

Tema 7: Personas con Trastornos del Espectro del Autismo

Ángeles Brioso Díez y M^a Ángeles García Nogales

1. Introducción
2. Claves actuales para el conocimiento y la comprensión del Autismo
 - El autismo un trastorno del neurodesarrollo*
 - El autismo se manifiesta en un amplio espectro*
 - Las personas con TEA: un desarrollo diferente*
3. Evaluación en el TEA
 - Vigilancia del desarrollo y señales de alarma*
 - Diagnóstico especializado*
 - Evaluación del desarrollo*
4. Intervención psicoeducativa en el TEA
 - Intervenciones conductuales*
 - Intervenciones centradas en el desarrollo*
 - Intervenciones globales o combinadas*
 - Intervenciones focalizadas en áreas concretas*
5. Retos para el futuro

Pilar Pozo y Encarnación Sarriá
Tutoras del C. A. de Madrid

Tras la preparación de este tema, el estudiante debe....

- Conocer los cambios más importantes que se han producido en el conocimiento del autismo hasta llegar a la situación actual.
- Saber que el TEA es un trastorno del neurodesarrollo y las implicaciones que se derivan de ello.
- Comprender qué significa que el autismo se manifiesta en un amplio espectro y entender cómo se recoge esa concepción en el DSM-5.
- Conocer las principales teorías psicológicas explicativas que se han propuesto sobre el autismo.
- Identificar grandes hitos en el curso evolutivo del autismo.
- Saber las recomendaciones de los grupos de expertos para favorecer la detección temprana del trastorno y el acceso a un diagnóstico específico.
- Conocer cómo ha de planearse el proceso de diagnóstico en el TEA.
- Saber los principios que han de guiar la evaluación en el TEA e identificar los ámbitos o áreas de desarrollo que es preciso valorar en este tipo de trastornos.
- Conocer el panorama actual del tratamiento psicoeducativo del TEA en nuestro país y las características de los principales tipos de intervenciones de los que disponemos actualmente.
- Saber identificar los retos actuales que se plantean en este ámbito.

Introducción

Kanner (1943): Describe por primera vez el trastorno “Autismo Infantil Precoz”

11 casos en los que observa:

- **Alteraciones en la interacción social** → *Soledad extrema* (no establecían contacto ocular, no respondían a la voz, no se dirigían a los otros mediante verbalizaciones...)
- **Alteraciones en el lenguaje y la comunicación** → gran variabilidad → desde los que no habían adquirido el lenguaje hasta los que lo tenían pero lo utilizaban de manera particular (*ecolalias, inversión pronominal, falta de atención al lenguaje, alteraciones prosódicas...*)
- **Alteraciones en el comportamiento** → deseo obsesivo de mantener la igualdad, la invarianza del ambiente y actividades espontáneas limitadas y con carácter repetitivo

A pesar de ser planteado por Kanner como:

“Incapacidad innata para el contacto afectivo o incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y las situaciones desde el comienzo de la vida”.

Postura genética pierde peso a favor de la psicodinámica por dos motivos:

- a) los 11 casos analizados provenían de familias “inteligentes”.
- b) atribución de características patológicas a los padres: “frialidad”, “refrigeración emocional” y “obsesivos” (Kanner, 1949).



LEO KANNER

Introducción



Hans Asperger (1944): “La psicopatía autística”

Coincidencias con observaciones de Kanner

- Alteración esencial: incapacidad para mantener una relación normal con los otros y con el entorno
 - Escaso contacto ocular y dificultades en la expresión facial
 - Estereotipias de palabras y movimientos
 - Resistencia al cambio
 - Intereses aislados especiales

Discrepancias con observaciones de Kanner

- Capacidades lingüísticas intactas.
- Desarrollo intelectual
- Descoordinación y torpeza motora

- En 1994 se introduce como categoría diagnóstica en el DSM-IV, con la denominación *Síndrome de Asperger*
- En 2013 su especificación desaparece, queda asumida en la heterogeneidad de presentación del Trastorno del Espectro del Autismo, en DSM-5.

Introducción

Etapas en el estudio del autismo

Primera etapa: 1943-1963

El autismo es un trastorno emocional severo, producido por factores emocionales o afectivos inadecuados → perspectiva psicodinámica (*padres y madres son incapaces de proporcionar el afecto necesario*).

- Intervención: terapias dinámicas para establecer lazos emocionales sanos en instituciones, separación de los padres

Segunda etapa: 1963-1983

Trastorno cognitivo biológicamente causado. Indicios claros de trastornos biológicos en el autismo.

- Modelos explicativos basados en hipótesis cognitivas (no afectivas) aunque no se encontró un déficit específico que explicara el autismo.
- El autismo se incluyó en la categoría diagnóstica de **Trastorno del desarrollo** (DSM-III, APA, 1980)
- La educación pasa a ser el tratamiento principal:
 - *Modificación de Conducta* (Fester y DeMyer, 1961 demostraron la eficacia de métodos operantes)
 - *Creación de Centros Específicos de Autismo* por las primeras asociaciones de padres. En 1962 se formó la primera asociación en el mundo *National Society for Autisc Children*

2. Claves actuales para el conocimiento y la comprensión del autismo

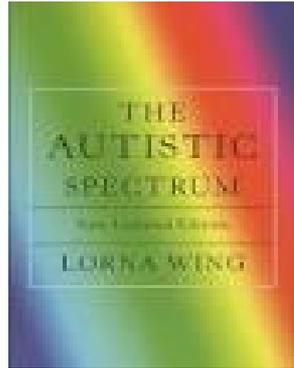
- ✓ **Autismo:** Trastorno del neurodesarrollo (alteraciones en vías y centros específicos del SNC relacionados con procesos superiores)
- ✓ **Inicio** en la infancia- >> afecta **todo el ciclo vital**
- ✓ **Origen:** predisposición genética compleja multifactorial en interacción con procesos ambientales
- ✓ **Heredabilidad:** aumento del riesgo (entre 10-20%) en familias con un hijo con con el trastorno.
- ✓ **Prevalencia:** 0,7% ; 1/150 nacimientos
- ✓ **Amplio espectro:** gran **heterogeneidad** en niveles de gravedad y forma de manifestación (síntomatología) (Wing, 1988)
 - Asociado a diversos niveles de inteligencia. Comorbilidad con DI (50-60%)
 - Se puede asociar con otras condiciones genéticas, médicas o ambientales
 - Con la edad se producen cambios
 - La conducta también puede variar según el entorno y la persona de relación
 - La intervención modifica el patrón de conducta

CLAVES ACTUALES:

Hacia el concepto de Trastorno de Espectro Autista (TEA)



Lorna Wing
(1988)



Considerar el autismo no como una categoría diagnóstica cerrada, sino como un *continuo* o un *espectro* (Wing, 1988)

Alteración cualitativa en la interacción recíproca social

TRIADA
DE
ALTERACIONES

Alteración cualitativa en la comunicación verbal y no verbal y en la imaginación

Repertorio restringido de actividades e intereses



IDEA: Inventario del espectro autista
Angel Rivière (1997)

Tabla 7.1. Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autista (I)
(Rivière, 1997)

D. de Desarrollo social

1. Carencias **en relación social:**

- 1 Soledad/aislamiento
- 2 Solo vínculo con adultos
- 3 Relaciones infrecuentes con iguales
- 4 Busca relación con iguales pero tiene dificultades para establecerlas

2. Carencias en CC de **referencia conjunta:**

1. Falta de interés por las personas y sus acciones
2. Acciones conjuntas simples, sin mirada referencial---
3. AC en actuaciones dirigidas
4. Pautas de atención conjunta pero no de preocupación conjunta

3. C. en CC **intersubjetivas y mentalistas:**

1. Ausencia de expresión emocional correlativa
2. RR intersubjetivas primarias
3. Indicios intersubjetividad secundaria sin atribución de estados mentales
4. Poca eficacia de mentalización en interacciones sociales

D. de la comunicación y el lenguaje

4. Carencias en **Funciones comunicativas**

1. Ausencia de comunicación intencional
2. Actividades de pedir instrumentales
3. Empleo de signos para pedir pero no para declarar o comentar
4. Comunicación para declarar pero poco empática y recíproca

5. Carencias en **Lenguaje expresivo**

1. Mutismo
2. Palabras sueltas o ecolalias
3. Oraciones pero sin discurso o conversación
4. Discurso y conversación con alt. Pragmáticas

6. Carencias en **Lenguaje receptivo**

1. Sordera aparente
2. Asociación enunciados a conductas
3. Comprensión solo de enunciados y literal
4. Comprensión de discurso y conversación con dificultades para diferenciar significados (literal del intencional)

Tabla 7.1. Dimensiones alteradas en los cuadros con espectro autista (II) (Riviére)

D. de Anticipación y Flexibilidad

7. Carencias en anticipación:

1. Adherencia a la repetición y resistencia a los cambios
2. Anticipación en rutinas
3. Estructuras temporales amplias pero oposición a cambios no previstos
4. Alguna capacidad de manejo del ambiente y de los cambios

8. Carencias en flexibilidad

1. Predominio de estereotipias motoras simples
 2. Rituales simples
 3. rituales complejos
 4. Contenidos obsesivos y limitados de pensamiento e intereses
-

9. Carencias en sentido de la actividad:

1. Conductas sin meta
2. Saolo actividades breves con consignas
3. Actividades autónomas de ciclo largo, motivación externa
4. Actividades complejas de ciclo largo pero sin previsiones biográficas

D. de la simbolización

10. Carencias en ficción e imaginación

1. Ausencia de juego funcional
2. Juego funcional poco flexible
3. Juego simbólico pero poco espontáneo
4. Capacidades complejas de ficción que se usan para aislamiento

11. Carencias en imitación

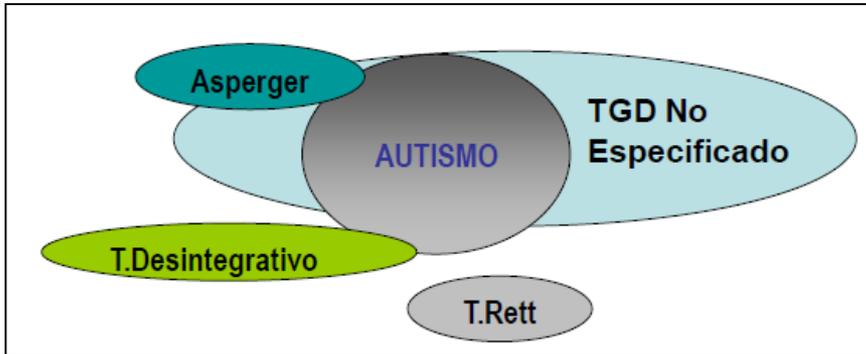
1. Ausencia imitación
 2. Imitaciones simples evocadas
 3. Imitación espontánea esporádica poco versátil
 4. Imitación establecida pero ausencia de modelos internos
-

12. Carencias en suspensión

1. No suspende acción para gesto/ (2) ni símbolos
3. No suspende significados reales/no juego simbólico.....
4. No suspende representación mental (no comprende metáforas o estados mentales de creencia falsa)

- 1- DSM-III (1980): como *Trastorno Profundo del Desarrollo*
2. DSM-IV (1994): *Trastorno Autista*, incluido en TGD

Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) DSM-IV-TR (2002)



Desde 1988, informalmente



Trastornos del Neurodesarrollo DSM-5 (2013)

DSM-5 (2013/2014)

Discapacidad intelectual

Trastornos de la comunicación

Trastorno del espectro autista (TEA)/Autism Spectrum Disorder (ASD)

Trastornos por déficit de atención con hiperactividad

Trastorno específico del aprendizaje

Trastornos motores

DSM-5: Cambios con respecto al DSM-IV-TR

1. **Cambia de categoría general:** pasa de estar en la categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo a la de Trastornos del Neurodesarrollo

Desaparecen las categorías diagnósticas de: el trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil y el TGD-NE)

- Quedan englobados en una única categoría denominada Trastorno del Espectro del Autismo (TEA).
- El trastorno de Rett se elimina de los TEA.

2. Se pasa **de una concepción categorial a una dimensional** (trastorno único que sustituye a los TGD)

3. La “triada” de alteraciones se convierte en **2 dimensiones psicopatológicas**, al fundirse las alteraciones comunicativas con los problemas de socialización.

4. Se tienen que **especificar** ciertos aspectos de la **presentación clínica**:

- ✓ severidad del trastorno: 3 niveles de gravedad según necesidad de ayuda
- ✓ presencia o ausencia de DI
- ✓ presencia o ausencia de alteración del lenguaje
- ✓ asociación o no con alguna afección médica o genética o f. Ambiental
- ✓ asociación o no con otro T. del neurodesarrollo, mental o de conducta
- ✓ presencia o ausencia de catatonía

DSM-5: Criterios Diagnósticos (ver tabla 7.2)

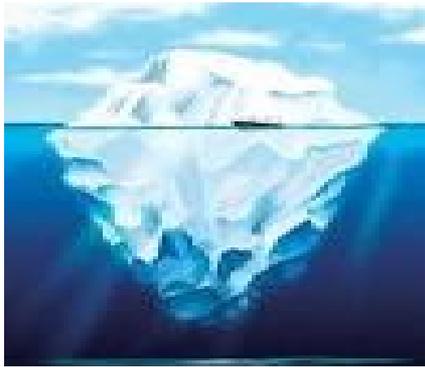
- A. **Déficits persistentes en comunicación e interacción social** a lo largo de diferentes contextos, que no se explican por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiestan en *todos* los síntomas siguientes:
1. **Dificultades en reciprocidad socio-emocional**; rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.
 2. **Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social**; rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.
 3. **Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo** (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.
- B. **Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses**, que se manifiestan en, al menos *dos* de los siguientes síntomas:
1. **Conductas verbales, motoras o uso de objetos estereotipados o repetitivos** (ejs., movimientos motores estereotipados, ecolalia, uso repetitivo de objetos, frases idiosincrásicas).
 2. **Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios** (ejs., rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios).
 3. **Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido** (ejs., apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. **Hiper- o hipo-reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno** (ej., indiferencia aparente al dolor/calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).
- C. Los síntomas deben estar **presentes en la infancia temprana** (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño).
- D. El conjunto de los síntomas **limitan y alteran el funcionamiento diario**.
- Especificadores**: *severidad, curso evolutivo, competencia verbal ...*
- Carac. asociadas**: *disc. intelectual, trastornos genéticos asociados, epilepsia...*
- Texto**: *descripción de las características por edades y niveles de capacidad*

DSM-5: Niveles de gravedad del TEA

	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CTA REPETITIVA
Nivel 3 Requiere mucho apoyo	Déficits <i>severos</i> en habilidades de comunicación social causan <i>alteraciones muy severas en el funcionamiento</i> . Inicia <i>muy pocas</i> interacciones y responde <i>mínimamente</i> a los intentos de relación de otros.	Las preocupaciones, rituales y/o ctas. repetitivas interfieren significativamente con el funcionamiento en todos los ambitos . Malestar marcado cuando los rituales o las rutinas son <i>interrumpidos</i> . <i>Muy difícil de redirigir</i> los intereses restringidos o vuelve a ellos rápidamente
Nivel 2 Requiere bastante apoyo	Déficits <i>marcados</i> en habilidades de comunicación social; los déficit sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un <i>número limitado</i> de interacciones sociales y <i>responden de manera atípica o reducida</i> a los intentos de relación de otros.	RCR y las preocupaciones o los intereses restringidos aparecen con la frecuencia suficientes como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos . <i>Claro malestar o frustración si se interrumpen RCR</i> . <i>Difícil reconducir</i> los intereses repetitivos.
Nivel 1 Necesita apoyo	Sin apoyo, las dificultades de comunicación social causan <i>alteraciones evidentes</i> . Muestra <i>dificultades iniciando</i> interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas <i>atípicas o inadecuadas</i> a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido	Los rituales y la conducta repetitiva (RCR) interfieren significativamente con el funcionamiento en uno o más contextos . <i>Resiste</i> los intentos de otros de <i>interrumpir RCR o redirigir</i> sus intereses repetitivos.

Contenido de la **Tabla 7.3**. Ojo: el orden de presentación (de abajo a arriba) de los Grados de ayuda es inverso al de la tabla 7.3. del libro, aunque la numeración 1, 2 y 3 es coherente en ambas.

Personas con TEA: desarrollos diferentes



Conductual

Niveles de análisis

Psicológico



Biológico

Teorías psicológicas explicativas clásicas: buscan un déficit psicológico primario para explicar las alteraciones del autismo

- ***Teoría del déficit metarepresentacional (déficit en Teoría de la mente)***
- ***Teoría de la Coherencia central débil***
- ***Teoría de la disfunción ejecutiva***
- ***Teoría del déficit intersubjetivo***
- ***Teoría de la imitación y déficit en cascada***

TODAS LAS TEORÍAS proporcionan informaciones útiles para entender características psicológicas de las personas con TEA pero dejan interrogantes sin resolver.

para más información visitar la web <http://espectroautista.info/textos/aspectos-cognitivos/entender-la-mente>

Teorías explicativas clásicas (1)

Teoría del déficit metarrepresentacional

(Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985)

Déficit cognitivo en la capacidad de hacer representaciones de las representaciones de los demás

• **Teoría de la mente (TM)** → es la capacidad que nos permite atribuir a las personas estados mentales (creencias, deseos, pensamientos, ...) → predecir y entender la conducta propia y ajena → darnos cuenta de que lo que los demás y nosotros hacemos depende de nuestros conocimientos, sentimientos y deseos.

• **Las personas con autismo tienen dificultades en TM** → dificultades en:

- a) *Comprensión de la propia mente y la ajena*
- b) *Comprensión de las reglas que regulan la interacción social*
- c) *El uso comunicativo del lenguaje*
- d) *El juego simbólico*

La teoría no puede explicar: *los intereses restringidos, repetitivos y estereotipados*

Teorías explicativas clásicas (2)

Teoría de la Coherencia central débil

(Frith, 1989; Frith y Happé, 1994)

Coherencia central (CC) → tendencia del sistema cognitivo para procesar la información en unidades de alto nivel de significado, perdiendo detalles → Ej. Cuando oímos una historia recogemos las ideas principales; la *gestalt* de un dibujo que es captar la forma global.

Las personas con autismo tiene un déficit en los procesos de CC >>>>>

a) mayor habilidad para tareas de procesamiento analítico, por elementos (Ej. buenos resultados en la tarea de Cubos del test de inteligencia Weschler)

b) menor habilidad en el procesamiento global de los estímulos (bajos resultados en tareas de procesamiento verbal)

Esta teoría pasó de propuesta alternativa a complementaria a la TM, al entenderse como “**estilo de procesamiento**” con **débil CC** → explica:

a) dificultades para diferenciar información relevante de la irrelevante

b) problemas para procesar la información de forma contextualizada.

c) mejor procesamiento de lo visual frente a lo lingüístico >> ayudas visuales en los Programas de intervención (fotos, pictogramas, agendas...)

Teorías explicativas clásicas (3)

Teoría de la disfunción ejecutiva

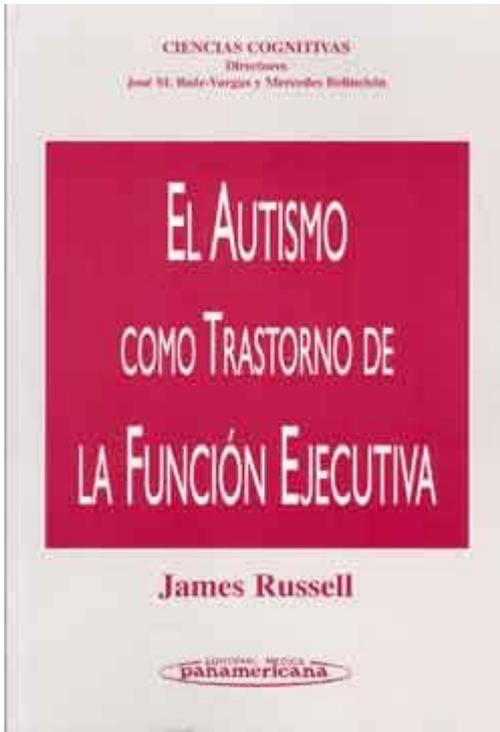
(Ozonoff, Pennington y Rogers, 1991; Russell y cols., 1991)

Función ejecutiva → *capacidades de anticipación, planificación, autorregulación, flexibilidad cognitiva...*

Déficits en función ejecutiva explican:

- a) Rigidez: dificultades para entender los cambios*
- b) Problemas para definir metas y planificar acciones*
- c) Dificultades para anticipar y prever el futuro*
- d) Presencia de conductas repetitivas, estereotipadas e intereses restringidos*

- Esta teoría trata de integrar datos neurobiológicos, cognitivos y conductuales



Teorías explicativas clásicas (4 y 5)

Teoría del déficit intersubjetivo (Hobson, 1993, 2002)

Se basa en aspectos socio-afectivos → NO niegan una alteración cognitiva pero consideran como **déficit primario** alteraciones en las **capacidades** de interpretación o percepción de las **relaciones socio-afectivas** que adquieren los bebés en sus primeros años de vida como:

- **Alterada la capacidad para percibir y experimentar las emociones** → dif. relacionarse con los demás → dif. conectarse intersubjetivamente y poder construir conocimientos sobre la mente propia y ajena

- Estas dificultades explicarían:

- a) falta de la comprensión del papel de la mirada en los intercambios sociales
- b) problemas para comprender y expresar las emociones
- c) dificultades para implicarse en conductas que requieren atención conjunta
- d) ausencia o alteración de imitación

Teoría de la imitación y el déficit en cascada (Rogers y Pennington, 1991)

Déficit en el mecanismo cognitivo formar representaciones de uno mismo y del otro

- **Alteración básica primera: *la imitación neonatal*** ---> dif. para imitar las emociones → dificultad para compartir emociones → dificultad para conectarse intersubjetivamente y poder construir conocimientos sobre la mente propia y ajena (competencias mentalistas)

Intentos explicativos actuales

Comparten aspectos con las teorías clásicas pero tienen **señas de identidad** propias:

1. La visión neuroconstructivista del desarrollo
2. Nuevas metodologías: investigaciones longitudinales de seguimiento (prospectivas) con hermanos de personas con TEA: curso evolutivo del TEA
3. Búsqueda de mecanismos y procesos psicológicos alterados pero incorporando el sustrato neurobiológico
4. El interés por la heterogeneidad de la presentación del TEA

Ejemplos:

Teoría de Dawson y cols (2005): *déficit en motivación social*

(base biológica: anomalías en el sistema dopaminérgico de la recompensa)

>>escaso interés en EE sociales >> falta de implicación en primeras experiencias sociales >> compromete construcción de desarrollos posteriores dependientes de esa experiencia.

Críticas ---→ déficits más básicos como : ***disfunción sináptica*** (Johnson, Jones y Gigla, 2015)

Modelo socio-neuro-constructivista (López, 2015)

Introduce la perspectiva socio-cultural en el estudio del TEA.

Las diferentes trayectorias evolutivas de las personas con TEA hay que entenderlas situadas en el entorno socio-cultural en el que se producen

Curso evolutivo de las personas con TEA

- **Hasta los 9 meses**

Desarrollo aparentemente normal, acompañado frecuentemente de cierta “tranquilidad o pasividad”.

- **Entre los 9 y 18 meses**

Ausencia de conductas comunicativas, falta de iniciativa y de respuestas al lenguaje

VER TABLA 7.4. Síntomas en los 2 primeros años de vida (R. Palomo, 2017)

- **A partir de los 18 meses**

Manifestación clara de alteración cualitativa del desarrollo, ausencia o limitación del lenguaje, ritualización de la actividad y ausencia de ficción

- **Entre los 5 años y la adolescencia**

Etapa más estable, beneficios de la intervención psicoeducativa.

- **En la adolescencia**

Muy desigual. Importante incidencia de epilepsia. Algunos se agravan los problemas de conducta. Otros (los más leves) siguen evolución positiva, pero con deseo de independencia, de relaciones sexuales, ansiedad y conciencia de diferencia

- **En la edad adulta**

Muy variable, en función de la severidad, la inteligencia, la educación, sus capacidades funcionales. Puede ser la etapa vital más satisfactoria, pero solo las más levemente afectadas pueden llegar a ser autónomos y socialmente independientes, y puede ser la

3. Evaluación en el TEA

Vigilancia del desarrollo y señales de alarma

- 1. Proceso de Vigilancia del desarrollo** (*Surveillance*) → fin de identificar niños con riesgo. Considera aspectos prenatales o perinatales de riesgo (antecedentes familiares, adopciones sin información de antecedentes, síndromes genéticos asociados con TEA).
 - Controlar el curso de desarrollo/ en especial d. Comunicativo/señales de alerta
 - Servicios de atención primaria/ Escuelas infantiles
- 2. Proceso de Cribado** (*Screening*) → *Detección específica*.
 - Uso de herramientas estandarizadas a edades concretas para comprobar o definir el riesgo de presentar un trastorno del desarrollo (por ejemplo, CHAT o M-CHAT).
 - Servicios de atención primaria, salud mental y servicios sociales/ Equipos de atención temprana
- 3. Diagnóstico especializado:** Evaluación diagnóstica y diseño de programas de intervención.
 - Servicios interdisciplinarios especializados

Instrumentos de detección específica: CHAT; M-CHAT; M-CHAT-R/F y Escala Autónoma

- Década de 1990, en el Autism Research Center, se diseña el CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) para detectar el riesgo de autismo a partir de la edad de 18 meses. Tres items críticos (ausencia de protodeclarativos, de seguimiento de la mirada y de juego de ficción).
Poco sensible para niños con TEA y alto funcionamiento.
- En 2001, la Dra. Robins y colaboradores revisan el instrumento y lo simplifican, generando el M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*). Actualmente es un instrumento utilizado internacionalmente (traducido a más de 20 idiomas) y de eficacia probada.
- En 2009, Robins, Fein y Barton elaboran el M-CHAT-R/F de fácil aplicación y aún más efectivo en la detección. Tiene 2 fases: cuestionario (20 preguntas a padres) y entrevista para profundizar.
- Severidad leve → detección tardía → *Escala Autónoma para la detección del síndrome de Asperger y Autismo de alto nivel de funcionamiento* (Belinchón y cols, 2008)

M-CHAT-R/F (1)

- M-CHAT-R/F (M-CHAT Revised with Follow up), simplifica la redacción del M-Chat original
- Es un instrumento de evaluación gratuito para uso clínico-investigador y para formación.
- Accesible por internet. www.mchatscreen.com
- Es un instrumento de evaluación en 2 etapas:
 - 1ª: Los padres contestan 20 preguntas SI/NO (aproximadamente 5 minutos)
 - 2ª: Si los niños dan positivo en riesgo, el profesional (enfermería, pediatría, educador....) les plantea a los padres otra serie de preguntas de seguimiento estructuradas sobre los ítems detectados antes, para obtener información adicional y ejemplos de las conductas de riesgo (5-10 minutos aprox.)

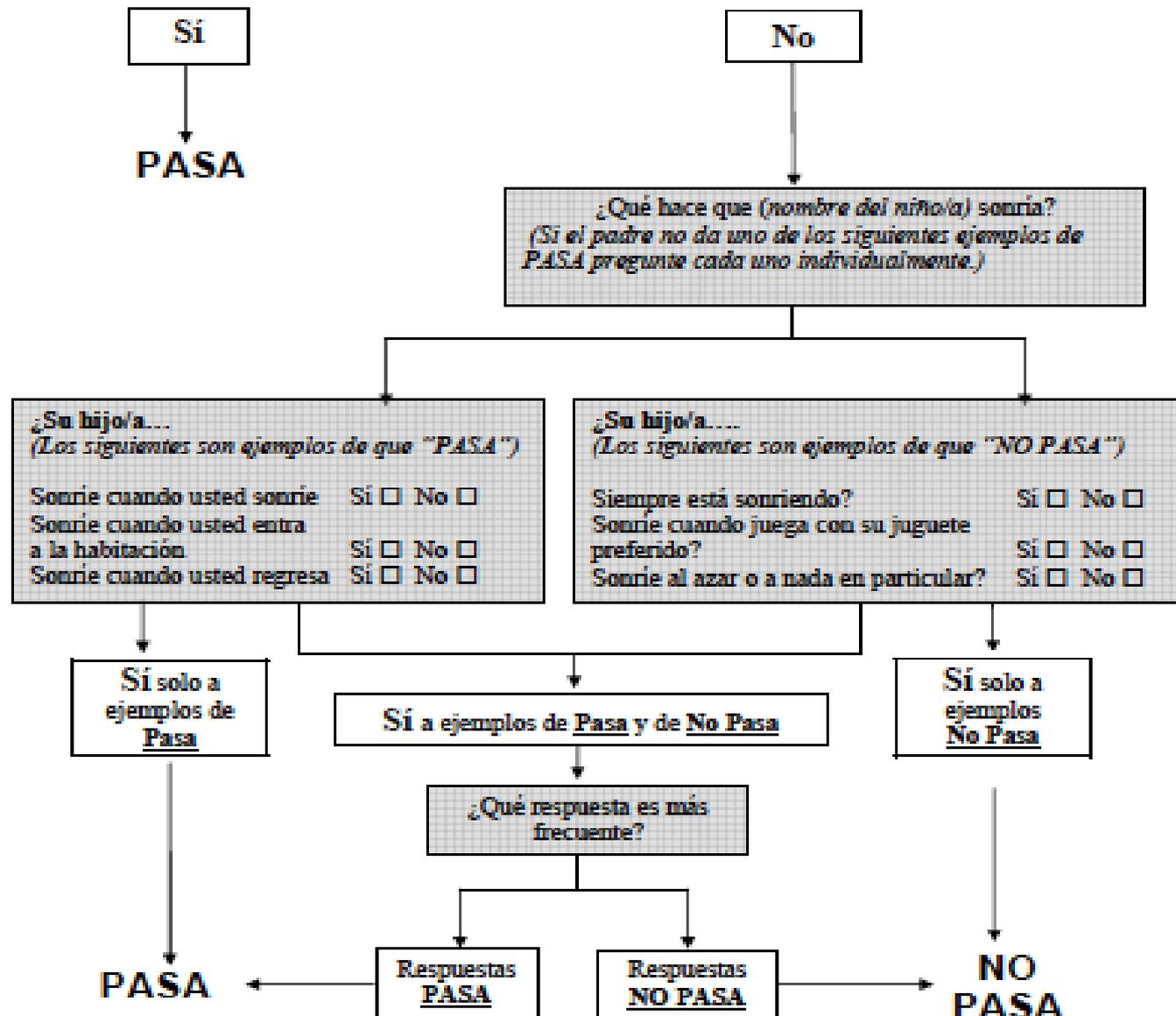
M-CHAT-R/F: EJEMPLOS

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?) SÍ NO
 2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a? SÍ NO
 3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, “hace como que” bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...) SÍ NO
 4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...) SÍ NO
 5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual?) SÍ NO
- .../....
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle?) SÍ NO
 11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío? SÍ NO
 12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta?) SÍ NO

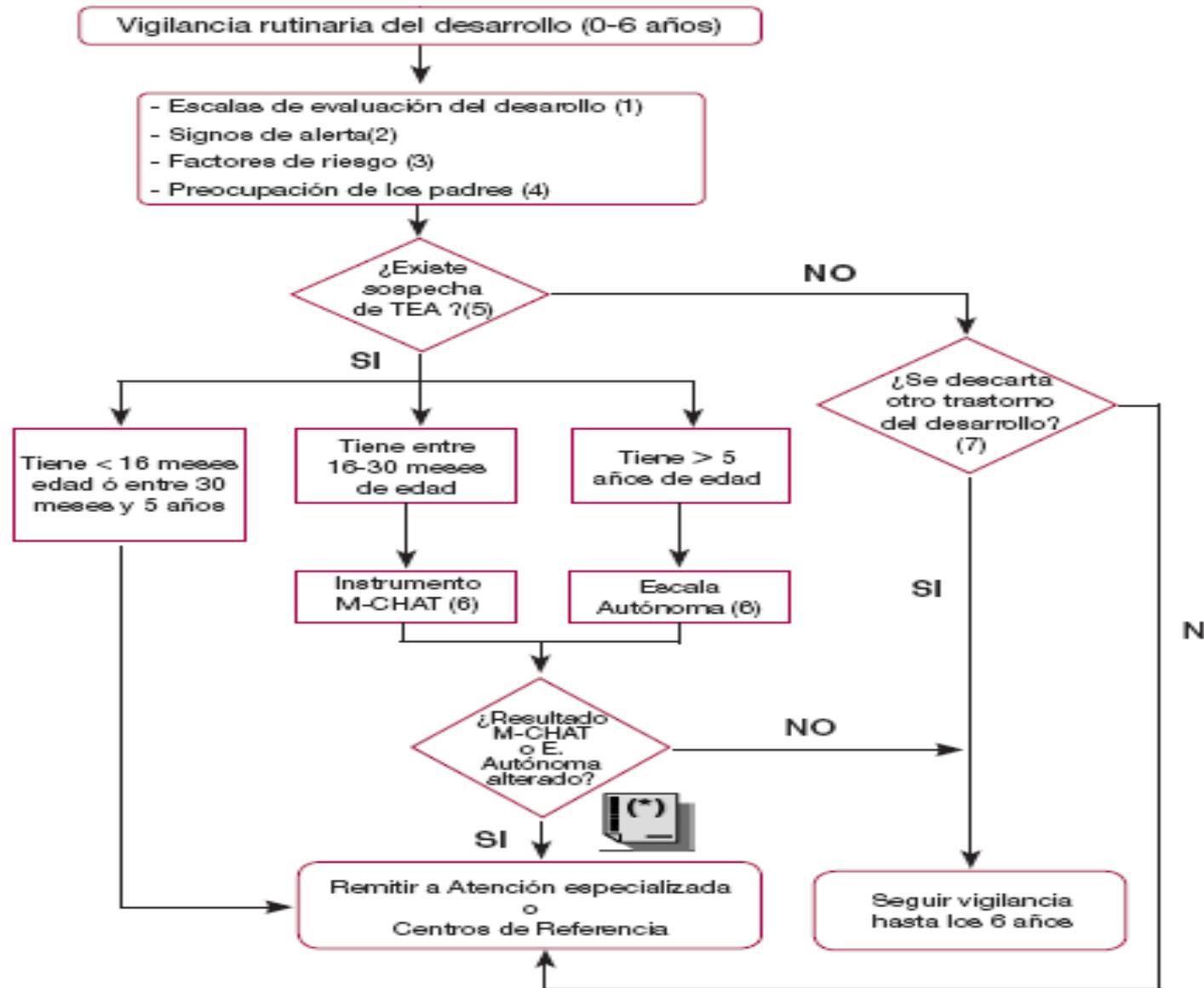
.../...

NOTA: Para todos los ítems (excepto el 2, 5 y 12) la respuesta "NO " indica riesgo de TEA; para los ítems 2, 5, y 12, "SÍ " indica riesgo de TEA. RIESGO ALTO (entre 8 y 20 puntos)

11. Cuando usted sonríe a _____, ¿él/ ella también le sonríe a usted?



Algoritmo de manejo de sospecha de TEA. Guía de Práctica Clínica (TEA) 2009-SNS At. Primaria



Material recomendado:

Guías de Buenas Prácticas para Detección y Diagnóstico

Guía de buena práctica para la detección temprana de trastornos del espectro autista *Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (GETEA)*

Guía de buena práctica para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista (2005). *Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III (GETEA), REVISTA DE NEUROLOGÍA, 41 (5), 299-310.*

Disponibles en el curso virtual y en la página de AETAPI www.aetapi.org

3. Evaluación en el TEA

Diagnóstico especializado

1. Recogida de información pertinente: historia clínica detallada.

Recomendación: *Entrevista diagnóstica revisada de autismo ADI-R*

- entrevista a padres semiestructurada; *93 preguntas*
- *a partir de una Edad mental > 2 años*
- *permite valorar las áreas alteradas: interacción social recíproca, comunicación y lenguaje, comportamientos rígidos y rep.*

2. Administración de pruebas

Recomendación: *P. G. De Obsv. Diagnóstico Autismo Genérico ADOS-2*

- Observación en situaciones estructuradas
- a partir de 12 meses
- además puntuación para determinar gravedad de los síntomas

3. Evaluación psiquiátrica y biomédica

4. Elaboración y entrega del informe

Objetivo: comprender y explicar el desarrollo de la persona con TEA

3. Evaluación en el TEA

Evaluación del desarrollo

Proceso de evaluación debe ser completo y exhaustivo:

- Disarmonías evolutivas y funcionales
- Valorar no solo las dificultades
- También las capacidades, estilos y potencial de aprendizaje, preferencias ...
- Valorar las características de su contexto de desarrollo
- Objetivo:** determinar el perfil de habilidades y necesidades para poder planificar la intervención psicoeducativa.

Principios para la evaluación:

- Para valorar al niño hay que interactuar con él
- Evaluar también los contextos de desarrollo:
 - relaciones funcionales de conductas y contingencias del medio;
 - oportunidades de interacción y aprendizaje;
 - estructura y previsibilidad de los contextos.
- Discriminar competencias funcionales: perfil de fortalezas y debilidades
- Evaluación cuantitativa y cualitativa: para comparar con grupo de referencia y para comprender por qué se producen ciertos comportamientos.

Áreas y contenidos de evaluación del desarrollo

INSTRUMENTOS para la evaluación del desarrollo (ver tabla 7.6.)

1. Capacidades cognitivas:

- CI; Procesos cognitivos (memoria, atención...)
- Representación y simbolización; juego, ficción...
- Habilidades verbales y no verbales de manera independiente

2. Conducta adaptativa:

- Cuidado personal, vida en el hogar, adaptación al entorno escolar
- Autodirección y utilización de la comunidad

3. Comunicación y lenguaje:

- Funciones comunicativas: tipos, frecuencia, discurso, conversación..
- Lenguaje receptivo: comprensión (básica, l. no literal, discurso...)
- Lenguaje expresivo: alteraciones (ecolalias..), nivel estructuración formal, discurso, conversación..

4. Relaciones Interpersonales:

- habilidades básicas de interacción social / relación con adultos, con iguales.

-h. relacionadas con emociones, autoconcepto/ solución problemas

5. Conducta, intereses y actividades:

- Esterotipias, rituales, resistencia al cambio, dificultades anticipación
- Intereses limitados, obsesivos

-alteraciones sensorperceptivas

4. Intervención psicoeducativa en el TEA

Claves generales

Objetivos generales:

1. Desarrollo de competencias comunicativas, interactivas y cognitivas que les permitan comprender y relacionarse con otras personas y dar sentido a sus acciones.
2. Disminución de comportamientos que puedan interferir o dificultar la estabilidad emocional y la independencia de la persona con TEA

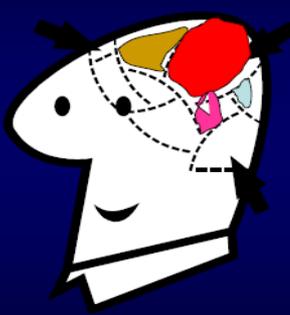
Recomendaciones de buena práctica:

1. Tratamiento dirigido por **profesionales expertos**
2. **Programas personalizados** y en marco evolutivo
3. Contextos **estructurados y previsibles**, con adaptación al nivel de competencias de la persona y demandas de la tarea:
 1. Presentación de estímulos claros (ayudas gestuales, verbales o manipulando sus características físicas)
 2. Ayudas para que pueda dar respuesta correcta o aproximaciones a ella
4. Método de **aprendizaje sin errores**: previsión de **ayudas** y con desvanecimiento progresivo
5. Deben basarse en intereses y **motivaciones personales** de la persona con TEA
6. Propuestas que incorporen **procedimientos de intervención conductual**

Programas personalizados: Procesos psicológicos alterados y otros preservados

PENSADORES VISUALES

“Pienso con imágenes. Las palabras son para mí como una segunda lengua. Traduzco tanto las palabras habladas como las escritas en películas en color, con sonido y todo, que pasan por mi cabeza como una cita de video. Cuando alguien me habla, sus palabras se traducen de inmediato en imágenes.”
Temple Grandin (1995)



•Relación
•Comunicación
•Flexibilidad

•Problemas para desenvolverse en vida cotidiana

•Islotes de habilidad

Una forma distinta de aprender-desarrollo, una forma distinta de enseñanza-desarrollo

Tomado de Rosa Ventoso (2011)



4. I. Psicoeducativa TEA: Intervenciones conductuales

Se basan en la aplicación de procedimientos operantes y del análisis funcional de la conducta

ABA (*Applied Behavioral Analysis/Análisis Aplicado de la Conducta*)

- Técnicas: reforzamiento, encadenamiento, moldeamiento, desvanecimiento
- Alto nivel de estructuración e intensidad (30-40 horas semanales)
- **Programa Lovaas o EIBI** (*Early Intensive Behavioral Intervention/Programa de Intervención Conductual Intensiva Temprana*)
Enseñanza de conductas específicas en condiciones muy controladas y registro riguroso.

PRT (*Pivotal Response Treatment/ Mét. de Entrenamiento en Respuestas Centrales*)

- Objetivo: modificar conductas centrales, como la motivación
- También basado en Condicionamiento y análisis funcional de la conducta
- Pero en situaciones de intervención más flexibles:
 - Utilizan reforzadores relacionados con la respuesta
 - El niño participa en la selección de materiales y actividades
 - Distintos materiales para trabajar el mismo objetivo

ACP (*Apoyo Conductual Positivo*):

- Objetivo: Modificar el contexto y proveer de apoyos para la disminución de las conductas problemáticas
- Posible función adaptativa pero con expresión alterada
- Evaluación funcional de la conducta>> identificar función y factores de mantenimiento>> modificar el contexto y proporcionar vías alternativas para la función

4. Intervención psicoeducativa en el TEA

Intervenciones centradas en el desarrollo

Toman como referencia para la intervención el conocimiento del desarrollo típico

Model DIR/ DIR Floortime (Developmental Individual Difference Relationship)

- Desarrollo de **habilidades esenciales para la interacción social y emocional** y para destrezas académicas
- Atender a las diferencias individuales
- Promover el desarrollo en **situaciones interactivas en contextos naturales** (familia, escuela)
- **DIR Floortime**
 - Programa completo para bebés y niños con trastornos del desarrollo.
 - **Aplicado por padres y cuidadores**, una vez entrenados
 - Se debe aplicar con **mucha frecuencia y en lugares muy diversos**

Objetivos:

- a) Seguir la iniciativa del niño para **aprovechar sus intereses**
- b) Atraer al niño a un mundo compartido

RDI (Relationship Development Intervention)

- Aplicado por los **padres**, una vez entrenados
- Perspectiva constructivista: las capacidades complejas se asientan sobre otras más simples
- Holista y dura toda la vida

4. I. Psicoed.TEA: Intervenciones globales o combinadas

Modelos de tratamiento multicomponentes, organizados conceptualmente e integrados de forma global

TEACCH (*Training and Education for Autistic Related Communication Handicapped Children*)

- Red de servicios para la atención a la persona y su familia en todo el ciclo vital
- Sus principios y metodología han impregnado la intervención en autismo en España:
 - Utilización de apoyos visuales y agendas
 - Estructuración del espacio (asociación espacio-actividad)
 - Tiempo para la anticipación
 - Tareas secuenciadas y con apoyos visuales

Modelo Denver (ESDM; Early Start Denver Model)

- Intervención temprana (12-48 meses)
- Objetivo: promover trayectorias de desarrollo similares al desarrollo típico
- Técnicas propias del ABA
- Áreas de intervención: comunicación, socialización, imitación. Juego cognición y motricidad

SCERTs (*Social Communication/ Emotional Regulation/ Transactional Support*):

- Está diseñado para niños y adultos
- Integra componentes de otros programas (*TEACH, RDI, DIR...*)
- Objetivo, contribuir a desarrollar
 - Comunicación espontánea (SC)
 - Regulación emocional (ER)
 - Apoyos en los compañeros de la persona con TEA (TS)

TEACCH Programa de estructuración ambiental



4. Intervención psicoeducativa en el TEA

Intervenciones focalizadas: en comunicación y lenguaje

Modelos actuales adoptan el *Paradigma de la enseñanza natural del lenguaje*:

1. Enfoque natural y pragmático
2. Intervención de tipo incidental
3. Secuencia de objetivos basada en el curso de desarrollo típico
4. Objetivo básico: desarrollo de competencia comunicativa y lingüística.

Programa de Comunicación Total (Schaffer y cols., 2005)

- Comunicación simultánea: el terapeuta usa signos y palabras simultáneos
- Entrenamiento del niño en signos: encadenamiento hacia atrás y modelado
- Entrenamiento en sonidos: imitación sonidos, sílabas, palabras...
- Proporcionar recursos comunicativos para distintas posibilidades de desarrollo

El PECS (Sistema de comunicación por Intercambio de Imágenes)

- Sistema alternativo de comunicación para personas no verbales
- Entrena el uso de objetos, pictos o dibujos para comunicar deseos o necesidades
- Estructurado en 6 fases >>> comunicación funcional
- Principios de modificación de conducta: intereses particulares y reforzamiento

P.E.C.S.

(Frost & Bondy, 1994)

Sistema de comunicación por intercambio de imágenes

- Enseña uso de símbolos gráficos para la petición espontánea
- Instauro la conducta de **entregar** un símbolo a otra persona para conseguir un objeto o iniciar una actividad



...nuevo representacional de los sistemas de com.
(Romskey et al., 2002)

no simbólicos

icónicos

objetos reales

fotografías

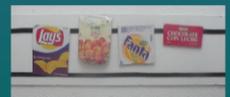
miniaturas

dibujos de líneas

objetos idénticos
versiones plastificadas
partes de objetos



simbólicos



4. Intervención psicoeducativa en el TEA

Intervenciones focalizadas: alteraciones del comportamiento

- Las alteraciones conductuales deben entenderse en su entorno (posible función adaptativa pero inadecuada en la forma) .
- Muchas son manifestación de limitación para la comunicación
- **Conductas desafiantes** >> precisan intervención si: a) riesgo físico para el niño o los de su entorno, b) interfieren o bloquean proceso de aprendizaje.
- **Alteraciones de la flexibilidad:** restricción de actividades
- Enfoque **ACP (Apoyo Conductual Positivo)**
 - Abandono de procedimientos aversivos para eliminar la conducta
 - La conducta debe **entenderse en el contexto** en el que se produce
 - **Intervención proactiva para prevenir** que ocurran
 - Dirigida **al entorno** que ha de adaptarse proporcionando **información:**
 - por adelantado (con claves visuales)
 - de lo realizado (feedback)
 - Dirigida **a la persona** para el desarrollo de habilidades específicas de comunicación, anticipación, flexibilidad y autorregulación

Ejemplo de Recurso: Desarrollo de Autorregulación

Termómetro de emociones (Atwood, 2009)

	¿Cómo estoy?	¿Qué puedo hacer?		Situaciones	Conductas/Gestos
3	 <p>Furioso</p>	Me voy a un lugar tranquilo Pido un descanso para saltar Pido un descanso para pasear	furioso ← 4 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	 <p>Enfadado</p>	Hago ejercicios de relajación Pido un descanso para pintar Pido un descanso para escuchar música	irritado ← 3 → enfadado ← 2 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	 <p>Tranquilo</p>	Sigo haciendo mi trabajo No cambio de actividad	un poco molesto ← 1 → tranquilo ← 0 →	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Intervención psicoeducativa en el TEA

Intervenciones focalizadas: competencias socioemocionales

(Ver tabla 7.9)

- Programas para el desarrollo de la comprensión y expresión emocional
- Programas para el desarrollo de la comprensión de los estados mentales y del mundo social
- Recursos y herramientas

Ejemplo de Recurso de INTERVENCIÓN: Desarrollo de competencias sociales

Grupos de Habilidades Sociales. Programa PEERS

Laugeson y Frankel (2010)

Grupo para adolescentes 14 semanas de intervención:

- 1) cómo usar de manera adecuada las habilidades conversacionales
- 2) cómo encontrar intereses comunes buscando información
- 3) cómo usar de manera adecuada el humor
- 4) cómo iniciar y finalizar conversaciones con amigos
- 5) cómo afrontar y manejar el rechazo, las burlas y el bullying
- 6) como afrontar los rumores y cotilleos
- 7) cómo ser un buen anfitrión en las reuniones
- 8) cómo hacer una llamada de teléfono a un amigo
- 9) cómo elegir a los amigos adecuados
- 10) cómo ser un buen adversario
- 11) cómo actuar ante discusiones y desacuerdos
- 12) cómo cambiar una mala reputación

- Pasos en la enseñanza:
 - 1) definir la habilidad
 - 2) demostrar cómo se lleva a cabo
 - 3) practicar en situación de teatro
 - 4) practicar en contexto natural

Guión de conducta

Cuando me invitan a una fiesta de cumpleaños

Llego a su casa, saludo al anfitrión y le felicito diciendo 'Feliz cumpleaños'

Le doy el regalo que le he comprado sin decirle lo que es y sin obligarle a abrirlo en ese momento (a lo mejor mi amigo quiere abrirlos después todos juntos)

Si cuando llego ya están los otros niños jugando, les pregunto a qué juegan y me uno a ellos

Cuando llegue el momento de merendar, me siento tranquilo en la mesa y como despacio lo que hayan preparado

Cuando la fiesta se haya acabado, me despido y le doy las gracias diciendo algo amable: 'muchas gracias por invitarme, me lo he pasado muy bien'

5. Retos de futuro

- ✓ Disponer de una teoría explicativa del autismo que: incluya y relacione los distintos niveles afectados (biológico, psicológico y conductual)
- ✓ Desarrollo de metodologías de investigación coherentes con el enfoque neuroconstructivista, como son los estudios longitudinales de seguimiento de hermanos de niños con TEA
- ✓ Necesidad de investigación sobre intervención en TEA, para toma de decisiones (basada en evidencias) de intervención individualizada
- ✓ Necesidad de políticas sociales para las necesidades de las personas con TEA y sus familias.
 - Momento de dificultades operativas: aumento de prevalencia >> aumento de demanda de atención, junto con una disminución de los recursos.

ANEXOS

- Ejemplos de otros recursos (además los que facilita el equipo docente en el curso virtual) de información complementaria.

Señales de alarma

http://www.equipoiridia.es/web_ei/senales-de-alarma

- La falta de adquisición de ciertos hitos evolutivos.
- La aparición de comportamientos no esperables en el desarrollo.

Pinchando **aquí** puedes descargarte un documento que recoge las principales señales de alarma en los Trastornos del Espectro de Autismo:

Con el fin de ayudar a familiares y profesionales a detectar los signos de alteración lo antes posible. La Asociación First Signs ha creado un **glosario de videos** en los que se muestran muchos de los hitos evolutivos esperables a nivel social y comunicativo en niños con desarrollo normal. También hay otros videos en los que puedes observar las señales de alarma que se aprecian en niños con Trastornos Generalizados del Desarrollo.

A continuación, también te ofrecemos algunos **enlaces a páginas** donde encontrar gran cantidad de información sobre el desarrollo infantil, las señales de alarma y la detección temprana:

- Página del **Centro para el Control y la Prevención de enfermedades**, donde se presenta mucha información sobre los hitos en el desarrollo normal y sobre las señales de alarma más relevantes.
- Página de la organización sin ánimo de lucro **First Signs**, que tiene como principal objetivo ayudar a padres y profesionales a formarse en la Detección Temprana del Autismo y otros Trastornos Generalizados del Desarrollo



Videos muy interesantes sobre signos de alerta

<http://vimeo.com/90311769>

<http://autismodiario.org/2011/04/08/signos-de-alerta-en-el-autismo-y-cognicion-social/>

Fundación orange proyectos

<http://fundacionorange.es/fundacionorange/proyectos.html>

DÍA A DÍA

Día a día es un diario visual pensado especialmente para personas con autismo o dificultades de comunicación. Desarrollada por la Fundación Orange y BJ Adaptaciones, la aplicación permite trabajar de forma fácil e intuitiva, dando mucha relevancia a los elementos visuales y ofreciendo distintas opciones de personalización.

Día a día, disponible gratuitamente para iPad e iPhone, consta de un sencillo calendario en el que es posible:

-Guardar y revisar las actividades realizadas durante un día, de una forma visual y estructurada, añadiendo imágenes, fotos, vídeos...

-Anticipar actividades o eventos recurrentes en el tiempo que ya han sido realizados y que se han anotado en el diario.

-Fomentar la comunicación, a través de las actividades realizadas.

[Descarga gratuita para Android](#)

[Descarga gratuita para iPad](#)

[Descarga gratuita para iPhone](#)



Relacionados

Links:

[BJ Adaptaciones](#)
[Aprenem](#)



INTERVENCIÓN

El sonido de la hierba al crecer

Estimulación en autismo paso a paso



OSOTROS CONTENIDO LOS COMIENZOS LENGUAJE SOCIALIZACIÓN **COGNITIVO** SENSORIAL EMOCIONES CUENTOS PERSONAL T DE LA MENTE

COGNITIVO TODO

IMITACIÓN

CATEGORÍAS

MOTROCIDAD

DIBUJO

LECTOESCRITURA

TEST INTELIGENCIA

Guirnalda de mandarina: chula y perfumada

nuestro segundo libro. gracias





Videos de II
Jornadas
ASPERCAN
año 2008 y
present. de
ponencias.



www.planetasperger.com

Proyecto
Planetasperger.
En
colaboración
con F.A.E.

Publicaciones | Libros

Publicaciones F.A.E.

Artículos

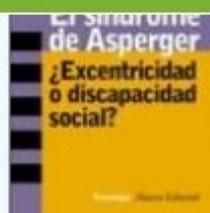
Nuevos Autores

Libros

Videos



Un acercamiento al
Síndrome de Asperger:
Una guía teórica y
práctica.



El síndrome de
Asperger. Excentricidad
o discapacidad social?



El síndrome de
Asperger: Una guía
para la familia.



El síndrome de
Asperger: Estrategias
prácticas para el aula.
Guía del profesorado.





Videos de II
Jornadas
ASPERCAN
año 2008 y
present. de
ponencias.



www.planetasperger.com

Proyecto
Planetasperger.
En
colaboración
con F.A.E.

PATROCINADORES

Publicaciones | Libros

[Atrás](#)

Prácticas Educativas y Recursos Didácticos.

Colección: Los Trastornos Generales del Desarrollo. Una aproximación desde la práctica.
Volumen 3.

Coordinadores: Carlos M^a Vázquez Reyes y M^a Isabel Martínez Fera. Sección de Educación Especial. Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad.

Editado por la Consejería de Educación. Junta de Andalucía: ([Enlace web](#))

ISBN: 84-688-6503-6

Formato: 108 páginas

Fecha edición: 2006

Libro disponible para su descarga (Formato PDF)

[Descargar](#)

