aerts y Berger, 2001).

Estas dificultades conceptuales y descriptivas también se encuentran en otras dimensiones de su estudio, como la prevalencia, o la etiología, que soportan vacíos, dudas y posicionamientos vertebrados en la disparidad e incluso en la contradicción. Ahora bien, lo que parece evidente es el incremento en las cifras de prevalencia del autismo arrojadas por múltiples investigaciones recientes y que lo sitúan entre el 10 y el 20/10.000 (Baker, 2002; Chkrabarti y Fombonne, 2001; Fombonne, 2001; 2003; Gillberg y Wing, 1999; Yeargin-Allsopp, Rice, Karapurkar, Doenberg, Boyle y Murphy, 2003). Cuando, y de forma paralela, decrece, a nivel general, la prevalencia de retraso mental (Fombonne, 2003). Por ello, y contemplando esta disparidad de tasas, lo más apropiado en la tendencia actual, es reflejar una prevalencia creciente desde el 2/10.000 al 1/1.000 (Folstein, 1999), afectando en una relación de 4:1 a hombres sobre mujeres (Fombonne, 2001; Rapin, 1999). En cuanto a su etiología se han propuesto múltiples teorías que, hasta la fecha, no muestran evidencias precisas y contundentes que permitan identificar los factores etiológicos del trastorno autista (Holguín, 2003; López-Gómez, 2004; Szatmari, 2003). Se supone aún así, un modelo genético y biológico explicativo de su génesis, que se ve influenciado, de manera muy particular, por determinados condicionamientos ambientales, que actúan de forma conjunta o específica provocando el trastorno (Glasson et al, 2004; Philip y Bouman, 2002; Weiss, 2002).

Como se viene indicando, las manifestaciones sintomáticas del síndrome autista son muy amplias. En el presente artículo teórico (Montero y León, 2005), se revisan los aspectos nucleares que definen una de estas áreas sintomáticas: la comportamental. De tal manera, en los próximos apartados se describen las principales dimensiones que engloba el comportamiento del niño autista, se definen asimismo, las estrategias y principios para su intervención psicoeducativa, resultando decisivas para entender la amplitud del trastorno y su terapéutica.

DESCRIPCIÓN DE LOS PATRONES COMPORTAMENTALES EN EL TRASTORNO AUTISTA

El comportamiento del niño autista es, en sí mismo, muy heterogéneo, sin embargo, se describe, básicamente, desde la rigidez frente al cambio y por la presencia de ritualizaciones y estereotipias diversas. Para su mejor comprensión, a continuación se analiza el comportamiento en el autismo atendiendo a cuatro patrones conductuales que suelen manifestar con mayor frecuencia, y son: (i) comportamientos rituales y respuestas frente al cambio, (ii) alteraciones con el ambiente físico, (iii) conducta autoestimuladora y repetitiva y (iv) conducta autolesiva.

Comportamientos rituales y respuestas frente al cambio

Los comportamientos ritualizados, invariantes y fijos son aspectos que se observan habitualmente al estar con una persona con autismo, no obstante, adquieren su máxima expresión en la convivencia diaria con ellos, sobre todo por su conducta extravagante, rígida e inusual. De tal manera, el comportamiento del niño autista para consigo mismo, hacia los objetos y el espacio que lo rodea se caracteriza por una búsqueda de inmutabilidad (Leblanc y Page, 1991). En este sentido, y como señala la AIAE (2000), los patrones de conducta en el autismo son, a menudo, ritualistas y repetitivos. Al efecto, la clásica formulación de Rutter (1978) sigue estando vigente y caracteriza en cuatro dimensiones los comportamientos rituales y la invariabilidad del contexto en el niño autista, a saber:

- *Juego rígido, limitado y ritualizado*. Tanto el uso que hacen del juego como de los juguetes no es el adecuado (AIAE, 2000). Utilizan así el juguete como parte de sus rituales y repeticiones, no atendiendo a las formas o simbolismos para los que convencionalmente se han diseñado. Pueden, de este modo, poner en fila, y de manera obsesivamente repetida, un puzzle, una pieza de un juego u otro objeto cualquiera que les llama la atención. Lo mismo que coleccionar objetos, juegos, prendas, partes de objetos, etc., por su textura, forma o mismo por su color, que usarán, únicamente, para sus juegos rituales. Por lo tanto, sus relaciones con los juegos son rígidas, sin variedad y sin imaginación simbólica, con una vinculación hacia ellos que puede parecerse a una relación fetichista o simbiótica, por la forma de manipularlos, siempre, de manera estereotipada y ritualista (Wing, 1988).

—*Vinculación obsesiva hacia objetos*. La insistencia hacia la ritualización se ve exacerbada con la vinculación y en el apego inusual por objetos determinados (Caviness, 1994; Williams, Costal y Reddy, 1999) –sea una ficha de un puzzle, una galleta, una pequeña goma, una cuerda, un electrodoméstico, etc.-, con los que llegan a hablar, desear tenerlo a todas horas e incluso dormir con ellos. Al respecto, hay que señalar que no se tratan de objetos transicionales que utilizan muchos niños para facilitar su incursión en otros entornos ajenos al familiar. Morrison y Rosales (1997) relacionan las fijaciones y preferencias hacia los objetos con las conductas estereotípicas, observando que los sujetos con una mayor vinculación obsesiva muestran, al mismo tiempo, mayores ocurrencias estereotípicas.

—*Preocupaciones inusuales*. Suelen presentar rumiaciones obsesivas por ciertos temas, sean ideas, acciones, objetos o situaciones, que prefieren a cualquier otra cosa, llegando a violentarse con furia e irritación si no se presentan como ellos esperan. Estas preocupaciones se expresan acompañadas, en muchas ocasiones, por verbalizaciones, a través de ecolalias, aunque también se pueden mostrar conjuntamente con otras estereotipias y rituales.

—*Insistencia en la invariabilidad*. Este hecho se define por una marcada

resistencia al cambio, en su casa, en sus costumbres de la vida cotidiana, en expresiones, en gestos, en acciones, etc. No sólo se hace referencia a que buscan insistentemente ambientes familiares, sino que un mínimo cambio en ese ambiente o costumbre les provoca malestar y agitación y, por lo tanto, buscan siempre la inmutabilidad en el ambiente y en las acciones. Esta invariabilidad está también relacionada con la escasa flexibilidad a la hora de actuar y poder alternar entre distintos criterios para responder a las demandas cambiantes de una tarea o situación, al igual que con la capacidad de planificación para poner en marcha un plan organizado de secuencias de acción. Ambas conductas están integradas en la alteración de las funciones ejecutivas (Etchepareborda, 2001).

Alteraciones con el ambiente físico

Un dato constatado por muchos investigadores es la frecuencia con la que los padres, sobre todo durante los primeros años de sus hijos que posteriormente han sido diagnosticados de autismo, han expresado sus sospechas en cuanto a que sus hijos parecían sordos e incluso ciegos (Rosenhall, Sandstroem, Ahlsen y Gillberg, 1999). Sin embargo, tanto la audición como la visión suelen estar intactas, pese a encontrarse otitis de repetición en algunos de ellos. Las reacciones frente a los estímulos sensoriales, visuales, auditivos, táctiles o procedentes del resto de los canales sensoriales, están impregnadas de indiferencia, de angustia o de fascinación, observándose una sensibilidad inusual hacia los estímulos sensoriales (AIAE, 2000). Lo que realmente sucede es que los niños parecen presentar un déficit en el ímput sensorial y no responden a su entorno de forma convencional, pues ni los sonidos, ni los estímulos visuales, e incluso algunas sensaciones corporales, parecen hacerles reaccionar como cabría esperar. Pero, por otro lado, pueden, en ocasiones, orientarse y prestar una inusual atención hacia un leve ruido, luz o hasta un suave cosquilleo. Muestran así unas reacciones mínimas –hiporreactivas- ante ciertos estímulos, pero exageradas –hiperreactivas- frente a otros, e incluso ante el mismo estímulo unas veces responden de una forma y otras de manera completamente opuesta (Mardomingo, 2003; Ornitz y Ritvo, 1976). Este tipo de relaciones con su ambiente parecen ser propias de personas con alteraciones sensoriales y perceptivas, en las que el campo de exploración se limita a su espacio inmediato. Los niños autistas utilizan ciertos sentidos -olor, sabor y tacto- más que otros –vista y oído-, y de esta manera prefieren oler, lamer o tocar un objeto a mirarlo o escuchar los sonidos que emite.

Otro aspecto, anteriormente comentado, es su tendencia a no responder a la invariabilidad del ambiente, salvo desde su rigidez. No obstante, se encuentran respuestas complejas de llanto, ira y exagerada agitación si esta invariabilidad se ve mínimamente alterada. Muy en la línea de esta anomalía con respecto al ambiente físico y hacia los demás, destaca la escasa y deficitaria imitación gestual y de movimientos procedentes de los demás –ecopraxias-. La imitación gestual, al

igual que la utilización del código gestual utilizado en las interacciones son muy débiles, en contraste con las ecolalias o imitaciones verbales, y aunque estas últimas muestran también algunos rasgos alterados, las realizan con suma asiduidad.

Por último, una cuestión relacionada con la anormal respuesta a su ambiente físico se produce ante la adquisición de los nuevos aprendizajes, mostrándose muy lentos y con "hiperselectividad estimular" (Schreibam y Charlop, 1993), en el sentido que seleccionan partes de los estímulos como relevantes y otras ante las que no responden. Esta limitación interfiere enormemente en la adquisición de los nuevos aprendizajes, en la generalización de las conductas aprendidas, las adquisiciones lingüísticas y otros procesos cognitivos, de desarrollo y de aprendizaje.

Conducta autoestimuladora y repetitiva

Las autoestimulaciones o "estereotipias" parecen ser unas de las actividades preferidas de los niños autistas. No son un rasgo exclusivo del autismo, ya que se pueden observar en muchas otras patologías infantiles (King y Krishnamoorthy, 1998) y adultas, como retraso mental, síndrome de Tourette, etc. Hace referencia a un comportamiento, sobre todo motórico, y muy especialmente a nivel de la motricidad gruesa, que se repite una y otra vez, sin otra función aparente que el propio placer al realizarla. Quemada (2001) las describe como conductas repetitivas que parecen ocurrir automáticamente y que carecen de función adaptativa al contexto social. Aunque, algunos autores (Durand y Carr, 1987) reconocen que la autoestimulación puede tener la función social de "escape" frente a las exigencias de ciertas tareas o situaciones. Dentro de las estereotipias se incluyen movimientos motores extravagantes, como aleteo de manos o brazos, agitación de objetos, balanceo rítmico y rotación de la cabeza, andar de puntillas, dar saltos, adquisición de posturas peculiares, hacer carreras, medición de pasos, rocking, y muchas otras. Ornitz y Ritvo (1976) estudiaron los movimientos estereotipados de los niños autistas y encuentran que los más frecuentes son los aleteos de brazos y manos a la altura de los hombros, con un 35%, y los movimientos rítmicos de la cabeza, con un 27%. En sus formas más sutiles se encuentran miradas de reojo a luces, tocar superficies, chasquear con la saliva y olfatear el ambiente. Parte de las conductas autoestimulativas son verbales, repitiendo palabras o incluso sonidos de forma rápida y sucesiva. Pero, como sugieren Ross, Yu y Kropla (1998), la ritmicidad, en cuanto a su emisión a intervalos fijos, parece no ser una característica de las mismas, al contrario de lo que se venía creyendo.

Los niños con trastorno autista, por lo tanto, manifiestan una preferencia hacia este tipo de conductas, que realizan de modo habitual, por encima de la interacción social o el juego con juguetes. Resistiéndose, persistentemente, al abandono de las mismas. Incluso, y en comparación con otros sujetos con retraso mental, los autistas muestran un mayor número de estereotipias (Bodfish, 2000). Son muchas las ocasiones en las que al hablar-

le a un niño autista en plena actividad autoestimuladora no responde, llegando a estar ausente de lo que le rodea. Parece, pues, que estas conductas pueden interferir en la adquisición de otras nuevas, dado el poco contacto con la realidad que muestran cuando las realizan. Pero, también es posible utilizarlas como reforzadores, para motivar los aprendizajes, sin que ello aumente necesariamente su frecuencia (Wolery, Kirk y Gast, 1985).

Las conductas repetitivas, por su parte, comprenden una amplísima gama de comportamientos, entre los que se encuentran los movimientos estereotipados, sus respuestas exageradas frente a los cambios del entorno, la insistencia por la rutina extrema y una preocupación exagerada hacia intereses muy limitados y circunscritos. Turner (1999) las define con una serie de características, que son:

— Elevada frecuencia de repetición en la manifestación de la conducta.

— Forma invariante en la que se realiza la conducta o actividad.

— La conducta resulta inapropiada o extraña en su manifestación o despliegue.

— Marcada resistencia a la intervención y a la subsiguiente sustitución de respuestas.

Existen diversas tipologías de conductas repetitivas, entre ellas, se incluyen: discinesia tardía, tics, movimientos estereotipados, autoagresiones, manipulación estereotipada de objetos, apego o preocupación anormal hacia ciertos objetos, insistencia a la invarianza del entorno, adhesión rígida a rutinas y rituales, uso repetitivo del lenguaje, intereses limitados y obsesiones y compulsiones (Turner, 1999).

Su tasa de exhibición va a depender de la situación, y sobre todo del grado de contacto interpersonal que exija. Suelen alcanzar su máxima latencia cuando el sujeto se encuentra en una situación nueva o impredecible, o ante personas desconocidas, descendiendo ante ambientes conocidos o sin contacto con otras personas. Parece ser, según describe Mardomingo (2003), que el cuadro clínico de rituales y repeticiones de mayor intensidad caracteriza, frente a otras patologías, al grupo de niños con trastorno autista, mostrando una etiología supuestamente autoinmune y considerándose, por lo tanto, como factor etiopatogénico responsable de esta sintomatología.

Conducta autolesiva

Se entiende por conducta autolesiva la ejecución de aquellos comportamientos mediante los cuales el niño inflige daño físico en su cuerpo, pudiendo, en ocasiones, llegar a resultar grave y dramático (Simeon y Hollander, 2001).

La conducta autolesiva incluye un amplio repertorio que comprende desde tirarse del pelo, hasta arañarse en la cara, darse bofetadas, hundirse los ojos, o golpearse partes de su cuerpo. Las formas más

comunes son las de golpearse la cabeza y morderse las manos, muñecas o puños (Gillberg y Billstedt, 2000). La intensidad de las lesiones va a variar mucho de unos niños a otros, lo mismo que su frecuencia, pero, en general, se pueden observar hematomas, callosidades, fracturas de huesos y cráneo, desprendimiento de retina y arrancamiento de tozos de piel. Parece evidente que algunos niños autistas muestran conductas de irritabilidad muy exageradas por mínimos cambios en algunas costumbres, de modo que se expresan coléricos y se infligen heridas graves o golpean la cabeza contra una pared o algún objeto si un estímulo lo altera, o si no encuentra su objeto preferido.

Debido a esto, se hace necesario, en diversas ocasiones, la protección del niño y de los demás. Para ello, se debe partir, inicialmente, de un análisis funcional de su conducta, que va a ser, dada la divergencia sintomática que describe el trastorno, diferente en cada niño, con el fin de determinar los cambios en el entorno que se deberán efectuar. Incluso, si se considera oportuno, y en función de las características individuales, comportamentales y de comorbilidad asociada, se podría utilizar farmacoterapia para su control y protección (Kerbeshian, Burd y Avery, 2001).

LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN EL ÁMBITO COMPORTAMENTAL.

Sin duda alguna, los modelos efectivos de intervención en el autismo deben tener en cuenta el área comportamental, sobre todo cuando existen alteraciones graves, desafiantes o autoagresivas. Con tal efecto, es preciso crear en el niño las habilidades de autocontrol y las conductas adaptativas necesarias, bajo el criterio de que puedan existir riesgos físicos o psíquicos, daños propios o a los demás, o que su presencia imposibilite el acceso a los diversos aprendizajes. Debe considerarse, al mismo tiempo, que las conductas agresivas o autoagresivas, así como las conductas desafiantes, son las más incapacitantes de las exhibidas por los sujetos autistas.

Una importante aportación del modelo educativo al tratamiento de las personas con autismo es el enfoque alternativo al generado por el conductismo clásico frente a los problemas del comportamiento. Las técnicas de modificación de conducta, aplicadas hasta hace unos años, han sido fuertemente cuestionadas. No se aceptan ya fácilmente el empleo exclusivo de esas técnicas, que se limitaban a eliminar las conductas inadecuadas presentadas por los sujetos en determinadas situaciones, pero, sin generar algún cambio alternativo o actuación educativa.

Son muchas las investigaciones que apuntan que las personas con autismo responden bien a los programas educativos, siempre que sean especializados y estructurados, y su diseño esté a medida de sus necesidades y encaminadas al desarrollo de las potencialidades individuales (AIAE, 2000). El objetivo general de la intervención educativa de estos niños, como apunta Rivière (1993), será desarro-

llar al máximo sus competencias y posibilidades, favoreciendo un equilibrio personal que sea lo más armonioso posible, y fomentando, al mismo tiempo, su bienestar emocional en un entorno de relaciones significativas con el mundo.

De manera específica, la intervención en el área conductual, de forma temprana y permanente, habrá de partir del análisis funcional o topográfico de la conducta. Para ello, se valorará el componente problema de cada conducta específica en los diferentes contextos, tanto físicos como sociales, donde se pueden dar, y se analizarán las distintas funciones e intenciones que se persigue al realizarla. Es evidente, que las características individuales del niño en cuanto a nivel de funcionamiento, también deben definir las medidas interventivas a desarrollar (Fein et al., 1999). En muchas ocasiones, el problema de conducta puede indicar que el niño pretende comunicar emociones, sobre todo miedo, ira, confusión, frustración, etc., frente a las cuales se pueden aplicar las respuestas adecuadas de modificación de conducta, siempre adaptándose a su sistema social y a su contexto cercano, y conseguir, de este modo, estrategias efectivas para el manejo y control del entorno. Se garantizará, antes de nada, la propia seguridad y salud, tanto del niño, como de los demás. En este sentido, se pueden emplear una serie de principios técnicos, extraídos de los principios del aprendizaje y la modificación de conducta, para minimizar el impacto de aquellos comportamientos disruptivos, a saber:

— Eliminar los estímulos desencadenantes de las conductas disruptivas.

— Enseñar estrategias y habilidades básicas para controlar las situaciones desencadenantes de las conductas.

— Fomentar el uso de conductas adaptadas y adecuadas a esas situaciones.

— Suprimir cualquier tipo de refuerzo antecedente o posterior, positivo o negativo, que sea contingente a la conducta disruptiva y la pueda mantener o incrementar.

Cabe añadir que los métodos y las técnicas que se desarrollen deben considerar el fortalecimiento de las conductas deseadas y la disminución de aquellas otras consideradas inadaptadas como metas de trabajo. Su aplicación será siempre controlada y aplicada de manera gradual. Para ello, se pueden utilizar, siempre con arreglo al nivel de desarrollo del sujeto y de sus capacidades, las técnicas y los principios de modificación y terapia de conducta, como el moldeamiento, la inmersión, la desensibilización sistemática, y otros. Pero, siempre estarán dentro de un plan de trabajo ajustado a la realidad del niño en cuestión, teniendo, además, como fin favorecer las respuestas conductuales adecuadas, minimizando, por otro lado, las disruptivas. Se tratará de establecer un programa que esté en el seno de un plan de trabajo más amplio, tanto en el plano comportamental, como en el social y el comunicativo. Así, el entrenamiento comportamental, como subrayan Volkmar, Cook, Pomeroy, Realmuto y Tanguay (1999), podría facilitar de manera significativa la adquisición del lenguaje y de las habilidades sociales, junto con la propia

mejora conductual y la reducción en los niveles de ansiedad y tensión familiar.

Para cubrir este objetivo anterior, se debe partir de una serie de instrucciones específicas, ante las que se ajustará, como siempre, el plan de intervención a la sintomatología, los recursos y las habilidades del niño, entre ellas:

— Ofrecer actividades rutinarias y asequibles al nivel de desarrollo del niño y que posean, a su vez, un alto grado de estructuración.

— Generar oportunidades para practicar, ensayar y poder generalizar las conductas adaptativas a otros contextos y situaciones.

— Enseñar técnicas de autocontrol para reducir la ansiedad.

— Entrenar las respuestas del niño a posibles cambios del entorno y de sus interacciones.

— Modificar las conductas desafiantes y agresivas por conductas positivas, reemplazando los comportamientos disruptivos por otros más aceptables y adaptativos.

— Usar, de modo generalizado, los distintos contextos educativos para fortalecer los cambios de conducta.

— Atender y valorar los síntomas conductuales asociados que pueden requerir un plan de intervención individualizado.

La finalidad de todo esto es, como apunta Rivière (1997), la de asignar un sentido a las propias acciones, esto es, lograr mediante un planteamiento pragmático y funcional, el establecimiento de respuestas a consignas de acción funcional. Para alcanzar dicho objetivo es necesario, siguiendo a Martos (2001), adaptarse a la heterogeneidad de niveles que soporta el espectro autista. Por ello, en niños que muestran una sintomatología más exacerbada y florida va a ser crucial su atención individualizada, utilizando propuestas directivas, cercanas y lúdicas. A su vez, en niños que tengan un funcionamiento más alto, se recurrirá a programas de acción más autónoma y, por lo tanto, con un mayor nivel de exigencia y rigidez y una menor direccionalidad en la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision), *DSM-IV-TR*. Washington: Author (Trad. Cast. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición-Texto Revisado*. Barcelona: Massón).

Artigas, J. (2001). Las fronteras del autismo. *Revista de Neurología Clínica, 2*, 211-224.

Association International Autisme Europe (AIAE) (2000). *Description de lÁutisme, document prepare sous les auspicies do "Conseil dÁdministration dÁutisme Europe*". Bruselas: AIAE.

Baker, H.C. (2002). A comparison study of autism spectrum disorder referrals 1997 and 1989. *J. Autism Dev. Disord., 32*, 121-125.

Bodfish, J.W., Symons, F.J., Parker, D.E. y Lewis, M.H. (2000). Varieties of repetitive behavior in autism: Comparisons to mental retardation. *J. Autism Dev. Disord., 30*, 237-243.

Caviness, V.S. (1994). Síndromes neurocutáneos y otros trastornos del desarrollo embrionario del sistema nervioso central. En AA.VV, *Principios de Medicina Interna de Harrison, Vol II (13ª Ed.)* (pp. 2695-2701). Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Chakrabarti, S. y Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA, 285*, 3093-3099.

Durand, M. y Carr, E.G. (1987). Social influences of self-stimulatory behavior: Analysis and treatment application. *J. App. Behav. Anal., 20*, 119-132.

Etchepareborda, M.C. (2001). Perfiles neurocognitivos del espectro autista). *Revista de Neurología Clínica, 2*, 175-192.

Fein, D., Stevens, M., Dunn, M., Waterhouse, L., Allen, D., Rapin, I. y Feinstein, C. (1999). Subtypes of Pervasive Developmental Disorder: clinical characteristics. *Child Neuropsychology, 5*, 1-23.

Folstein, S.E. (1999). Autism. *International Review of Psychiatry,11*, 269-277.

Fombonne, E. (2001). Is there an epidemic of autism?. *Pediatrics, 197*, 411-412.

Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *JAMA, 289*, 87-89.

Gillberg, C y Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 321-330.

Gillberg, C. y Wing, L. (1999). Autism: Not an extremely rare disorder. *Acta Psychiatica. Scandinavica, 99*, 399-406.

Glasson, E.J., Bower, C., Petterson, B., Klerk, N., Chaney, G. y Hallmayer, J.F. (2004). Perinatal factors and the development of autism: a population study. *Arhives General Psychiatry, 61*, 618-627.

Holguín, J.A. (2003). El autismo de etiología desconocida. *Revista de Neurología,37*, 259-266.

Kerbeshian, J., Burd, L. y Avery, K. (2001). Pharmacotherapy of autism: A review and clinical approach. *J. Dev. Phy. Disabil., 13*, 199-288.

King, B.H. y Krishnamoorthy, J. (1998). Developmental aspects of stereotypic movement disorder. *Psychiatric Annals, 28*, 313-316.

Leblanc, R. y Page, J. (1991). Autismo infantil y precoz. En J. A. Rondal y X. Serón, *Trastornos del lenguaje, II* (pp. 489-527). Barcelona: Paidós.

López-Gómez, S. (2004). *Detección de los riesgos maternos perinatales en la etiología de los trastornos generalizados del desarrollo*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Mardomingo, M.J. (2003). Neurobiología del espectrum autista. En J. Tomás (Ed.), *El espectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo* (pp. 33-44). Barcelona: Laertes.

Martos, J. (2001). La intervención educativa desde las posiciones explicativas neuropsicológicas en el autismo. *Revista de Neurología Clínica, 2*, 203-210.

Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 477-487.

Morrison, K. y Rosales, R.J. (1997). The effect of object preferences on task permormance and stereotypy in a child with autism. *Res. Develop. Disab., 18*, 127-137.

Ornitz, E. M. y Ritvo, E. R. (1976). The syndrome of autism. *Am. J. Psychiatry, 133*, 609-621.

Philip, A.G.S. y Bowman, J.M. (2002). Historical perspectives: The underpinnings of neonatal/perinatal medicine: prevention of Rh hemolytic disease of the newborn. *NeoReviews, 3*, 223-226.

Pry, R. y Guillain, A. (2002). Symptomatologie autistique et niveaux de developpement. *Enfance*, *54*, 51-62.

Quemada, J.I. (2001). Trastornos de la psicomotricidad. En J. I. Eguíluz (Ed.), *Introducción a la psicopatología* (pp. 265-278). Madrid: Wyeth.

Rapin, I. (1999). Autism in search of home in the brain (editorial). *Neurology, 52*, 902-904.

Rapin, I. (2002). The autistic-spectrum disorders. *N. Engl. J. Med., 347*, 302-303.

Rivière, A. (1982). Principios de definición y tratamiento del autismo infantil. *Boletín del Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, 5*, 7-18.

Rivière, A. (1997). Tratamiento y definición del espectro autista II. Anticipación, flexibilidad y capacidades simbólicas. En A. Rivière y J. Martos (Ed.), *El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas* (pp. 107-160). Madrid: Imserso-APNA.

Rosenhall, U., Nordin, V., Sandstroem, M., Ahlsen, G. y Gillberg, C. (1999). Autism and hearing loss. *J. Autism Dev. Disord., 29*, 349-357.

Ross, L., Yu, D. y Kropla, W.C. (1998). Stereityped behavior in developmentally delayed or autistic populations: Rhythmic or nonrhythmic?. *Behav. Mod., 22*, 321-334.

Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition of childhood autism. *J. Autism Child. Schizophr., 8*, 139-161.

Schreibman, L. y Charlop, M. (1993). Autismo infantil. En T. H. Ollendick y M. Hersen, *Psicopatología infantil* (pp. 132-158). Barcelona: Martínez Roca.

Simeon, D. y Hollander, E. (Ed.) (2001). *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Szatmari, P. (2003). The causes of autism spectrum (editorial). *BMJ, 326*, 173-174.

Teunisse, J.P., Cools, A.R., van-Spaendonck, K.P.M., Aerts, F.H.T.M. y Berger, H.J.C. (2001). Cognitive styles in high-functioning adolescent with autistic disorder. *J. Autism Dev. Disord., 31*, 55-66.

Turner, M. (1999). Hacia una explicación de la conducta repetitiva en el autismo basada en la disfunción ejecutiva. En J. Russell, *El autismo como trastorno de la función ejecutiva* (pp. 55-97). Madrid: Médica Panamericana.

Volkmar, F., Cook, J.E., Pomeroy, J., Realmuto, G. y Tanguay, P. (1999). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with autism and other pervasive developmental disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,38* (Supl.), 32-54.

Weiss, M.J. (2002). Hardiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. *Autism, 6*, 115-130.

Williams, E., Costal, A. y Reddy, V. (1999). Children with aautism experience problems with both objects and people. *J. Autism Dev. Disord., 29*, 367-378.

Wing. L. (1988). The continuum of autistic characteristics. En E. Schopler y G. B. Mesibov (Eds.), *Diagnosis and assessment in autism* (pp. 91-110). New York: Plenum Press.

Wolery, M., Kirk, K. y Gast, D.L. (1985). Stereotypic behavior as a reinforcer: Effects and side effects. *J. Autism Dev. Disord.,15*, 149-161.

Word Health Organization (WHO - OMS) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. WHO (Trad. Cast. (1992), CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. 10ª Rev. Madrid: Meditor).

Yeargin-Allsopp, M., Rice, C., Karapurkar, T., Doenberg, N., Boyle, C. y Murphy, C. (2003). Prevalence of autism in a US metropolitan area. *JAMA, 289*, 49-55.