

ATENCIÓN TEMPRANA EN EL AUTISMO: ESTUDIO DE UN CASO.

Unidad de Atención Temprana de la Facultad de Psicología.

López Ben , Isabel; Ameneiros García , Oscar; Fontán Mayobre, Victoria; Lorenzo Conde, Josefa; Sánchez Novo, V.; Buceta Cancela, M^a José.

RESUMEN

A través de esta comunicación pretendemos resumir la importancia de la detección precoz, criterios para su diagnóstico precoz y pautas para la intervención. Para ello nos servimos de un caso tratado en la Unidad de Atención Temprana de la Facultad de Psicología en el que dado su carácter atípico el diagnóstico no se produjo hasta los 6 años; en él quedan perfectamente reflejadas la necesidad del apoyo coordinado con los padres y de la continuidad en la terapia.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas de los trastornos del espectro autista o trastornos generalizados del desarrollo (DSM-IV, 1995) más concretamente del autismo clásico o autismo de Kanner presenta síntomas detectables antes de los tres años ; en la mayoría de los casos detectables entorno a la edad crítica del desarrollo, los 18 meses, pudiendo verse manifestaciones previas al año de edad. La detección precoz va a favorecer el inicio de un programa de intervención educativa y el establecimiento de una relación afectivo – emocional y con ello el desarrollo personal y social en las mejores condiciones.

Diversos estudios confirman lo expuesto anteriormente destacamos dos de ellos por su relevancia práctica.

- En la universidad de Nogyoen 1994 se efectuaron estudios retrospectivos tomando 126 niños con diferentes diagnósticos.; a los padres de éstos se le solicitó que respondieran a 15 ítems (cuadro 1) recordando la situación del niño a los 12 meses sólo el autismo manifiesta un puntaje significativamente alto en mas de 5 síntomas. El grupo severo presentó un puntaje alto en más de siete síntomas (Sugiyama ; 1994)

Cuadro 1. Lista de chequeo para síntomas tempranos del autismo (de Takahashi e Ishii)		
	Positivo	Negativo
1 No volvía su cara hacia otras personas		
2. No dirigía hacia usted la mirada	+	
3. No le sonreía	+	
4. No lloraba ante la visita de un extraño	+	
5. Se mostraba extremadamente atemorizado de los extraños	+	+
6. No parecía disfrutar de sus cuidados amorosos	+	
7. Parecía ignorar los ruidos fuertes	+	

8. Era tranquilo y fácil de cuidar	+	
9. Parecía gustarle jugar solo	+	+
10. Se mostraba renuente a que lo sostuvieran y/o se resistía a que lo alzarán	+	
11. No hacía gestos mímicos	+	+
12. No mostraba interés por ningún juguete	+	
13. Tenía dificultades con el sueño		
14. Era irritable y difícil		
15. No balbuceaba mucho		

- Un segundo realizado por Simon-Baron Cohen y otros en el que a través de ítems claves del cuestionario CHAT (Checklist for Autism in Toddlers) (cuadro 2) demuestran la presencia de autismo a los 18 meses tomando una muestra de 16.000 niños ; este diagnóstico es confirmado posteriormente a los 3.5 años (Baron-Cohen, S. 1997)

Cuadro 2 Checklist for autism in toddlers

Sección A: Preguntas a los Padres

1. ¿Disfruta su hijo cuando le mecen , le hacen el caballito, etc.? NO
2. ¿Se interesa por otros niños? NO
3. ¿Le gusta subirse a los sitios p. ej. escaleras? SI
4. Disfruta fuyendo al cucú-tras y al escondite? NO
5. ¿SIMULA alguna vez , por ejemplo , juega a hacerse el té con una tetera y una tacita de juguete, o simula otras cosas? NO
6. ¿ Usa el índice para señalar, con el fin de PEDIR algo? NO
7. ¿ Usa el índice para señalar, con el fin de INTERÉS por algo? NO
8. ¿Sabe jugar con juguetitis (p e cochecitos o construcciones) y no sólo llevarse los a la boca , manosearlos o tirarlos? NO
9. ¿Alguna vez le MUESTRA los objetos? NO

Sección B: observaciones de los pediatras o visitantes médicos:

- a. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con usted durante la exploración? NO
- b. Atraiga la atención del niño, señale un objeto interesante de la habitación y diga: " ¡Mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!" NO Mire la cara del niño ¿ Mira el niño lo que usted señala? NO
- c. Atraiga la atención del niño , dele una tetera y una taza de juguete y diga "¿puedes servirme una taza de té?" NO
- d. ¿Simula que le sirve té, bebida, etc? NO

- e. Diágale al niño "¿Dónde está la luz?" ¿SEÑALA con el índice la luz? NO
 f. ¿Sabe hacer una torre de cubos? NO

Como se ha demostrado es posible la detección precoz al menos a nivel teórico, a pesar de ello no sorprende que todavía se realicen diagnósticos pasados los tres años, son muchos los factores que contribuyen a esto tales como la baja prevalencia que provoca que los pediatras no estén familiarizados con la patología, la ausencia de elementos psico-sociales en los chequeos médicos que se centran en aspectos biológicos, la inexistencia de un único factor causal o las manifestaciones insidiosas y encubiertas ante un desarrollo físico normal o ante alteraciones físicas que minimizan los aspectos relacionales.

La evaluación no puede realizarse de forma sistemática dada la baja incidencia (5 de cada 10.000 nacidos vivos) sino en casos en los que se sospeche la presencia de patología o cuando a los 18 meses se observe carencia de gestos protodeclarativos, juego simbólico o contacto ocular teniendo presente que las manifestaciones de tipo autista pueden presentarse en otras patologías que han de ser excluidas para hacer un diagnóstico de autismo, las más comunes son:

- Mutismo electivo
- Desorden de apego
- Desorden evolutivo del lenguaje receptivo
- Desorden hipercinésico con estereotipias
- Desorden desintegrativo de la niñez
- Discapacidad mental
- Síndrome de Rett
- Síndrome de Landaw-Kleffner

Previamente a la presentación del caso resaltar la importancia del entorno natural y la necesidad de la colaboración activa de la familia los profesores y el terapeuta. Numerosas investigaciones han demostrado que la implicación de la familia es uno de los factores mas relevante en el éxito. A los padres de les ha de conceder apoyo, formación y bases de actuación de forma que se evite la extinción de conductas adquiridas y la generalización , al tiempo que favorece la relación de los padres con los niños y se les implica en el tratamiento.

Dada la dificultad que presenta establecer el diagnóstico de la patología y las diferencias interindividuales (motivadas en gran medida por las diferencias en capacidades intelectuales) conocer la historia clínica y evolutiva tiene una gran relevancia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso que se presenta corresponde a un niño nacido en enero de 1990 que ha sido diagnosticado a los 6 años de edad. El embarazo transcurrió sin incidencias graves simplemente destacar la presencia de anemia ferropénica que fue tratada, el parto se produjo a las 39 semanas sin incidencias, el niño pesó 3.450 gr. y midió 50 cm. , los resultados del Apgar no muestran alteraciones (7-10-10) .

- Antecedentes médicos

A los 10 meses sufre gastroenteritis que tras ser tratada evoluciona favorablemente, 9 meses más tarde (19 meses) manifiesta una crisis de cianosis e hipotonía cuya causa no fue determinada tras realizarle una amplia exploración (inspección, palpación,

auscultación , analíticas, EEG., TAC,) cuyos resultados no muestran datos fuera de la normalidad a excepción de una implantación baja del pabellón auricular e inicio de pie valgo . Un mes más tarde (20 meses) sufre otra crisis de cianosis cuya causa no fue determinada.

A los 24 meses desarrolla un estatus convulsivo de gran intensidad y duración de 90 minutos de tipo tónico-clónico del hemicuerpo izquierdo con movimientos de chupeteo, masticación y mirada perdida. El EEG realizado en este momento detecta un enlentecimiento difuso parieto-temporal derecho, tras ser tratado las crisis remiten durante unos meses volviendo a manifestarse a los 3 años de forma semejante a la anteriormente relatada . Desde entonces hasta el momento de ingreso en la Unidad de Atención Temprana de la Facultad de Psicología y durante el tiempo que permaneció en terapia las crisis epilépticas fueron controladas con tratamiento anticomicial.

- Desarrollo psicomotor

Los datos en éste área resultan difusos ya que dadas los problemas físicos se prestó menor atención a esta área.

La lactancia materna se realizó sin problemas no manifestó dificultades el paso de sólido a líquido, no hay datos sobre la sonrisa. A nivel motor presenta sedestación a los 6 meses y deambulación entre los 18-22 meses. No presenta indicios de comunicación verbal ni verbal, a los 3 años en los informes médicos se resalta una gran desconexión con el ambiente. Y conductas autolesivas.

No tiene alteraciones en el patrón de sueño ni en la conducta alimentaria (admite alimentos , pero no es independiente en su alimentación) . No controla esfínteres presentando enuresis diurna y nocturna y encopresis diurna.

Inicia la escolaridad a los 4 años en un centro de integración con grandes dificultades , no se relaciona con sus compañeros (juego solo), presenta autoagresiones (tirarse al suelo) , trastornos en la relación con objetos (arroja), conducta hiperactiva y alteraciones en la atención , no muestra interés por comunicar. A pesar de la desconexión con el entorno reconoce los tres profesores y el horario académico.

Con 6 años fue diagnosticado de autismo por los profesionales de ASPANAES (Asociación de Padres de Personas Autistas y Psicóticas) que sería confirmado por el psiquiatra de la Unidad de Atención Temprana .

- Situación en el momento de ingreso

Al ingreso en la unidad contaba con algo más de 6 años, como está indicado en estos casos para su evaluación no se usaron pruebas psicométricas sino que se procedió a la observación minuciosa en ambientes interactivos con la terapeuta tomando como base de conductas a observar los aspectos indicados en la escala de evaluación de trastornos autistas de esta forma se pudo determinar un nivel muy grave a nivel de autismo estando afectadas gravemente todas las áreas; también resultó muy relevante la entrevista con los miembros de la familia a través de los que se conformó esta situación:

- Trastornos cualitativos de la relación social: impresión de incapacidad , pero vínculo con algunos adultos (sólo madre).No con iguales
- Trastornos de las funciones comunicativas: Ausencia de comunicación, entendida como

"relación intencionada con alguien acerca de algo"

- Trastornos del lenguaje: mutismo total o funcional (este último con emisiones verbales no comunicativas, estereotipias)
- Trastornos y limitaciones de la imaginación: ausencia completa de juego simbólico o de cualquier inicio de actividad imaginativa.
- Trastornos de la flexibilidad: estereotipias motoras simples (aleteos, balanceo con manos situadas en orejas...)
- Trastornos del sentido de la actividad: predominio masivo de conductas sin propósito (correteos sin meta , deambulación...)

Junto a esto, las alteraciones comportamentales, alimentarias, de identidad personal y autonomía estaban seriamente afectadas, no experimentando mejoras en lo expuesto anteriormente (aspectos psicomotores), aspectos que dificultaban la intervención.

- Intervención

Se estableció un programa de intervención en el que priorizando aspectos de comunicación social y su bienestar emocional se trabajaban áreas de socialización,, comunicación, identidad y autonomía personal, eliminación de conductas problema. Se planteó la posibilidad de iniciar un programa de comunicación total , pero dadas las alteraciones comportamentales que manifestaba se planteó posponer el inicio a fechas posteriores si no hubiera inicios de comunicación verbal. Durante todo el tiempo que duró la intervención se tuvieron en cuenta las necesidades de los niños con autismo así como las estrategias educativas expuestas por Juan Marcos a cuya lectura os remitimos (Marto, J; 1997).

Durante la intervención se priorizará el establecimiento de una relación afectivo-emocional manteniendo una actitud cariñosa y firme ; se estimulará por medio del refuerzo verbal y no verbal así como a través del refuerzo a través de alimentos

1. Área socialización:

- Interacción social: comportamientos sociales básicos; juegos interactivos y anticipatorios.
- Relación social y normas de convivencia: prestar atención al adulto
- Interés social con objetos: uso funcional de juguetes, juego simbólico
- Juego interactivo: intersubjetividad.
- Permanecer sentado aumentando progresivamente el intervalo hasta 20 minutos

2. Comunicación:

- Comprensión de órdenes sencillas: "no" , "dame" , "levántate"
- Atención auditiva y visual a objetos y personas: contacto ocular, giro de cabeza, seguimiento ocular, seguimiento auditivo
- Desarrollo comunicación gestual: señalamiento, saludos
- Expresión musical (aula de musicoterapia) : ritmos, juegos musicales (corro)

3. Área identidad y autonomía personal:

- Reconocimiento de su cuerpo y de su imagen
- Reconocimiento de sus padres en fotografías
- Autonomía personal en el aseo personal : lavarse y secarse las manos y la cara
- Control de esfínteres diurno
- Autonomía al vestirse y desnudarse: quitarse abrigo o chaqueta

4. Área eliminación de conductas problemáticas

- Hiperactividad: mantenerse sentado durante un tiempo o realizando una actividad
- Autolesiones. Técnicas de modificación de conducta: tiempo fuera, refuerzo de conductas incompatibles

Dada la conducta hipermotórica del niño y las dificultades para controlar esta situación fue preciso realizar la intervención en un aula prácticamente vacía (mesa y sillas) pudiendo posteriormente pasar a un aula ordinaria y logrando que permaneciera sentado 15 minutos. Por el carácter inmovilizador, destacar la inclusión del niño en sesiones de musicoterapia indicadas tanto por la posibilidad que ofrece al establecimiento de comunicación a través de ritmos, como por el gusto del niño por la música; sin embargo en este caso resultaron contraproducentes, ya que el cambio de aula y la solicitud de relación con otros niños de la sesión aumentaba la intensidad de las estereotipias y las autolesiones. A modo global se detectaron avances si bien estos eran inestables los logros se plasmaron en una nueva valoración realizada cuando el niño contaba con 7 años.

- Se detectan avances en su conducta social con las personas de su entorno inmediato, no obstante entre grupos amplios de personas poco conocidas actúa buscando cierto aislamiento e ignorándolas.
- A nivel comunicativo ha experimentado una notable mejoría en la comunicación gestual pues pide objetos e incluso solicita ayuda cogiendo a la persona de la mano, continúa sin embargo emitiendo sonidos estereotipados .
- En lo referente a las reacciones al entorno muestra mayor interés por las actividades propuestas y no presenta reacciones de cóleras cuando se le interrumpe una actividad continúa tirando objetos al suelo y golpeando (con menor intensidad) al igual que mete en la boca todo tipo de objetos.
- A nivel motor ha pasado de una continua excitación desordenada e incontrolada a aceptar con mayor agrado la actividad dirigida, cabe destacar la mejora en los catos de tirarse al suelo y andar a gatas.
- A nivel afectivo se muestra cariñoso con las personas con las que pasa mucho tiempo y continúa mostrando signos de angustia como respiración jadeante e inquietu
- A nivel atencional presta mayor atención presentando en ocasiones episodios de aislamiento
- En el área de independencia no se han logrado logros de interés en ninguno de los objetivos

Tomando como referencia las dimensiones del espectro autista quedaría enmarcado en un nivel grave a nivel de autismo

En este momento cambia de terapeuta lo que supone una regresión, se continuaron

trabajando aspectos deficitarios y objetivos no logrados y se inicia el programa de comunicación total de Benson Schaeffer et al (1980) , previamente a la selección del signo por el que comenzar se realizó un inventario de refuerzos. Se inicia el programa con la enseñanza del signo " gusanito" cuyo aprendizaje se realizó en 4 meses si bien no logró generalizarlo; posteriormente se introduce el signo " `piano" , al inicio lo confundía con " gusanito" pero logró realizarlo tras cuatro meses de entrenamiento diferenciándolo con el de "gusanito" si bien perdió el interés por el uso de este instrumento; el siguiente signo a introducir fue "yogourt" que no llegó a aprender ; en este momento fue retirado de la terapia por motivos familiares durante 5 meses . Tras este periodo el reinicio fue realmente desalentador ya que adquisiciones adquirida habían sido perdidas, no aquellas referentes al uso de signos sino adquiridas con anterioridad esta situación se mantuvo durante un corto espacio de tiempo en el que no fue posible recuperar lo logrado , ya que el niño fue retirado definitivamente de terapia y fue escolarizado en un centro especializado.

CONCLUSIONES

La detección precoz y la intervención temprana se manifiestan como realidades que pueden mejorar desde el inicio las limitaciones comunicativas y las alteraciones de comportamiento; estas últimas de no ser controladas limitan la rehabilitación, la educación así como el bienestar personal y familiar (como en el caso presentado) . Cuando se realice el diagnóstico es necesario contar con un equipo estructurado donde se evaluarán las posibilidades y limitaciones del niño y se iniciará un tratamiento individual para disminuir la conducta negativa aprovechando lo positivo. A lo largo de toda la intervención (conductual y/o comunicativa) es imprescindible contar con la participación activa de la familia ya que en ellos recae la tremenda tarea de evitar la extinción y favorecer la generalización de las conductas adquiridas, el caso presentado constituye un ejemplo de la importancia de intervención continuada, colaboración con paraprofesionales y si bien en este caso, los logros no fueron generalizados queda manifiesta la posibilidad de mejorías en niños gravemente afectados aún realizándose el diagnóstico a edad muy tardía.

BIBLIOGRAFÍA

ARTIGAS,J (1999) "El lenguaje en los trastornos autistas" En revista de neurología 1999; 28 (sup 2) pp118-123.

BENSON SHAEFFER y otros (1980) Total communication: Research Press.: Illinois

DSM-IV (1995) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson: Barcelona

FRITH,U. (1991) Autismo. Hacia una explicación del enigma. Alianza: Barcelona

MARTOS, J. (1997) " Explicación psicológica y ratamiento educativo en autismo" en RIVIERE,A. Y MARTOS,J El tratamiento del autismo , nuevas perspectivas. Ministerio de trabajo y asuntos sociales: Madrid. (pp 189-218)

MENDIZABAL, F.J.(1993) " Un intento de aproximación al tema de la detección temprana en autismo" en CANAL, R y otros El autismo 50 años después de Kanner. Amaró ediciones: Salamanca (pp227-233)

RIVIERE, A. (1984) "Modificación de conducta en el autismo infantil" En revista española de Pedagogía pp 164-165

RIVIERE,A. Y MARTOS,J (1997) El tratamiento del autismo , nuevas perspectivas.

Ministerio de trabajo y asuntos sociales: Madrid.

RODRÍGUEZ-ABELLÁN, J. (1999) "Intervención terapéutica en autismo infantil y trastornos generalizados del desarrollo". Autolesión y autoestimulación. En Revista de Neurología 1999; 28 (sup 2) pp 130-134

SUGIYAMA, T. (1994) " Epidemiología del autismo y los trastornos relacionados en FEJERMAN, N. y otros Autismo y otros trastornos del desarrollo. Paidós: Barcelona (pp 51-70)