



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina.

Grado en Logopedia.

ATENCIÓN A MENORES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADORA EN UN MODELO COMUNITARIO.



Trabajo de Fin de Grado realizado por:
Sara Iglesias Mateos

Tutora:
Tomasa Luengo Rodríguez

Fecha:
Julio, 2017

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| AGRADECIMIENTOS | |
| RESUMEN/ABSTRACT | |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| 1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL TEMA ELEGIDO Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO..... | 1 |
| 1.1. Justificación y objetivos del tema elegido. | 1 |
| 1.2. Competencias del Grado en Logopedia..... | 2 |
| 2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-TEÓRICOS. | 5 |
| 2.1. Concepto de Trastorno del Espectro Autista..... | 5 |
| <i>2.1.1. Evolución del concepto en los autores estudiados.</i> | <i>5</i> |
| <i>2.1.2. Evolución del concepto en los Manuales Diagnósticos.</i> | <i>7</i> |
| <i>2.1.3. El concepto actual del DSM-V.....</i> | <i>8</i> |
| 2.2. La comprensión del trastorno en el continuo salud vs. enfermedad | 11 |
| 2.3. Atención comunitaria y Logopedia. | 14 |
| 3. UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESDE MODELOS COMUNITARIOS..... | 15 |
| 3.1. Planteamiento del problema. | 15 |
| 3.2. El modelo teórico como marco de intervención. | 17 |
| 3.3. Principios y metodología de Intervención..... | 19 |
| 3.4. Objetivos del programa. | 20 |
| 3.5. Actividades. | 21 |
| <i>3.5.1. Actividades asistenciales:.....</i> | <i>21</i> |
| <i>3.5.2. Actividades de Promoción y prevención del TEA.</i> | <i>23</i> |
| <i>3.5.3. Actividades de docentes.</i> | <i>23</i> |
| <i>3.5.4. Actividades de investigación.</i> | <i>23</i> |
| <i>3.5.5. Actividades de Participación en la organización.</i> | <i>23</i> |
| <i>3.5.6. Actividades de coordinación.....</i> | <i>24</i> |
| 3.6. Recursos tecnológicos y metodológicos..... | 26 |
| 3.7. Evaluación del Programa. | 28 |
| 4. CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TABAJO. | 29 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 31 |

AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar este apartado, a todas aquellas personas que de una forma u otra, han posibilitado y facilitado la redacción de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a mi tutora Tomasa Luengo Rodríguez por darme libertad en la elección del tema, guiando mi aprendizaje, prestándome su dedicación, experiencia y su disponibilidad a la hora de resolver cualquier duda.

En segundo lugar, a los profesionales y alumnos del centro de prácticas de autismo, por brindarme la oportunidad de poder conocer el trabajo con ellos y así poder plasmar muchos conocimientos desde mi propia experiencia.

Finalmente, a mi familia y amigos por su comprensión y por proporcionarme el apoyo que he precisado en todo momento.

RESUMEN

El Trastorno del Espectro Autista es un trastorno neurológico que abarca numerosos síntomas. Estos síntomas no se presentan con la misma incidencia en todos aquellos que lo padecen. Tampoco aparece el mismo número de síntomas, ni concurren siempre de manera conjunta.

Es por ello que la intervención debe ser individual y estar adaptada a sus características tanto personales como socioculturales.

Este trabajo se presenta como una propuesta de intervención desde una perspectiva comunitaria como respuesta a las dificultades actuales en este ámbito.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista, Autismo, atención comunitaria, salud.

ABSTRACT

Autism spectrum disorder is a neurologic disorder which includes a wide range of symptoms. Symptoms incidence is variable in every patient. Furthermore, the number of symptoms is not constant and they may not appear combined.

As a consequence of inner variability, the intervention with ASD patients has to be adapted to their personal and behavioural characteristics.

The aim of this report is to present a community-based intervention as a response to existing difficulties in this field.

Key words: Autism Spectrum disorder, Autism, community assistance, health.

INTRODUCCIÓN

Este Trabajo de Fin de Grado (TFG) tiene por objetivo ofrecer una propuesta de intervención en menores con Trastorno del Espectro Autista que considere todos los aspectos que influyen en la vida de una persona, así como su entorno.

El abordaje de este tema resulta innovador pues aún falta mucho por descubrir en este ámbito. Es fundamental su investigación para colaborar en la mejora de la calidad de vida de estas personas y sus familias, quienes frecuentemente se sienten desamparadas.

Para ello, se ha organizado de la siguiente forma:

- Un primer apartado con la justificación y los objetivos del tema elegido y la relación de las competencias del título.
- Un segundo apartado en el que se realiza un análisis conceptual del Trastorno del Espectro Autista y la presentación de los modelos actuales de salud que sitúan el marco teórico del trabajo.
- Un tercer apartado en el que se plantea la propuesta de intervención integral e integradora en un modelo comunitario.
- Finalmente se presentan las conclusiones en relación al alcance del trabajo y se perfilan nuevas líneas de investigación que impulsen el conocimiento de los trastornos del espectro autista.

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DEL TEMA ELEGIDO Y RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL TÍTULO.

En este apartado se presentan los motivos que orientaron el interés por el tema; la finalidad que se pretende con la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado; y, las competencias que se han adquirido a lo largo de dicho proceso.

1.1. Justificación y objetivos del tema elegido.

Son varios motivos los que han suscitado la elección de este tema para el Trabajo de Fin de Grado. En primera instancia, previamente a comenzar los estudios en Logopedia, era conocedora de la existencia de este trastorno y ya entonces me suscitaba un gran interés por saber acerca de él. En la asignatura de 3º curso “Intervención Logopédica en Trastornos del Comportamiento” se trataron varios aspectos relacionados, acrecentando dicho interés. Asimismo, por este motivo, la realización de las prácticas de 4º curso tuvo lugar en un colegio de Educación Especial de Autismo.

En dicho centro, se evidencia que teoría y práctica están relacionadas. Con unas técnicas y metodología apropiadas, se pueden realizar grandes progresos. La intervención logopédica es llevada a cabo de manera individual pues se trata de un centro escolar, sacando a cada alumno de sus clases ordinarias con el resto de compañeros, varias veces por semana. Así mismo, se realizan las reuniones pertinentes con los padres o tutores legales para informar de los progresos del menor y asesorarles de manera pautada los cambios que se deben realizar dentro del contexto familiar. Por otro lado también se realizan reuniones con profesores del colegio ordinario en caso de que el menor tenga escolarización combinada.

Por consiguiente, es adecuado plantear la siguiente cuestión: *¿qué capacidades podrían lograr estos menores, si la intervención se realizase de manera integradora y se pudieran abarcar todos los ámbitos que forman parte de la vida de un menor?*

Con esta inquietud nace el Trabajo de Fin de Grado (TFG) que se presenta para la obtención del título de Grado en Logopedia.

Los objetivos generales del trabajo son:

- a) Realizar un análisis de contenido del concepto “Trastorno del Espectro del Autismo”.
- b) Revisar programas de intervención.
- c) Proponer un programa de intervención, integral optimizador del desarrollo evolutivo del menor.

La metodología, de naturaleza cualitativa, ha utilizado como técnica de investigación el análisis de contenido de la literatura y estudios empíricos realizados sobre el Trastorno del Espectro

del Autismo. En este trabajo, se refleja la evolución que ha existido a lo largo de la historia con respecto a su concepto, características, terapias y tratamientos. Por ello se propone un programa de intervención actualizado y eficaz.

1.2. Competencias del Grado en Logopedia.

A continuación se presentan las competencias obtenidas a través de la realización de este Trabajo de Fin de Grado, en relación al Libro Blanco de Logopedia de Valladolid del Programa Verifica \ ANECA Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre.

Competencias Generales

CG2. “Explorar, evaluar, diagnosticar y emitir pronóstico de evolución de los trastornos de la comunicación y el lenguaje desde una perspectiva multidisciplinar”. Desde una actitud científica el trabajo presenta y analiza los componentes para la construcción de un escenario para la intervención comunitaria que permita contextualizar los tratamientos en las necesidades individuales de los pacientes.

CG4. “Dominar la terminología que permita interactuar eficazmente con otros profesionales”. Este Trabajo de Fin de Grado se fundamenta en la metodología analítica de una gran batería de estudios realizados desde una perspectiva psicológica, médica y educativa, como de otras muchas disciplinas, relacionadas con nuestro ámbito.

CG5. “Diseñar y llevar a cabo los tratamientos logopédicos, tanto individuales como colectivos, estableciendo objetivos y etapas, con los métodos, técnicas y recursos más eficaces y adecuados, y atendiendo a las diferentes etapas evolutivas del ser humano”. La elección del tema ha radicado de la experiencia en el centro en el cual se han realizado las prácticas de 4º curso. Por este motivo se ha podido observar personalmente las necesidades de estos menores.

CG7. “Asesorar a familias y al entorno social de los usuarios, favoreciendo su participación y colaboración en el tratamiento logopédico”. El modelo de salud que se presenta, pretende explicar la importancia de los distintos contextos en favor del desarrollo del sujeto.

CG8. “Trabajar en los entornos escolar, asistencial y sanitario formando parte del equipo profesional. Asesorar en la elaboración, ejecución de políticas de atención y educación sobre temas relacionados con Logopedia”. Este trabajo se fundamenta en la atención comunitaria, ofreciendo una visión social, familiar, escolar y cultural del Trastorno del Espectro Autista.

CG9. “Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda”. Este trabajo de investigación ha sido elaborado en base a la lectura de estudios empíricos de profesionales expertos sobre este síndrome.

CG10. “Conocer los límites de sus competencias y saber identificar si es necesario un tratamiento interdisciplinar”. La propuesta de intervención que se realiza pretende plantear la posibilidad de la coordinación asistencial e intersectorial que favorezca dicha práctica.

CG13. Conocer y ser capaz de integrar los fundamentos biológicos (anatomía y fisiología), psicológicos (procesos y desarrollo evolutivo), lingüísticos y pedagógicos de la intervención logopédica en la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales”. La experiencia del trabajo ha permitido integrar los conocimientos de las distintas disciplinas y áreas de conocimiento del Grado: Psicología, Ciencias Biomédicas, Lingüística y Ciencias de la Educación.

CG14. “Conocer los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales”. Dicha competencia ha tenido su fundamentación en el Trastorno del Espectro del Autismo, si bien ha sido necesaria la información sobre otros trastornos relacionados que, como el primero, se incluyen en esta categoría.

Competencias específicas

CE2.1. “Conocer los fundamentos del proceso de evaluación y diagnóstico”. En este Trabajo de Fin de Grado se realiza una propuesta que recoge pautas de intervención para el Trastorno del Espectro Autista.

CE13.5. “Conocer e integrar los fundamentos metodológicos para la investigación en Logopedia”. Esta competencia se ha podido alcanzar a través de la lectura de diferentes artículos sobre los modelos de salud actuales.

CE14.1. “Conocer la clasificación, la terminología y la descripción de los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz y la audición y las funciones orales no verbales”. Para la elaboración del trabajo se han utilizado manuales diagnósticos que ofrecen la clasificación y descripción del Trastorno Espectro Autista.

CE5.11. “Conocer la organización de instituciones educativas, sanitarias y sociales”. Esta competencia se ha adquirido a través de la información obtenida para proponer un plan de actuación interdisciplinar.

Competencias Transversales

CT10. “Capacidad de organización y planificación”. El Trabajo de Fin de Grado se ha organizado atendiendo a la claridad, oportunidad e innovación, con las modificaciones pertinentes durante su redacción.

CT13. "Razonamiento crítico". La información presente en este documento además de tener fuentes fiables de conocimiento, se acompaña de anotaciones subjetivas y de opinión.

CT14. "Capacidad de análisis y síntesis". A través de la lectura de artículos y manuales, se ha realizado un análisis de definiciones del Trastorno del Espectro Autista, sintetizando los rasgos más característicos en dos tablas comparativas.

CT20. "Capacidad de gestión de la información". Debido a la limitación del número de páginas establecido para este documento, la extensión del tema que se presenta y la gran cantidad de aportes científicos existentes, la información ha sido seleccionada y reducida por su relevancia.

En definitiva, la realización de este TFG ha fomentado la consolidación de aprendizajes relacionados con el ámbito logopédico: terminología, proceso y metodología de trabajo de cara a una intervención.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-TEÓRICOS.

En las siguientes líneas se revisa el concepto del Trastorno del Espectro Autista, su evolución teórica y operativa en los distintos Manuales Diagnósticos; los modelos de salud que abordan el continuo salud-enfermedad desde una perspectiva psicosocial; y, finalmente se presentan las características del modelo comunitario que desde un punto de vista logopédico pueden contribuir a la atención integral de nuestros pacientes.

2.1. Concepto de Trastorno del Espectro Autista.

Debido al desconocimiento en épocas anteriores, las personas con esta patología eran consideradas como “locas” y se les apartaba de la sociedad. Hasta hace poco se les diagnosticaba de “sordera”, “discapacidad intelectual” y “esquizofrenia” porque no existía otro término que explicara mejor las características de estos menores. Actualmente, aún hay confusiones con respecto al diagnóstico de algunos sujetos.

Existe también, una controversia con respecto al diagnóstico dada su gran complejidad para delimitar las características propias del trastorno y es por este motivo, por el que hasta hace 4 años no se habla de “Espectro Autista”. Del mismo modo, oímos hablar de “autismo” de manera coloquial como concepto más extendido hasta la fecha.

Con objeto de sistematizar esta controversia se ha realizado un análisis de la evolución del concepto. Para ello, se ha revisado las líneas de investigación de algunos de los autores más significativos en este campo; y, se han estudiado y comparado los criterios diagnósticos de los Manuales de diagnóstico e Intervención (DSM y CIE-10).

En la metodología aplicada se ha seguido las pautas de Clausó (1993): a) *Análisis documental externo* realizado sobre el documento seleccionado; y, b) *Análisis interno*: realizado sobre el contenido, identificando e informando los rasgos explícitos del documento.

Una síntesis de los resultados obtenidos se presenta en la *tabla 1. Análisis de contenido del concepto de autismo en los autores estudiados*; y, en la *tabla 2. Análisis de contenido del concepto autismo en los manuales diagnósticos*. (Ver “Documentos de apoyo” apartado 2).

2.1.1. Evolución del concepto en los autores estudiados.

Con el paso del tiempo, muchos autores han propuesto su aportación para la definición de este concepto, a partir de sus experiencias e investigaciones y teniendo en cuenta a otros autores precursores para ampliar, afirmar o rebatir sus teorías:

Haslam en 1809 presentó un caso de un niño con sarampión que tenía actitudes extrañas y reacciones fuera de lo común que hoy en día podrían ser compatibles con el diagnóstico de autismo (Wing, 1996). Sin embargo, es 100 años después cuando nace el término con Eugene Bleuler en 1912. Este autor habla del autismo como un síntoma secundario a la esquizofrenia: “los esquizofrénicos más graves, que han perdido todo contacto con el mundo exterior, viven en un mundo propio. Se han encerrado con sus deseos y anhelos (que consideran realizados) o se ocupan en los pormenores y milagros de sus ideas persecutorias; se han aislado todo lo que han podido de cualquier contacto con el mundo exterior. El apartamiento de la realidad junto con el predominio relativo y absoluto de la vida interior, es lo que nosotros llamamos autismo.” (Bettelheim, 1967: 483)

Según el estudio comparativo con 11 niños realizado por Kanner (1943) y teniendo en cuenta rasgos individuales y comunes; los rasgos comunes, se describen como “incapacidad de relación de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de su vida”, “repetición de combinaciones de palabras oídas”, “repetición de pronombres personales sin ninguna modificación”, “reacción de pánico ante sonidos fuertes”, “actuaciones monótonamente repetitivas”, “desesperación ante los cambios de rutina”.

Bettelheim (1967) con su libro “La Fortaleza vacía” dota de responsabilidad a la actitud de las madres, llamadas “madres nevera” por la frialdad y negatividad que transmiten a sus hijos. Al percibir esto, los niños se aíslan pues los pocos contactos que han tenido con el mundo exterior no han sido buenos. Por otro lado, rechaza la idea de “inversión pronominal” de Kanner, pues afirma que los niños conocen a la perfección el sentido del pronombre “yo” pero evitan decirlo a consecuencia de “una negación de la seidad, del sí mismo, o una ignorancia del sí mismo”.

Rutter realizó una investigación con niños adoptados en la cual planteó, que cuanto mayor era el tiempo en el orfanato hasta el asentamiento en una familia de acogida, mayores dificultades presentaban los niños con este trastorno. Así demostró la influencia del ambiente sobre el sujeto teniendo como marco de referencia cuatro características fundamentales en la definición. (Mardomingo, 1994)

El trabajo de Benites (2010) presenta dos nuevos trabajos, los de Wing (1988) y Riviere (1997). El de Wing propone considerar el autismo como un síndrome a raíz de la observación de su hija con este trastorno. Esta autora explica tres dimensiones acerca del comportamiento autista conocidas como “la triada autista”. Riviere menciona 12 dimensiones afectadas: trastornos cualitativos de relación social, trastornos de las capacidades de referencia conjunta,

trastornos de las capacidades intersubjetivas y mentalistas, trastornos de las funciones comunicativas, trastornos cualitativos del lenguaje expresivo, trastornos cualitativos del lenguaje receptivo, trastornos en las competencias de anticipación, trastornos de la flexibilidad mental y comportamental, trastornos del sentido de la actividad propia, trastornos de la imaginación y las capacidades de ficción, trastornos de la imitación y trastornos de la capacidad de hacer significantes. Muchas de estas dimensiones son derivadas de una categoría más general en la que se han englobado por ajuste a la extensión de este trabajo.

2.1.2. Evolución del concepto en los Manuales Diagnósticos.

El DSM (1952) y el DSM II (1968) consideran el autismo como rasgo de la personalidad esquizoide. En el primer documento, también, como característica de la esquizofrenia de tipo Paranoide y en el segundo de la esquizofrenia infantil. Llama especialmente la atención, como en este último, no consta ninguna referencia con respecto a las dificultades comunicativas y de interacción en dichas categorías.

Hasta 1980, en el DSM III no se introduce la palabra autismo como trastorno individual; en concreto, su denominación es "Autismo Infantil". Los aspectos que caracterizan este trastorno son: inicio antes de los 30 meses, falta de sensibilidad hacia los demás, graves trastornos en el desarrollo del lenguaje, resistencia al cambio y ausencia de ilusiones.

En el DSM IV (1995) se sitúa dentro de la categoría de "Trastornos Generalizados del Desarrollo" (TGD). Es entonces cuando, se procederá a nombrar como "Trastorno autista". Uno de los aspectos añadidos a esta nueva edición, es la posibilidad de coexistencia con hiperactividad.

En el DSM IV TR (2001) no se hace referencia a la comorbilidad con discapacidad intelectual o a un CI bajo, pero se realiza una nueva aclaración con respecto al diagnóstico: tiene que cumplir al menos dos rasgos del ítem 1 y un rasgo de los ítems 2 y 3 del criterio diagnóstico A.

Con respecto a la CIE 10 (2003) se diferencian en la categoría de "Trastornos generalizados del desarrollo" dos tipologías: "Autismo en la niñez" y "Autismo Atípico". La diferencia entre ellas es la edad de aparición y la comorbilidad con "Retraso Mental". En la primera subcategoría las características se manifiestan antes de los 3 años y no existe Discapacidad Intelectual. Por el contrario, en la segunda, la aparición de este trastorno es a partir de los 3 años y asociado a "Retraso Mental".

DSM V (2013) amplía el concepto con la palabra “espectro” haciendo referencia a la gran variedad de rasgos o características que pueden tener, designándolo así como “Trastorno del espectro del autismo” e incluyendo en él: el trastorno autista (autismo), el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. En esta edición, se sitúa dentro de otra clasificación más general nombrada “Trastornos del Neurodesarrollo”, incluyendo la posibilidad de aparición de epilepsia. Es importante destacar que se realiza una clasificación interna atendiendo a los diferentes niveles de gravedad.

2.1.3. El concepto actual del DSM-V.

Hasta la fecha, la última actualización del manual de diagnóstico DSM ha sido el DSM-V en 2013. Los criterios diagnósticos que establece son los siguientes: (Ver tabla 1).

Tabla 3. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista.

“A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas. Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista (Cont.)

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento). Especificar la gravedad actual: La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

C. Los síntomas deben 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. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo”.

Fuente: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V (2013:50).

En la última edición, también se incluye una clasificación con respecto a la gravedad, citada anteriormente y que se explica de forma detallada en las siguientes líneas:

a) Grado 1: Necesita ayuda.

Las deficiencias en la comunicación social causan grandes dificultades. Resulta difícil el inicio de la interacción y la respuesta ante dicho inicio por parte de los demás, no es la esperada. Inflexibilidad ante los cambios de tareas que le influyen negativamente en determinados contextos.

b) Grado 2: Necesita ayuda notable.

Problemas sociales notables a nivel verbal y no verbal incluso con ayuda in situ. Emiten frases sencillas dirigidas a intereses concretos. Interferencia en varios contextos debido a comportamientos restringidos y repetitivos. Cambiar el foco de acción puede causar dificultad o ansiedad.

c) Grado 3: Necesita ayuda muy notable.

Alteraciones muy graves del funcionamiento debido a una interacción social pobre. Solo responde, y de manera muy limitada, ante interacciones muy directas. El comportamiento restringido y repetitivo ante la inflexibilidad de los cambios causa graves trastornos en el funcionamiento de todos los contextos. Se incrementa notablemente la ansiedad ante los cambios de actividad.

Del análisis realizado podemos concluir que el Trastorno del Espectro Autista es un trastorno Neurológico que afecta al desarrollo del individuo. Se manifiesta en la primera infancia entre los 3 y 6 años. Esto es así pues los factores indicativos más notables son las dificultades en comunicación e interacción social. También porque se produce un retroceso en su lenguaje: en primer lugar se adquieren palabras e incluso combinaciones de las mismas y posteriormente regresa a un lenguaje primario e incluso lo pierde por completo. Otra de las características más frecuente es la dificultad para expresar emociones tanto por exceso como por defecto, lo que provoca en muchas ocasiones conductas desadaptativas. Suelen realizar movimientos repetitivos con su cuerpo y en su interacción con los juegos persisten en realizar la misma acción por su carencia de juego simbólico.

Estas características no se presentan siempre de la misma forma ni concurren siempre las mismas. También pueden aparecer otros síndromes asociados, por esta razón se dificulta su diagnóstico y por consecuencia su intervención.

2.2. La comprensión del trastorno en el continuo salud vs. enfermedad

Los ámbitos de actuación profesional del Logopeda se centran, principalmente, en atención hospitalaria ambulatoria, tejido asociativo de poblaciones con necesidades especiales, y, unidades de atención temprana. Los tres ámbitos remiten a una reflexión sobre el continuo: salud-enfermedad.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el *denso tejido social y ecológico* en el que transcurre la vida personal. Esta idea propició que en los años veinte se empezara a vislumbrar en Europa una concepción de Salud que enfatiza la protección de la Salud y la educación para una cultura de la salud. En los años siguientes se irá consolidando y dará lugar al renacimiento de la Salud Comunitaria. En pleno apogeo del movimiento de salud pública y comunitaria, y en perfecta sintonía con él, en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgaba en la ciudad de Alma Ata, la carta magna que quería guiar las estrategias que en el campo de la Salud se desarrollaran en todas las naciones de la tierra. El impulso lo daba “la necesidad urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1978: 2) La Atención Primaria de Salud (APS) se iba a convertir desde entonces en el núcleo central y en la clave de la Salud Comunitaria y de todo el engranaje de los sistemas de salud. (Luengo, 2001)

2.2.1. Modelos de comprensión de la salud.

La revisión de la literatura nos ha permitido contrastar la coexistencia de los siguientes modelos de salud:

a) Modelo Biomédico.

Este modelo fue descrito por Brighth en el siglo XIX basándose en las características exclusivamente clínicas que se puedan obtener de un paciente. Teniendo en cuenta su sintomatología y los daños anatómicos que presente con respecto a una enfermedad determinada. Por ende, se extrae la definición de salud como la ausencia de enfermedad.

El tratamiento queda reducido a la curación del paciente por parte del especialista indicado en cada caso, sin que el individuo pueda desempeñar ninguna tarea para su mejora.

Celtin J, Gómez Gascón T. (1997) describen las características de dicho modelo en “La clave de un nuevo modelo” como:

- * “Se basa en una concepción patologista: principalmente en lo que es la enfermedad.
- * La salud es la ausencia de enfermedad. Se contempla lo objetivo y no lo subjetivo.
- * En relación al paciente-médico, este último ejerce la autoridad, con una intervención sólo biológica.
- * Considera que los trastornos físicos o psíquicos tienen una causa orgánica. Ignora el efecto de los factores psíquicos en la génesis o tratamiento de enfermedades.
- * Medicina basada en la evidencia.
- * Reduccionista y científica.
- * Datos objetivos extraídos de la observación e información del paciente.
- * Diagnósticos: macroscópicos, microscopios, etc. pero todos biológicos.
- * Con este modelo se creó una estructura para examinar, clasificar y tratar enfermedades.
- * Es curativo: la competencia o éxito de un profesional se define en función de curar enfermedades y salvar vidas.
- * Mente/cuerpo: existe la idea de la división mente/cuerpo, esto determina que la tarea curativa se divida, los médicos se ocupan del cuerpo, de lo somático y los psiquiatras o psicólogos se ocupan de lo psicológico.
- * Tratamiento: el tratamiento se considera generalmente externo al paciente. Se supone que los pacientes deben ser pasivos y sin responsabilidad en sus problemas y en sus soluciones.
- * Este modelo ha permitido grandes avances en el conocimiento y desarrollo tecnológico vinculados a la gran industria de la salud”.

b) Modelo Biopsicosocial.

Engel en 1977 promueve la teoría de sistemas como modelo de salud, dando un carácter transaccional entre los niveles biológico, psicológico y social. Estos intercambian información e interactúan entre sí conformando e influyendo de numerosas formas en un individuo. En el primer nivel se consideran todos los aspectos orgánicos y estructurales del cuerpo humano. En el segundo se incluyen las emociones, la afectividad, los pensamientos y las conductas del sujeto. Y finalmente, en el tercer nivel, se engloban todos los factores económicos y culturales que intervienen en la vida de una persona.

A la luz de lo expuesto, la prevención toma una especial relevancia, pues no se considera solo la enfermedad y el enfermo, si no la causa multifactorial.

c) Modelo Ecológico.

El artículo de Torrico et. al. (2002) presenta un exhaustivo análisis del modelo ecológico aplicado al campo de la salud. Bronfenbrenner fue el autor de este modelo, en el cual expone las interrelaciones del individuo con los demás. Dado que el ser humano es un ser social, convive con otros semejantes y con el entorno que le rodea, fomentando el progreso de la sociedad y obteniendo beneficios para su construcción como persona. Este hecho consta de gran relevancia sobre las propias estructuras cognitivas pues presume que se pueden modificar y reorganizar a partir de dichas interacciones.

Este modelo considera cuatro sistemas que conforman el entorno en el que se desarrolla la persona, su salud, su calidad de vida y/o sus trastornos: a) Microsistema, en el que sitúa al individuo y su contexto primario de apoyo; b) Mesosistema, definido por la interrelación de dos o más entornos en los que la persona se desenvuelve; c) Exosistema, conformado por factores que influyen indirectamente en los sucesos que tienen lugar en los microsistemas; y, d) Macrosistema, condiciones sociales, culturales y estructurales que determinan culturalmente los contextos en los que se desarrolla el individuo.

d) Modelo Comunitario.

En la línea del modelo ecológico encontramos el modelo comunitario como un cambio en la perspectiva de intervención. Es un paradigma integrador de los modelos anteriores más completo y globalizador. Este modelo por un lado, rechaza la curación de una enfermedad como método de intervención al igual que el concepto de salud como “ausencia de enfermedad”, centrándose en la actuación en los factores de riesgo y la prevención. Por otro lado, además de las características individuales y personales del sujeto, tiene en cuenta la participación de su entorno inmediato y de la sociedad como factores influyentes en su desarrollo evolutivo.

El modelo comunitario realiza una subdivisión de dichos factores:

- Materiales o naturales: hacen referencia a los cuidados de la salud, tales como la alimentación, el descanso, la higiene y el aseo.
- Inmateriales o sociales: se refieren a la calidad de las interacciones y experiencias con las que cuenta el menor de cara a la convivencia dentro de la sociedad: filiación, seguridad, afectividad, formación de valores, enseñanza de normas, roles de los miembros de la familia, acceso a la educación formal y grado de capacitación de los padres. (Amar, Abello & Acosta, 2003)

2.3. Atención comunitaria y Logopedia.

María Soler Torroja (2003) expone que la atención comunitaria se puede entender como *“aquella que tiene como objetivo la atención al conjunto de una población, de una comunidad definida y que busca resultados en salud. Requiere de la intervención sobre los factores determinantes de la salud y la enfermedad, para lo que es necesario identificar las necesidades en salud en la población objeto de atención y los factores que las determinan. Siendo conocido que muchos de los problemas de salud emergentes (dependencia, inmigración en exclusión social, salud mental, riesgo cardiovascular, entre otras) tienen un origen multicausal, una de las características imprescindibles de la atención comunitaria es la necesaria intervención multisectorial y no sólo desde los servicios sanitarios”*.

Los autores Amar, Abello y Acosta (2003: 109) definen la psicología de la salud comunitaria como *“la construcción teórico-práctica nacida de la integración de los modelos comunitarios, mediante una visión ecológica del comportamiento, desarrollada a través de los principios de la psicología científica y capaz de generar conocimientos y soluciones para la prevención de la enfermedad y el estudio exhaustivo de la salud”*.

A partir de estas definiciones se puede extraer desde un punto de vista logopédico que: la atención comunitaria es aquella que tiene por objetivo ayudar, solventar problemas y cubrir las necesidades dentro del ámbito de la salud. Muchas enfermedades tienen un origen multicausal, en el que además pueden influir numerosos factores agravando la situación. Es por esta razón que la atención comunitaria engloba todos los posibles factores que afecten en la vida de una persona, teniendo en cuenta todos sus contextos e interrelaciones, no solo desde el punto de vista clínico.

Las características de este modelo de atención según Larban (2010) son:

- *Público*. Sin excluir la participación privada, pero con garantías y control desde lo público.
- *Comunitario*. De y en la comunidad y para, la comunidad. Participación de la comunidad, a través de las asociaciones de afectados y sus familiares en la planificación, creación y gestión de los recursos y dispositivos asistenciales.
- *Racional*. Respuesta a las necesidades de los usuarios y NO en función de una oferta de servicios.
- *Equitativo*. Proporcionalidad respecto al grado de necesidad y NO respecto a criterios meramente políticos o economicistas.
- *Atención integral*. Bio-psico-social. Equipos multiprofesionales e ínter disciplinares.

- *Prestaciones terapéuticas, psicoterapéuticas y rehabilitadoras* (variedad de prestaciones y orientaciones terapéuticas reconocidas científicamente y con profesionales debidamente formados y acreditados por sociedades científicas).
- *Coordinación de los dispositivos de la red asistencial.* Trabajo en Red. Continuidad de cuidados. Psiquiatra o terapeuta de referencia.
- *Planes terapéuticos y de rehabilitación psico-social individualizados y estrechamente imbricados entre sí.* No separarlos.
- *Inserción socio-laboral.*
- *Atención especializada e integrada* en un segundo nivel asistencial dentro del sistema sanitario general.
- *Respetar especificidades de formación y labor de los profesionales.* Formación continuada. Cuidados del cuidador profesional.
- *Trabajo de equipo, interdisciplinar y multiprofesional.*
- *Responsabilidad asistencial territorializada.* Áreas sanitarias. Tener en cuenta la insularidad.

De las características expuestas surge la propuesta de atención integral para menores con trastornos del espectro autista que presentamos en las páginas siguientes.

3. UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESDE MODELOS COMUNITARIOS

3.1. Planteamiento del problema.

La atención a menores con trastorno del espectro autista en sistemas comunitarios presenta algunas dificultades. Según el Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, las cuatro grandes dificultades que existen son: falta de un tratamiento curativo, repercusiones negativas de medios de comunicación y nuevas tecnologías, áreas geográficas desprovistas de recursos clínicos, educativos y sociales, adecuados, y creencias falsas sobre la causa de aparición.

- a) *Falta de un tratamiento curativo.* No existe una fórmula mágica que elimine de manera inmediata los rasgos característicos o síntomas del Trastorno del Espectro del Autismo. Con los tratamientos actuales se pueden disminuir los factores de riesgo, eliminar muchas de las dificultades que poseen y mejorar la calidad de vida tanto de los sujetos que lo padecen como de los miembros de su entorno.

- b) *Repercusiones negativas de medios de comunicación y nuevas tecnologías*: a través de estos medios de comunicación se extienden rumores de tratamientos ofrecidos por personas que no son profesionales de la salud y que provocan el abuso de fármacos o la experimentación de técnicas nocivas para estos menores.
- c) *Áreas geográficas desprovistas de recursos clínicos, educativos y sociales, adecuados*. A nivel mundial, existen grandes diferencias económicas que provocan en numerosos países la escasez de los recursos más básicos para la vida diaria. En España estas diferencias también son notables entre comunidades debido a una regulación y coordinación insuficiente de los sistemas sanitarios.
- d) *Creencias falsas sobre la causa de aparición*: con el tiempo se ha extendido la opinión de que el Trastorno del espectro del Autismo era provocado por la vacuna de la Triple Vírica. Antiguamente muchos padres, (y hoy en día alguno sigue firme a esta idea), se negaban a vacunar a sus hijos pues la edad de manifestación de este trastorno coincidía con la edad de aplicación de dicha vacuna. La realidad es que actualmente no existe ningún estudio empírico que haya confirmado esta teoría y aun así muchos niños no son vacunados, teniendo consecuencias terriblemente perjudiciales para su salud.

En la misma línea, el artículo de Barcala, Torricelli Álvarez y Marotta (2009) realiza varias referencias, al aislamiento social de estas personas, dificultades sanitarias con respecto a los recursos para su tratamiento y a la inaccesibilidad a ellos por parte de los sujetos que padecen este trastorno: *“la demanda excedía la capacidad de respuesta, viéndose desbordadas y con largas listas de espera”* y numerosas derivaciones debido a *“problemas existentes tanto en el diagnóstico, como en la intervención y/o derivación de estos pacientes a otras instituciones”*.

En cuanto a las dificultades de interacción en el subsistema familiar es un hecho universalmente aceptado que la presencia en las familias de un hijo con algún tipo de discapacidad física o psíquica grave constituye un factor potencial que perturba la dinámica familiar. Esto es así, porque la convivencia puede provocar cambios importantes en la vida personal de los distintos miembros –fundamentalmente padres- y de las relaciones entre ellos.

En el campo de los trastornos del espectro autista (TEA) se han desarrollado diversas investigaciones. La situación actual refleja grandes avances en todos los ámbitos. Conseguidos los apoyos necesarios para estas personas y creada una red de servicios adecuada, se plantea

la necesidad de ampliar el campo de visión, considerando el entorno de la persona con TEA, y particularmente la familia como contexto fundamental de toda persona.

Uno de los primeros trabajos en esta línea lo encontramos en Rodríguez Torrens (2005). La autora plantea la necesidad de estudio del grupo familiar en sus dimensiones estructurales (situación, características y necesidades de las familias) y funcionales respecto al estrés mostrado por los miembros de la unidad familiar. A partir de estos análisis la autora establece dos posibles perspectivas en la atención a sus necesidades: la familia como agente indirecto y la familia como agente directo de la intervención.

El trabajo de Martínez (2008) muestra de manera indiscutible que muchas familias con hijos con autismo presentan niveles de estrés crónico, significativamente superiores a los que presentan las familias con hijos con otras discapacidades. Esta diferenciación en cuanto al efecto causado por el autismo en la familia, se inicia muchas veces a causa de las incertidumbres que plantea la evolución disarmónica de los niños y niñas con autismo, se mantiene posteriormente ante la ausencia de un diagnóstico y pronóstico claros, y aumenta considerablemente como consecuencia de los múltiples efectos negativos en el ámbito familiar. La convivencia en el hogar de un menor con autismo suele ser muy compleja y las familias se ven sometidas desde el principio a modificaciones severas de su régimen de vida habitual con limitaciones desmedidas de su independencia.

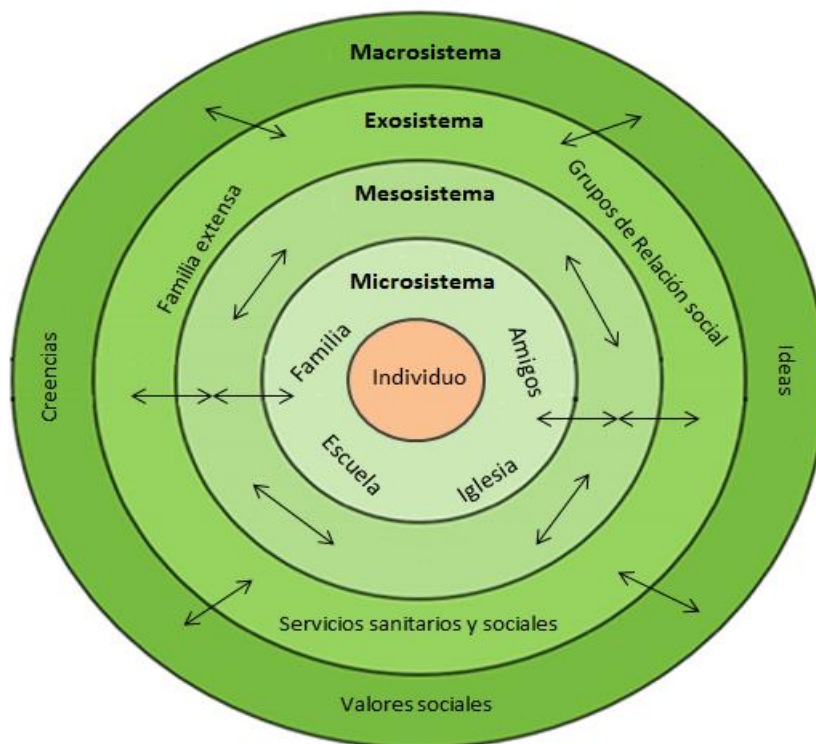
En un trabajo posterior, Benites (2010) muestra los aspectos esenciales de la interacción del Trastorno del Espectro Autista, la familia y la calidad de vida de ambos sistemas. Se describen los aspectos conceptuales y las características que definen el autismo como un síndrome dentro del espectro autista. Se señalan las dimensiones esenciales del trastorno y sus implicaciones en el desarrollo psicosocial, en el estilo de aprendizaje y en el compromiso afectivo de la persona autista.

El programa de atención integral que se presenta, se constituye como una herramienta terapéutica para dar respuesta a los problemas detectados, en los menores, sus familias y los contextos en los que desarrollan sus vidas.

3.2. El modelo teórico como marco de intervención.

Tras el recorrido conceptual que se ha presentado en el epígrafe 2.1, la intervención que proponemos se sitúa en el marco de la atención comunitaria desde la perspectiva del “modelo ecológico” de Bronfenbrenner, cuya premisa central postula que “la salud ecológica” del mundo depende, además de los Gobiernos, de los individuos y de las familias.

En el contexto de intervención, la teoría ecológica de Bronfenbrenner viene definida por un conjunto de sistemas interrelacionados que se representan en el siguiente gráfico:



Fuente: elaboración propia a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner.

- A.- Microsistema: A modo de hipótesis de trabajo el microsistema quedará definido por la estructura del paciente y la unidad familiar, su funcionamiento, la interrelación entre sus miembros.
- B.- Mesosistema. Viene definido por las relaciones existentes entre los distintos microsistemas como puede ser microsistema familiar – microsistema escolar o microsistema familiar – microsistema de amistad, a modo de ejemplo.
- C.- Exosistema. Es una extensión del sistema anterior y que refleja las estructuras sociales, tanto formales como informales formando parte de este, el vecindario o las Instituciones Públicas.
- D.- Macrosistema. Representado por los valores culturales, los sucesos históricos o el sistema de creencias que afectan a los otros sistemas.

A partir de este modelo, nos proponemos construir dispositivos tendentes a dar respuestas preventivas, terapéuticas y de integración social para los menores que padecen algunos de los trastornos recogidos bajo la denominación de trastornos del espectro autista.

3.3. Principios y metodología de Intervención.

El marco de la actuación se concreta un Proceso de Orientación Clínica descrito por Martínez y Álvarez (2009) como el proceso sistemático de ayuda, cuyo fin último es facilitar las dinámicas comunitarias positivas, la solución de problemas y la toma de decisiones, así como potenciar los propios recursos clínicos.

- a) *“Principio Antropológico”*, que parte de un concepto de hombre como ser individual y libre que vive en sociedad. Contempla también su educabilidad, pretendiendo ayudar a cada uno de los miembros de la unidad familiar a alcanzar su realización, promoviendo servicios y programas gestionados por la administración, enfocados a cubrir sus necesidades.
- b) *“Principio evaluativo o de Diagnóstico”*, donde contempla la evaluación desde el conocimiento del sujeto en sí mismo y en relación a su contexto. Concretándose en la Orientación familiar en cuatro fases: evaluación de las necesidades (establecimiento de necesidades), planificación (definición de metas y objetivos), ejecución (implementación) y evaluación y control (evalúa las actividades y las relaciones con las redes sociales).
- c) *“Principio de Prevención”*, establece actuaciones para promover resultados desde los tres niveles de prevención: primaria, antes de que aparezca el problema; secundaria, cuando está presente y se interviene para aminorarlo y; terciaria, cuando existe una evolución de las dificultades y se intenta paliar para que no se agraven.
- d) *“Principio de Desarrollo”*, se fundamenta en el individuo como ser en crecimiento, por lo tanto, la orientación estará encaminada al desarrollo de la persona y de la familia.
- e) *“Principio de Intervención social”*, donde señalan que el comportamiento humano y la realización personal se desarrollan en interacción, por lo que la orientación familiar trata de ayudar a la familia, a nivel personal dentro del contexto en el que se desenvuelve, en su proceso de cambio.

El tipo de metodología tendrá como objetivo movilizar simultáneamente distintos recursos, para ello, la coordinación, tanto interna del Equipo y la propia Institución como externa con otros profesionales y Administraciones, se apoyará en la sincronización y comunicación entre los distintos profesionales implicados, siendo en muchas ocasiones nexo de unión entre profesionales, familias y pacientes. Esta coordinación intenta ser algo más, intenta ser un trabajo en red que permita ser más eficaces, más rentables, unificar criterios con el resto de profesionales implicados, tener una visión más amplia, actuar de forma

complementaria, reforzar al profesional y por último, pero no por ello menos importante, sentir apoyo y compañía en este proceso.

Como señalan Crua y Barceló (2005), la metodología de trabajo en red es una manera efectiva de compartir información, de aprender de la experiencia del otro, de trabajar juntos, de evitar la duplicación de trabajo, de establecer acciones e iniciativas conjuntas, estrategias de actuación y procesos de colaboración, que están en constante construcción, en la que las relaciones entre sus miembros son recíprocas e igualitarias y que permiten tener una visión de futuro común.

3.4. Objetivos del programa.

En concordancia con las necesidades detectadas por las investigaciones del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo de España; y los trabajos de Barcala, Torricelli Álvarez y Marotta (2009); Rodríguez Torrens (2005); Martínez (2008) y Benites (2010), el objetivo general del programa consiste en *crear un sistema de atención especializado en atención comunitaria de los Trastornos del Espectro Autista, integrado en la red de Servicios de Salud, del sistema educativo y de los Centros de Acción Social.*

Los objetivos específicos y su impacto son:

- a) Implementar procesos interdisciplinares de evaluación y diagnóstico, intervención, seguimiento, evolución y asesoramiento de las patologías de TEA para incrementar la eficacia sanitaria y evitar negligencias.
- b) Fomentar la prevención para reducir la incidencia de enfermedades y concienciar a la población de las mismas.
- c) Realizar acciones de capacitación a profesionales, a las familias y a la comunidad que favorezca el progreso y minimicen las dificultades que puedan presentar estos menores.
- d) Potenciar la investigación para que mejore la calidad de vida de estas personas y sus familias.
- e) Impulsar la participación y apoyo social favoreciendo la comprensión del trastorno y la aceptación de la diversidad.
- f) Construir una red comunitaria para la atención de menores con trastornos del espectro autista que favorezca la coordinación entre los profesionales de un mismo sector así como la coordinación entre los distintos sectores implicados.

La programación de objetivos operativos, estrategias e indicadores de evaluación se presenta en el cuadro 1: Estrategias del programa de atención comunitaria a menores con Trastornos del Espectro Autista. (Ver “Documentos de apoyo”, apartado 3)

3.5. Actividades.

Para lograr dichos objetivos, las acciones se articularán alrededor de las funciones que todo profesional clínico desempeña en las instituciones públicas del Sistema de Salud. Según la memoria de Salud de Luengo (2001) se recogen actividades asistenciales, de prevención y promoción, docentes, investigación, participación y coordinación.

3.5.1. Actividades asistenciales:

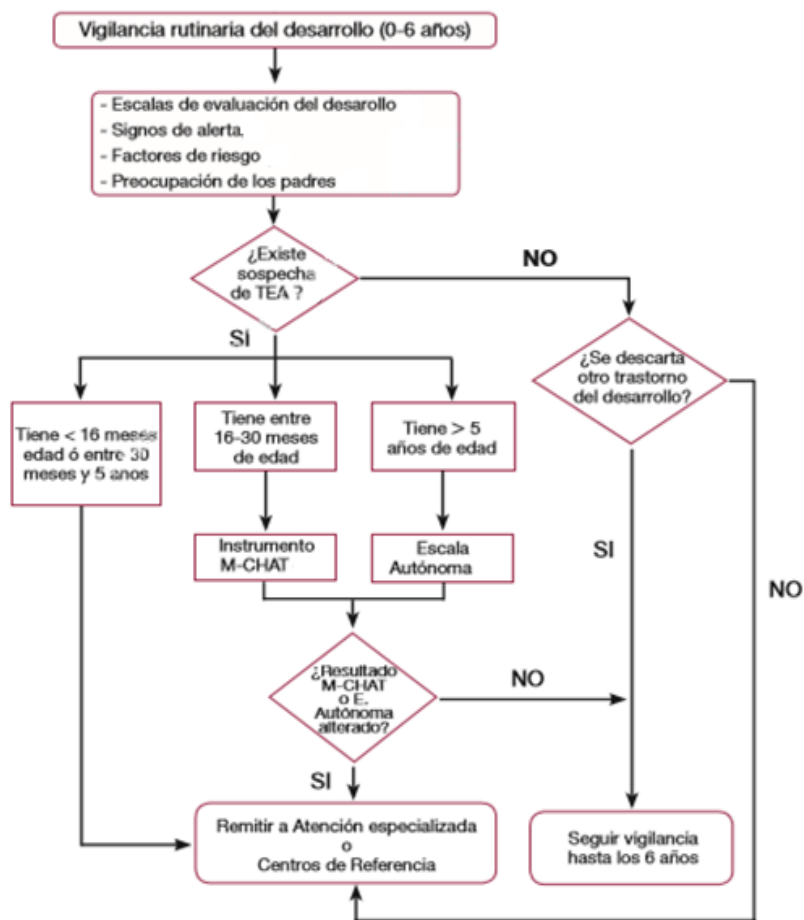
El Logopeda prestará atención directa mediante la labor asistencial que incluye actividades de evaluación y diagnóstico; intervención, seguimiento y evolución, y, asesoramiento logopédico.

- a) *Evaluación y diagnóstico de los repertorios conductuales*, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de los menores con TEA. Para ello se desarrollan cuatro actividades:
 - Recepción y análisis de la demanda.
 - Planificación de la intervención.
 - Recogida de información mediante pruebas complementarias con dos objetivos: Identificar el problema (diagnóstico); y, establecer las bases del tratamiento, sus objetivos y la línea de base que servirá para valorar la eficacia de la intervención.
 - Análisis y valoración de los datos que permita identificar el problema; determinar su gravedad y evolución; y, determinar la comorbilidad de diferentes problemas.
- b) *Intervención terapéutica*: Con la intervención el logopeda pone a disposición del paciente un conjunto de acciones dirigidas a aliviar o resolver un trastorno (comunicativo, emocional, conductual, cognitivo, etc.) previamente identificado y analizado.
- c) *Seguimiento y evolución del paciente*: Seguimiento del caso, valorando la evolución del paciente mediante encuentros esporádicos.
- d) *Asesoría e interconsulta de enlace*: Asesoramiento logopédico con evaluación, diagnóstico y tratamiento en caso necesario de pacientes de otros servicios, o en programas de enlace con el hospital, atención primaria y educación.

a) *Coordinación con otros dispositivos asistenciales:* se completa la actividad asistencial mediante la coordinación con Unidades de Neuropsicología; Unidades de rehabilitación; Atención Primaria; y otros recursos comunitarios: Educación, Servicios Sociales, Justicia, entre otros.

En el gráfico 1 se presenta un modelo de intervención frente a la sospecha de TEA.

Gráfico 1. El Algoritmo de la intervención frente a sospecha de TEA en Atención Primaria.



Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria, 2009.

Este gráfico se presenta como orientación para la labor de derivación, en caso de sospecha de TEA. Si existen indicadores necesarios para dicho trastorno, se le realizarán las pruebas pertinentes para cerciorar la propuesta. Estas pruebas deben ser realizadas por un profesional experto (logopeda/psicólogo) al que será remitida la familia por parte del médico/pediatra habitual. Finalmente si los resultados obtenidos de las pruebas confirman el

diagnóstico, se remitirá al sujeto a un centro de atención especializada donde le proporcionarán la ayuda necesaria para que su evolución sea favorable.

3.5.2. Actividades de Promoción y prevención del TEA.

Bajo este epígrafe se recoge el trabajo de intervención comunitaria. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en: a) Fomentar y promover hábitos de salud en la población, elaborando estrategias para incrementar el nivel de conocimientos de la población, favoreciendo la accesibilidad a los instrumentos preventivos; b) dar a conocer los recursos humanos y materiales para la prevención primaria, secundaria y terciaria; y, c) Participar en programas de Investigación relacionados con el TEA y su epidemiología.

3.5.3. Actividades docentes.

En el programa se presenta la autoformación y formación de los propios profesionales que integran el equipo de intervención en TEA que tiene como objetivo la optimización de la calidad de las intervenciones. Esta se realizará mediante: sesiones clínicas, seminarios, cursos; supervisión de actividad asistencial; fomento de la participación; y, elaboración de una Memoria anual de actividades docentes, entre otras.

3.5.4. Actividades de investigación.

La actividad investigadora responde a la necesidad de participación en la investigación científica en colaboración con otras instituciones. Esta actividad se debe realizar a partir de dos líneas fundamentales: a) Investigación básica en relación al trastorno; y, b) investigación clínica: supone la vinculación de la actividad asistencial con el estudio científico, que nos permite obtener nuevos conocimientos sobre el TEA, para la optimización de la atención.

3.5.5. Actividades de Participación en la organización.

Los modelos comunitarios basan su eficacia en dos variables: la participación y el apoyo social. Por tanto el modelo que estamos diseñando debe dinamizar procesos de participación interna y externa.

- a) La participación interna se apoyará en tres tipos de actividades: colaboración en la elaboración de las normas y procedimientos de regulación del funcionamiento de los Servicios; la colaboración en la elaboración de los objetivos de trabajo y planificación de actividades; y, la asistencia a reuniones de equipo.
- b) Participación en actividades externas al Servicio mediante el trabajo en: diferentes comisiones en la Institución (técnico-asistencial, calidad, docencia, bio-ética, etc.);

coordinación con atención primaria y especializada; y participación en asociaciones comunitarias.

3.5.6. Actividades de coordinación.

“Es evidente que la atención al autismo se favorece grandemente con la intersectorialidad, y los organismos más implicados en este problema médico social son: Salud, Educación y Seguridad Social”. “Los conocimientos de las personas implicadas en la intersectorialidad son escasos, porque esta es una enfermedad poco frecuente, poco divulgada y no existen indicaciones nacionales ni locales para desarrollar esta atención con el enfoque integral.” (Águila y Pozo, 2010: 300)

“El abordaje interdisciplinario se basa en la complejidad que suponen los problemas de padecimiento subjetivo que no son abordables desde un campo disciplinario específico, dado que se presentan como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Barcala et. al, 2009: 288)

“El abordaje en red constituye una modalidad de intervención que permite dar mejor respuesta frente a la complejidad, ya que supone tomar en cuenta no solo toda la trama de relaciones que se han establecido en una situación, sino también la necesaria articulación entre los actores que intervienen. En tanto aborda al sujeto y su contexto, permite una respuesta más abarcativa e integral, evitando que los niños/as y las familias que consultan transiten por un “laberinto de servicios” aumentando así su padecimiento subjetivo”. (Barcala et. al, 2009: 288)

Para conjugar las distintas dimensiones y recursos, en el programa que presentamos se propone, al menos, una coordinación asistencial e intersectorial.

a) Coordinación asistencial:

La coordinación asistencial debe ser una prioridad en todo sistema de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. Una propuesta de objetivos para la coordinación asistencial en la atención a menores con TEA es la siguiente:

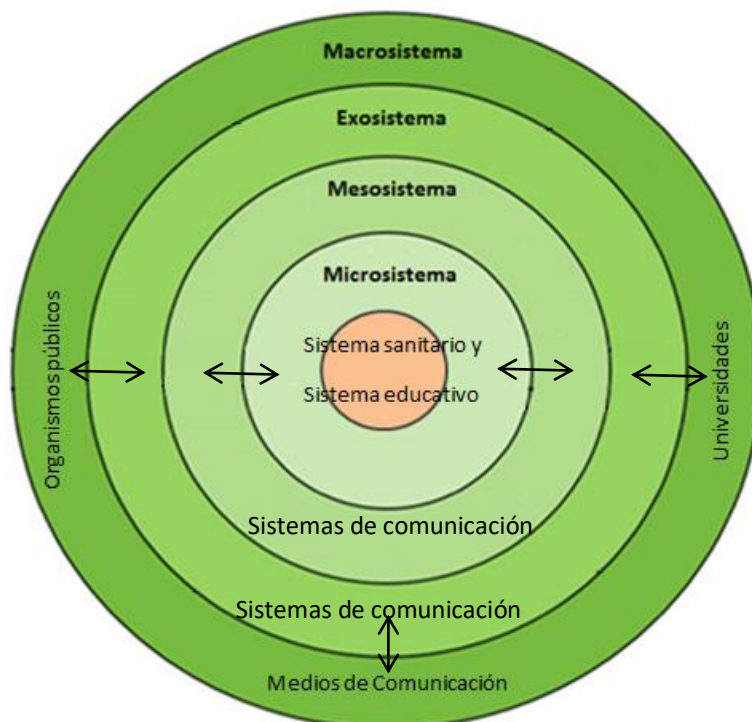
- Definir de forma clara las responsabilidades y el ámbito de trabajo de los distintos profesionales, evitando el intrusismo laboral y negligencias.
- Tener acceso por parte del paciente a una segunda opinión dentro del Servicio Sanitario.

- Proporcionar la formación necesaria a los profesionales para transmitir la información precisa al paciente o familiares en cada momento.
- Evitar las recomendaciones de marcas farmacéuticas por convenio o beneficio, en lugar de aconsejarlo prioritariamente por su calidad, fiabilidad y validez.
- Motivar al funcionario sanitario evitando crisis de estatus que puede provocar esta situación.
- Reducir la presión del profesional que provoca la creciente demanda generando más puestos sanitarios.
- Facilitar la comunicación y establecer estrategias conjuntas de actuación entre los dos niveles asistenciales: primario y especializado.
- Promover una utilización adecuada de los recursos materiales.

b) *Coordinación intersectorial:*

La coordinación entre las diferentes redes de atención será un elemento clave para ofrecer una atención adecuada a las necesidades de los menores diagnosticados de TEA. Desde el marco teórico que orienta este trabajo los cuatro subsistemas y elementos que los conforman deben consensuar objetivos, actuaciones, sistemas de seguimiento e indicadores de evaluación.

Gráfico 2. Algoritmo de la coordinación intersectorial frente a las intervenciones en TEA.



Los equipos que implementaran la intervención descrita en páginas anteriores, atendiendo a los cuatro subsistemas del modelo que orienta este trabajo son:

- a) *Microsistema*: sistema sanitario (logopeda, médico, psicólogo clínico) y sistema educativo.
- b) *Mesosistema*: sistemas de comunicación entre el núcleo familiar y el profesorado, el grupo de amigos y otros miembros de la familia extensa.
- c) *Exosistema*: sistemas de comunicación entre profesionales de las instituciones públicas participantes.
- d) *Macrosistema*: medios de comunicación, universidades y organismos públicos responsables de I+D que impulsen la investigación de trastorno del espectro autista.

Para que esas funciones se lleven a cabo, se plantean los siguientes objetivos:

1. Impulsar la posibilidad de participación y colaboración de varios sectores.
2. Definir las atribuciones y competencias de los agentes institucionales que participan, así como los mecanismos con los que se debe trabajar. (Ver “Documentos de apoyo”, apartado 3, tabla 4: Distribución de responsabilidades de los equipos de atención comunitaria a menores con trastornos del espectro autista)
3. Impulsar la creación de redes.
4. Establecer canales formales de comunicación entre las redes.
5. Diseñar programas de formación interdisciplinar.
6. Dotar de recursos físicos y materiales adecuados a cada sector.

3.6. Recursos tecnológicos y metodológicos.

Los recursos técnicos y metodológicos a utilizar en estos programas deben ser amplios puesto que los modelos ecológicos y comunitarios son modelos holistas que permiten la utilización de diversidad de técnicas.

- a) *Diagnostico multiaxial de los menores*. Este tipo de diagnóstico es el planteado por el DSM-IV-TR, utilizando cinco ejes para la evaluación del menor. Los tres primeros son de naturaleza categorial: el Eje I para los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica, el Eje II para trastornos de personalidad y retraso mental, y el Eje III para cualquier trastorno físico o enfermedad médica general que se presente acompañando a un trastorno mental. Los dos últimos son de naturaleza dimensional: el Eje IV para los problemas psicosociales y ambientales que

contribuyen al desarrollo o incremento del trastorno específico, y el Eje V que recoge la opinión del clínico acerca del nivel general de funcionamiento del sujeto. (Ver “Documentos de apoyo” apartado 3, doc. 1: Registro de Evaluación Multiaxial).

- b) *Observación directa* en distintos ambientes, despacho, domicilio, escuela, etc. Para conocer como familia e individuo se desarrollan en ellos. En ocasiones se llevará a cabo un registro estandarizado de conductas verbales y motoras como puede ser el “Análisis de Contingencias ABC”.
- c) *Revisión documental* de informes y cuanta aquella información escrita sobre la familia en Servicios Sociales.
- d) *Entrevista*. Utilizada indistintamente como técnica de diagnóstico o como estrategia de intervención en función del objetivo. Puede ser individual, familiar o con otros profesionales implicados en el caso. (Ver “Documentos de apoyo”, apartado 3, doc. 2: tipos de entrevista según su finalidad)
- e) *Técnicas de intervención desde el enfoque sistémico*. Consiste en mejorar el funcionamiento familiar (cohesión, flexibilidad y comunicación) a través de intervenciones en las conductas que causan los problemas y que impiden mantener el equilibrio del sistema. Una síntesis de este tipo de técnicas se presenta en la tabla, recogiendo la definición y utilización de cada uno. (Ver “Documentos de apoyo” apartado 3, doc. 3)
- f) *Técnicas estructurales*. Otra forma de abordar la intervención consiste en utilizar **las técnicas conductuales**, así podemos encontrar las prescripciones donde se asignan tareas a la persona que presenta el trastorno para modificar la conducta. Es utilizado en conductas muy instauradas que bloquean a los miembros de la unidad familiar. La prescripción paradójica en la que se asignan conductas similares a la problemática durante un tiempo determinado a la que se recurre principalmente en conflictos de pareja, miedos, obsesiones, ... o el desafío en el que se escenifica la pauta de una disfunción donde el profesional provoca la crisis de tal manera que desatascas dificultades y disfunciones en comunicación y convivencia.

Siguiendo con las técnicas de tipo conductual basadas en el análisis experimental de la conducta y en las teorías del condicionamiento clásico operante se constata que hay mucho más material con el que poder trabajar. Para tener una visión global de este tipo de técnicas se presentan organizadas en función del objetivo a conseguir. (Ver “Documentos de apoyo” apartado 3, doc. 4)

- g) *Técnicas reestructurantes*. Igualmente podemos acudir a técnicas de tipo reestructurantes donde las más destacadas son:
- g.1) Establecimiento de límites utilizada para redefinir y recolocar a los miembros de la familia en los subsistemas que les corresponden. Utilizada en los casos donde hay confusión, usurpación... de papeles familiares.
 - g.2) Desequilibrio donde se modifica la jerarquía familiar, utilizada para romper alianzas, pautas, dinámicas relacionales consideradas disfuncionales.
 - g.3) Aprendizaje de complementariedad donde enfoca los problemas y las soluciones del mismo modo se utiliza para cuestionar el planteamiento de la familia.
- h) *Técnicas cognitivas*, que consisten en la evaluación de los pensamientos y percepciones que tiene el individuo, de manera que este aprenda a cambiar aquellos puntos de vista negativos por otros más flexibles y positivos. (Ver "Documentos de apoyo" apartado 3, doc. 5).

3.7. Evaluación del Programa.

El sistema sanitario fundamenta la calidad integral de sus programas en la humanización de la atención y la equidad entre necesidades, recursos y prestaciones para alcanzar la excelencia de la calidad percibida por los usuarios de los servicios sanitarios. El Logopeda, como miembro un equipo de trabajo puede contribuir a la calidad colaborando en el diseño, implementación y evaluación de los programas de calidad cuyo objetivo sea la optimización y la mejora.

Para lograr esa calidad, la Evaluación de Programas supone un cuerpo de conocimientos teóricos y metodológicos así como un conjunto de habilidades aplicadas. Se podría decir que en evaluación de programas, teoría, metodología y recursos prácticos (o habilidades) forman un conjunto difícilmente divisible (*Fernández-Ballesteros, 1995*). Desde este marco conceptual, la formación de todo el quipo en encon conepto, métodos y técnicas de evaluación contribuirá a fortalecer la actitud cientiífca y los procesos de participación.

La importancia del tema, nos obligaría a un desarrollo detallado de los componentes de la evaluación, los tipos de evaluación en función del objeto de análisis, sus funciones, las personas implicadas en la evaluación, así como, los potenciales obstáculos de las personas participantes. La economía de espacio nos obliga a renunciar a ello.

La evaluación será realizada en función de los objetivos que el equipo se haya propuesto alcanzar y deberá evaluar las actividades realizadas para la consecución de dichos objetivos, analizando el grado de correspondencia entre ambos. Algunos indicadores de esa tarea se presentan en el Cuadro 1: Estrategias del programa de atención comunitaria a menores con Trastornos del Espectro Autista” del apartado 3 de los “Documentos de Apoyo”.

4. CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TABAJO.

El inicio de este trabajo estuvo orientado por el interrogante: *¿qué capacidades podrían lograr estos menores, si la intervención se realizase de una manera integradora y se pudieran abarcar todos los ámbitos que forman parte de la vida de un menor?*

La pregunta orientó una revisión teórica que nos permitiera construir un escenario integrador de todos los problemas que presenta el menor con TEA. El problema se presentaba complejo y para alcanzar los criterios de objetividad que todo método científico exige acotamos las capacidades que pueden tener su origen en el aislamiento social, en las dificultades de interacción en el subsistema familiar, en las creencias falsa sobre las causas de aparición, en las repercusiones negativas de los medio de comunicación y en la escasez de recursos clínicos y educativos que el menor necesita.

El resultado ha sido el diseño de un programa en red que persigue la intervención sistémica (directa e indirecta) sobre el menor y sus contextos de desarrollo en aquellas dimensiones que mejoren sus capacidades de interacción social.

El programa se apoya en una revisión del concepto de autismo, en diversos programas de intervención en menores con TEA y, en la comprensión del trastorno desde una perspectiva de salud integral.

Del Análisis de contenido del concepto “Trastorno del Espectro del Autismo”, se lograron identificar las capacidades que según diversos autores aparecen alteradas y por tanto serán objeto de intervención.

Del análisis de los distintos programas de intervención el hallazgo del diagnóstico multiaxial ha resultado de gran relevancia para alcanzar diagnósticos integrales. El modelo recomendable en salud y de forma particular en este trastorno, es el modelo presentado por Bronfenbrenner, que abarca todos los contextos que pueden influir de una u otra manera en un individuo, tanto negativamente como positivamente, siendo conscientes de que se deben realizar cambios en todos ellos.

En cuanto a la *revisión de los modelos de salud* nos situamos en los modelos comunitarios ecológicos que se apoyan en la importancia de la participación y la coordinación asistencial e intersectorial para colaborar de manera conjunta favoreciendo el progreso del sujeto.

De todo ello podemos presumir que una intervención desde modelos comunitarios optimizará todos los recursos disponibles y contribuirá al desarrollo de sinergias, mejora de capacidades y calidad de vida, y a una mayor comprensión y aceptación de la diversidad por parte de la sociedad actual.

Por último, es importante tener en cuenta que la propuesta presentada es susceptible de cambio a raíz de nuevas investigaciones que actualicen las realizadas hasta la fecha. Un aspecto a destacar, es que muchos de los objetivos que se plantean dependen de la disponibilidad o no de recursos económicos.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila D.R. y Pozo N. P. (2010). Propuesta para mejorar la atención a niños y adolescentes autistas. *Medicentro Electrónica*, 14 (4)
- Amar, J., Abello, R., & Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte.*, 107-121.
- Association, T. C. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual : Mental Disorders*. Washington.
- Association, T. C. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II)*. Washington.
- Association, T. C. (1980). *Diagnostic and Statitital Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington.
- Barcala , A., Torricelli , F., Álvarez, P., & Marotta , J. (2009). Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario. *Vertex. Rev. Arg. de Psiquiat*, Vol. XX, 282 - 292.
- Benites, L. (2010) Autismo, familia y calidad de vida. "Cultura: revista de la asociación de docentes de la USMP" N° 24, 1-20; LIMA.
- Bettelheim, B. (2001). *La fortaleza vacía : autismo infantil y el nacimiento del yo*. Barcelona: Paidós.
- Ceitlin, J., & Gómez, T. (1997). *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo*. Madrid: SemFYC.
- Clausó, A. (1993). Análisis documental: el análisis formal. *Revista General de Información y documentación*.
- Crua, F., & Barceló, T. (2005). Trabajo en red entre ámbitos educativos y sociales, una opción responsable. *Revista de Educación Social*.
- Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*.
- Fernández-Ballesteros, R. (1995). *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Luengo, T. (2001). Memoria de Psicólogos de Atención Primaria dependientes del INSALUD. Orden de 4 de Diciembre de 2001. Documento Policopiado.
- Mardomingo Sanz, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz de Santos.

- Martínez, M. A., Bilbao, M. C., (2008). "Acercamiento a la realidad de las familias de personas con autismo" en *Psychosocial Intervention*, vol. 17, núm, 2. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid
- Martínez, M. D. (2009). Orientación familiar. Contextos, evaluación e intervención. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*.
- OMS (1978). "Atención primaria de salud". Alma Ata. *Salud para todos*, núm.1
- Programa Verifica/ANECA. (2005). Libro Blanco. Título de Grado en Logopedia.
- Psiquiatría, A. A. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*.
- Psiquiatría, A. A. (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV TR)*.
- Psiquiatría, A. A. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)*. Arlington: Panamericana.
- Rodríguez Torrens, E. (2005). La necesidad de considerar a la familia de las personas con trastornos del espectro autista (TEA) en el diseño de los servicios. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*.
- Salud, O. P. (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 10)*. Washington.
- Social, M. d. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. *Guías de Práctica Clínica en el SNS*.
- Torrice , E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., & López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *anales de psicología*, págs. 45-59.
- Torroja, M. S. (2003). Atención comunitaria y promoción de salud: la atención primaria en una encrucijada. *Revista Clínica Electronica en Atención Primaria*.
- Vera, J. L. (2010). El modelo comunitario de atención a la salud mental "continente y contenido". En *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* (págs. 205-224).
- Wing, L. (1996). *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*. Barcelona: Paidós.

*Documentos de
Apoyo*

APARTADO 2:
**ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-
TEÓRICOS.**

Tabla 1: Análisis de contenido del concepto de “Trastorno del espectro del autismo” en cinco de los autores revisados.

| Items Autor (Año) | CI bajo | Deterioro persistente de la comunicación e interacción social | Esterotipias verbales y motoras | Restricción y repetición de: conducta, actividades e intereses. | Inflexibilidad ante rutinas | Anomalías en el contacto visual y las emociones | Presentes desde la primera infancia | Limitación en la vida cotidiana | Alucinaciones e ilusiones | Epilepsia | Inversión pronominal | Hiperactividad | Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales | Juego alterado |
|-------------------------------|------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|------------------------------|-----------|-------------------------|----------------|--|-------------------|
| Eugene Bleuler (1912) | | x | | x | | x | | | x | | | | x | |
| Leo Kanner (1943) | | x | x | x | x | x | x | | | | x | | x | x |
| Bruno Bettelheim (1967) | | x | x | x | x | x | x | | | | | | x | x |
| Michael Rutter (1978) | x | x | | | x | | x | | | | | | | x |
| Lorna Wing (1988) | | x | | x | | | | | | | | | | x |
| Paul Riviere (1997) | | x | | x | x | | | | | | | | | x |

Nota: (1) Se diferencian los ítems “Inflexibilidad ante rutinas” y “Limitación en la vida cotidiana” ya que aunque lo más probable es que sucedan simultáneamente, porque la segunda es consecuencia de la primera, no siempre esto es así. (2) Varios documentos hacen referencia a la acción de completar estructuras del juego de bloques o realizar acciones repetidas con juguetes, por lo que se ha englobado todo ello en la categoría de “juego alterado”.

Tabla 2: Análisis de contenido del concepto de “Trastorno del espectro del autismo” en los manuales diagnósticos DSM y CIE-10.

| Items Autor (Año) | CI bajo | Deterioro persistente de la comunicación e interacción social | Esterotipias verbales y motoras | Restricción y repetición de: conducta, actividades e intereses. | Inflexibilidad ante rutinas | Anomalías en el contacto visual y las emociones | Presentes desde la primera infancia | Limitación en la vida cotidiana | Alucinaciones e ilusiones | Epilepsia | Inversión pronominal | Hiperactividad | Hiper- o hiporreactividad a estímulos sensoriales | Juego alterado |
|-------------------------|------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------|---|--|---------------------------------------|------------------------------|-----------|-------------------------|----------------|--|-------------------|
| DSM (1952) | | x | | x | | x | | | x | | | | | |
| DSM II (1968) | x | | | x | | x | x | | | | | | x | |
| DSM III (1980) | x | x | x | x | | x | x | x | | x | x | | x | x |
| DSM IV (1995) | x | x | x | x | x | x | x | | | | | x | | x |
| DSM IV TR (2001) | | x | x | x | x | x | x | | | | | | | x |
| CIE-10 (2003) | | x | x | x | | | | | | | | | | |
| DSM V (2014) | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | | x | x | x |

APARTADO 3:
**UNA PROPUESTA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESDE MODELOS
COMUNITARIOS**

Cuadro 1: Estrategias del programa de atención comunitaria a menores con Trastornos del Espectro Autista.

| Objetivos específicos | Estrategias | Objetivos operativos | Indicadores de evaluación |
|---|--|--|--|
| Implementar procesos interdisciplinarios de evaluación y diagnóstico, intervención, seguimiento, evolución y asesoramiento de las patologías de TEA para incrementar la eficacia sanitaria y evitar negligencias. | Facilitar el acceso de la población al profesional de logopedia creando más puestos de trabajo públicos. | Facilitar recursos materiales y físicos para la atención de personas con necesidades específicas. | Necesidades de la población con patologías susceptibles de tratamiento logopédico. |
| Fomentar la prevención para reducir la incidencia de enfermedades y concienciar a la población de las mismas. | Realizar charlas y conferencias para todo tipo de población. | Facilitar a la sociedad el acceso a instrumentos preventivos, y el conocimiento de factores de riesgo para la salud. | Factores de riesgo. |
| Realizar acciones de capacitación a profesionales, a las familias y a la comunidad. | Ofrecer cursos de formación y escuelas para padres y familiares. | Proporcionar conocimiento del trastorno, sus características y cómo actuar ante determinadas situaciones. | Nivel de conocimiento de asistencia a estos menores. |
| Potenciar la investigación. | Optimizar recursos y ampliar los equipos de I+D. | Descubrir nuevos tratamientos cada vez más eficaces. | Número de publicaciones, rendimiento, bases de datos, citas, factor de impacto, editoriales... |
| Construir una red comunitaria para la atención de menores con trastornos del espectro autista. | Favorecer la coordinación asistencial e intersectorial. | Crear sistemas de comunicación entre todos los profesionales que trabajen con el menor. | Atención necesaria e impacto en el individuo y su entorno. |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4: Distribución de responsabilidades de los equipos de atención comunitaria a menores con trastornos del espectro autista.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluación y diagnóstico multiaxial | | x | | x | | | |
| Identificación y evaluación de factores de riesgo | | x | x | x | x | x | |
| Atención Clínica según demanda y situación crítica | | x | x | | | | |
| Control y seguimiento de pacientes y sus familias | | x | x | x | x | | |
| Estimulación de la capacidad de simbolización y funcionalidad del juego | | x | | | | | |
| Información, orientación y apoyo en situaciones de desconocimiento | | x | x | x | x | | x |
| Atención a los desajustes sociales y necesidades en este ámbito | | | | | | x | |
| Evaluación psicopedagógica | | | | | x | | |
| Asesoramiento sobre ayudas económicas y recursos materiales | | | | | | x | x |
| Desarrollo de habilidades comunicativas, proporcionando un sistema de comunicación | | x | | | | | |
| Realización de trámites sanitarios | x | | x | | | | |
| Entrenamiento de habilidades de socialización e interacción | | x | | | | x | x |
| Promoción de integración entre iguales | | x | | | x | x | x |
| Diseño y desarrollo del programa educativo pertinente | | x | | | x | | |
| Valoración y seguimiento del tratamiento farmacológico | | | x | | | | |

Nota: (1) Ayudantes Técnicos Sanitarios (2) Logopeda; (3) Médico; (4) Psicólogo clínico; (5) Profesionales del ámbito educativo: educadores sociales, maestros y maestras de educación especial; psicólogos educativos; psicopedagogos, etc; (6) Profesionales de los Servicios Sociales: Trabajadores Sociales,...etc. (7) Asociaciones y ONGs.

Fuente: elaboración propia.

Documento 1: Registro de evaluación multiaxial.

El siguiente formulario se presenta como un posible procesamiento para informar acerca de evaluaciones multiaxiales. En algunos centros este formulario puede utilizarse exactamente tal como aquí se presenta; en otros el formulario puede adaptarse para satisfacer sus necesidades especiales.

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

| Código diagnóstico | Nombre DSM-IV |
|--------------------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje II: Trastornos de la personalidad

Retraso mental

| Código diagnóstico | Nombre DSM-IV |
|--------------------|---------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje III: Enfermedades médicas

| Código o CIE-9-MC | Nombre CIE-10 o CIE-9-MC |
|-------------------|--------------------------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

- Problemas relativos al grupo primario** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al ambiente social** *Especificar:* _____
- Problemas relacionados con la enseñanza** *Especificar:* _____
- Problemas laborales** *Especificar:* _____
- Problemas de vivienda** *Especificar:* _____
- Problemas económicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos al acceso a los servicios médicos** *Especificar:* _____
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen** *Especificar:* _____
- Otros problemas psicosociales y ambientales** *Especificar:* _____

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global **Puntuación:** _____

Período de tiempo: _____

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM –IV), 1995.

Documento 2. Tipos de entrevista según su finalidad.

| Criterio de clasificación | Finalidad |
|----------------------------------|--|
| Estructurada | En función del grado de seguimiento de un esquema previamente establecido y secuenciado por el entrevistador, o bien la ausencia de esquema. |
| Semiestructurada | |
| No estructurada | |
| De diagnóstico | Recoge información para la identificación, diagnóstico y evaluación del problema. |
| Terapéutica | Previene o soluciona problemas. |
| De orientación | Clarificación y toma de decisiones. |
| De planificación | Formulación de objetivos. |
| Humanista | Eficaz para la solución de problemas a través de la introspección y el autoconocimiento. |
| Cognitivo-conductual | Carácter eminentemente diagnóstico, aunque también se usa en intervención. |
| Sistémica | Obtención de datos sobre los que diseñar los planes. |

Fuente: elaboración propia a partir de los apuntes de la asignatura de “Psicología de la familia”.

Documento 3: Técnicas de recogida de datos desde el enfoque sistémico.

| Denominación | Definición | Utilización |
|-----------------------------|--|---|
| Genograma | Recoge la información sobre los miembros de la familia y su dinámica relacional. | Estrategia que describe los vínculos y relaciones familiares. |
| Entrevista sistémica | Se centra en el individuo y el sistema al que pertenece. | Establecimiento de hipótesis de la familia desde una perspectiva circular. |
| Entrevista constructivista | Reconoce a la familia la capacidad de autorregularse, autocorregirse y generar soluciones. | Conocer los recursos de la familia desde su punto de vista. |
| Redefinición / Encuadre | Devuelve a la familia el problema desde el punto de vista de soluciones. | Que puedan ver el punto de vista del otro. |
| Connotación positiva | Se redefine el problema en términos positivos. | Busca la cohesión familiar. |
| Esculturas | Representación metafórica de las relaciones familiares. | Expresión de sentimientos complejos y relajación de la carga emocional. |
| Pregunta circular | Recaba información sobre las dinámicas de convivencia y comunicación de varios miembros. | Para construir la hipótesis del problema y para la información secuenciada de hechos. |
| Metáfora | Devolver a la familia el problema, expresado de forma más sencilla. | En situaciones de conflicto, manipulaciones, ... |
| Modificación de constructos | Plantea a la familia el problema una visión diferente del problema. | En problemas de disciplina, normas y /o creencias que generan problemas. |

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez, Álvarez y Fernández (2009).

Documento 4: Técnicas conductuales de intervención.

| Enseñar – aprender conductas | Incrementar conductas | Mantener y generalizar conductas | Reducir y extinguir conductas |
|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Modificación del ambiente físico. - Comunicación verbal positiva. - Instigación verbal. - Modelado. - Moldeamiento. - Entrenamiento en generalización. | <ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento positivo. - Reforzamiento negativo. - Principio de Premack. - Contrato de contingencias. | <ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento intermitente. | <ul style="list-style-type: none"> - Reforzamiento de conductas alternativas. - Costo de respuesta. - Economía de fichas. - Sobrecorrección. - Castigo. |

Fuente: elaboración propia a partir de Martínez, Álvarez y Fernández (2009)

Documento 5: Técnicas cognitivas de intervención.

| Técnica | Definición | Utilización |
|----------------|---|--|
| Autorregistro | Técnica de evaluación y de intervención donde el individuo evalúa su propia conducta. | Con personas impulsivas, hiperactivas, ...y con bajo nivel motivacional. |
| Autoevaluación | Valoración que la persona hace de su propia conducta. | Conductas de desobediencia, malos tratos verbales, ... |
| Autorrefuerzo | Es la propia persona la que se administra el refuerzo. | Tratamiento de conductas disruptivas de tipo académico, familiar y social y para mantener conductas adaptativas. |

Fuente: elaboración propia.