



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



Facultad de ciencias de la salud



Grado de Logopedia

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE LOGOPEDIA

**“BASES DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN NIÑOS
CON TEA: DESARROLLO DE CONDUCTAS
COMUNICATIVAS PREVERBALES”**

Valladolid 1 de Septiembre de 2014

Autor: DÑA. MARIA TERESA RAMASCO JORRÍN

Tutor: DÑA. TERESA CORTÉS SAN RUFINO

RESUMEN: “Bases de un programa de intervención en niños con TEA: desarrollo de conductas comunicativas preverbales”.

Es evidente el aumento de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) en los últimos años. Este hecho ha favorecido una mayor conciencia social y la demanda de servicios de atención temprana y especializada.

De forma paralela a esta realidad, ha surgido la necesidad de determinar cuáles son los procedimientos de detección y diagnóstico más apropiados, pero sobre todo, de identificar aquellos tratamientos más efectivos en el TEA.

Es indiscutible que la detección precoz y la intervención temprana van a mejorar el pronóstico de los niños con TEA, pero debemos contar con una información actualizada y sintetizada sobre los tratamientos más adecuados que favorecen el desarrollo de habilidades comunicativas y de interacción social en la edad temprana.

En este trabajo se hace una revisión de diferentes artículos y publicaciones sobre las características principales que deben tener los programas de atención temprana en TEA y se establecen unas bases de intervención generales. Por otro lado, se analizan determinados programas de intervención con el objetivo de destacar su influencia en el desarrollo de conductas comunicativas preverbales, las cuales son determinantes para el desarrollo posterior del lenguaje.

Palabras clave: Trastorno del espectro autista, atención temprana, bases de intervención, programas de intervención, conductas comunicativas preverbales.

ABSTRACT: "Bases of an intervention program for children with ASD: development of preverbal communication behaviors."

Raising children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in recent years is evident. This has led to greater social awareness and demand for early and specialized care.

Parallel to this fact, it has become necessary to determine what methods of detection and diagnosis are more appropriate, but especially identify those most effective treatments in ASD.

It is undisputed that early detection and early intervention will improve the prognosis of children with ASD, but we have an updated and synthesized information on the most appropriate treatments that favor the development of communication skills and social interaction in early.

In this paper a review of several articles and publications on the main features that should have early intervention programs in TEA and a foundation of general intervention is established. Moreover, some intervention programs are discussed in order to highlight its influence on the development of preverbal communication behaviors, which are crucial for the further development of language.

Key words: Autism spectrum disorder, early intervention, bases intervention, intervention programs, preverbal communication behaviors.

INDICE

1. Justificación Teórica	4
1.1. El trastorno del espectro autista	4
1.2. Las conductas comunicativas preverbales	9
1.3. Atención temprana y programas de intervención	11
1.4. Conclusión justificativa	13
2. Objetivos	14
3. Metodología	15
3.1. Diseño del estudio de investigación	15
3.2. Obtención de datos	16
4. Resultados obtenidos e interpretación	17
4.1. Análisis de las características de los programas de intervención temprana en los TEA.	17
4.2. Análisis de programas específicos de intervención psicoeducativa en TEA.	22
5. Conclusiones	30
6. Bibliografía	32
7. Agradecimientos	35
8. Anexo 1	36

1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

1.1. El trastorno del espectro autista (TEA)

El concepto de “autismo” ha sufrido muchas variaciones lo largo de los años, desde que fue definido por Kanner (citado por Martos¹) en 1943 como una alteración del contacto afectivo de origen biológico, hasta la actualidad en que se usa el término de “trastorno del espectro autista” (TEA) para describir un cuadro clínico con una gran variabilidad de manifestaciones clínicas y heterogeneidad en la población infantil que lo presenta.

La presencia de “una alteración profunda en la comunicación y la interacción social”, es la principal manifestación señalada y consensuada por los diferentes investigadores a lo largo de los años.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR², el trastorno autista se encuadraba dentro de los “Trastornos Generalizados del Desarrollo” (TGD) junto con otras cuatro categorías diagnósticas (trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo Infantil, Trastorno de Asperger, Trastorno Generalizado de Desarrollo no especificado).

En el reciente Manual DSM-V³, desaparecen los Trastornos generalizados del desarrollo como tales y, se incluye el “Trastorno del Espectro Autista” como categoría única dentro del grupo de los Trastornos del Neurodesarrollo, con diferentes niveles de gravedad en el ámbito de la interacción social y de las conductas limitadas y repetitivas. (ANEXO 1. Criterios diagnósticos – DSM-V, traducidos al castellano por Rubén Palomo⁴).

Siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-V³, el autismo se puede definir como un “trastorno del neurodesarrollo caracterizado por déficits persistentes en comunicación e interacción social y patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses”.

Según un informe publicado por el Centro para el Control y la prevención de Enfermedades de EE.UU⁵, la prevalencia de TEA ha aumentado un 30% entre 2008 y 2010. Se estima que 1 de cada 68 niños estadounidenses menores de 8 años (1/42 niños y 1/189 niñas), ha sido identificado con un TEA.

En cuanto a la etiología, Martos¹ dice que las hipótesis actuales más relevantes mantienen el origen biológico, y señalan como causa del trastorno factores genéticos que ocasionan anomalías en el funcionamiento cerebral comparándolo con el desarrollo normal.

Actualmente se está investigando la identificación de biomarcadores antes de la aparición de TEA. Por el momento, al no existir marcadores biológicos de TEA, la detección y el diagnóstico precoz se realiza en base a las manifestaciones clínicas.

Es por ello que, conocer y vigilar el desarrollo del niño pequeño, es fundamental para la identificación de conductas y rasgos característicos de TEA, lo cual va a favorecer el diagnóstico y la intervención precoz.

En la tabla 1, tomada de Rivière⁶ (adaptado de Gillberg y Peeters), se muestra el desarrollo temprano del lenguaje y la comunicación en el autismo con respecto al desarrollo normal.

Tabla 1. Lenguaje y comunicación en el desarrollo normal y fases tempranas del autismo

Edad (meses)	Desarrollo normal	Desarrollo autista
2	Gorjeo. Sonidos vocálicos	
6	“Conversaciones” vocales: con turnos en posición frente a frente. Primeros sonidos consonánticos	Llanto difícil de interpretar
8	Balbuceo con variaciones de entonación. Incluyendo “entonación interrogativa”. Sílabas repetitivas (ba-ba-ba, ma-ma-ma). Primeros gestos de señalar.	Balbuceo limitado o raro. No se imitan sonidos, gestos o expresiones.
12	Primeras palabras. Jerga con entonación de oración. Lenguaje usado sobre todo para comentar. Juego vocal. Uso de gestos y vocalizaciones para obtener atención, mostrar objetos y hacer preguntas.	Pueden aparecer las primeras palabras, pero con frecuencia carecen de sentido comunicativo. Llanto intenso, frecuente, que sigue siendo difícil de interpretar.
18	Vocabulario de 3 a 50 palabras. Primeras oraciones. “Sobreextensión” del significado. El lenguaje se usa para comentar, pedir y obtener atención. Imitaciones frecuentes de lenguaje.	
24	Se combinan de 3 a 5 palabras en “frases telegráficas”. Preguntas simples. Empleo de demostrativos, acompañados de gestos ostensivos. Pueden llamarse por el nombre más que con el “yo”. A veces, breve inversión de pronombres. No se sostienen temas. El lenguaje se centra en el “aquí y ahora”.	Si las hay, menos de 15 palabras. A veces, las palabras “se pierden”. No desarrollan gestos. Limitación en gestos de señalar, si existen.
36	Vocabulario de más de 1000 palabras. La mayoría de los morfemas gramaticales se dominan (plurales, pasado, preposiciones). Las imitaciones son infrecuentes a esta edad. El lenguaje se emplea cada vez más para hablar de lo no presente. Hay muchas preguntas, con objetivos de mantener interacción más frecuentes que de obtener información.	Las oraciones son raras. Muchas ecolalias, pero poco lenguaje creativo. Pobre articulación en la mitad de los hablantes. La mitad o más de los niños con autismo no tienen lenguaje a esta edad.

Canal et al.⁷, recogen los signos precoces del autismo más comúnmente citados en los estudios, algunos de los cuales se pueden identificar antes de los 12 meses de edad. Se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2. Signos tempranos del autismo - Canal et al., 2006.

Alteraciones en el desarrollo de la interacción social, la respuesta emocional y el juego

- Falta de sonrisa social. *
- Falta de interés en juegos de interacción social como el "cucú-tras." *
- Escaso interés en otros niños (los ignora o evita, no imita sus juegos).
- No responde cuando se le llama por su nombre.*
- Falta de interés por juguetes o formas repetitivas de juego con objetos (Ej. alinearlos, abrir/cerrar el juguete, etc.).*
- Escasez de expresiones emocionales acompañadas de contacto ocular asociadas a situaciones específicas.
- Ausencia de imitación espontánea.*

Retraso o anomalías en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje

- Dificultad para dirigir su mirada en la misma dirección en que mira otra persona.*
- No mira hacia donde otros señalan.*
- Ausencia de atención conjunta (no alterna la mirada entre un objeto y el adulto).*
- Ausencia de gestos comunicativos (apenas señala para pedir, no señala para mostrar interés por algo, no dice adiós con la mano).*
- Ausencia de balbuceo social/comunicativo como si conversara con el adulto (en el marco de juegos de imitación por ejemplo).*
- Ausencia de juego funcional o simbólico (Ej. dar de comer, bañar o vestir muñecos).
- Ausencia de palabras o de frases simples.
- Regresión en el uso de palabras o frases y en la implicación social.

Intereses restringidos y movimientos repetitivos

- Ausencia o escasa exploración visual activa del entorno.
- Tendencia a fijarse visualmente a ciertos estímulos u objetos (Ej. luces).
- Tendencia a sub- o sobre-reaccionar a sonidos u otras formas de estimulación ambiental (Ej. busca ciertos estímulos o se cubre los oídos ante sonidos que no son muy fuertes).
- Movimientos repetitivos o posturas del cuerpo, brazos, manos o dedos.
- Tono muscular, postura y patrones de movimientos anormales.*

*Signos que pueden estar presentes antes de los 12 meses.

Ante la presencia de signos de alarma tempranos, se debe realizar una detección más específica a través de herramientas de cribado (M-CHAT, CSBS,...) para detectar de manera rápida la presencia o no de alteraciones sociales y comunicativas en niños menores de 2 años, pero no permiten establecer un diagnóstico

La guía de buena práctica para la detección de los TEA⁸, considera que los instrumentos de cribado del autismo se deben utilizar de forma rutinaria en los controles pediátricos de los 18 y 24 meses, o siempre que existan señales de alarma.

En la práctica, establecer el diagnóstico específico de TEA de forma precoz tiene sus limitaciones y riesgos, debido principalmente a la variabilidad del desarrollo neuroevolutivo en las edades tempranas y a la existencia de otros cuadros clínicos que pueden tener asociados síntomas parecidos a los descritos en los TEA. Por este motivo, muchas veces el diagnóstico clínico se retrasa hasta poder confirmar con garantías que las manifestaciones detectadas se mantienen con el paso del tiempo. Las investigaciones actuales confirman que, a la edad de 2 años, con una evaluación clínica adecuada, ya se puede realizar un diagnóstico de TEA estable y fiable⁹, aunque la mayor diferenciación diagnóstica se produce a los 3 años¹.

A pesar de estas dificultades, la identificación de marcadores psicológicos tempranos, junto con una adecuada coordinación entre diferentes profesionales y ámbitos de actuación (sanitario, atención temprana, educativo...), permitirá establecer un diagnóstico funcional basado en las dificultades de interacción y comunicación ya existentes, que pongan en marcha el plan de intervención inicial dirigido a tratar las alteraciones tempranas, a mejorar el desarrollo global del niño y a responder a las necesidades familiares.

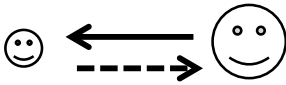
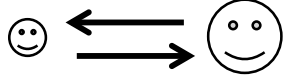
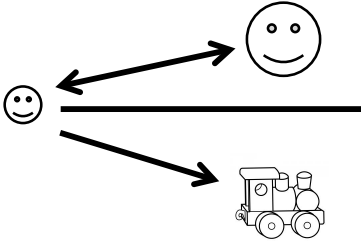
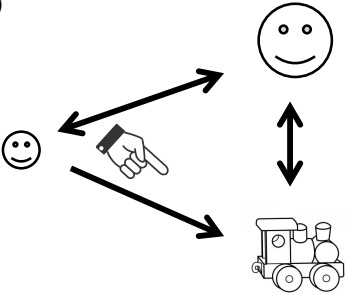
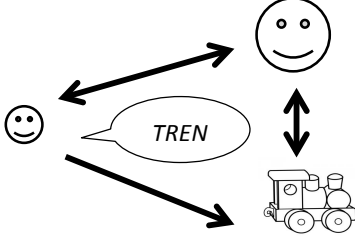
La aparición de estos indicadores tempranos, muchos de los cuales son conductas comunicativas preverbales, influyen de manera directa en el desarrollo posterior del lenguaje.

1.2. Las conductas comunicativas preverbales

Antes de la aparición de las primeras palabras, los niños con un desarrollo normalizado establecen interacciones con su entorno próximo y manifiestan conductas comunicativas tempranas que aparecen de forma gradual y van a ser precursoras del desarrollo posterior del lenguaje. A esto se le llama comunicación prelingüística o preverbal.

En la tabla 3, se muestran los estadios en el desarrollo de la interacción y comunicación según Schaffer¹⁰.

Tabla 3. Estadios del desarrollo de la interacción y comunicación.

<p>ESTADIO 1 (0-2 MESES)</p> <p>Predisposiciones automáticas para la interacción con los adultos.</p>	
<p>ESTADIO 2 (2-5 MESES)</p> <p>Interés activo por las personas Juegos cara a cara Miradas mutuas</p>	
<p>ESTADIO 3 (5-8 MESES)</p> <p>Interés por las personas Interés por las cosas Incapacidad para coordinar cosas y personas</p>	
<p>ESTADIO 4 (8-18 MESES)</p> <p>Coordinación de objetos y personas Comunicación intencional Gesto de señalar con el dedo Atención compartida Protoimperativos Protodeclarativos</p>	
<p>ESTADIO 5 (18-MESES)</p> <p>Incorporación del lenguaje a la comunicación</p>	

La comunicación durante el primer año surge de la necesidad de compartir afecto y atención con los demás, lo que se ha denominado intersubjetividad.

Entre los 0-9 meses, tiene lugar una fase de *interacción diádica* en la que la madre se comunica con el bebé a través de la imitación de sus acciones y sonidos, estableciéndose entre ambos turnos interactivos. Es una etapa de intersubjetividad primaria, en la que aparecen las primeras respuestas sociales y conductas de apego: preferencia por la voz y el rostro de la madre, sonrisa y vocalizaciones en respuesta a estímulos sociales. La conducta de imitación surge en torno a los 6 meses y favorece la comprensión de uno mismo y de los otros.

Rivière⁵ señala, que los niños autistas muestran una normalidad aparente en esta etapa, y se observa una tranquilidad expresiva.

Klinger y Dawson¹¹, refieren un retraso en la imitación de gestos o actos con un valor social para la interacción.

Entre los 9-18 meses, se desarrolla la fase de *interacción triádica*, en la que el niño incorpora el interés por los objetos y sucesos de su entorno en su interacción con los demás. Desarrollo la capacidad de considerar al otro como un sujeto, con un mundo interno, que puede ser compartido, es decir, la intersubjetividad secundaria. Aparece la comunicación intencionada, los protoimperativos y protodeclarativos, y las conductas de atención conjunta y referencia social.

Diferentes investigaciones y estudios retrospectivos constatan las alteraciones en habilidades comunicativas y sociales entre los 12-24 meses.

Según Canal et al¹², existe evidencia de que los niños con autismo presentan alteraciones en las distintas habilidades comunicativas preverbales necesarias tanto para responder a los estímulos sociales y afectivos, como para compartir con otras personas conceptos y emociones, es decir, para acceder al espacio mental compartido.

Estos autores destacan las dificultades en los intercambios triádicos de atención conjunta, acción conjunta y referencia social. Señalan, que estas

dificultades podrían relacionarse con los problemas posteriores que manifiestan los niños autistas en el juego funcional y simbólico, en el desarrollo del lenguaje y en las habilidades mentalistas. Consideran que la intervención temprana en habilidades comunicativas y sociales alteradas, tiene un efecto positivo en el desarrollo posterior del niño con TEA.

1.3. Atención temprana y programas de intervención en TEA.

La Atención Temprana se define como: “el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”¹³.

Millá y Mulas¹⁴, destacan como objetivo de la intervención temprana en el TEA favorecer la adaptación del niño a su entorno vital y a la comunidad, respetando su autonomía, individualidad y dignidad. Consideran fundamental la implicación de la familia en el proceso de intervención como aspecto que va a favorecer el desarrollo del niño y la estabilidad familiar.

Proponen unos principios fundamentales en la atención temprana del niño con TEA:

- Realización interdisciplinar del diagnóstico precoz.
- Diseño de programas específicos y puesta en práctica de intervención tempranas.
- Uso de recursos y métodos eficaces.
- Comunicación y colaboración entre los diferentes servicios sociales, sanitarios y educativos que inciden en el niño y su familia.

Hoy en día, la atención temprana y el desarrollo de programas adecuados mejoran el pronóstico de los niños con TEA. La práctica basada en la evidencia permite conocer cuáles son las intervenciones y las estrategias de

aprendizaje más efectivas para potenciar el desarrollo de determinadas habilidades y disminuir las conductas problemáticas¹⁵.

Según Mulas et al¹⁶, existe unanimidad en iniciar la intervención de forma precoz, pero no en cuanto al mejor método. La mayoría de estudios, señalan que las intervenciones psicoeducativas son las que mayor eficacia han demostrado en el tratamiento del TEA.

En la tabla 4, se muestra una clasificación de las intervenciones psicoeducativas, según la guía australiana¹⁷.

Tabla 4. Modelos de intervención psicoeducativa en los trastornos del espectro autista.

INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS	PROGRAMAS ESPECÍFICOS	
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Lovaas • Análisis aplicado de la conducta (ABA) contemporáneo: <ul style="list-style-type: none"> - Pivotal Response Training - Natural Language Paradigm - Incidental Teaching 	
Evolutivas	<ul style="list-style-type: none"> • Floor time • Responsive Teaching • Relationship Development Intervention (RDI) 	
Basadas en Terapias	<p>Centradas en la comunicación</p> <p>Sensoriomotoras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias visuales • Lenguaje de signos • Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) • Historias sociales • Dispositivos generadores de lenguaje • Comunicación Facilitada • Entrenamiento en comunicación funcional • Entrenamiento en integración auditiva • Integración sensorial
Basadas en la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Hanen (More than Words) • Programas PBS (Family-Centred Positive Behaviour Support Programs) 	
Combinadas	<ul style="list-style-type: none"> • SCERTS • TEACCH • Denver • LEAP 	

1.4. Conclusión justificativa

Está demostrado que la identificación precoz de signos de alarma y la intervención temprana son factores fundamentales en la evolución de los TEA. Aun así, es necesario conocer la efectividad de los distintos métodos y programas de intervención, para obtener los mejores resultados. En la actualidad hay una gran variedad de terapias y tratamientos dirigidos al TEA, pero todavía no se cuenta con la suficiente evidencia científica como para determinar cuál es el programa de intervención más adecuado.

De este modo, se presenta una revisión de las intervenciones psicoeducativas en TEA, basadas en la mayor eficacia probada, con el objetivo de ofrecer una perspectiva general sobre las bases y contenidos de intervención más adecuados para la atención temprana del niño con TEA, y una perspectiva más específica en la influencia sobre el desarrollo de las conductas comunicativas preverbales.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es revisar las investigaciones más significativas y actuales sobre los métodos de intervención psicoeducativa en niños de 0-3 años con alteraciones en la interacción y comunicación, o con un diagnóstico establecido de TEA.

De forma más específica se pretende:

- a. Establecer unas bases y/o principios de intervención que son comunes a los programas de intervención temprana más eficaces.
- b. Identificar los medios y estrategias de tratamiento que mejoran el pronóstico de los TEA.
- c. Analizar y comparar determinados programas de intervención psicoeducativa, atendiendo a su enfoque teórico, requisitos para la aplicación, competencias que desarrollan y evidencia de eficacia.
- d. Analizar el contenido de dichos programas, para determinar su influencia en el desarrollo de conductas comunicativas preverbales.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio de revisión

La metodología de este trabajo está basada en una revisión bibliográfica – analítica de los trabajos publicados recientemente sobre los modelos de intervención en TEA.

En primer lugar se establece el marco teórico para conocer las características del TEA, los indicadores tempranos del trastorno y los aspectos relacionados con la detección e intervención precoz que justifican el desarrollo de programas de atención temprana. Para ello, se consultaron los manuales más relevantes en el diagnóstico del autismo (DSM-IV-R, DSM-V), así como publicaciones, artículos y estudios avalados por autores reconocidos en el campo de la investigación del autismo (Rivière A., Martos J., Canal R.,...).

Seguidamente se determinan los objetivos del trabajo y se analizan los principios y contenidos que se marcan para la intervención, estableciéndose las bases fundamentales de un programa de intervención temprana.

Partiendo de los estudios de investigación y de las revisiones del grado de eficacia de los programas de intervención en TEA, se seleccionan los programas de intervención específicos que van a ser objeto de este estudio y se determina su influencia en el desarrollo de la comunicación del niño con TEA.

Entre estos trabajos de acreditado prestigio científico, destaca la “Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista”¹⁸.

Por último se revisan algunos de los programas específicos de intervención en TEA, teniendo en cuenta sus enfoques teóricos, metas, estrategias y contextos de intervención y se extrae la información más relevante en cuanto al desarrollo de las conductas comunicativas preverbales.

3.2. Obtención de los datos

Para la obtención de los datos, se realizó una búsqueda de documentos y guías de práctica clínica publicados sobre intervención en TEA, en los buscadores de Google Académico, Medline y Dialnet. Para ello se limitó la búsqueda entre el año 2000 y 2014, incluyendo artículos tanto en inglés como en español, y utilizando las siguientes palabras clave: autismo, programas de intervención, atención temprana y conductas comunicativas preverbales.

La mayor parte de los artículos y estudios de revisión encontrados sobre programas de intervención en autismo se encontraron en Google académico y Dial net, y han sido publicados en la Revista de Neurología, clasificada dentro de las de mayor nivel científico (grupo A), según el CIRC (Clasificación Integrada de Revistas científicas).

Se localizaron 20 artículos, de los cuales se seleccionaron 14 de ellos que estaban centrados en algún tipo de intervención, terapia o tratamiento. Se excluyeron 6 artículos que no fueron relevantes para el objetivo de estudio.

4. RESULTADOS OBTENIDOS E INTERPRETACIÓN

4.1. Análisis de las características de los programas de intervención temprana en TEA.

Partiendo de que existe un consenso internacional que señala la eficacia de la atención temprana en el tratamiento del TEA¹⁸, se procede a analizar los elementos clave que deben tener los programas de intervención para la obtención de los mejores resultados.

El Grupo de Estudio del Instituto de Salud Carlos III¹⁸, en su Guía de buena práctica para el tratamiento de los TEA, recomienda la intervención educativa y el apoyo comunitario como principales medios de tratamiento.

Recogen las siguientes características comunes a los programas de intervención más efectivos:

- Individualizados: se debe tener en cuenta la diversidad que existe entre las personas afectadas y partir de sus intereses y motivaciones personales para un aprendizaje significativo.
- Estructurados: lo cual implica la adaptación del entorno que debe ser predecible y estable.
- Intensivos y extensivos a todos los contextos de la persona: entre 20-25 horas semanales y con generalización de las conductas aprendidas en entornos estructurados a otros contextos más naturales.
- Que incluyan la participación familiar: para coordinarse con los profesionales en el planteamiento de los objetivos y métodos de intervención.

En cuanto a los contenidos de los programas, destacan el desarrollo de competencias sociales, comunicativas, adaptativas y de juego. Proponen incluir en los programas objetivos como corregulación social, atención conjunta, teoría de la mente, coordinación emocional, flexibilidad del pensamiento, etc.

*Peydró y Rodríguez*¹⁹, consideran que la intervención precoz es la estrategia de tratamiento más efectiva en el TEA y destacan las siguientes características de los programas de intervención:

- Individualizados e intensivos (entre 20-45 horas por semana).
- Intervenciones realizadas por profesionales altamente especializados.
- Programas que incluyan el entrenamiento a padres en habilidades y estrategias especializadas.
- Con seguimiento individual del progreso y evaluación continua.
- Con adaptación de los contextos de intervención, la ratio y los horarios, a las características individuales del niño.

Según estos autores, los programas se deben centrar en el desarrollo de la comunicación funcional espontánea, las habilidades sociales, las capacidades cognitivas, las habilidades académicas funcionales y en eliminar conductas problemáticas.

*Millá y Mulas*¹⁴, inciden en la eficacia de los programas específicos de atención temprana, los cuales deben ser:

- Flexibles y adaptados a las características individuales del niño y su familia.
- Con un enfoque cognitivo-conductual.
- Dirigidos al niño, su familia y su entorno.
- Que promuevan el bienestar y la calidad de vida de los niños con TEA a lo largo de todo su desarrollo.
- Que se desarrollen en ambientes de trabajo estructurados y predecibles.
- Con actividades lúdicas, significativas y funcionales.
- Que incluyan ayudas técnicas, visuales, físicas o verbales.

En cuanto a los contenidos del programa de intervención, estos autores consideran que hay que trabajar de manera global todas las áreas de desarrollo del niño con TEA, pero también es fundamental incluir en el programa aspectos específicos como enriquecimiento perceptivo, entrenamiento cognitivo, comunicación y lenguaje, habilidades sociales e intersubjetividad.

*Mulas et al*¹⁶, destacan los siguientes elementos que debe tener un buen programa de intervención:

- Precocidad, sin esperar al diagnóstico definitivo
- Intervención intensiva
- Terapia 1 a 1, para conseguir objetivos individualizados
- Participación familiar en el tratamiento
- Oportunidades de interacción con otros niños
- Evaluación continua de los progresos
- Alto grado de estructuración (rutina predecible, apoyos visuales, límites físicos para evitar la distracción)
- Estrategias para generalización de los aprendizajes

Estos autores, señalan que los contenidos de los programas eficaces deben desarrollar la comunicación funcional y espontánea, las habilidades sociales (atención conjunta, imitación, interacción recíproca, iniciativa y autocuidado), habilidades adaptativas, reducción de conductas disruptivas, habilidades cognitivas (juego simbólico y teoría de la mente), habilidades de destreza y académicas y desarrollo de funciones ejecutivas (planificación, programación, anticipación, autocorrección,...).

*Salvadó et al*¹⁵, subrayan que es difícil determinar cuál es la intervención más idónea dada la heterogeneidad del trastorno. Destacan los siguientes aspectos que deben incluir los programas de intervención:

- Comunicación espontánea y funcional.
- Actividades de aprendizaje significativas.
- Diversos contextos de intervención.
- Apoyo conductual positivo.
- Relación con iguales.
- Generalización a entornos naturales.
- Inclusión de la familia en el programa de intervención.

Para *Martos y Llorente*²⁰, la intervención más adecuada es la que combina el conocimiento profundo del trastorno y la práctica basada en la evidencia. Consideran que los programas cerrados y estandarizados, con estrategias rígidas de intervención pueden dejar en un segundo plano la comprensión del TEA y del niño concreto con el que se trabaja.

Establecen los siguientes principios de calidad que deben tener los programas de intervención:

- Individualizados.
- Con objetivos y estrategias de intervención establecidos a través de una evaluación exhaustiva.
- Con la participación de la familia como agentes activos del desarrollo del niño.
- Estructurados y que favorezcan la anticipación y predictibilidad.
- Que fomenten aprendizajes funcionales.
- Actividades diseñadas en función de los intereses personales del niño.
- Que incluya una valoración objetiva y continua de los resultados del programa.

Estos autores priorizan los siguientes contenidos en los programas de atención temprana: habilidades socio-comunicativas, habilidades sociales básicas y estimulación del juego.

*Canal et al.*²¹, consideran que la atención temprana debe ser individualizada, multidimensional y multidisciplinar, y debe fomentar la independencia y la calidad de vida de las personas con TEA, a través del desarrollo de habilidades sociales y comunicativas, y con el apoyo familiar necesario.

Resultados e interpretación:

Según los datos analizados, la mayoría de los autores coinciden en determinados aspectos que son básicos para el desarrollo de programas de intervención eficaces. Haciendo una síntesis de las propuestas de los diferentes autores, se establecen las siguientes bases y principios que deben guiar una intervención temprana de calidad en los trastornos del espectro autista. Tabla 5.

Tabla 5.

BASES Y PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN TEA
❖ Priorización de la intervención psicoeducativa y el apoyo comunitario.
❖ Desarrollo de programas precoces, individualizados, flexibles e intensivos.
❖ Intervenciones realizadas por profesionales especializados.
❖ Objetivos establecidos en función de una evaluación previa exhaustiva.
❖ Estrategias de intervención: ambiente organizado y predecible, apoyos visuales, anticipación, intereses y motivaciones personales, apoyo conductual positivo.
❖ Actividades lúdicas, funcionales y generalizables a contextos naturales.
❖ Implicación activa de la familia en el programa de intervención.
❖ Evaluación continuada de los objetivos y resultados del programa.
❖ Intervención global, aunque dando prioridad al desarrollo de habilidades comunicativas, de interacción social, adaptativas y de juego.

4.2. Análisis de programas específicos de intervención psicoeducativa en TEA.

Tomando como referencia la clasificación de las intervenciones psicoeducativas presentada en la tabla 4, se revisan algunos de los programas específicos de cada modelo de intervención, con el objetivo de analizar sus contenidos y destacar aquellos que favorecen el desarrollo de las habilidades comunicativas preverbales, dada su importancia en el desarrollo posterior del lenguaje y otras capacidades cognitivas.

Los programas seleccionados son: Lovaas, Dir/Floor Time, PECS, Hannen y TEACCH.

➤ Programa Lovaas

La terapia Lovaas²² está basada en el análisis conductual aplicado. Se dirige a niños entre 2-8 años, en contexto clínico o familiar y requiere de un entrenamiento exhaustivo y altamente estructurado (20-40 horas semanales).

Las intervenciones son individualizadas o en pequeños grupos, dependiendo del nivel o progreso del niño.

Exige una gran dedicación por parte de las familias, que deben vincularse como terapeutas.

Incluye objetivos específicos de áreas sociales, juego, cognitivas, lenguaje y autonomía. Se han identificado en el contenido del programa dos aspectos que se relacionan con las conductas comunicativas preverbales:

- Dirigir y mantener la atención del niño: enseña a establecer contacto ocular con el adulto y enseña a dirigir la mirada hacia los objetos del entorno.
- Imitación: enseña a imitar acciones sencillas, movimientos gruesos, gestos y expresiones faciales, sonidos y palabras.

El Grupo de Estudio del Instituto Carlos III¹⁸, señala que los programas conductuales son fundamentales para tratar los problemas de

comportamiento de las personas con autismo. Estas intervenciones obtienen una evidencia de eficacia y son recomendadas en la guía de buena práctica.

Sin embargo, con respecto al programa Lovaas, este Grupo de estudio señala deficiencias metodológicas en los estudios de eficacia. Aunque reconoce su valor histórico en la introducción de estrategias educativas en el tratamiento de los TEA, también destaca sus inconvenientes:

- No incorpora el conocimiento actual sobre las alteraciones cognitivas y emocionales que presentan los TEA.
- Puede crear falsas esperanzas de curación, generando un estrés familiar significativo.
- Es incompatible con la integración del tratamiento en los centros educativos.

➤ **Modelo DIR/Floor Time**

Este modelo tiene un marco conceptual basado en el desarrollo y la interacción.

Según el modelo DIR²³, el **D**esarrollo socio-emocional del niño va a estar influenciado por las diferencias **I**ndividuales de cada niño y por el tipo de **R**elaciones e interacciones que el niño establece con su familia.

Su técnica principal se llama Floor time (tiempo de suelo). Consiste en el juego sistemático con el niño, siguiendo su interés natural y otorgando a la familia el rol protagonista para interactuar y favorecer el desarrollo emocional y afectivo.

Se aplica a niños entre 0-5 años. Los contextos de intervención pueden ser variados (hogar, escuela, terapias, parque,...) y se deben llevar a cabo varias sesiones diarias, con una duración de 20 minutos cada una.

Este programa favorece, a través de las interacciones tempranas, el desarrollo de competencias socio-emocionales y comunicativas como son:

atención, vinculación, comunicación intencional y simbolización. Estas son conductas preverbales necesarias para el posterior desarrollo del lenguaje.

En la guía de buena práctica para el tratamiento del TEA¹⁸, se señala que no se han identificado revisiones sistemáticas sobre la eficacia de estas técnicas. A pesar de ser necesaria una evaluación científica, sí que recomiendan el uso de técnicas que fomenten las competencias sociales.

➤ **Sistemas de comunicación por intercambio de imágenes – PECS**

El programa PECS²⁴, es un tipo de sistema aumentativo y alternativo de comunicación (SAAC), que se utiliza en diferentes contextos (escuela, hogar, clínico) y está dirigido a niños entre 2-21 años.

Está basado en la metodología del análisis conductual aplicado y estructurado como un modelo piramidal.

Consta de 6 fases estructuradas, a lo largo de las cuales se trabajan habilidades comunicativas funcionales.

Requiere el intercambio de un símbolo (elemento comunicador) entre el niño y el terapeuta, con el objetivo de hacer una petición, hacer una elección, proporcionar información o responder.

Es adecuado para el desarrollo de competencias comunicativas, representacionales y conductas instrumentales (uso de objetos y personas). Este programa favorece la aparición de conductas comunicativas preverbales de imitación, intención comunicativa y atención conjunta.

En la guía de buena práctica¹⁸, se recomienda el uso de los SAAC para fomentar la comunicación en personas no verbales con TEA, a pesar de tener una escasa evidencia probada. El grupo de estudio refiere avances en las funciones comunicativas con el uso de los PECS.

➤ Programa Hanen

El modelo Hanen²⁵, es un tipo de intervención basada en la familia, que se dirige a niños entre 0-5 años.

Se centra en potenciar las capacidades comunicativas y de interacción de los niños pequeños, a través de la formación de sus padres con estrategias adecuadas y aprovechando las situaciones cotidianas. Se trabaja de forma individual con cada familia, favoreciendo situaciones de aprendizaje significativo, partiendo de los intereses, iniciativa e intentos de interacción y experimentación del niño con su entorno natural.

El programa de trabajo incluye objetivos centrados en el desarrollo de la comunicación, toma de turnos, establecimiento de conexión, comprensión y desarrollo del juego. Estos aspectos están directamente relacionados con las habilidades comunicativas preverbales, por lo que el programa es adecuado para el desarrollo de las mismas.

Los programas como el Hanen, que incluyen la formación de padres, pretenden mejorar el desarrollo lingüístico del niño con TEA, sobre todo en la comunicación preverbal. Las dificultades en la atención conjunta se manifiestan tempranamente en el niño con TEA, por lo que se entrena a los padres en el desarrollo de habilidades para compartir la atención, lo cual va a producir cambios positivos en el área social y del lenguaje²⁶.

Según Canal et al²¹, no hay evidencia científica para estos programas familiares, pero diferentes revisiones sistemáticas constatan buenos resultados en interacción, progresos en la comunicación, reducción de los problemas de conducta y mejoras en las pautas de crianza.

➤ TEACCH

El modelo TEACCH²⁷ (Tratamiento y educación de niños autistas y con problemas de comunicación), es un tipo de intervención combinada basada en la teoría del aprendizaje cognitivo-social y en las habilidades y dificultades neuropsicológicas que comparten las personas con TEA.

Las características principales de este modelo son:

- Aprendizaje estructurado e individualizado, con adaptación del entorno, uso de claves visuales y de SAAC.
- Combinación de diferentes métodos y técnicas de forma flexible, en función de las necesidades individuales.
- Contextos múltiples de aprendizaje y colaboración entre familiares y profesionales.
- Evaluación previa, programación de objetivos a corto plazo organizados en cuatro niveles (de los 12 a los 48 meses) en función del perfil de desarrollo del niño con TEA y valoración continúa.

Este programa se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación, socialización, imitación, juego, motricidad fina y gruesa, conducta y autonomía.

Es un método adecuado para favorecer el desarrollo de las conductas comunicativas preverbales, puesto que:

- Enfatiza el desarrollo de la intencionalidad comunicativa y de los aspectos pragmáticos (iniciativa, turnos, uso social del lenguaje,...).
- Promueve el desarrollo de funciones comunicativas básicas (petición, rechazo, conseguir la atención del otro,...) a través de gestos, vocalizaciones, intercambio de imágenes, etc.
- Favorece la reciprocidad social (mirar, responder/compartir, turnarse,...).

Mulas et al¹⁶, señalan que el método TEACCH es el más usado en todo el mundo y que hay evidencia de que es un programa eficaz para mejorar habilidades socio-comunicativas, para reducir las conductas problemáticas, para reducir el estrés familiar y mejorar la calidad de los niños con TEA.

En la guía de buena práctica¹⁸, el método TEACCH obtiene una evidencia débil, aunque se valora positivamente y se recomienda.

Resultados e interpretación:

❖ Con respecto a las características de los programas psicoeducativos:

- Los programas con un enfoque conductual, como el Lovaas, se caracterizan por ser altamente intensivos y estructurados.
- Los programas evolutivos y familiares como DIR/Floor time y Hanen, son programas más flexibles cuya intervención se centra en el desarrollo social-pragmático en entornos naturales y familiares.
- Los programas TEACCH y PECS se encuentra a mitad de camino entre las intervenciones conductistas más rigurosas como Lovaas y las intervenciones más flexibles como Floor Time.
- Todos los programas analizados contemplan, en mayor o menor grado, la implicación familiar. En programas como Floor time o Hanen, los padres participan de forma activa en las interacciones con el niño como principales agentes impulsores de su desarrollo.
- Las intervenciones conductuales son las que tienen una mayor evidencia probada, pero, como ya se ha señalado anteriormente, el programa Lovaas tienen ciertos inconvenientes que lo hacen poco recomendable.
- A pesar de que el resto de programas no tienen una evidencia científica probada o ésta es escasa, sí que son recomendados en la guía de buena práctica. No tener evidencia demostrada, no significa que el programa no sea válido para el tratamiento del TEA, sino que hasta la fecha no se ha podido demostrar su eficacia.
- Todos los programas analizados incluyen el desarrollo de competencias sociales y comunicativas.

- Las diferencias entre los programas analizados, se encuentran en aspectos como: edad, contextos, intensidad, estructuración, determinados contenidos o en las competencias que desarrollan.

Tabla 6. Análisis comparativo de programas psicoeducativos.

PROGRAMA	ENFOQUE TEÓRICO	REQUISITOS	COMPETENCIAS	EVIDENCIA
Lovaas	Conductual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2-8 años ▪ Individualizada o pequeños grupos ▪ Contexto clínico y familiar ▪ Exhaustivo y altamente estructurado ▪ Intensivo (20-40 h./semana) 	Sociales Cognitivas Lenguaje Juego Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Intervenciones conductuales</u>: evidencia de eficacia y recomendadas - <u>Lovaas</u>: inconvenientes
DIR/ Floor Time	Evolutivo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-5 años ▪ Individualizada ▪ Contextos múltiples (hogar, escuela, clínico, parque,..) ▪ Estructurado ▪ Varias sesiones diarias de 20 min. cada una. 	Sociales Afectivas Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> - No probada. - Recomendado
PECS	Terapia: Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2-21 años ▪ Individualizada ▪ Varios contextos (escuela, hogar, clínico) ▪ Estructurado ▪ 6 fases ▪ Sesiones 40min. 	Comunicación Representación Instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa Evidencia. - Recomendado para niños TEA no-verbales
Hanen	Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0-5 años ▪ Individualizada ▪ Contexto familiar 	Comunicación Socialización	<ul style="list-style-type: none"> - No evidencia. - Recomendado.
TEACCH	Combinado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niños y adultos ▪ Individualizada ▪ Contextos múltiples. ▪ Estructurado ▪ 25h.semanales 	Comunicación Socialización Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> - Evidencia débil - Recomendado

❖ *Con respecto a su influencia en el desarrollo de conductas comunicativas preverbales:*

Todos los programas de intervención analizados incluyen en sus contenidos algún tipo de conducta socio-comunicativa propia de la etapa preverbal.

Esto es indicativo de la importancia del desarrollo de estas conductas en la intervención en TEA.

En la tabla 6, se muestran los programas analizados según modelo de intervención y las conductas preverbales que desarrolla cada uno.

PROGRAMA	CONDUCTAS PREVERBALES
Lovaas	<ul style="list-style-type: none"> - Imitación - Dirigir la mirada hacia personas y objetos
Dir/Floor Time	<ul style="list-style-type: none"> - Atención - Vinculación - Comunicación intencional - Simbolización
PECS	<ul style="list-style-type: none"> - Imitación - Intención comunicativa - Atención conjunta - Simbolización
Hanen	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Toma de turnos - Conexión - Comprensión - Desarrollo juego
TEACCH	<ul style="list-style-type: none"> - Intención comunicativa - Pragmática - Funciones comunicativas básicas - Reciprocidad social

5. CONCLUSIONES

Tras este análisis de las características de las intervenciones tempranas y de algunos de los programas específicos se concluye:

- A pesar de las numerosas investigaciones que a lo largo de la historia se han realizado en torno al autismo y de la multitud de programas y terapias de intervención que han surgido en los últimos años, aún no existe un tratamiento específico que demuestre una eficacia total en la intervención en TEA. La detección de indicadores tempranos de TEA y el diseño de un plan de intervención precoz, son las estrategias más eficaces con las que contamos hoy en día en cuanto a la mejora del pronóstico.
- Es fundamental en Atención Temprana llevar a cabo intervenciones que contemplen las necesidades y características individuales del niño, su familia y su entorno, y se sustenten en unas bases sólidas o principios de eficacia probada para orientar adecuadamente la labor clínica y educativa.
- Los programas de intervención centrados en el desarrollo de la comunicación y de la competencia social, son los más efectivos en el tratamiento de las alteraciones autísticas. En las edades tempranas, estos programas deben iniciarse cuanto antes e incluir de forma prioritaria el desarrollo de habilidades preverbales (imitación, atención conjunta, referencia social, intersubjetividad secundaria, simbolización,...), imprescindibles en el proceso de humanización y desarrollo socio-comunicativo.
- En el presente trabajo, se han analizado los objetivos y contenidos de programas de intervención específicos, encontrándose en todos ellos, en mayor o menor grado, aspectos relacionados con el desarrollo de habilidades preverbales que favorecen la comunicación y socialización del niño con TEA. Por otro lado, todos los programas analizados destacan como factor fundamental de la intervención, la participación activa de la familia como agentes principales del desarrollo global del niño. La combinación de estos aspectos junto con otros a considerar (intensidad, estrategias, contextos,...) influyen de forma positiva en los resultados de la intervención y quizá, es por

ello, que las intervenciones psicoeducativas son identificadas como las más eficaces y adecuadas en el tratamiento del TEA.

- Sabemos cuáles son los principios y estrategias de intervención más adecuados gracias a la práctica basada en la evidencia, pero aún quedan por definir programas de intervención temprana con un apoyo empírico absoluto.
- Desde el punto de vista de mi experiencia, como profesional de atención temprana, considero que los programas de intervención en TEA deben ser flexibles y adaptarse a las necesidades y características individuales de cada niño y su familia, combinando las estrategias que mejor favorezcan la interacción social y la comunicación espontánea y funcional. En edades inferiores a los 3 años, el planteamiento de programas estandarizados demasiado intensivos y rígidos, pueden suponer una sobrecarga terapéutica para el niño, dejando de lado los principios fundamentales de la atención temprana. En mi opinión, se debe buscar un equilibrio entre las intervenciones metodológicamente más rigurosas y las más flexibles.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martos, J. Autismo, neurodesarrollo y detección temprana. Rev Neurol. 2006; 42 (2): 99-101.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4 ed, texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson; 2002.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Palomo R. Traducción de los criterios de diagnóstico TEA según DSM-V. [Consulta: 29 Abril 2014]. Disponible en: <<http://www.autismoandalucia.org/index.php/en/noticias/148-traduccion-de-los-criterios-de-diagnostico-tea-dsm-v>>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years-2014. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2010. MMWR, 63 (2): 1-21. [Consulta: 14 junio 2014]. Disponible en: <<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6302.pdf>>
6. Rivière A. ¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista. En: Rivière A, Martos J, eds. El niño pequeño con autismo. Madrid: APNA-IMSERSO; 2000. p.13-32.
7. Canal R, Santos J, Rey F, Franco M, Martínez MJ, Ferrari MJ, et al. Detección y Diagnóstico de Trastornos del Espectro Autista. Real Patronato sobre Discapacidad; 2007.
8. Hernández JM, Artigas J, Martos J, Palacios S, Fuentes J, Belinchón M, et al (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III). Guía de buena práctica para la detección de los trastornos del espectro autista. Rev Neurol. 2005; 41: 237-245.

9. Cabanyes J, García D. Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol.* 2004; 39 (1): 81-90.
10. Schaffer, R. *The child's entry into a social world.* New York: Basic Books; 1984.
11. Klinger LG, Dawson G. Facilitating early social and communicative development in children with autism. En Warren SF, Reichle J, eds: *Causes and effects in communication and language intervention.* Baltimore: Paul H. Brookes; 1992, vol. 1, p. 157-186.
12. Canal R, Rivière A, Martos J. Habilidades comunicativas y sociales de los niños pequeños preverbales con Autismo. En Rivière A, Martos J, eds: *El niño pequeño con autismo.* Madrid: APNA; 2000. p. 51-71.
13. Grupo de Atención Temprana – GAT. *Libro Blanco de la Atención Temprana.* Real Patronato de la Discapacidad. Serie Documentos nº 55. Madrid, 2000.
14. Millá MG, Mulas F. Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Rev Neurol.* 2009; 48 (2): 47-52.
15. Salvadó B, Palau M, Clofent M, Montero M, Hernández MA (2012). Modelos de intervención global en personas con trastorno del espectro autista. *Rev Neurol.* 2012; 54 (1): 63-71.
16. Mulas F, Ros-Cervera G, Millá MG, Etchepareborda MC, Abad L, Téllez de Meneses M. Modelos de intervención en niños con autismo. *Rev Neurol.* 2010; 50 (3): 77-84.
17. Roberts J, Prior, M. *A review of the research to identify the most effective models of practice in early intervention of children with autism spectrum disorders.* Australia: Australian Government Department of Health and Ageing; 2006.
18. Fuentes J, Ferrari MJ, Boada L, Touriño E, Artigas J, Belinchón M, et al. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol.* 2006; 43 (7): 425-438.

19. Peydró S, Rodríguez V. El autismo en el siglo XXI. Recomendaciones educativas basadas en la evidencia. Siglo Cero. 2007; 38(222): 75-94.
20. Martos J, Llorente M. Tratamiento de los trastornos del espectro autista: unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. Rev Neurol. 2013; 57(1): 185-191.
21. Canal R, García P, Santos J, Bueno G, Posada M. Programas de cribado y atención temprana en niños con trastornos del espectro autista. Rev de Neurol. 2014; 123: 7.
22. Ackerman A, Alexander DD, Carr EG, Firestone P, Newsom C, Perkins M, Young DB. El Manual del Dr. O. Ivar Lovaas “traducido al Español”. [Consulta: 28 julio 2014]. Disponible en <<http://ardilladigital.com>>.
23. Greenspan S, Wieder S. DIR®/Floortime™ Model. The International Council on Developmental and Learning Disorders. 2008. [Consulta: 28 Julio 2014]. Disponible en:
<<http://www.floortime.org/oldsite/floortime/dirFloortime/overview/documents/WhatisDIR.pdf>>
24. Pecs-spain. Pyramid Educational Consultants, Inc. [Consulta: 31 Julio 2014] Disponible en: < <http://www.pecs-spain.com>>
25. Sussman F. More than words: The Hanen program for parents of children with autism spectrum disorder. Toronto, ON, Canada: The Hanen Centre, 1999.
26. Ato E, Galián MD, Cabello F. Intervención familiar en niños con trastornos del lenguaje: Una revisión. Electronic Journal of Research in Educational Psychology. 2007; 7(19): 1419-1448.
27. ALBOR: Tic y Nee. El método TEACCH. Resumen. Educa Madrid, 2014. [Consulta 31 Julio 2014]. Disponible en:
<<http://www.educa2.madrid.org/web/albor/presentacion/-/visor/el-metodo-teacch-resumen>>

7. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, gracias a su colaboración, han contribuido a la realización de este Trabajo Fin de Grado:

A mi tutora D^a Teresa Cortés San Rufino, por su orientación y dedicación durante el desarrollo de este trabajo, a D^a Dolores Torres agudo por su interés y disposición, y muy especialmente, a mi amiga y compañera Isabel Álvarez Alfageme por su ayuda y apoyo incondicional durante todo este año.

No me quiero olvidar de mis compañeras de trabajo y profesión, por su colaboración y apoyo moral.

Y por supuesto, a mi familia porque sin ellos esto no hubiera sido posible.

TRASTORNO DEL ESPECTRO DE AUTISMO. 299.00 (F84.0)

Traducción: Rubén Palomo Seldas

DSM 5. Criterios diagnósticos.

A. **Déficits persistentes en comunicación social e interacción social** a lo largo de múltiples contextos, según se manifiestan en los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. **Déficits en reciprocidad socio-emocional**; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones; a una disposición reducida por compartir intereses, emociones y afecto; a un fallo para iniciar la interacción social o responder a ella.

2. **Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social**; rango de comportamientos que, por ejemplo, van desde mostrar dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales; a anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal o déficits en la comprensión y uso de gestos; a una falta total de expresividad emocional o de comunicación no verbal.

3. **Déficits para desarrollar, mantener y comprender relaciones**; rango de comportamientos que van, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales; a dificultades para compartir juegos de ficción o hacer amigos; hasta una ausencia aparente de interés en la gente.

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla).

B. **Patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses**, que se manifiestan en, al menos *dos* de los siguientes síntomas, actuales o pasados (los ejemplos son ilustrativos, no exhaustivos, ver texto):

1. **Movimientos motores, uso de objetos o habla estereotipados o repetitivos** (ejs., movimientos motores estereotipados simples, alinear objetos, dar vueltas a objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. **Insistencia en la igualdad, adherencia inflexible a rutinas o patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado** (ejs., malestar extremo ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales para saludar, necesidad de seguir siempre el mismo camino o comer siempre lo mismo).

3. **Intereses altamente restringidos, obsesivos, que son anormales por su intensidad o su foco** (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 sensoriales del entorno** (ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

Especificar la severidad actual:

La severidad se basa en la alteración social y comunicativa y en la presencia de patrones de comportamientos repetitivos y restringidos (ver Tabla).

C. **Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo temprano** (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño, o pueden verse enmascaradas en momentos posteriores de la vida por habilidades aprendidas).

D. **Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas** a nivel social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento actual.

E. **Estas alteraciones no se explican mejor por la presencia de una discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o un retraso global del desarrollo.** La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro de autismo con frecuencia coocurren; para hacer un diagnóstico de comorbilidad de trastorno del espectro de autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social debe estar por debajo de lo esperado en función del nivel general de desarrollo.

Nota: Los individuos con un diagnóstico DSM-IV bien establecido de trastorno autista, síndrome de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado, deben recibir el diagnóstico de trastorno del espectro de autismo. Los individuos que tienen marcados déficits en comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios para el trastorno de espectro de autismo, deberán ser evaluados para el trastorno de comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Se acompaña o no de discapacidad intelectual.

Se acompaña o no de un trastorno del lenguaje.

Se asocia con una condición médica o genética o con un factor ambiental conocido (***Nota de codificación:*** use un código adicional para identificar la condición médica o genética).

Se asocia con otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (***Nota de codificación:*** use otro(s) código(s) adicional(es) para identificar el trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado).

Con catatonia (*hacer referencia a los criterios de catatonia asociada con otro trastorno mental*) (***Nota de codificación:*** use el código adicional 293.89 [F06.1] catatonia asociada con trastorno del espectro de autismo para indicar la presencia de catatonia comorbida).

Tabla. Niveles de severidad del trastorno del espectro de autismo.

NIVEL DE SEVERIDAD	COMUNICACIÓN SOCIAL	INTERESES RESTRINGIDOS Y CONDUCTA REPETITIVA
<p>Nivel 3</p> <p>Requiere un apoyo muy sustancial</p>	<p>Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona con muy pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacciones sociales, y que cuando lo hace, realiza aproximaciones inusuales únicamente para satisfacer sus necesidades y sólo responde a acercamientos sociales muy directos.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 2</p> <p>Requiere un apoyo sustancial</p>	<p>Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros. Por ejemplo, una persona que habla con frases sencillas, cuya capacidad para interactuar se limita a intereses restringidos y que manifiesta comportamientos atípicos a nivel no verbal.</p>	<p>El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.</p>
<p>Nivel 1</p> <p>Requiere apoyo</p>	<p>Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar usando frases completas e implicarse en la comunicación pero que a veces falla en el flujo de ida y vuelta de las conversaciones y cuyos intentos por hacer amigos son atípicos y generalmente fracasan.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.</p>