

TEMAS DE INTERÉS

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO



CENTRO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**para niños y niñas entre 3 – 12 años de edad
con necesidades educativas especiales**

- educación integral grupal en sala
- estimulación del lenguaje y comunicación
- fisioterapia y asesoría educativa.

Lunes a viernes de 8:00 a 12:30



Calle Ismael Vásquez 822 esquina Av. Papa Paulo

www.fundacioncompartir.net/educacionespecial

educacionespecial@fundacioncompartir.net

Teléfono: 4530644

Cochabamba



TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

El término “autismo” se emplea generalmente, tanto en medios de comunicación como en entornos profesionales o asociativos, para definir sintéticamente a todos los trastornos incluidos en la actualidad bajo la denominación de “Trastornos Generalizados del Desarrollo”.

La clasificación psiquiátrica habla de “Trastornos Generalizados del Desarrollo-TGD” (que incluyen el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno generalizado del desarrollo no especificado - TGD NE, y el trastorno de Rett). Por último, se viene utilizando en la actualidad el término “Trastornos del Espectro Autista – TEA”. El cuadro clínico no es uniforme, ni absolutamente demarcado y su presentación oscila en un espectro de mayor a menor afectación; varía con el tiempo, y se ve influido por factores como el grado de capacidad intelectual asociada o el acceso a apoyos especializados. El concepto de TEA trata de hacer justicia a esta diversidad, reflejando la realidad clínica y social que se afronta.

El concepto de espectro autista puede ayudar a comprender que, cuando se habla de autismo y de otros trastornos profundos del desarrollo, se emplean términos comunes para referirse a personas muy diferentes. El tratamiento del autismo admite principios generales muy abstractos, pero al mismo tiempo, tiene que ser extremadamente individualizado. El punto de unión entre lo universal y lo individual; entre aquellas características que definen a todas las personas con autismo y esas otras que son peculiares, aparece un concepto muy útil para relacionar explicaciones y tratamientos, y para situar a éstos en un marco adecuado de referencia: el concepto de espectro autista.

No se ha podido verificar su mayor ocurrencia dentro de ningún estrato social determinado ni en ninguna cultura en particular. Sí es conocida su mayor incidencia en varones (3-4/1), si bien parece que cuando se registra en mujeres suele cursar con una sintomatología más severa. Respecto a la prevalencia se establece alrededor de 4 a 7 de cada 10.000 niños aproximadamente.

1. CONCEPTO

El trastorno generalizado del desarrollo (T.G.D.) es una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.



Por ende, se trata de un conjunto de trastornos caracterizados por retrasos y alteraciones cualitativas en el desarrollo de las áreas sociales, cognitivas y de comunicación, así como un repertorio repetitivo, estereotipado y restrictivo de conductas, intereses y actividades. En la mayoría de casos, el desarrollo es atípico o anormal desde las primeras edades, siendo su evolución crónica. Sólo en contadas ocasiones las anomalías se presentan después de los cinco años de edad.

Dentro del T.G.D. se encuentra:

- Trastorno o síndrome de Rett
- Trastorno o síndrome de Asperger
- Trastorno de Tourette
- Trastorno desintegrativo infantil
- Autismo infantil
- Autismo atípico
- Trastorno Hiperactivo con discapacidad intelectual y movimientos estereotipados

El autismo es el resultado de un déficit cognitivo básico que está asociado con funciones de la comunicación. Los niños autistas parecen tener dificultad para extraer el significado de las situaciones y los sucesos, especialmente las de tipo social, y en representar esta información de una manera útil para referencias en el futuro.

Es autista aquella persona para la cual las otras personas resultan opacas e impredecibles; aquella persona que vive como ausente (mentalmente ausente) a las personas; se siente incompetente para predecir, regular y controlar su conducta por medio de la comunicación. Es un trastorno del desarrollo que se manifiesta en el área de la conducta y la comunicación.

Finalmente, señalar que la exploración del niño con T.G.D. requerirá exámenes médicos, neurológicos y psicológicos.

2. CAUSAS O ETIOLOGIA

Las causas de los T.G.D. son variadas. La influencia de factores genéticos ha sido demostrada en estudios en gemelos. Desde el punto genético, se establece la existencia de una gran heterogeneidad, hablándose de una herencia autosómica recesiva, de una herencia unida al cromosoma x frágil, así como alteraciones esporádicas. De esta forma se establece un nexo de unión entre factores genéticos y neurobiológicos.



Otro factor de riesgo relevante son las infecciones víricas. Durante el primer trimestre del embarazo, las infecciones virales aparecen de forma relevante en las historias de las madres de niños autistas, entre las que se citan la rubeola como el virus más frecuente, la toxoplasmosis, la sífilis, la varicela y otras.

Por su parte, las complicaciones durante el parto, como la hipoxia, isquemia y la hemorragia intracraneal, se han señalado como posibles causas de autismo de origen prenatal y que afectarían sobre todo a fetos de bajo peso. Sin embargo, actualmente, no hay conclusiones definitivas al respecto.

Un estudio señala el hecho sorprendente y no suficientemente explicado, de que los padres de los niños autistas tienen una mayor exposición y manejo de productos químicos, mostrándose éstos como un factor de riesgo, así como una elevada incidencia de "hipotiroidismo" entre dichos padres, y una mayor infertilidad y abortos entre las madres de estos niños. No existe, pero, acuerdo en cuantificar las edades de las madres y su posible incidencia.

Por tanto, se puede concluir que no hay actualmente una respuesta definitiva respecto a los orígenes de los T.G.D, a pesar de que se han identificado muchos factores de riesgo y es posible que su origen esté determinado por la confluencia de diferentes elementos. En qué grado se combinen dichos factores de riesgo determinarán la consecuente sintomatología orgánica y psíquica. Muchos de estos síntomas son prácticamente los mismos que describimos en el Autismo, pero los T.G.D. comprenden otros trastornos que se solapan entre ellos.

Como resumen se puede señalar que:

- Se desconoce la causa exacta, actualmente se investiga su origen neurológico
- No es hereditario
- No lo determina la relación afectiva del niño con la madre o padre
- Afecta mayormente a varones
- Afecta a las distintas áreas del desarrollo
- La gran mayoría de los casos es genética no definida; no como en los trastornos genéticos definidos, como por ejemplo: síndrome de Rett, síndrome de Down.
- Puede darse por infecciones congénitas: rubéola, toxoplasmosis, citomegalovirus; o infecciones adquiridas: meningitis bacteriana, encefalitis herpéticas.
- Puede presentarse por enfermedades metabólicas: fenilcetonuria, alteraciones de las purinas, mitocondriopatías.
- Pueden estar afectadas entidades estructurales: malformaciones cerebrales, lesiones estructurales del cerebro en desarrollo.



- Puede deberse a trastornos perinatales: hipoxia perinatal, traumatismo obstétrico.
- Finalmente, podría estar asociado a otras entidades patológicas: síndrome de West, síndrome alcohólico fetal, síndrome valproíco fetal.

3. SÍNTOMAS Y CARACTERÍSTICAS

Se ha comentado el origen multicomponente de este trastorno, por tanto, no es de extrañar que la sintomatología presente también una variabilidad evidente. Pese a que se puede describir patrones comunes que suelen darse en el conjunto de los afectados, raramente un niño los presentará todos en el mismo grado o intensidad. En algunos niños dichos síntomas pueden presentarse de forma leve, en otros pueden adoptar una forma mucho más severa afectando a todas las áreas de su vida.

A continuación se exponen las diferentes áreas en las que presentan déficits significativos:

a) Conciencia y orientación

La claridad de su conciencia se encuentra muy limitada e interferida por las graves carencias que afectan al resto de las funciones psíquicas, sobre todo en las áreas cognitivas. La orientación temporal-espacial y respecto a sí mismo se hallan gravemente afectadas y en todo caso vienen determinadas por las áreas de intereses restrictivas que delimitan su atención preferente.

b) Atención y memoria

Se encuentra muy dispersa o contrariamente es muy selectiva para áreas de interés muy concretas (partes de objetos con los que realizan alguna manipulación improductiva y de forma reiterada). A pesar de ello suelen estar atentos a los detalles del entorno, pero sin poder interpretar los significados más abstractos de las cosas. Existen unas capacidades especialmente elevadas en cuanto a memorización, y aptitudes viso-espaciales, no obstante, la memoria funciona de forma irregular en sus rendimientos, viéndose muy influenciada también por el interés que pueda despertar en el niño la actividad concreta.

d) Capacidad intelectual

Alrededor de un 40% de los niños con T.G.D. tienen un C.I. (Cociente Intelectual) por debajo de 50 (retraso moderado, severo y profundo). Un 30% estaría alrededor de 70 (retraso ligero). En las escalas WISC, los resultados en área manipulativa son superiores a los de la escala verbal. Se obtienen resultados muy pobres en las escalas de comprensión, en los que se debe integrar y procesar la información. En las escalas de cubos y rompecabezas suelen asumir puntuaciones normales.



e) Afectividad y comportamiento social

La mayoría de los niños tienden a evitar el contacto ocular, demostrando poco interés por la voz humana. Ya de pequeños no alzan los brazos a sus padres como indicación para ser levantados (no anticipan). No demuestran interés por la voz humana y parecen indiferentes al afecto, no mostrando signos externos emocionales. El vínculo de apego no se establece como sería de esperar y no se produce la ansiedad de separación tan habitual en la primera infancia.

La ausencia de miedo ante peligros reales o imaginarios suele estar presente, lo que unido a un alto umbral de dolor hace de estos niños muy vulnerables a sufrir accidentes de todo tipo. Por regla general hay rechazo a jugar con otros iguales y al establecimiento de relaciones sociales. A medida que crecen, a pesar de que pueden crear vínculos de afecto o aceptación con sus padres u otros (cuidadores, educadores) seguirán con los problemas de relaciones con sus iguales.

f) Lenguaje y pensamiento

Las alteraciones del lenguaje son uno de los síntomas más significativos y van desde la ausencia de comunicación a una comunicación verbal anómala con alteraciones en la producción del habla en cuanto al volumen, tono, ritmo, entonación. Presencia de ecolalia inmediata o diferida, e inversión pronominal. La generación del lenguaje, está pues, muy deteriorada, apareciendo junto con las ecolalias mencionadas, emisiones planas o monótonas alternadas con entonaciones "cantarinas". Las frases pueden ser telegráficas y distorsionadas, confundiendo palabras con sonidos similares o inventando palabras nuevas.

En la primera infancia, los niños con T.G.D. pueden desarrollar el hábito de tirar de la mano de algún adulto para acompañarlo hacia el objeto que desean. Raramente afirman o niegan con la cabeza para acompañar alguna respuesta verbal. Son también menos proclives a imitar las acciones de sus padres que los otros niños.

En cuanto a la comprensión del lenguaje, éste puede estar afectado en un grado variable, dependiendo en el lugar que se sitúe el niño en el amplio espectro del trastorno. Los individuos que cursan además con discapacidad intelectual, puede que nunca lleguen a desarrollar la comprensión del mismo. Los niños con dificultades menos severas pueden seguir instrucciones simples acompañadas de gestos y en un contexto inmediato y predecible. Los más competentes en esta área pueden llegar a entender buena parte de los significados de las construcciones verbales, pero sin poder captar los matices más sutiles que se dan, por ejemplo, en las metáforas o con el uso del sarcasmo, entre otros.



g) Sensopercepción

La respuesta frente a la diferente información sensorial que les llega a sus órganos es también anómala. Algunos niños parece que están sordos o tienen deficiencias visuales, por lo que son objeto a edades tempranas de todo tipo de revisiones oftalmológicas.

El umbral del dolor es muy alto, por lo que no suelen quejarse tras sufrir accidentes, caídas o estar enfermos. Algunos sonidos pueden hacerles disparar una alegría incontrolable, ensimismándose en la audición de ciertos tipos de música (en especial la sinfónica, si bien cada niño tiene sus preferencias), rechazando, en cambio, otras sin motivo aparente. Paralelamente algunos ruidos "insignificantes" (caída de agua en la bañera, un trozo de papel adhesivo que se arranca, etc...) puede producirles verdadero temor. Es como si hubiera una sensibilidad diferencial según la frecuencia y/o intensidad del sonido, viviéndose éste como extremadamente agradable o aversivo.

Algunos niños pueden pasar largos períodos de tiempo tocando con las manos una determinada textura o efectuar estereotipias (acciones improductivas que se repiten sin ningún fin determinado) con objetos o partes de ellos (por ejemplo: las ruedas de un coche de juguete). Las sensaciones táctiles son también experimentadas con los pies. La sensación de tocar diferentes superficies con los pies descalzos suele resultar de gran interés para ellos, sintiendo probablemente sensaciones placenteras difíciles de comprender para otros. También pueden mostrar interés por sensaciones olfativas, oliendo a personas u objetos.

h) Psicomotricidad

La parte psicomotora presenta también particularidades y déficits específicos. Junto a síntomas de hiperactividad y déficit atencional se registra una falta de iniciativa total. La conducta motriz no persigue ningún fin determinado o comprensible para el adulto. El desarrollo de la motricidad gruesa y de la habilidad para usar movimientos coordinados y finos en ambas manos puede llegar a ser adecuada, lo que en combinación con unas buenas capacidades cognitivas pueden explicar la gran habilidad que demuestran, algunos de ellos, con las tareas viso-espaciales. En cambio, son muy características las anomalías posturales y la conducta motora estereotipada (aleteo, andar de puntillas, etc...).

Niños y adolescentes pueden alternar a lo largo de la jornada períodos de cierta tranquilidad motora, sólo alterada por la realización de las estereotipias habituales, con conductas de huida o agitación sin motivo aparente o a causa de una sobre-estimulación sensorial al verse rota su rutina o visitar espacios o lugares novedosos. Sin embargo, en ocasiones, la aparición de estas conductas es poco previsible y no está sujeta a un motivo entendible.



i) Trastorno impulsos. Conducta anómala

Son frecuentes los problemas en la inducción o mantenimiento del sueño o el despertar con movimientos de balanceo. De lactantes suelen ser fáciles de tratar mientras se les deje en su cama o en su habitación, siendo catalogados por sus padres de tranquilos, "muy buenos", que apenas dan un ruido. En algunas ocasiones, ocurre lo contrario, describiéndose niños inquietos, irritables, que se pasan el día chillando y que parecen necesitar pocas horas de sueño. Muestran auto-agresividad acompañando a crisis de agitación. Su alimentación es anómala y oscila entre el rechazo activo al intento de alimentarles, a consumir todo tipo de alimentos no comestibles (conductas de pica).

En cuanto a las conductas anómalas se puede destacar:

Resistencia al cambio: No toleran los cambios de sus rutinas, incluso pequeñas variaciones en su entorno familiar les crean gran desasosiego, pudiendo producir episodios de rabietas. Algunos niños pueden disponer sus juguetes de una determinada forma, enfadándose mucho si este "orden" es alterado.

Comportamiento ritualista: Abarcan un repertorio de conductas que se repiten una y otra vez pero que no tienen ninguna finalidad. El aleteo de manos es uno de los más frecuentes. También suelen darse juegos extraños con objetos o partes de ellos, sean o no juguetes.

Obsesiones y Miedos: Pueden establecer cierta afinidad o interés por determinados objetos extraños (baterías, piedras, tapas de cualquier caja...) pasando mucho tiempo con ellos, manipulándolos o simplemente llevándolos consigo. Por su parte, los miedos pueden presentarse en diferentes ámbitos. Hay un temor ante el cambio de rutinas (situaciones o lugares nuevos). Hay un miedo también de tipo sensorial a ruidos concretos y finalmente puede desarrollarse un miedo injustificado hacia ciertas personas, incluso hacia compañeros de su misma edad, sin existir ningún antecedente previo de conflicto. Todo ello puede combinarse por una falta total de sensación de peligro en situaciones en las que objetivamente lo hay (al cruzar la calle, a subirse a algún objeto, etc.).

Para concluir, mencionar que los niños T.G.D. suelen tener una apariencia física normal, sin estigmas físicos e incluso con expresión despierta e inteligente, que les hace parecer estar atentos a los detalles de su entorno pero que oculta la existencia de unos trastornos generalizados y, a veces, profundos, en sus funciones psíquicas.

Resumen: Mgr. Elke Berodt – Marzo 2011

Actualizado: Septiembre 2018