



AUTISMO

DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS
DE INTERVENCIÓN



NeuroClass

AUTISMO

DIAGNÓSTICO Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Este documento es un resumen que recoge los apuntes
y contenidos académicos del curso online
Autismo: Diagnóstico y estrategias de intervención



CURSO INTRODUCTORIO SOBRE AUTISMO

Propuesta de formación

El curso está orientado a profesionales de la salud (médicos, psicólogos, psicomotricistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas) y educación (maestras, acompañantes terapéuticos) que estén interesados en actualizar sus conocimientos relacionados con los Trastornos del Espectro Autista, profundizando en sus conceptualizaciones actuales, detección, diagnóstico, evaluación e intervención.

Objetivos:

- Integrar concepciones actuales sobre los TEA (definiciones actualizadas, teorías explicativas).
- Adquirir herramientas para identificar señales de alarma en la primera infancia.
- Conocer las categorías diagnósticas y las herramientas de evaluación utilizadas actualmente.
- Profundizar en modelos de intervención, brindando herramientas teórico-prácticas.
- Reconocer la importancia del trabajo en equipo y el abordaje a nivel familiar.



LIC. CAROL BIALYSTOCKI

Licenciada en Psicomotricidad por el Instituto Universitario CEDIIAP (Uruguay). Posgrado en Autismo y Trastornos del Neurodesarrollo por la Universidad Favaloro (Argentina). Magister en Trastornos del Espectro del Autismo por Universidad de San Jorge de Zaragoza (España). Curso anual de Autismo y Otros Trastornos Sociocognitivos. Grupo CIDEP. Curso de Introducción al Modelo Jaspers de Intervención Temprana para niños con TEA. A cargo de: Connie Kasari de la UCLA. Kasari Lab. Curso de Introducción al modelo ImPACT. A cargo de Anna Dvortcsak. Curso de Integración sensorial: alcances y fundamentos. Estrategias sensoriales para los niños con TEA. Grupo Florecer. Facilitadora del modelo Sibshops. Talleres para hermanos de niños con necesidades especiales.

ÍNDICE

1. Autismo	1
1.1. Definición	2
1.2. Breve reseña histórica con aportes de Kanner y Asperger	2
1.3. Causa y origen	2
1.4. Especificidad	3
1.5. Variabilidad	3
1.6. Discapacidad invisible	3
1.7. Ciclo de vida	3
2. Signos de alarma	4
2.1. Antes de los 12 meses	5
2.2. Entre los 12 y los 18 meses	5
2.3. Entre los 18 y los 24 meses	5
2.4. Después de los 24 meses	5
3. Teorías explicativas del autismo	6
3.1. Teoría de la mente	7
3.2. Teoría de la disfunción ejecutiva	7
3.3. Teoría de la coherencia central	8
3.4. Teoría de las neuronas espejo	8
4. Diagnóstico	9
4.1. Criterios diagnósticos: Clasificación DSM V	10
5. Evaluación	11
5.1. Instrumentos de evaluación	12
5.1.1. Pruebas de cribado	12
5.1.2. Pruebas de confirmación diagnóstica	13
5.1.3. Entrevista diagnóstica de autismo [ADI-R]	13
5.1.4. <i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i> [ADOS]	14
5.1.5. Inventario del espectro autista [i.d.e.a.] - Angel Rivière [1998]	14
6. Intervención	15
6.1. Breve descripción de modelos	16
6.1.1. TEACCH	17
6.1.2. Modelo ABA	17
6.1.3. <i>DIR- Floortime</i> [apoyo visual, agendas].	19
6.2. Recomendaciones prácticas para el trabajo con niños con TEA.....	19
6.2.1. Establecer un buen vínculo	19
6.2.2. Estructuración del espacio	20
6.2.3. Estructuración de procedimientos y de series de sucesos	20

6.2.4. Importancia de los apoyos visuales	21
6.2.4.1. El reloj	21
6.2.4.2. Hoja de procedimiento	21
6.2.4.3. Semáforo de las emociones	21
6.2.4.4. Historia Social	22
6.3. Preocupaciones frecuentes que pueden surgir en las sesiones con niños con TEA.....	22
6.4. Alianza familiar	23
6.5. Orientación diagnóstica y asesoramiento profesional	23
7. Referencias bibliográficas	25

1. AUTISMO

1.1. Definición

El término autismo proviene de la palabra griega *eaftismo*, que significa “encerrado en uno mismo” [Cuxart, 2000]. En el año 1911, Eugen Bleuer, psiquiatra alemán, empezó a hablar de autismo, vinculado al diagnóstico de esquizofrenia. Lo denominó como “la introversión, la aislación, la falta de comunicación de estos enfermos consigo mismos y con su ambiente”. Según el autor se caracteriza “por un desprendimiento de la realidad, acompañado de un predominio de la vida interior” [Prego et al., 1999, p.20].



1.2. Breve reseña histórica con aportes de Kanner y Asperger

En el año 1943, en la revista *The Nervous Child*, Leo Kanner publica su artículo “*Autistic Disturbances of Affective Contact*”, en el que informa sobre el resultado de una observación de once niños, entre los dos y once años, con una sintomatología similar en cada uno de ellos. De esta manera, Kanner fue el primero en describir el trastorno autista, pensándolo como un síndrome [Cuxart, 2000]. Así pues, en el año 1943, Kanner lo considera un “trastorno autístico de contacto afectivo” [Prego, 1999].

Posteriormente, en 1944, Hans Asperger, un año después de la publicación del artículo de Kanner, publica su trabajo llamado “*Die Autistischen Psychopathen im Kindersalten*”, en el que se mostraban casos que compartían los rasgos patognomínicos del síndrome descrito por Kanner, con niveles cognitivos globales altamente superiores. Al estar escrito en alemán y haber sido publicado durante la Segunda Guerra Mundial, el artículo de Asperger no fue muy difundido. Posteriormente, la alteración que Asperger había denominado Psicopatía Autística, se llamó Síndrome de Asperger, en el cual se incluirían los autismos de nivel alto [Cuxart, 2000].

1.3. Causa y origen

El autismo según el criterio diagnóstico del DSM V, forma parte de los Trastornos del Neurodesarrollo. Los trastornos del neurodesarrollo, según DSM-V, son un grupo de afecciones con inicio en el período del desarrollo. Los trastornos se manifiestan, generalmente, de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes de que el niño empiece la escuela primaria. Además, se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. Como resultado, se habla de que el TEA es un “trastorno de origen neurobiológico que afecta a la configuración del sistema nervioso y al funcionamiento cerebral, dando lugar a dificultades en dos áreas principalmente: la comunicación e interacción social y la flexibilidad del pensamiento y de la conducta”.

Ahora, en la actualidad, no está determinada todavía la causa que explique la aparición del TEA, pero sí se conoce que existe una fuerte implicación genética en su origen.



1.4. Especificidad

El TEA tiene características nucleares propias y definitorias que se manifiestan de forma heterogénea a lo largo de todo el ciclo vital. Esta especificidad ha quedado recogida en los sistemas de clasificación internacionales de salud. Esto incluye los de salud mental [DSM V y CIE-11] que han sustituido el término “Trastorno Generalizado del Desarrollo” por el de “Trastorno del Espectro del Autismo”.

1.5. Variabilidad

Es importante mencionar que no hay dos personas con TEA iguales. Esto dependerá del desarrollo personal y de los apoyos y estimulación que reciba, así como también de la presencia de discapacidad intelectual asociada y de su nivel de desarrollo del lenguaje.

1.6. Discapacidad invisible

El TEA no lleva asociado ningún rasgo físico diferenciador, pues solo se manifiesta a nivel de competencias cognitivas y del comportamiento.

1.7. Ciclo de vida

Está presente a lo largo de la vida de la persona, aunque sus manifestaciones y necesidades cambian en función de las distintas etapas del desarrollo y de las experiencias adquiridas.

2. SIGNOS DE ALARMA

Existen algunos signos que debemos tomar en cuenta para un diagnóstico oportuno, los vamos a ver a continuación.

- No balbucea, no hace gestos (señalar, decir adiós con la mano) a los 12 meses
- No dice palabras sencillas a los 18 meses
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses
- Cualquier pérdida de habilidades del lenguaje o a nivel social a cualquier edad

2.1. Antes de los 12 meses

- Poca frecuencia del uso de la mirada dirigida a personas
- No muestra anticipación cuando va a ser tomado en brazos
- Falta de interés en juegos interactivos simples como el “cucú-tras”
- Falta de sonrisa social
- Falta de ansiedad ante los extraños sobre los 9 meses

2.2. Entre los 12 y los 18 meses

- Menor contacto ocular
- No responde a su nombre
- No señala para pedir algo (protoimperativo)
- No muestra objetos
- Respuesta inusual ante estímulos auditivos
- Falta de interés en juegos interactivos simples como el “está-no está”
- No mira hacia donde otros señalan
- Ausencia de imitación espontánea
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto

2.3. Entre los 18 y los 24 meses

- No señala con el dedo para compartir un interés (protodeclarativo)
- Dificultades para seguir la mirada del adulto
- No mirar hacia donde otros señalan
- Retraso en el desarrollo del lenguaje comprensivo y/o expresivo
- Falta de juego funcional con juguetes o presencia de formas repetitivas de juego con objetos
- Ausencia de juego simbólico
- Falta de interés en otros niños o hermanos
- No suele mostrar objetos
- No responde cuando se le llama
- No imita ni repite gestos o acciones que otros hacen
- Pocas expresiones para compartir afecto positivo
- Antes usaba palabras, pero ahora no

3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL AUTISMO

A continuación, revisaremos brevemente algunas de las teorías más aceptadas hasta la actualidad.

3.1. Teoría de la mente

La teoría de la mente explica la capacidad para atribuir creencias, sensaciones a las otras personas. Permitiendo una comprensión de los estados mentales propios y de terceros. Por tanto, es la base cognitiva en la que se sustenta la empatía. Esta percepción va a ir pautando la conducta social. Los precursores de la teoría de la mente son Premack y Woodruff, etólogos que estudiaron la conducta de los chimpancés. Un estudio de dichos autores puso en evidencia que la teoría de la mente es un parámetro básico del desarrollo. El paradigma de la teoría de la mente ha sido muy productivo al ofrecer una explicación coherente a la mayoría de síntomas del autista. Baron-Cohen et al. [1985], a partir de sus estudios con población infantil, evidenciaron cierta dificultad en niños con autismo para efectuar metarepresentaciones. Si bien la teoría de la mente logra explicar la dificultad metarepresentacional de los niños y adultos con autismo, no logra explicar los síntomas repetitivos que suelen presentar.

3.2. Teoría de la disfunción ejecutiva

La idea de que el autismo podía estar vinculada a una disfunción ejecutiva fue propuesta por António Damasio, neurocientífico y médico neurólogo, en 1978. La idea surgió tras observar que las personas con autismo compartían gran parte de los síntomas observados en pacientes que habían sufrido lesiones en el lóbulo frontal a causa de accidentes vasculares, intervención de tumores o procesos degenerativos. Así pues, los pacientes “frontales” suelen mostrar algunos de los siguientes síntomas: ausencia de empatía, conducta estereotipada, perseveraciones, rutinas, intereses restringidos, reacciones catastróficas ante cambios del entorno, conductas compulsivas, afectividad pobre, reacciones emocionales inapropiadas y repentinas, falta de originalidad y creatividad, dificultad para focalizar la atención poca habilidad para organizar actividades futuras. Existe una sorprendente similitud sintomática entre procesos tan aparentemente alejados como pueden ser el autismo y una lesión frontal. Las funciones ejecutivas implican distintas habilidades, cuya eficiencia está alterada en el autismo. Entre ellas cabe citar: autocontrol de la acción y del pensamiento, planificación, inhibición, memoria de trabajo, monitorización de la acción, flexibilidad cognitiva y generalización. Por este motivo, se habla de que algunos aspectos de las funciones ejecutivas pueden ofrecer una explicación muy coherente, por lo menos para una parte, de los síntomas del autismo. Sin embargo, la disfunción ejecutiva, al igual que la teoría de la mente, no ofrece una justificación convincente para los síntomas obsesivos. Una parte de los síntomas del autismo se explica por un fallo en la eficiencia de ciertas habilidades vinculadas al sistema ejecutivo. Por lo que no es del todo concluyente.



3.3. Teoría de la coherencia central

La coherencia central es un constructo cognitivo propuesto por Uta Frith, psicóloga del desarrollo. Esta teoría hace referencia a la capacidad de integrar las parcelas de información en una comprensión coherente y significativa de la globalidad. Es decir, habla que la dificultad para integrar las claves sociales se deriva de los problemas de cognición social. En otras palabras, sobre cómo la "lectura social" requiere la combinación de multitud de datos, que se deben procesar simultáneamente en cualquier situación relacional. Indica que la ubicación en el contexto social requiere:

- Captar el sentido de las palabras más allá de su literalidad
- Identificar claves faciales en el interlocutor
- Interpretar la intencionalidad implícita del tono de voz
- Incorporar experiencias y recuerdos
- Reconocer las propias emociones

En consecuencia, la percepción disgregada de la realidad genera, según esta teoría, una percepción muy básica de la realidad, centrada en el mundo físico, o parcelas inconexas del mundo real. La frase *"los árboles no dejan ver el bosque"* ilustra muy bien la carencia propia de la falta de coherencia central. La coherencia central es la capacidad de integrar las parcelas de información en una comprensión coherente y significativa de la globalidad.

3.4. Teoría de las neuronas espejo

Esta teoría toma como base las redes neuronales llamadas "neuronas espejo" como soporte biológico de la empatía [concepto psicológico]. Una interacción adecuada entre ambos sistemas es lo que permite desarrollar la capacidad de comunicarse y relacionarse con los demás [Larbán, 2016]. ¿Cómo funcionan? Al ver que se hace un gesto, el sistema de neuronas espejo se activa, dando la sensación al cuerpo de haber realizado ese movimiento. El otro es quien va a permitirle a uno vivenciar una experiencia virtual de participar en la propia acción.

Esta es una posibilidad y facultad, que se encuentra frecuentemente ausente, poco presente o profundamente alterada en el niño con autismo [Larbán, 2016]. La imitación es indispensable en el desarrollo de las pautas sociales. Nos permite imitar gestos, acciones y expresiones faciales. El ser humano tiende a imitarse mutuamente cuando se encuentran en una situación de interacción social. Es, a través de la imitación, que se puede no desentonar, reconocer y empatizar con el otro [Ruggieri y Valdez, 2014].

El sistema de las neuronas espejo está relacionado también con el entendimiento de estados emocionales transmitidos a través de expresiones faciales. Cuando se observa una cara expresando emociones, se activan las áreas somáticosenoriales que corresponden al observador, lo que sugiere la existencia de una capacidad para detectar las emociones, permitiendo imitar o reflejar las emociones de otros [Larbán, 2016]. En el niño con autismo, por lo tanto, se estaría comprometiendo tanto la capacidad de ponerse en el lugar del otro como también la posibilidad de predecir la acción del otro o lo que está pensando o sintiendo. Esto se puede ver a través del estudio de la teoría de la mente.

4. DIAGNÓSTICO

Uno de los manuales de psiquiatría más utilizado en diferentes partes del mundo es el DSM V. En dicho manual, El Trastorno del espectro del autismo se encuentra dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico. Para poder diagnosticar a una persona con TEA, es necesario que se cumplan los siguientes dominios.

4.1. Criterios diagnósticos: Clasificación DSM V

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades

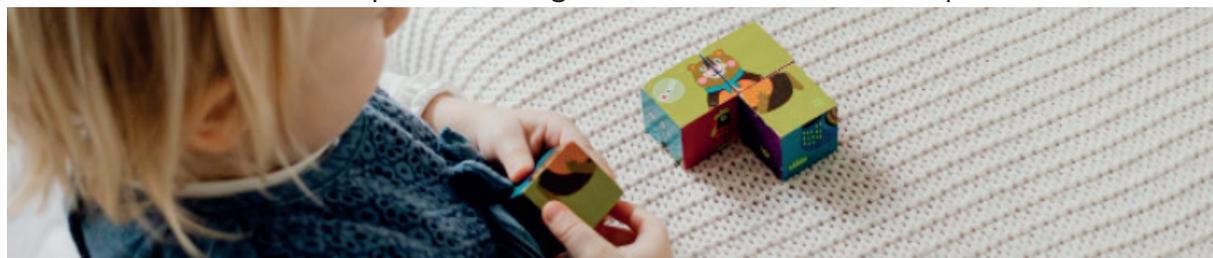
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo [pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida].

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo.



5. EVALUACIÓN

¿Cómo vamos a hacer una evaluación? Para realizar una evaluación vamos a utilizar distintas técnicas:

- a) **La observación:** Técnica de recogida de la información que consiste, básicamente, en observar, acumular e interpretar las actuaciones, comportamientos y hechos de las personas u objetos, tal y como las realizan habitualmente. En este proceso se busca contemplar en forma cuidadosa y sistemática cómo se desarrollan dichas características en un contexto determinado, sin intervenir sobre ellas o manipularlas.
- b) **Evaluación Psicofisiológica:** Conocer este tipo de relaciones entre rasgos de conducta y mecanismos fisiológicos implicaría hacer predicciones posibles sobre el comportamiento a través de medidas fisiológicas.
- c) **Entrevista:** Es una técnica de relación interpersonal que ha sido y sigue siendo el más extendido y empleado de los instrumentos de evaluación. La entrevista permite obtener una impresión sobre la apariencia, desenvolvura social, formas de expresión verbal y emocional de los sujetos. Por lo que la anamnesis nos va a brindar datos previos a la concepción del niño, sobre su embarazo, parto, desarrollo, antecedentes, etc.
- d) **Aplicación de pruebas psicométricas:** A partir de instrumentos a medida, tales como escalas y test que ofrecen puntuaciones en diversas variables psicológicas, pero siempre en relación a la ejecución que realiza el individuo promedio.

5.1. Instrumentos de evaluación

Para el diagnóstico de un TEA vamos a poder apoyarnos en ciertas pruebas de cribado y de confirmación diagnóstica, que junto con la observación nos va a otorgar datos más certeros para poder detectar un desvío en el desarrollo de un niño.

5.1.1. Pruebas de cribado

El M-CHAT es un test altamente fiable en la detección de síntomas relacionados con el TEA. Este test puede ayudar a una primera detección y por lo tanto encaminar a padres y profesionales hacia la búsqueda de un diagnóstico especializado. El diagnóstico temprano y el posterior inicio del tratamiento en edades tempranas son elementos que tienen un papel muy importante en la reducción de los síntomas de autismo y en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas con TEA y la de sus familiares.



5.1.2. Pruebas de confirmación diagnóstica

Si bien nosotros como técnicos no realizamos un diagnóstico de TEA, nos podemos apoyar en ciertas pruebas que nos van a otorgar información de gran valor para que, posteriormente, el profesional correspondiente pueda realizar el diagnóstico pertinente.

5.1.3. Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)

La entrevista clínica (Autism Diagnostic Interview-Revised, ADI-R) es una entrevista semi-estructurada que permite una evaluación detallada de aquellos niños y adultos que muestran un posible trastorno de autismo (o un trastorno del espectro autista). Es un instrumento muy útil para el diagnóstico formal de niños a partir de 2 años, y su aplicación lleva unas dos horas.

Está compuesto por 93 ítems, que se centran en tres aspectos o dominios principales: lenguaje y comunicación, interacciones sociales recíprocas, y comportamientos estereotipados repetitivos. De esta forma, se cubren un total de ocho áreas de contenido relacionado con el autismo, específicamente:

- Historia del sujeto
- Desarrollo temprano
- Adquisición del lenguaje y pérdida de lenguaje
- Funcionamiento actual en los aspectos lingüísticos y comunicativos
- Desarrollo social y del juego
- Intereses y comportamiento
- Comportamientos clínicamente relevantes (agresiones, etc.)

Los resultados del ADI-R pueden emplearse para diagnosticar los trastornos autistas en poblaciones de alto riesgo (por ejemplo, niños con problemas severos de desarrollo o con alteraciones médicas), y los estudios realizados señalan que es bastante efectivo a la hora de distinguir entre problemas de autismo y otros cuadros similares.



5.1.4. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

La Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo es una escala observacional semi-estructurada que puede emplearse para evaluar posibles casos de autismo en pacientes de todas las edades y competencias lingüísticas. Para ello, el ADOS plantea diversas actividades que generan un contexto controlado que permite al evaluador observar los comportamientos sociales y comunicativos relacionados con el autismo. Está compuesta por cuatro módulos de actividades, de forma que cada persona evaluada solo pasa por uno de ellos dependiendo de su edad y sus capacidades lingüísticas:

MÓDULOS

Módulo 1: Diseñado para niños que no dominan la etapa de primeras frases.

Módulo 2: Diseñado para niños que ya dominan las primeras frases, pero que todavía no tienen una fluidez verbal completamente desarrollada.

Módulo 3: Diseñado para niños que tengan el lenguaje completamente adquirido.

Módulo 4: Diseñado para adolescentes y adultos.

Entre las actividades planteadas dentro de estos módulos para servir como contextos para la observación, aparece el juego libre, tareas de construcción con bloques, responder a nombres, imitar una tarea después de ver un modelo, describir imágenes, contar historias escritas, juegos con emociones, etcétera.

La escala ADOS incluye instrucciones muy precisas para pasar y puntuar las distintas actividades. Posteriormente se obtiene una puntuación global que se compara con puntuaciones de corte de manera que en los niños cuya puntuación se sitúa sobre un punto de corte (que depende de la edad) se pueden considerar el diagnóstico.

5.1.5. Inventario del espectro autista (i.d.e.a.) - Angel Rivière (1998)

Diseñado por el grupo de Angel Rivière, este inventario tiene por objetivo valorar la severidad y profundidad de los rasgos autistas que presenta una persona. Está dirigido para niños a partir de 5-6 años. Evalúa doce dimensiones características de personas con espectro autista y/o trastornos generalizados del desarrollo.



6. INTERVENCIÓN

El término tratamiento se relaciona con la noción de cura de la enfermedad hacia la cual está dirigido. En el caso del autismo, existen múltiples circunstancias que impiden que se pueda lograr ese objetivo, por lo que, en su lugar, con el tratamiento se busca suprimir o aliviar los síntomas (Prego, 1999) “[...] no existe un tratamiento que cure el autismo porque el autismo no es una enfermedad, sino una condición” (Cadaveira, Waisburg, 2014, p. 166).

Con una intervención terapéutica se pretende:

- Reducir los síntomas centrales del autismo como ser la socialización, la comunicación, la conducta y la cognición disminuir las conductas problemáticas relacionadas con el contexto
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias
- Enseñar nuevas habilidades para que se puedan adaptar mejor a la vida diaria
- Atender las comorbilidades en el caso de que existan (Cadaveira y Waisburg, 2014)

“El principal objetivo del tratamiento es minimizar los rasgos autistas principales y déficits asociados, potenciar nuevas, cálidas y placenteras formas de vinculación del niño con TEA y su familia, maximizar el nivel de autonomía personal y de independencia funcional, como así también mejorar el estilo y la calidad de vida y disminuir el estrés familiar” (Cadaveira y Waisburg, 2014).

Debido al amplio y variable espectro del autismo, no se puede pensar en un único enfoque terapéutico, sino que se debería diseñar un tratamiento individualizado para cada uno de los pacientes contemplando varias variables. Cada paciente con un trastorno del espectro autista tiene un perfil propio con fortalezas y necesidades individuales y se encuentran inmersos en un medio familiar. Este perfil del niño debe estar contemplado en el plan terapéutico a implementar, por encima del diagnóstico (Cadaveira y Waisburg, 2014).

Debido a la dimensión del diagnóstico y las múltiples áreas afectadas es importante combinar varias disciplinas como psicología, psicomotricidad, fonoaudiología, psiquiatría, psicopedagogía, neurología, terapia ocupacional, entre otras, atendiendo a las necesidades de cada paciente en relación a todas las áreas de su desarrollo. Es necesario que se contemple la conducta, el desarrollo cognitivo, la socialización, la comunicación social, el lenguaje (comprensivo y expresivo), la motricidad fina y gruesa, el juego, el área intra e interpersonal, la familia, la integración a nivel escolar o en caso de que sea necesario una educación especial, la teoría de la mente, las funciones ejecutivas, entre otras. Para un mejor abordaje también será necesario contemplar la fase evolutiva del paciente, así como su historia (Cadaveira y Waisburg, 2014).

6.1. Breve descripción de los modelos

Al realizar un abordaje multidisciplinario es importante poder llevar a cabo un trabajo en equipo, con una coordinación de objetivos cuando el niño recibe las diferentes intervenciones de los distintos técnicos. Lo ideal es que el equipo trabaje bajo la supervisión o en coordinación con un profesional especialista en el tema (Mascotena, 2007).

Existen distintos modelos de intervención que nos pueden brindar herramientas muy valiosas para poder diseñar el abordaje de los niños. Algunos de ellos son:

6.1.1. TEACCH

El modelo TEACCH (*Treatment and Education Autistic and Related Communication Handicapped Children*) apareció en 1966 y fue creado por el Dr. Eric Schopler en la Escuela de Medicina de la Universidad de Carolina del Norte. La filosofía del programa parte de la comprensión de los procesos de aprendizaje propios de los niños con TEA. Esto implica que la instrucción y formación debe adaptarse a las diferencias cognitivas de los niños con TEA respecto a los otros niños. El objetivo del programa es conseguir la máxima autonomía, basada en las habilidades propias de cada niño.

El programa se sustenta en las características cognitivas propias de autismo, pero específicas para cada individuo. Por ello, el aprendizaje ha de ser altamente estructurado, funcional y con un énfasis en claves visuales. El desarrollo de la comunicación puede requerir el uso de lenguaje mediante pictogramas. El programa más conocido es el programa PECS (*Picture Exchange Communication System*).

Es importante tener en cuenta que parte de las conductas inadecuadas que muestran los niños con TEA se derivan de su imposibilidad de expresarse mediante cualquier otro vehículo; por tanto, en la medida en que se establece una forma de comunicación se pueden reducir las conductas.

6.1.2. Modelo ABA

El método ABA reside básicamente en la división de tareas –ya sea complejas y/o abstractas tales como el lenguaje comunicativo-, en una serie de pasos jerárquicos; cada uno de los cuales prepara el camino para el próximo. Enseñando a través de esfuerzos separados, terapeutas y padres trabajan en forma combinada para crear un medio ambiente estructurado, con actividades planificadas y una forma coherente de aprendizaje. El niño es premiado por la superación de cada pequeño paso. Gradualmente los niños descubren no solo las porciones separadas de lo que les es enseñado, sino la integración [Maurice, 1996].

La terapia ABA realiza una evaluación comportamental y observación de los posibles refuerzos que hacen que dicha conducta problemática se repita. Posteriormente se realiza una Intervención comportamental con el objetivo de disminuir la frecuencia en que se produce la conducta problema. No es un procedimiento sino un análisis de conductas las que pueden ser manifiestas [observadas] y/o privadas [pensamientos]. El análisis es altamente individualizado basado en principios científicos sobre el aprendizaje y la motivación.

La evaluación del repertorio conductual considera identificar los problemas por exceso o por déficit, y las habilidades y destrezas que están presentes en el niño. Además, a través de un análisis topográfico de la conducta se pretende caracterizar cada una de esas conductas en cuanto su frecuencia, intensidad y duración. Conjuntamente se realiza un análisis funcional de la conducta; el cual permitirá conocer la función que cumple una determinada conducta para el niño a partir de los antecedentes –por qué se origina la conducta- y las consecuencias –que desea conseguir a través de esta conducta-.

El método ABA utiliza el principio del reforzamiento. Por lo tanto, el comportamiento a reforzar debe ser claramente definido, los refuerzos en lo posible deben ser inmediatos y variados.

La evaluación conductual nos permite:

- Identificar las conductas problemas (repertorio conductual); esto se puede realizar por medio de cuestionarios, test específicos, entrevista a los padres y observación del niño.
- Seleccionar objetivos del tratamiento.
- Seleccionar las estrategias de intervención.

Una vez finalizada la evaluación conductual se inicia la planificación del tratamiento, la cual lo realiza el equipo en conjunto con los padres. El tratamiento está compuesto por “programas de trabajo”, que abarcan todos los aspectos necesarios para el desarrollo del niño. Estos programas son: Programas de Lenguaje, Programa de Imitación, Programa de Habilidades de Cuidado Personal, Programa de Habilidades Sociales. Los programas mencionados incluyen la intervención comportamental que se basa en ensayos discretos. Los ensayos discretos son una metodología basada en la modificación de la conducta que divide una prueba funcional en pequeños ensayos que siguen un patrón definido: E-R-C

Estímulo:

- Claro, simple
- No repetir sin haber obtenido respuesta
- Darlo solo si el niño está atendiendo

Respuesta:

- Predeterminada
- Puede ser correcta, incorrecta, falta de respuesta

Consecuencia:

- Inmediata
- Clara y significativa
- Todas las respuestas deben tener consecuencias

Si la respuesta es correcta, voy a ofrecer un reforzador que va a poder ser:

- Primario o incondicionado: Pueden ser comida (galletas, snacks, siempre en concordancia con lo que le gusta al niño) o sensoriales
- Secundario: Actividades (ir a la plaza, jugar a un juego que le gusta), físicos (abrazo, cosquillas, choque los 5), un descanso, o generalizados (sistema de puntos).

Debemos de premiar todas aquellas conductas deseadas o apropiadas que han sido emitidas. Las sesiones de los ensayos discretos deben ser realizadas en un ambiente preparado y con intervención uno a uno, para posteriormente transferirlo a escenarios reales (Generalización).

6.1.3. DIR-Floortime

DIR-Floortime (Developmental Individual Difference Relationship Model) es un modelo basado en el Desarrollo, las Diferencias Individuales y las Relaciones. Tiempo de suelo (*Floortime*) es una técnica terapéutica específica según el modelo basado en el desarrollo, las diferencias individuales y las relaciones (*Developmental Individual Difference Relationship Model* o DIR) desarrollado en los años 80 por el Dr. Stanley Greenspan.

En *Floortime*, el terapeuta, o el padre o la madre, trabaja con el niño a partir de las actividades que al niño le gustan. Siempre debe seguir el ejemplo del niño. A partir de esta interacción inicial, al padre se le instruye en la metodología de llevar al niño a interacciones progresivamente más complejas, un proceso conocido como “abrir y cerrar círculos de comunicación”. No se separan las habilidades cognitivas, motoras y lingüísticas para trabajarlas, sino que las aborda a través de un énfasis sintetizado sobre el desarrollo emocional. La intervención se llama *Floortime* (Tiempo de suelo) porque el padre se sienta en el suelo con el niño para interactuar con él a su nivel.

Floortime es ayudar al niño a alcanzar seis hitos en el desarrollo que contribuyen a su crecimiento emocional e intelectual:

- Autorregulación e interés en el mundo que lo rodea
- Intimidad o un amor especial por el mundo de las relaciones humanas
- Comunicación bidireccional
- Comunicación compleja
- Ideas emocionales
- Pensamiento emocional

6.2. Recomendaciones prácticas para el trabajo con niños con TEA

Antes de empezar, es importante tener en cuenta que... ¡No existen recetas mágicas! Cada niño es único y necesitamos conocerlo para poder diseñar el abordaje adecuado para él.

6.2.1. Establecer un buen vínculo

Este va a ser nuestro primer objetivo de trabajo, pues establecer un buen vínculo es algo fundamental para luego poder plantearme otros objetivos de trabajo. Si bien con muchos niños resulta una tarea sencilla, con niños con TEA muchas veces puede resultar difícil generar las primeras interacciones para llegar a entablar un buen vínculo.

¿Cómo podemos hacerlo? Algunas recomendaciones serían:

- Permanecer en una actitud de escucha activa. Sin invadir al niño, pero mostrándonos disponibles para la interacción.
- Selecciono objetos que son de su agrado. Durante la observación del niño, voy a profundizar en lo que le gusta, en los objetos que utiliza, en el espacio que prioriza.

Imitación:

Existen muchas estrategias que se pueden utilizar con esta finalidad. Una de ellas es la IMITACIÓN. Una vez que el niño seleccionó el material que le interesa y comienza a relacionarse con el objeto, yo intento realizar la misma acción que él, probando si logra registrarme, si le gusta o no. Es muy importante estar pendiente del niño prestando atención a cómo lo está viviendo. El niño como agente creador del JUEGO. Intento seguir al niño en su juego, en sus intereses, favoreciendo mi interacción con él. Ahora, es importante considerar que hay niños que no toleran inicialmente mi cercanía... Entonces, ¿qué podemos hacer? Otra estrategia que podemos utilizar son los objetos como MEDIADORES de nuestra interacción. Intento seleccionar un objeto de su agrado (auto, pelota) y me acerco a través del objeto. En niños con un nivel de funcionamiento alto, ya puedo utilizar otras estrategias para poder iniciar la relación.

6.2.2. Estructuración del espacio

La estructuración del espacio facilita la orientación al niño y da información sobre “dónde” sucede algo o “dónde” empieza algo. Si un niño tiene dificultades en la orientación en el espacio, se puede concebir una estructuración acerca de dónde se encuentran personas en el espacio. Para estructurar el espacio es importante que diferentes áreas de trabajo o actividades sean visualizadas y delimitadas según las necesidades de los niños.

Áreas típicas para estructurar son el área para comer, un área para actividades grupales, un área para la promoción individual, un área para la pausa y áreas funcionales (para actividades especiales como terapias, área de deporte, cocina, sala de música). Si no se puede diferenciar con claridad el lugar de trabajo del lugar de comer, con un desplazamiento, se puede marcar las áreas con mantas de diferentes colores, cada una asociada con una actividad determinada (comer, trabajar).

Para visualizar y concretar lo que se hace en un área, se puede utilizar diferentes objetos, fotos, pictogramas o inscripciones, todo según el nivel de abstracción del niño. Para niños que tienen problemas de cambiar de lugar por sí mismos, porque se distraen o se olvidan dónde quieren ir, funciona la enseñanza estructurada con la estrategia de la agenda. Se puede enrutar al niño con objetos, fotos, pictogramas, indicaciones simbólicas o una indicación escrita que refiere al lugar de destino, según el nivel de abstracción de cada niño. Es muy importante trabajar con el nivel de abstracción adecuado de cada niño.

6.2.3. Estructuración de procedimientos y de series de sucesos

Los procedimientos tienen un aspecto temporal. Las agendas son muy útiles para estructurar los sucesos. Pueden contener informaciones sobre la próxima actividad. Esto ayuda al niño a saber con qué empezar, qué sigue después, y qué luego. Un plan puede servir para diferentes funciones y ser utilizado por diferentes motivos, por ejemplo, para:

- Dar orientación visualizada del tiempo y en qué periodo de tiempo o trabajo uno se encuentra.
- Dar seguridad. Con planes, las actividades son previsibles (anticipar).

- Brindan flexibilidad. Una vez que un niño es habituado a trabajar con un plan, se puede utilizar el plan para visualizar actividades singulares, especiales.
- Mantener la memoria.
- Ayudar a focalizar la concentración sobre una tarea. Si el niño tiene que poner una cruz después de cada tarea o volver una página, puede esto ayudar a focalizar la concentración sobre la tarea.
- Mantienen la comprensión del lenguaje y de la situación.
- Los planes promueven la autonomía. Los niños aprenden a organizar por sí mismos tareas y actividades paso a paso y también a organizar su comportamiento.
- Activar la comunicación y la participación. Sobre todo, las personas que no utilizan el lenguaje, pueden aprovecharse de la visualización.

6.2.4. Importancia de los apoyos visuales

Para trabajar con niños con TEA, podemos implementar herramientas de apoyo visual. Utilizar una agenda nos va a permitir poder planificar y anticipar lo que se va a hacer durante el día. Vamos a pautar sus actividades (me levanto, desayuno, voy a la escuela, los recreos, almuerzo, vuelta a casa, ida al parque o a la plaza, los momentos de juego, merienda, baño, cena). De esta manera, el niño va poder ir anticipando las distintas actividades.

6.2.4.1. El reloj

Podemos dibujar un reloj con los colores del semáforo (verde, amarillo, rojo). Este recurso resulta muy útil cuando al niño le cuesta aceptar la finalización de una actividad. Pintaremos con color verde el tiempo que tenemos de juego, de amarillo cuando comenzamos a guardar los materiales y, finalmente, de rojo cuando llega la hora de culminar. De esta manera, logramos visibilizar el pasaje del tiempo, logrando una mayor aceptación cuando llega el momento de terminar.

6.2.4.2. Hoja de procedimiento

Podemos utilizar esta herramienta, pues resulta de gran utilidad al aplicarlo con niños que presentan dificultades en la praxia del vestir. Ilustramos el “paso a paso” del proceso a realizar (sacarse/ponerse la campera, sacarse/ponerse los zapatos). Nos permite ilustrar el proceso, identificando el paso a paso del mismo. Nos ayuda a ir monitoreando la acción hasta poder lograr el resultado deseado.

6.2.4.3. Semáforo de las emociones

El semáforo es una de las estrategias que podemos utilizar para ayudarlos a autorregularse.

- El color rojo nos dice que tenemos que PARAR.
- El color amarillo nos dice que tenemos que PENSAR y buscar una solución.
- El color verde nos muestra que ya tenemos la SOLUCIÓN y solo nos falta ponerla en práctica.

6.2.4.4. Historia Social

Una historia social, según Carol Gray, es una historia individualizada corta que se usa con niños con TEA para aclarar situaciones difíciles o confusas. Más concretamente, “una historia social se escribe para proporcionar información sobre lo que la gente, en una situación dada, piensa o siente. Representan una serie de experiencias donde se reflejan las señales sociales y su importancia, y el guion de lo que se debe o puede hacer y decir; en otras palabras, el qué, cuándo, quién y porqué de las situaciones sociales” [Attwood, 2000].

6.3. Preocupaciones frecuentes que pueden surgir en las sesiones con niños con TEA

PREGUNTA	SUGERENCIA DE RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO
“Me está costando mucho poder interactuar con él... ¿qué hago?”	<p>Previamente vimos algunas estrategias como la imitación o la introducción de mediadores que pueden facilitar que se empiecen a generar las primeras interacciones. Cada niño tiene su tiempo y es muy importante poder respetarlo.</p> <p>Muchas veces se necesita hacer aproximaciones sucesivas al objeto (de menos a más) para que el niño comience a registrarlo y, sobre todo, a registrarnos y comenzar a interactuar con nosotros.</p>
“¿Puede haber momentos de crisis al trabajar con niños con TEA?”	<p>Las crisis forman parte de la vida de los niños con autismo y áspberger.</p> <p>¿Por qué surgen? Suelen aparecer cuando el niño se estresa, se siente frustrado o está expuesto a un ambiente con demasiados estímulos. Pueden ser peligrosas para el niño. Por ello, es importante desarrollar una solución eficaz para prevenirlas, saber identificarlas cuando se están generando y calmarlas cuando llegan.</p>
“¿Qué puedo hacer cuando surge una crisis?”	<ol style="list-style-type: none">1. Cuidar al niño. Esto es fundamental, pues vamos a llevar al niño hacia un lugar donde no se lastime ni pueda lastimar a otros (preferiblemente en los colchones).2. Mantener la calma. Las crisis pueden ponernos nerviosos y, por lo tanto, transmitir ese nerviosismo al niño que está estresado. Necesito estar preparado y calmado para poder transmitir esa seguridad y calma al niño.3. Intentar no hablar mucho. En este momento, el niño no está preparado para podernos escuchar. Es necesario esperar a que pase este momento para luego sí poder retomar la interacción.

PREGUNTA	SUGERENCIA DE RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO
<p>“Me está costando mucho poder interactuar con él... ¿qué hago?”</p>	<p>4. Las crisis por lo general demoran hasta unos 15 minutos. Luego comienzan a desvanecerse lentamente. Para ayudar a volver a la calma, podemos poner de fondo suavemente una música relajante.</p> <p>5. Una vez que el niño logró salir de ese lugar es importante que pensemos qué fue lo que causó esa crisis, para poder prevenirlas.</p>
<p>Si estructuro mucho la sesión (uso de la agenda, claves visuales). ¿Estoy contribuyendo a una estructura rígida?</p>	<p>No. Estamos dándole un marco de estructura que va a permitir anticipar y darle seguridad y confianza al niño para que pueda luego, flexibilizarse en el juego.</p>

6.4. Alianza familiar

"Nosotros destacamos que un especialista nos dijo la verdad, Al principio todo eran dudas, incertidumbres, ignorancia, etc. Oímos palabras que no conocíamos y no entendíamos. Nadie nos daba respuestas. Nadie nos explicaba lo que pasaba con nuestra hija, La única respuesta que recibíamos a nuestras innumerables preguntas era: No sabemos. Posteriormente nos dijeron que pretendían no hacernos sufrir. Se equivocaron. Fue peor, conocer la verdad es terrible, es muy duro, pero es imprescindible para afrontarlo y seguir adelante."

[Madre de una niña de 4 años, Zamora]

El hogar familiar es una extensión del centro terapéutico – educativo en el que el niño reciba tratamiento. Creemos que, con independencia de la gravedad de la afectación de sus hijos, los padres han de comportarse como tales y dejar que el papel de terapeutas lo desempeñen los profesionales, pero sabiendo que en el caso concreto el autismo, al satisfacer esta función de padres, pueden ayudar de forma importante a la evolución de sus hijos. En este sentido la colaboración con el centro en el que es atendido el hijo con trastorno autista es un aspecto muy importante de la participación paterna en la educación de este.

6.5. Orientación diagnóstica y asesoramiento profesional

"Lo primero que necesitan los padres de un niño con trastorno autista es una orientación diagnóstica y un asesoramiento profesional". Es fundamental poder construir una alianza con las familias de los chicos con TEA. Es muy importante tener una actitud de escucha activa con ellos, identificar sus preocupaciones y expectativas y tenerlas en cuenta al momento de diseñar un plan de trabajo con ese niño.

Para diseñar un buen plan de trabajo terapéutico es necesario poder contemplar el momento de la sesión, pero también los demás ambientes donde se relaciona el niño: el hogar, la institución educativa. Un buen programa terapéutico para un niño con trastorno autista ha de incluir, necesariamente, unos objetivos para el hogar, de manera que, en ciertas áreas, haya una continuidad con el trabajo que se realiza en el centro, además de cierta unificación global en las pautas educativas. La responsabilidad de los padres consiste en aplicar este programa en el hogar.

Es importante proporcionar a los padres orientaciones generales acerca de las estrategias que se pueden utilizar para ayudar a evolucionar al hijo con trastorno autista y para resolver problemas concretos que se plantean en la convivencia diaria.

Podemos utilizar herramientas como las ya mencionadas: agenda, hoja de procedimiento para poder abordar distintas problemáticas que puedan surgir en el hogar.

Es fundamental poder tener una comunicación constante con los papás para poder ir monitoreando el uso de las herramientas, y así poder abordar al niño de forma global, brindándole herramientas para su manejo en la vida cotidiana.

Solo trabajando juntos en una verdadera alianza terapéutica vamos a poder lograr resultados extensibles y duraderos, mejorando la calidad de vida tanto del niño como de su familia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Asociación Americana de Psiquiatría (2014).** *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) [Quinta edición]*. Editorial Médica Panamericana.
- **Baron-Cohen, S., Leslie, A. y Frith, U. (1985).** Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21, 37-46.
- **Bohórquez Ballesteros, D. M., Alonso Peña, J. R., Canal Bedia, R., Martín Cilleros, M. V., García Primo, P., Guisuraga Fernández, Z., Martínez Cornejo, A., Herráez García, M. y Herráez García, L. (2017).** *Guía básica para familias con niños con TEA*. Universidad de Salamanca.
- **Bialystocki, C. (2015).** *Autismo. Una mirada psicomotriz*. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP.
- **Cadaveira, M. y Waisburg, C. (2014).** *Autismo. Guía para padres y profesionales*. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- **Carrascón Carabantes, C. (2016).** *Señales de alerta de los trastornos del espectro autista*. En: AEPap [ed.]. *Curso de Actualización Pediatría 2016*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 95-8.
- **Casals, V. y Abelenda, J. (2012).** El modelo DIR®/Floortime™: un abordaje relacional e interdisciplinar para las dificultades de relación y comunicación. *Norte de salud mental*, 10(4), 54-61.
- **Confederación Autismo España (2014).** Sobre el TEA. <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>
- **Howlin, P., Baron-cohen. y Hadwin, J. (2006).** *Enseñar a los niños autistas a comprender a los demás. Guía práctica para educadores*. Ediciones Ceac. Barcelona, España.
- **Larbán, J. (2016).** Hacia una concepción integradora del autismo. *Psicopatología de la salud mental*, 27, 19-30.
- **Mascotena, M. (2007).** *Abordajes educativo-terapéuticos para niños con TGD*. Buenos Aires: Universidad CAECE.
- **Prego, L. (1999).** *Autismos; revisando conceptos*. Ediciones Trilce. Montevideo, Uruguay.
- **Ruggieri, V. y Valdez, D. (2014).** *Autismo. Del diagnóstico al tratamiento*. Ediciones Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- **Silbertin-Blanc, D. (2006).** Llegar a un niño autista. En: Geissmann, C; Houzel, D. *El niño, sus padres y el psicoanalista*. Editorial Síntesis. Madrid, España.
- **Universidad Favaloro (2016).** *Autismo y Trastornos del Neurodesarrollo*. Buenos Aires, Argentina.
- **Wing, L. (1985).** *La educación del niño autista. Guía para los padres y maestros*. Editorial Paidós. Barcelona, España.

Material de clase:

- Coto, M. “Curso Anual de Autismo y Otros Trastornos Sociocognitivos” Montevideo, Uruguay
- Instituto Serca. “Master en TEA”



NeuroClass