

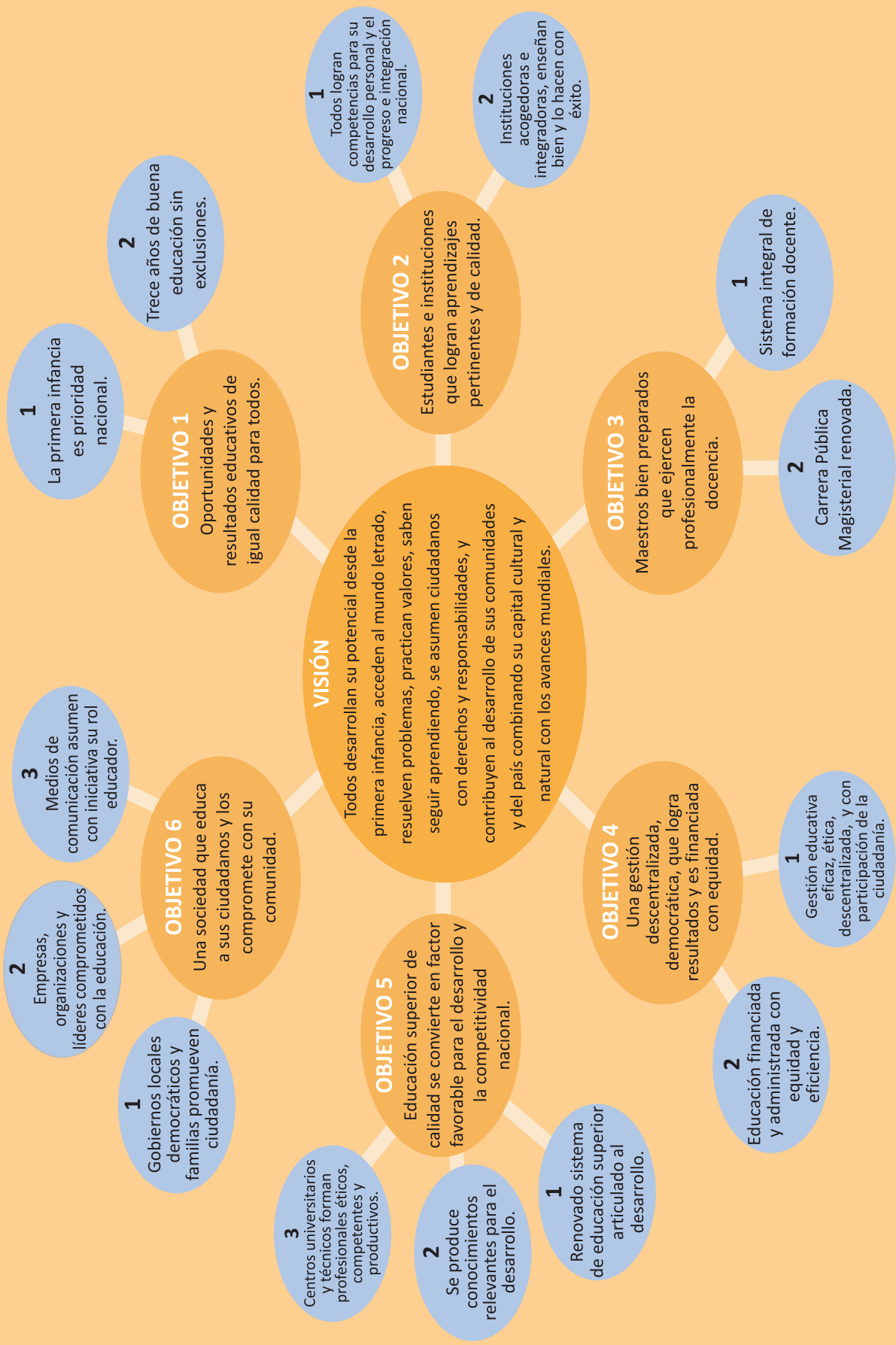


MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Guía para la Atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista - TEA



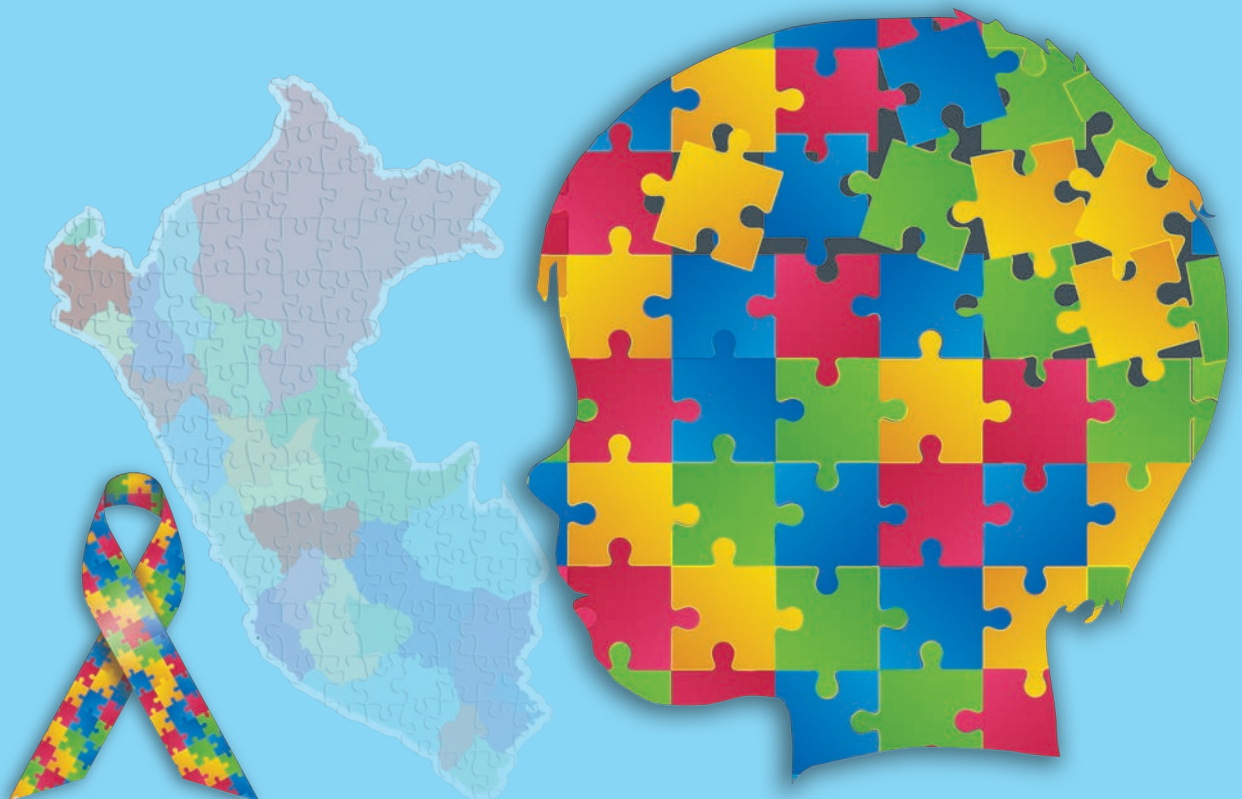
PROYECTO EDUCATIVO NACIONAL AL 2021





MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Guía para la Atención Educativa de Niños y Jóvenes con Trastorno del Espectro Autista - TEA





Ministra de Educación
Emma Patricia Salas O'Brien

Viceministro de Gestión Pedagógica
José Martín Vegas Torres

Viceministro de Gestión Institucional
Fernando Bolaños Galdos

Secretaria General
Úrsula Desilú León Chempén

Directora General de Educación Básica Especial
Clemencia Vallejos Sánchez

Título del libro:
GUIA PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA DE
NIÑOS Y JÓVENES CON TRASTORNO DEL
ESPECTRO AUTISTA - TEA

Hecho el Depósito Legal en la
Biblioteca Nacional del Perú
N° 201308908

Primera Edición Lima Junio 2 013

Impreso por:
M&J Graf E.I.R.L., Jr. Ica 338 Of. 102-M, Lima Telf.: 426-1871

Impresión: 2000 ejemplares.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
Av. De la Arqueología S/N
San Borja
Teléfono: 615-5800

WEB: www.minedu.gob.pe
© Ministerio de Educación
Derechos Reservados
Distribución 2013

Presentación

El Ministerio de Educación – Dirección General de Educación Básica Especial, pone a disposición de los profesionales de Educación Especial y los docentes de los niveles y modalidades del Sistema de la Educación Peruana que atienden niños, niñas y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista - TEA esta guía de trabajo pedagógico que contiene un marco teórico y un conjunto de recursos educativos orientados a informar, motivar, desarrollar competencias y brindar un abanico de estrategias que les permita abordar los diferentes aspectos del Trastorno del Espectro Autista.

Tiene por objetivo brindar conocimientos y estrategias metodológicas que permitan al docente innovar, optimizar y complementar su práctica educativa acorde al perfil y características individuales de los estudiantes con Trastornos del Espectro Autista en un marco de trabajo colaborativo con la participación comprometida de la familia.

A través de estas páginas, se podrá conocer las características, criterios diagnósticos, etiología, necesidades y también potencialidades que deben tenerse en cuenta para elaborar una propuesta pedagógica estimulante y motivadora, tanto para el estudiante con TEA, como para el docente.

El marco conceptual y las estrategias de intervención permitirán la elaboración de un plan de trabajo que oriente el desenvolvimiento de los aspectos educativos y sociales involucrados en la atención educativa y en la dinámica de la escuela. En el documento se sugiere programas de mejoramiento de habilidades comunicativas, sociales y de manejo conductual, áreas en las que las personas con TEA tienen más dificultades. Asimismo se ha seleccionado material bibliográfico y herramientas tecnológicas que apoyarán el trabajo docente.

Se invita a las familias de los niños con TEA y a la comunidad educativa aunar esfuerzos para el desarrollo integral de los estudiantes con TEA, proponiendo acciones creativas que despierten la sensibilización y comprometa a todos en el logro de los objetivos trazados.

DIRECCIÓN GENERAL DE EDUCACIÓN BÁSICA ESPECIAL

Índice

PRESENTACIÓN	2
ÍNDICE	
1. MARCO TEÓRICO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA	7
1.1 Referencia histórica.....	8
1.2 Definición de los Trastornos del Espectro Autista	9
1.2.1 Autismo.....	9
1.2.2 Trastorno de Asperger	9
1.2.3 Trastorno Desintegrativo de la infancia	9
1.2.4 Síndrome de Rett	10
1.2.5 Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado	10
1.3 Epidemiología	10
1.4 Etiología de los TEA	11
1.5 Características cualitativas de los TEA.....	16
1.5.1 Alteraciones cualitativas en la interacción social.....	16
1.5.2 Alteraciones cualitativas de comunicación	16
1.5.3 Patrones restringidos de comportamientos e intereses	16
1.6 Otros aspectos no considerados como criterios diagnósticos	17
1.6.1 Alteraciones sensoriales	17
1.6.2 Alteraciones cognitivas	18
1.6.3 Alteraciones emocionales.....	18
2. DETECCIÓN, IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	19
2.1 Proceso de evaluación y diagnóstico.....	20
2.1.1 Finalidad del proceso diagnóstico.....	20
2.2 Criterios Diagnósticos del DSM – IV	21
2.2.1 Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista (según DSM – IV – TR).....	22
2.2.2 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger (según DSM – IV – TR).....	23
2.3 Nueva propuesta del DSM – 5.....	24
2.4 Detección de los Trastornos del Espectro Autista	27
2.4.1 Señales de alerta en el desarrollo que pueden predecir la aparición de un TEA ...	28

3. ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN EL AULA	33
3.1 Organizando y aplicando estrategias educativas.....	34
3.2 Consideraciones para la inclusión de un niño con TEA en la Escuela Regular.....	35
3.3 Habilidades a trabajar en los niños con TEA	37
3.3.1 Habilidades de organización y planificación	37
3.3.2 Desarrollo de las capacidades cognitivas.....	39
3.3.3 Habilidades sociales.....	40
3.3.4 Comunicación	41
3.3.5 Juego.....	41
3.3.6 Flexibilidad mental y Autocontrol	42
3.3.7 Empatía.....	42
3.3.8 Identificación de Símbolos Sociales y Emocionales	43
3.3.9 Comprender y dar sentido a los acontecimientos de la vida	43
3.3.10 Establecer un vínculo con el maestro	44
3.3.11 Normalización en el uso de objetos.....	44
4. ESTRATEGIAS PARA TRABAJAR LAS ÁREAS CURRICULARES	45
4.1 Principios de estimulación de los aprendizajes	46
4.2 Área de Comunicación	49
4.3 Área de Matemática	55
4.4 Área de Personal Social	58
4.5 Área de Ciencia y Ambiente	60
4.6 Presentación de tareas escolares	60
4.7 Exámenes y evaluaciones escolares	61
5. LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD EDUCATIVA	65
5.1 El contexto familiar del niño	66
5.1.1 El impacto del diagnóstico sobre la familia: etapas emocionales.....	66
5.2 La Comunidad Educativa.....	71
ANEXO	
Recursos digitales para la intervención TEA	74
BIBLIOGRAFÍA.....	78

1

Marco Teórico
del Trastorno
del Espectro
Autista

1.1 Referencia Histórica

Desde las aportaciones de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944), el autismo ha sido un concepto dinámico y foco de intensos debates. Así, las interpretaciones sobre su origen, transitaron desde la inconsistente y nociva culpabilización a los padres, hasta el actualmente aceptado, trastorno del neurodesarrollo, el cual logró ser incorporado en los manuales diagnósticos, recién en la década de los ochenta, concediendo a los profesionales, estrictos criterios que, no sólo permiten delimitar el cuadro, sino también, favorecen el diagnóstico, a la investigación y a la transferencia de conocimientos.

Tanto Kanner como Asperger son considerados pioneros de la investigación del autismo, ya que fueron los primeros en definirlo como una entidad clínica distinta en el campo de la psiquiatría infantil. Ambos autores describieron a sus pacientes con síntomas similares: aislamiento social, torpeza en la marcha, dificultades en el lenguaje, en su forma, contenido y uso. Igualmente, describieron aspectos no verbales de la comunicación afectados, como el contacto visual y la falta de gestos. Además, reconocieron la deficiencia en su juego imaginativo, los patrones repetitivos de actividades, movimientos corporales estereotipados, el interés peculiar en ciertos objetos, respuestas extrañas a estímulos sensoriales y, habilidades especiales en el manejo de su memoria.

El autismo, por lo tanto, se diagnostica en las personas, basándose en su comportamiento e historial de desarrollo. Así, sus primeras manifestaciones aparecen antes de los tres años de edad y permanecen por toda la vida. Se caracteriza, como lo perfilaron Kanner y Asperger, por sus dificultades en utilizar el lenguaje, por su falta de reciprocidad personal, acompañado de movimientos o comportamientos repetitivos o estereotipados.



Por otra parte, hay una distinción en el género que favorece el diagnóstico en varones más que en mujeres a razón de 4:1.

Ante la expectativa de su próxima aparición, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, quinta edición (DSM 5), revela cambios importantes en la conceptualización del autismo. Quizás lo más destacado va a ser la incorporación de la denominación *Trastorno del Espectro Autista*, en sustitución del término vigente, *Trastornos Generalizados del Desarrollo*.

1.2 Definición de los Trastornos del Espectro Autista

Los trastornos del espectro autista (TEA), también denominados trastornos generalizados del desarrollo (TGD), son un conjunto de problemas vinculados al neurodesarrollo, con manifestaciones preferentemente cognitivas y comportamentales, que ocasionan notables limitaciones en la autonomía personal y son una importante causa de estrés en la familia.

En los años setenta, el autismo junto a otras categorías diagnósticas como *Trastorno de Rett*, *Trastorno Desintegrativo de la infancia*, *Trastorno de Asperger* y *Trastorno Generalizado No Especificado*, formaron parte del llamado *Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)*, término y clasificación que sigue vigente en los manuales diagnósticos.

Ruggieri y Arberas (2007), los describen de la siguiente manera:

1.2.1 Autismo

Se trata de un trastorno conductual de base biológica y asociado a diversas etiologías. Socialmente se trata de niños aislados, desinteresados por el entorno y sus pares. No tienen un juego simbólico. Su contacto visual es disperso. Tienen dificultades para reconocer las expresiones faciales y tienen escasa atención compartida.

1.2.2 Trastorno de Asperger

Las personas que lo padecen, presentan una alteración grave y persistente de la interacción social. Baja coordinación y concentración. Igualmente, evidencian un rango restringido de intereses. El desarrollo de su lenguaje, por lo general, ha sido bueno, y, no tienen un compromiso cognitivo.

1.2.3 Trastorno desintegrativo de la infancia

Es una entidad rara. El desarrollo aparenta ser normal pero, alrededor de los dos años, hay una regresión conductual en diversas áreas del desarrollo.

1.2.4 Síndrome de Rett

Se presenta principalmente en niñas y, ocurre por causa de la mutación de un gen que codifica la producción de la proteína MECP2. Se caracteriza por un estancamiento en el crecimiento cefálico, pérdida del uso propositivo de las manos, conductas estereotipadas de sus manos y, deterioro psicomotor progresivo.

1.2.5 Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado

Se caracteriza por una dificultad severa y generalizada en el desarrollo de las habilidades de comunicación verbal y no verbal, en sus interacciones sociales y, por un comportamiento e intereses estereotipados pero, que no cumplen con los criterios para ser clasificados en alguna de las cuatro formas descritas anteriormente.

En el año 1979, los aportes de **Lorna Wing y Judith Gould** (Gillberg, 2006), acomodaron el concepto a la idea de un continuo, considerando con la denominación de **Trastorno del Espectro Autista**, grados de complejidad o de severidad. Sólo el *Síndrome de Rett*, por tener una entidad genética reconocida, estaría excluido en esta denominación.

La aproximación al *DSM 5*, eliminaría las categorías descritas. Y el grado de compromiso o de severidad lo estaría delimitando, el rendimiento cognitivo y la presencia y funcionalidad del lenguaje.

1.3 Epidemiología

La tasa de prevalencia para el autismo ha ido en aumento durante las últimas décadas, pero se desconoce con seguridad su causa. Los primeros estudios epidemiológicos comunicaron una prevalencia del autismo infantil de 4-5 por 10.000, lo que equivale aproximadamente a 1 de cada 2.000 personas. Sin embargo, en el estudio de Chakrabarti (2001), la prevalencia era de 1/1.500 y, al incluir todos los TEA (Autismo, Asperger, Autismo Atípico y TGD-nE), la prevalencia aumentaba hasta 1/200.

En el 2007 la organización Health Resources and Services Administration, con una muestra de más de 78.000 niños, encontró que el 1,1% o un niño de cada 91 en los Estados Unidos de entre 3-17 años de edad está diagnosticado con TEA. Este estudio también encontró una relación hombre: mujer de aproximadamente 4:1.

En la última década, estas estimaciones se han incrementado de manera muy significativa. Los últimos datos de prevalencia procedentes del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de EE.UU. en población infanto-juvenil, muestran un incremento en los últimos años: de 4 de cada 1000 (1/250) en 2002; a 6,7 de cada 1000 (1/150) en 2007; y hasta 11 de cada 1000 habitantes (1/91) en 2009. Por lo general se detecta antes de los tres primeros años de la vida.

Según una publicación de la Revista PEDIATRICS de Octubre del 2009, 110 de cada 10.000 niños de E.E.U.U. serán diagnosticados en algún momento de sus vidas con un Trastornos del Espectro Autista, mientras que el último estudio de prevalencia total de TEA de la región del Támesis, Londres, publicado

en el LANCET en el año 2006, arrojó una prevalencia de 116.1 de cada 10.000 niños. Uno de los últimos estudios realizados a la fecha, por Baron-Cohen et al. (2009) y basado en una muestra circunscrita en la población escolar, refiere de una prevalencia de TEA en 1 de cada 64 sujetos. En cuanto a la proporción de presentación según el género, los TEA afectan mayormente a la población masculina en una proporción de 4:1. En los niños con Trastorno de Asperger (subgrupo del TEA) la relación hombre-mujer aumenta a 8:1. Los estudios ponen en evidencia que los TEA aparecen por igual en todas las clases sociales, en las diferentes culturas y razas.

¡Para recordar!

El diagnóstico lo debe hacer un profesional de la salud y/o un equipo de trabajo interdisciplinario, ambos con experiencia en el campo. Existen escalas para su detección a partir del primer año de vida.

1.4 Etiología de los TEA

El Trastorno de Espectro Autista se entiende como una expresión atípica del desarrollo humano, sujeta a cambios dinámicos e interactivos, fruto de la **interacción multidireccional entre genética, cerebro, cognición, entorno y conducta**. Es un trastorno del neurodesarrollo que se expresa de manera conductual de forma variable dentro de un amplio espectro, con mayor o menor grado de afectación, manifestándose durante los tres primeros años de vida. Aún no se sabe la causa exacta, sin embargo la base neurobiológica es indudable. Luego de varios años de investigación, que continúan a la fecha, se han realizado avances en la identificación de algunos de los mecanismos patogénicos implicados, pero, para ello, es imprescindible una mirada interdisciplinaria que permita comprender la *interrelación de los genes, la arquitectura cerebral y el contexto ambiental*.

Existen teorías biológicas que relacionan al Autismo con alteraciones en el funcionamiento del sistema Límbico y el Sistema de Neuronas en espejo, responsables estas últimas de conductas de imitación en los seres humanos y que posteriormente se relacionan con teorías cognitivas relacionadas con la empatía. Las investigaciones con estudios de resonancia magnética funcional vienen sustentando el sustrato biológico.

GLOSARIO

Neuronas en espejo: Cierta clase de neuronas que se activan cuando un animal o persona ejecuta una acción y cuando observa esa misma acción al ser ejecutada por otro individuo, especialmente un congénere. Permite que podamos aprender a partir de la observación e imitación de otros. Desempeñan un papel importante dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida social, tales como la empatía (capacidad de ponerse en el lugar de otro) y la imitación.

Sistema límbico: Formado por varias estructuras cerebrales relacionadas con las emociones y el comportamiento.

Resonancia magnética funcional: Procedimiento que muestra imágenes del cerebro mientras está en actividad.

A la fecha no existe una única teoría que pueda explicar en sí la causa del autismo. Se lo atribuye a la contribución de factores genéticos, biológicos y ambientales.

Existen diferentes **teorías** que han intentado explicarlo asociando su aparición a diversas causas como:

- **Alteraciones genéticas:** La influencia de los genes como causa de los trastornos del espectro autista derivan de los estudios en gemelos. Esto pone en evidencia una alta heredabilidad, indicando que existen factores genéticos involucrados. El modelo hereditario de este tipo de trastornos parece explicarse, en la mayoría de los casos, con un modelo poligénico o multifactorial (con la influencia de determinadas variantes genéticas unidas a determinadas situaciones ambientales), aunque también se han detectado en algunas familias alteraciones cromosómicas o monogénicas, que cursan con las manifestaciones conductuales del trastorno del espectro autista. Ejemplo de ellos son el Síndrome de X – Frágil, esclerosis tuberosa, Mutaciones en SHANK3 (gen que se encuentra en el cromosoma 22), 45X síndrome de Turner, XXY síndrome de Klinefelter, Duplicación materna del cromosoma 15 (síndromes de Prader-Willi/ Angelman), entre otros. Estudios en familias han demostrado que la probabilidad de aparición de autismo se incrementa de 50 a 100 veces en hermanos de niños autistas, por lo que es una población de riesgo que necesitará una supervisión de su desarrollo.

- **Trastornos infecciosos:** Algunos autores sugieren que las infecciones víricas causantes de alteraciones cerebrales muy específicas pueden posteriormente condicionar la presencia de autismo.
- **Deficiencias inmunológicas:** Se sospecha que el autismo puede ser un trastorno autoinmune (el organismo confunde sus propias células con sustancias extrañas y las ataca).
- **Desequilibrio de los neurotransmisores:** La responsabilidad de posibles alteraciones bioquímicas en la génesis del autismo es una hipótesis que se investiga desde estadios tempranos del desarrollo (por ejemplo desde el primer trimestre de gestación).
- **Factores ambientales:** Se reconocen que existen determinados factores medioambientales que podrían afectar el desarrollo de una persona genéticamente predispuesta (amplifican una condición preexistente en la persona) como exposición a productos tóxicos, desde pesticidas y plaguicidas, a tóxicos ligados a procesos mineros y/o industriales. Una compleja combinación de moléculas químicas, fármacos, metales pesados y otros contaminantes interfieren y alteran en los procesos celulares, disfunción mitocondrial, alteración en los procesos de metilación y en la expresión de los genes. Todos estos aspectos actúan de forma combinada, y por tanto están involucrados junto con determinados tipos de predisposición genética en la patogénesis del autismo ligada a factores medioambientales.

Además de estas explicaciones biológicas, se han planteado **teorías psicológicas (cognitivas)** que tratan de explicar el por qué de la sintomatología del Espectro Autista.

Una de ellas es la **Teoría de la Mente** (Baron – Cohen, Leslie y Firth, 1985). Este concepto está referido a la habilidad cognitiva compleja que permite que un individuo atribuya estados mentales a sí mismo y a otros. Es un sistema de conocimientos que permite inferir creencias, deseos, intenciones y emociones y, de esta a manera, lograr interpretar los comportamientos propios y ajenos con el fin de predecirlos y controlarlos. Se incluyen aspectos metacognitivos, como la interpretación de emociones básicas, la capacidad de captar el discurso metafórico, las mentiras o la ironía, la posibilidad de interpretar emociones sociales complejas a través de la mirada o la cognición social y la empatía. Existe gran consenso en señalar la existencia de un sistema neural complejo para esta teoría, resaltando la región frontal.

Alrededor de los 4 años, los niños empiezan a entender que las otras personas tienen pensamientos, creencias, intereses y deseos diferentes a los propios, que pueden influir en sus conductas. Esta teoría sugiere que las personas con autismo tienen dificultades para comprender que las otras personas tienen intereses, pensamientos y sentimientos diferentes a los propios. Para poder interactuar y empatizar con los demás, es preciso “ponerse en el lugar del otro”. Esto nos permite comprender las razones que lo han llevado a actuar de determinada manera.

Según estos investigadores los niños con autismo presentarían una especie de “ceguera mental” o falta de Teoría de la Mente, que les produce alteraciones graves en la interacción social, imaginación y simbolización. Tanto la evitación del contacto social, como el carácter inadecuado de muchas

aproximaciones sociales, pueden explicarse por la carencia de una teoría de la mente; ambas características se deben a que no comprenden lo que piensan, sienten o desean las otras personas. La comunicación falla como consecuencia inevitable de esa deficiencia. Por ello, para las personas con autismo, a causa de un déficit en la teoría de la mente, el mundo social les parece confuso, caótico e incluso puede darles miedo. En el extremo de los casos, puede llevarlos a apartarse del mundo social y a realizar escasos intentos de interacción con otros, tratándolos como si no tuvieran “mentes”, por tanto, comportándose con ellas de forma similar a como lo hacen con los objetos inanimados.

Algunas consecuencias derivadas de no tener Teoría de la Mente son:

- Ausencia de guías para predecir e interpretar conductas ajenas.
- Incomprensión de las conductas de los demás.
- Dificultad para desarrollar la comunicación (ausencia de los protodeclarativos).
- Ausencia o retraso en las capacidades declarativas.
- Dificultad para realizar intercambios comunicativos (por ejemplo diálogos) que contengan reciprocidad emocional.
- Falta de empatía.
- Repertorio restringido de intereses.

Con respecto al sustrato neurobiológico, investigaciones sobre el sistema de neuronas espejo-neuronas del córtex premotor (y otras zonas corticales) que se activan cuando realizamos un movimiento concreto y también cuando percibimos en el otro un movimiento similar, se relacionan con la comprensión de las intenciones/metast del otro, la imitación y la teoría de la mente.

Uta Firth (2004) propone una teoría complementaria llamada **Teoría de Coherencia Central Débil**, que podría explicar algunas de las dificultades encontradas y que no pueden ser explicadas por la Teoría de la Mente. Esta teoría señala que el núcleo fundamental de los Trastornos del Espectro Autista se encuentra en sus dificultades para integrar la información y, en general, un estilo cognitivo caracterizado por la tendencia al procesamiento local o de detalles y la dificultad para elaborar representaciones significativas globales a niveles tanto perceptivos como cognitivos (la llamada “coherencia central débil”). Por tanto, los niños con TEA presentarían una incapacidad de dar coherencia, por ello sus sistemas de pensamiento y su propio ser se caracterizan por la “desconexión”.

Es así que la idea de que las personas con autismo hacen uso relativo e inadecuado de la información que les llega del entorno y dedican una atención preferente a las partes y no al todo, contribuye a explicar algunas deficiencias encontradas y algunas habilidades presentadas como es su tendencia a fijarse en detalles que suelen ser irrelevantes, la tendencia a la literalidad, la buena memoria para los detalles, los intereses específicos, su capacidad perceptivo – visual y la tendencia a mantener una hiperconcentración en detalles, manifestada por ejemplo en su facilidad para construir rompecabezas. Asimismo, se ha estudiado su relación con la memoria en los TEA, advirtiendo que ellos almacenan la información de forma mecánica, presentado dificultades en la memoria significativa.

Otra de las teorías que en la actualidad tiene importancia es la **Teoría de la disfunción ejecutiva**. Las funciones ejecutivas se han definido como un conjunto de procesos cognitivos superiores que incluye habilidades más específicas, como la memoria de trabajo, formación de planes, autorregulación, monitorización, inhibición de conductas, planificación, anticipación, flexibilidad, atención. Asimismo, estas funciones implican la capacidad de hallar soluciones para un problema nuevo, mediante predicciones de las consecuencias a las que nos puede llevar cada una de las soluciones imaginadas. Se hace referencia a la corteza prefrontal como substrato anatómico de estos procesos cognitivos. Cabe mencionar que recientemente se han estudiado otras regiones, como el cerebelo y áreas subcorticales. El trastorno en las funciones ejecutivas ha sido una de las hipótesis explicativas de la patología del autismo, aludiendo al déficit en el control de las acciones y del pensamiento.

Esta teoría podría explicar alguna de la sintomatología de las personas con Autismo, tales como:

- Pensamiento rígido.
- La impulsividad.
- Dificultades de control emocional.
- Conductas perseverantes y repetitivas.
- Intereses focalizados.
- Dificultades para tomar decisiones.
- Dificultades en la planificación de tareas, de actividades.
- Dificultades en la organización de discurso tanto verbal como escrito.
- Dificultades en el mantenimiento de un tema de conversación.
- La pobre atención o concentración.
- Dificultades para cambiar el foco de atención.
- Dificultades en la generalización de los aprendizajes.

Los profesores suelen enumerar una gran cantidad de conductas en personas con autismo que pueden ser un reflejo de sus dificultades ejecutivas, por ejemplo: no atiende en clase, está disperso, aprende de memoria, no sabe organizar las ideas, cuando aprende una cosa de una forma, no sabe generalizarla, cuando se presentan cambios, se pone nervioso, sólo atiende si se habla de sus intereses, entre otros. Estas conductas interfieren en su desempeño social y académico.

Se puede concluir que nos encontramos ante un síndrome conductual de base neurobiológica (en donde interviene factores genéticos) unida a factores psicológicos así como también puede estar asociado a factores ambientales. Aunque hoy en día su origen aún es desconocido, queda claro que no depende de una sola causa sino de múltiples factores.

1.5 Características cualitativas de los TEA

Las características pueden darse en diferentes niveles de gravedad.

1.5.1 Alteraciones cualitativas en la interacción social

Puede presentarse desde un aislamiento completo, en el que la persona se queda dentro de su mundo, indiferente a las personas hasta presentar dificultades en la interacción social por problemas para comprender sutilezas sociales y por no poder codificar las reglas sociales implícitas. No les resulta sencillo apreciar las intenciones de los demás, desarrollar juegos y hacer amigos. En consecuencia el mundo social no les resulta fácil y en muchas ocasiones no les interesa, razón por la que muestran aislamiento.

Estas limitaciones sociales son especialmente marcadas en la infancia, atenuándose un poco a lo largo de la vida, ya que su interés social va aumentando espontáneamente y ello favorece el aprendizaje de nuevas competencias.

1.5.2 Alteraciones cualitativas de comunicación

Presentan una alteración en el lenguaje y comunicación verbal y no verbal. Esta falla de la comunicación verbal se acompaña además de pobreza o ausencia de la comunicación no verbal: gestos, posturas o expresiones faciales que acompañan normalmente el habla o la sustituyen. Aquellos que desarrollan el habla, lo hacen con ciertas características peculiares: ecolalia, perseveración, inversión pronominal y entonación anormal.

Lo más característico es que el lenguaje no se utiliza de manera social para compartir experiencias y vivencias, presentando dificultad para iniciar o mantener una conversación recíproca, comprender sutilezas, bromas, ironías o dobles intenciones, observándose alterados aspectos semánticos y pragmáticos del lenguaje.

1.5.3 Patrones restringidos de comportamiento e intereses

Presentan rigidez de pensamiento y conductas ritualistas, estereotipadas y perseverantes (*resistencia a la invarianza*). Pueden aparecer movimientos corporales estereotipados (aleteos de manos, giros sobre sí mismo, balanceo, deambulación sin funcionalidad, etc.).

El juego tiende a ser repetitivo, poco imaginativo (hacer hileras, agrupamientos, fascinación por contar y repetir, etc.), y se pueden generar hasta contenidos obsesivos y limitados de pensamiento y ausencia de juego simbólico.

Presentan también intereses especiales, que no son frecuentes en otras personas de su edad (fascinación por partes de objetos, piezas giratorias, letras o logotipos, etc.), aunque lo más característico es que no comparten sus intereses con los demás.

En las personas con mayor capacidad intelectual sus intereses restringidos son más sofisticados y pueden incluir el hacer colecciones, listados, recopilar datos sobre temas específicos: astronomía, monedas, mapas, trenes, programas informáticos, etc. Normalmente no están interesados en compartir su conocimiento de manera recíproca.

En los últimos años se ha adoptado una perspectiva dimensional para estudiar y tratar a los Trastornos del Espectro Autista, atendiendo a las alteraciones cualitativas presentadas en las siguientes áreas:

**COMUNICACIÓN
Y LENGUAJE**

**INTERACCIÓN
SOCIAL**

**RESTRICCIÓN DE
INTERESES
Y CONDUCTAS**

1.6 Otros aspectos no considerados como criterios diagnósticos

1.6.1 Alteraciones sensoriales

Las personas del espectro autista perciben distinto, pueden presentar desde una hipersensibilidad a una hiposensibilidad de los estímulos auditivos, visuales, gustativos y táctiles.

Esta alteración sensorial puede explicar fenómenos frecuentemente observados, como por ejemplo: Taparse los oídos por los sonidos o volumen de la voz fuerte, a la reverberancia acústica que se produce en gimnasios, iglesias o espacios muy grandes, bullicio de un cumpleaños con los globos que se revientan, taparse los ojos por la luz de un flash fotográfico.

También suelen ser hiperselectivos y ritualistas con los alimentos.

A algunos les agrada tocar ciertas texturas, otros no permiten que se acerquen a ellos, otros presentan molestias con las etiquetas interiores en la ropa.

A nivel de hiposensibilidad pueden manifestar bajos umbrales al dolor, lo que puede producir heridas de las que no acusan dolor como consecuencia, o no presentar síntomas a enfermedades comunes.

1.6.2 Alteraciones cognitivas

Éstas varían desde la discapacidad intelectual hasta capacidades en niveles cognitivos superiores. La irregularidad es tan marcada que un talento excepcional puede acompañarse con una incompetencia intelectual. Pueden presentar capacidades especiales (*Islotes de capacidad*) para la música, dibujo, cálculo, habilidades visoespaciales, memoria verbal, visual o auditiva.

Dentro del espectro autista se presentan un conjunto de déficits cognitivos como la incapacidad de imaginar lo que otra persona está pensando y experimentando, llamado en el campo de la psicología como *Teoría de la mente*.

Son significativos también los déficits en la flexibilidad cognitiva, las *funciones ejecutivas*, el juicio y sentido común.

1.6.3 Alteraciones emocionales

Presentan déficits específicos tanto en el reconocimiento de las emociones ajenas como en la expresión de las propias.

En la personas del espectro autista se debe tener en cuenta las dificultades emocionales y sus causas, y considerar que los cambios en las rutinas y/o del entorno (horarios, recorridos, objetos o personas que cambian su ubicación o postura, etc.), son difícilmente predecibles.

Estos cambios son uno de los orígenes de los altos niveles de ansiedad, angustia y stress en ellos; también presentan baja tolerancia a la frustración, que se manifiesta en reacciones afectivas inadecuadas, como auto agresividad o hetero agresividad, signos de angustia, variaciones en el humor y alternancia de emociones opuestas que responden a la dificultad de poder decodificar los estados emocionales.

Todas estas características varían de acuerdo a la edad, la experiencia que pueda tener el niño o el joven en el medio y el compromiso de la triada respecto al trastorno en el ciclo vital explicado anteriormente.

2

Detección, identificación
y evaluación de los
Trastornos del
Espectro Autista

2.1 Proceso de evaluación y diagnóstico

Actualmente, los TEA, en su complejidad, presentan manifestaciones variables que se diagnostican basándose en el comportamiento e historial de desarrollo del individuo evaluado. Se caracteriza por dificultades en la comunicación, lenguaje, simbolización, interacción con otras personas y movimientos o comportamientos repetitivos o estereotipados.

El diagnóstico clínico es un proceso de carácter deductivo, que requiere de una evaluación especializada a cargo de un equipo de trabajo interdisciplinario con experiencia en el campo (conocimientos y experiencia clínica) haciendo uso de clasificaciones internacionales aceptadas por la comunidad científica (DSM – IV o CIE 10), estableciendo los subgrupos específicos y la descripción de sus características. Ello permite establecer un plan de intervención, adecuado a las características de la persona.

2.1.1 Finalidad del proceso diagnóstico

La finalidad es caracterizar, con la mayor confiabilidad posible, el comportamiento de la persona como perteneciente a una categoría diagnóstica específica, por medio de la identificación de trastornos comórbidos y la diferenciación de otros trastornos evolutivos o mentales.

El propósito del diagnóstico puede ser múltiple y, aportar datos que deben: (extraído de la Guía de Buena Práctica para el diagnóstico de los Trastornos Del Espectro Autista del Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo).

- Servir para proporcionar a la propia persona afectada, a su familia y a los organismos públicos y privados un adecuado plan de atención global que incluya programas psicopedagógicos, conductuales, psicofarmacológicos, de apoyo familiar, medidas sociales, terapias de trastornos asociados, etc.
- Contribuir a la investigación, de cara a asegurar la comparabilidad de las muestras utilizadas.
- Permitir las revisiones periódicas, ya que facilitará a los profesionales información adecuada para comparar objetivamente las variaciones observadas, analizar la evolución (mejoría o empeoramiento del cuadro, desarrollo de habilidades, aparición de otros trastornos asociados, la calidad de vida de la persona y de sus familiares, etc.) y valorar los resultados de los tratamientos aplicados.

El **proceso de evaluación**, a cargo de un equipo interdisciplinario experimentado en el campo, debe adaptarse a la edad cronológica y mental, historia del desarrollo, situación vital y evaluaciones previas que haya recibido la persona. Por lo general incluye:

- La recogida de información sobre la historia de la persona y antecedentes médicos y familiares.
- Una evaluación médica.
- Una evaluación psicológica de la inteligencia, habilidades sociales, habilidades comunicativas y lingüísticas, y competencias adaptativas.

2.2 Criterios Diagnósticos del DSM – IV

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta edición revisada (DSM–IV–TR), los Trastornos del Espectro Autista se encuentran descritos como la categoría diagnóstica Trastornos Generalizados del Desarrollo. Éstos se caracterizan por una perturbación grave y generalizada en varias áreas del desarrollo: comunicación verbal y no verbal, lenguaje, habilidades para la interacción social y la presencia de comportamientos e intereses y actividades estereotipadas. Esta es una clasificación categorial.

La categoría de Trastornos Generalizados del Desarrollo incluye 5 subgrupos clínicos:

- Trastorno Autista.
- Trastorno de Rett.
- Trastorno Desintegrativo Infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno Generalizado del Desarrollo no Específico.

2.2.1 Criterios para el diagnóstico del Trastorno Autista (según DSM – IV – TR)

Para darse un diagnóstico de autismo deben cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de trastornos (1) de la interacción social, (2) de la comunicación y (3) de la flexibilidad. Cumpliéndose como mínimo dos elementos de (1), uno de (2) y uno de (3).

A. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuados al nivel de desarrollo.
- c. Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p. ej., no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

B. Alteración cualitativa de la comunicación, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

- a. Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
- b. En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
- c. Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
- d. Ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.

C. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados, por lo menos, mediante una de las siguientes características:

- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
- c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
- d. Preocupación persistente por partes de objetos

- D. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad:**
1. Interacción social
 2. Lenguaje utilizado en la comunicación social
 3. Juego simbólico o imaginativo.
- E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un Trastorno de Rett o de un Trastorno Desintegrativo Infantil.**

2.2.2 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Asperger (según DSM – IV – TR)

- A. Alteración cualitativa de la interacción social**, manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- a. Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 - c. Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas (p. ej., no mostrar, traer o enseñar a otras personas objetos de interés).
 - d. Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- B. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados**, manifestados al menos por una de las siguientes características:
- a. Preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c. Manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos.
- C. El trastorno causa un deterioro clínicamente significativo** de la actividad social, laboral y otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- D. **No hay retraso general del lenguaje clínicamente significativo** (p. ej., a los 2 años de edad utiliza palabras sencillas, a los 3 años de edad utiliza frases comunicativas).
- E. **No hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognoscitivo ni del desarrollo de habilidades de autoayuda propias de la edad, comportamiento adaptativo (distinto de la interacción social) y curiosidad acerca del ambiente durante la infancia.**
- F. **No cumple los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo ni de esquizofrenia.**

2.3 Nueva propuesta del DSM – 5

Actualmente se encuentra próxima la publicación de la Quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), se espera para mayo del 2013. En esta edición se conocen cambios importantes en la conceptualización del autismo. Uno de los aspectos más relevantes va a ser una nueva categoría denominada Trastornos del Neurodesarrollo, en el cual se incorporara la denominación **Trastorno del Espectro Autista**, en reemplazo de Trastornos Generalizados del Desarrollo.

El Trastorno de Rett sería retirado por la evidencia científica que sustenta su base genética. Los subgrupos clínicos de Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo Infantil y Trastorno Generalizado del Desarrollo no Especificado desaparecerían por una conceptualización dimensional bajo el nombre de Trastornos del Espectro Autista. En esta nueva **escala dimensional** se podrá especificar (en tres niveles) el grado de afectación del sujeto (desde una sintomatología muy leve a cuadros muy graves). Es así que aun utilizando una misma denominación para todos los pacientes, la escala dimensional permitirá definir a las personas con autismo según su ubicación dentro de un continuo. Otro aspecto importante que se menciona es que debe estar presente desde la infancia o niñez temprana, pero puede no ser detectado hasta más tarde debido a mínimas demandas sociales y al apoyo en los primeros años de los padres o cuidadores.

Uno de las causas del porque agrupar en una sola denominación, se respalda en que las diferencias entre los supuestos subtipos de autismo no vienen determinadas por los síntomas específicos del autismo, sino por el nivel intelectual, la afectación del lenguaje y otras manifestaciones ajenas al núcleo autista.

El DSM - 5 agrupará los criterios de trastorno cualitativo de la interacción social y trastorno cualitativo de la comunicación en un solo criterio: déficit persistente en la comunicación social y la interacción social en distintos contextos, no explicable por un retraso general en el desarrollo. El tercer criterio, patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetidos y estereotipados, quedará formulado más o menos igual; sin embargo, se añadirá dentro de este criterio la hipo o hiperreactividad a los estímulos sensoriales, o el interés inusual en los aspectos sensoriales del entorno. Es así que se incluyen explícitamente comportamientos sensoriales inusuales dentro de un subdominio de comportamientos motores y verbales estereotipados; de esta manera se amplía la especificación de distintas conductas que pueden ser consideradas dentro de este dominio, con ejemplos especialmente relevantes para los niños más pequeños.

Los retrasos en el lenguaje no son únicos ni universales en los TEA, y con más precisión pueden considerarse como un factor que influye en los síntomas clínicos de los TEA, en lugar de definir el diagnóstico de TEA.

Los criterios propuestos (2º borrador, revisado el 26 de enero de 2011) son:

Deben cumplirse los criterios A, B, C y D.

- A. Déficits persistentes en comunicación social e interacción social** a lo largo de diferentes contextos, que no se explica por retrasos evolutivos de carácter general, y se manifiesta en todos los síntomas siguientes:
- a. **Dificultades en reciprocidad socio-emocional;** rango de comportamientos que van desde mostrar acercamientos sociales inusuales y problemas para mantener el flujo de ida y vuelta normal de las conversaciones, pasando por un reducido interés por compartir intereses, emociones y afecto y responder a ellos, hasta una falta total de iniciativa en la interacción social.
 - b. **Déficits en conductas comunicativas no verbales usadas en la interacción social;** rango de comportamientos que van desde mostrar una marcada dificultad para integrar conductas comunicativas verbales y no verbales, pasando por anomalías en el contacto visual y el lenguaje corporal, y déficits en comprender y usar la comunicación no verbal, hasta una falta total de expresividad emocional o gestual.
 - c. **Dificultades para desarrollar y mantener relaciones apropiadas para el nivel de desarrollo** (más allá de aquellas desarrolladas con los cuidadores); rango de comportamientos que van desde dificultades para ajustar el comportamiento para encajar en diferentes contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos de ficción y hacer amigos hasta una ausencia aparente de interés en la gente.
- B. Patrones repetitivos y restringidos de conducta, actividades e intereses,** que se manifiestan en, al menos dos de los siguientes síntomas:
- a. **Habla repetitiva o estereotipada, conductas motoras o uso de objetos estereotipados o repetitivos** (ejemplo: movimientos motores estereotipados, ecolalia, uso repetitivo de objetos, frases idiosincrásicas).
 - b. **Adherencia excesiva a rutinas, patrones de comportamiento verbal y no verbal ritualizado o resistencia excesiva a los cambios** (ejemplo: rituales motores, insistencia en comer siempre lo mismo o seguir siempre el mismo camino, preguntas repetitivas o malestar extremo ante pequeños cambios).
 - c. **Intereses restringidos, intereses obsesivos que son anormales por su intensidad o el tipo de contenido** (ejemplo: apego excesivo o preocupación excesiva con objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

d. Hiper o hipo reactividad sensorial o interés inusual en aspectos del entorno (ejemplo: indiferencia aparente al dolor/calor/frío, respuesta aversiva a sonidos o texturas específicas, oler o tocar objetos en exceso, fascinación por las luces u objetos que giran).

C. Los síntomas deben estar presentes en la infancia temprana (aunque pueden no manifestarse plenamente hasta que las demandas del entorno excedan las capacidades del niño).

D. El conjunto de los síntomas limitan y alteran el funcionamiento diario.

El diagnóstico se completará especificando algunas características de la presentación clínica (severidad, competencias verbales, curso evolutivo).

Respecto a la severidad, el segundo borrador de los criterios diagnósticos incorpora una propuesta para clasificar la severidad del TEA. Ofrece la descripción de tres niveles de severidad para cada una de las dos dimensiones que forman los criterios diagnósticos.

Niveles de gravedad. Propuesta del DSM 5

Nivel	Comunicación social	Intereses restringidos y conductas repetitivas
Nivel 1	<p><i>Requiere un soporte muy considerable.</i></p> <p>Severos déficits en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal que ocasionan graves alteraciones en el funcionamiento; imitación muy limitada; inicio muy limitado de las interacciones sociales y mínima respuesta a las aperturas sociales de los demás.</p>	<p>Preocupaciones, rituales fijos y/o conductas repetitivas que interfieren acentuadamente con el funcionamiento en todas las áreas. Fuerte malestar cuando los rituales o las rutinas son interrumpidos; gran dificultad para reconducir los intereses fijos o para abandonarlos de forma rápida</p>
Nivel 2	<p><i>Requiere un soporte considerable.</i></p> <p>Marcados déficits en las habilidades de comunicación social verbales y no verbales; alteraciones sociales manifiestas incluso con soporte en el lugar; limitada capacidad para iniciar interacciones sociales y respuesta reducida o anormal a las iniciativas sociales de los demás.</p>	<p>Rituales o conductas restringidas y/o preocupaciones o intereses obsesivos que aparecen con suficiente frecuencia para ser evidentes a un observador casual, e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. El malestar o la frustración son evidentes cuando los rituales o conductas restringidas son interrumpidas; los intereses fijos son difíciles de reconducir.</p>
Nivel 3	<p><i>Requiere soporte.</i></p> <p>Sin soporte en el lugar, los déficits en la comunicación social causan alteraciones observables. Dificultad para iniciar interacciones sociales y respuestas atípicas e ineficaces a las iniciativas sociales de los demás. Aparente falta de interés para las interacciones sociales.</p>	<p>Rituales o conductas restringidas que causan una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Se resiste a los intentos de los demás para interrumpir los rituales o conductas restringidas o para ser desviado de los intereses fijos.</p>

También se podrán describir las características asociadas al TEA (presencia de trastornos genéticos asociados, discapacidad intelectual, epilepsia, entre otros). El retraso del lenguaje deja de considerarse un síntoma definitorio del autismo (no es ni universal ni específico), sino un factor que afecta a la manifestación de los síntomas.

Finalmente, se ofrecerán ejemplos sobre los síntomas en diferentes rangos de edad o de competencia verbal.

IMPORTANTE:

El diagnóstico sólo es una etiqueta que hace referencia a las dificultades de las personas y es orientadora del tratamiento. No refleja todo lo que esa persona es. Recordemos que detrás de cada diagnóstico de autismo, hay una persona con autismo.

2.4 Detección de los Trastornos del Espectro Autista


Las características de a los TEA se manifiestan pronto en la vida: siempre antes de los tres años de edad; aunque, muchas veces no son identificados hasta meses o años después. Los casos de menor grado de afectación o aquellos con niveles cognitivos normales o superiores a la media frecuentemente no se identifican hasta la edad escolar.

La detección precoz de este trastorno es el primer paso para posibilitar una intervención temprana, favorecer el pronóstico y la evolución posterior del niño, así como, un acompañamiento y asesoramiento a la familia y colegio según las dificultades que se puedan ir presentando.

La presencia o sospecha de estas señales indican la necesidad de proceder a una evaluación diagnóstica especializada.

A pesar de las dificultades que puede tener el diagnóstico precoz de los TEA, es importante mencionar que la mayoría de los padres de estos niños manifiestan haber notado algunos problemas en el desarrollo de sus hijos antes de los 24 meses (Gray y Tonge, 2001).

Se puede considerar en la actualidad que alrededor del **año de vida**, e incluso antes, ya se pueden identificar los **signos de alarma** que se correlacionan con este trastorno:



- Escaso o nulo interés por el contacto ocular.
- Ausencia de respuesta de orientación cuando se lo llama al niño por su nombre.
- Dificultades en el seguimiento de la mirada.
- Ausencia de la conducta de señalar (para pedir) y mostrar objetos.
- Escasa sonrisa social.

Las **señales de alerta** pueden identificarse alrededor de los **18 meses o antes de los dos años de vida**.

2.4.1 Señales de alerta en el desarrollo que pueden predecir la aparición de un TEA

En niños alrededor de los 12 a 24 meses de edad, señales de alerta más frecuentes son:

Comunicación y lenguaje

- A los 12 meses no balbucea, no realiza gestos comunicativos como el señalar, decir adiós con la mano, asentir o negar con la cabeza, saludar, entre otros.
- No mira a los ojos y/o evita cualquier contacto visual (puede mirar solo por unos segundos o mirar de “rejo”).
- Hacia los 12 meses no responde al llamado de su nombre, se le tiene que llamar múltiples veces en tono alto o tocarlo para que voltee.
- No señala con el dedo índice para pedir o mostrar interés (si quiere algo toma la mano de la persona y la dirige hacia el objeto para que se lo entregue sin devolver la mirada a la persona).
- No imita sonidos, gestos ni expresiones.
- Ausencia de palabras sueltas a los 16 meses.
- Hacia los 18 meses no dice palabras sencillas (Ej. mamá, papá, dame).
- Hacia los 24 meses no dice frases espontáneas de dos palabras (no repetitivas).
- Repite palabras o frases (ecolalias).

Interacción social

- No coge objetos para “mostrarlos” a los demás.
- No comparte el juego con otros niños, no interviene en juegos de interacción social (prefiere el juego solitario).
- No comparte el interés o el placer con los demás (cuando se inicia un juego con él no responde con sonrisas ni muestra interés por el otro).
- Ausencia de juego funcional con juguetes (Ej. empujar el carrito, hacer volar un helicóptero, que haga correr a un caballo).
- Falta de sonrisa social para compartir placer (al sonreírle no retorna una sonrisa de respuesta).
- No imita ni repite acciones que otros realizan (Ej. aplaudir).
- Hacia los 18 meses no juega con situaciones imaginarias (Ej. dar de “comer” a la muñeca, hacer “como si” bebiera de una taza, hacer “como si” un animalito comiera algo).

Intereses y conductas

- Apego inusual a algún juguete o partes de juguetes (Ej. a las llantas de los carros, hélices de helicópteros, tapas de ollas, entre otros).
- Acciones repetitivas como alinear o girar objetos, encender y apagar luces, abrir y cerrar puertas, entre otros.
- Falta de tiene interés por los juguetes o no los usa adecuadamente (Ej. agarrar un carrito para voltearlo y solo girar las llantas o tirarlo al aire y dejarlo caer en el piso, alinearlos cambiándolo de lugar sin jugar con él).
- Se altera mucho en situaciones nuevas.
- Hipersensibilidad a los sonidos y al tacto (Ej. al sonido de la lustradora, licuadora se puede llevar las manos a los oídos).
- Movimientos inusuales con manos, brazos, balanceos con el cuerpo, pone los dedos en posiciones extrañas, recorre una y otra vez un mismo espacio.
- Se irrita con cambios mínimos (Ej. cambio en la ruta para ir a algún sitio, si mueven sus juguetes de la posición en que los dejó).

Se destaca que la pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad es una señal importante de alerta.

A los indicadores referidos hay que **añadir** una serie de **dificultades asociadas**, como las alteraciones del sueño, los problemas con la alimentación, las limitaciones para la autonomía personal o el escaso interés por el juego, factores que pueden hacer sospechar la presencia de TEA.

Señales de Alerta de 18 a 36 meses (modificado de Rivière, 2000):

- a. Sordera aparente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
- b. No “comparte focos de atención” con la mirada.
- c. Tiende a no mirar a los ojos.
- d. No mira a las personas ni lo que hacen. No suele mirar a las personas.
- e. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
- f. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, rutinas, situaciones o actividades.
- g. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
- h. Presenta rabietas en situaciones de cambio y no le gustan las sorpresas.
- i. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video.
- j. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
- k. Resulta difícil “compartir acciones” con él o ella.
- l. No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.
- m. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
- n. Frecuentemente “pasa por” las personas, como si no estuvieran.
- o. Tiende a ignorar a los niños de su edad y no juega con ellos.
- p. Parece que no comprende o que “comprende selectivamente” sólo lo que le interesa.
- q. No suele ser él quien inicia las interacciones con adultos.
- r. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.

Señales de alerta de 3 a 5 años:

- Baja respuesta a las llamadas (requerimientos verbales) de los padres o adultos, o a otros reclamos, aunque existen evidencias de que no hay sordera.
- Dificultades para establecer o mantener relaciones en las que se exija atención o acción conjunta.
- Escasa atención a lo que hacen otras personas, en general.
- Retraso en la aparición del lenguaje que no es sustituido por otro modo alternativo de comunicación.
- Dificultades para entender mensajes a través del habla.
- Inquietud más o menos acusada que se traduce en correteos o deambulaciones “sin sentido” que dificultan centrar la atención.
- Pocos elementos de distracción y los que existen pueden llegar a ser altamente repetitivos y obsesivos.
- Dificultades para soportar cambios dentro de la vida cotidiana, por ejemplo, en los horarios o en los lugares en los que se hacen determinadas actividades, etc.

- Alteraciones sensoriales reflejadas en la escasa tolerancia a determinados sonidos, olores, sabores, etc., y que afectan a hábitos de la vida como la alimentación, el vestido, etc.
- Escaso desarrollo del juego simbólico o del uso funcional de objetos.
- Alteraciones cognitivas (percepción, memoria, simbolización) que afectan a la resolución de problemas propios de estas edades.
- Problemas de comportamiento que pueden ir desde los correteos o conductas estereotipadas del tipo balanceos o aleteos, hasta rabietas de intensidad variable.

En la actualidad existen **instrumentos** específicos de detección que pueden ser usados por pediatras, padres, educadores, psicólogos y otros profesionales de la salud. Estos instrumentos facilitan el **primer paso a la identificación temprana** de los Trastornos del Espectro Autista para luego abordar y ejecutar las acciones que podrán estar dirigidas al niño con TEA, a su familia y al entorno, reduciendo de esta manera la tensión en la familia y facilitando los apoyos que permitan la disminución de los problemas de conducta.

¡IMPORTANTE!

*Todo niño o niña con retraso en el desarrollo, especialmente en las áreas sociales y del lenguaje, deberían ser sometidos a una **audiometría**. La pérdida auditiva puede coexistir con el autismo y no es raro que niños autistas sean considerados erróneamente como sordos. Si se detecte la pérdida auditiva, el niño debe ser remitido a un otorrinolaringólogo, pero las otras sospechas que hayan aparecido en la detección en referencia a otros indicadores evolutivos (“señales de alerta”) de riesgo de autismo no deben ser ignoradas, y en ese caso se debería recomendar una evaluación en profundidad para valorar la potencial concurrencia del autismo y la pérdida auditiva.*

GLOSARIO

Protoimperativos: Son gestos que se utilizan para pedir algo, hacer preguntas, dar órdenes e instrucciones. Se pueden diferenciar las protoimperativas instrumentales (‘yo quiero eso’) y las reguladoras (‘dame eso’).

Protodeclarativos: Son gestos (por ejemplo señalar, mostrar) que utiliza el niño para compartir la atención del adulto respecto a un objeto o evento al que señala.

Juego simbólico: Es cuando los niños simulan hacer cosas o ser algo o alguien distinto de lo que realmente son. Se desarrolla típicamente entre los 2 y 3 años de edad.

Detección específica a partir de los 5 - 6 años:

Muchos niños no manifiestan de forma clara de un Trastorno del Espectro Autista hasta que no son expuestos a un mayor grado de demanda social como ocurre en los colegios de educación primaria. Los siguientes indicadores pueden alertar a los profesores y otros profesionales de la posibilidad de un trastorno de este tipo y aconsejar la derivación a una evaluación especializada (extraído de la Guía de Buena Práctica para el diagnóstico de los Trastornos Del Espectro Autista del Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo).

- A. Alteraciones de la comunicación:** Desarrollo deficiente del lenguaje, incluyendo mutismo, entonación rara o inapropiada, ecolalia, vocabulario inusual para la edad del niño o grupo social. Limitado uso del lenguaje para comunicarse y tendencia a hablar espontáneamente solamente sobre temas específicos de su interés.
- B. Alteraciones sociales:** Dificultad para unirse al juego de otros niños o intentos inapropiados de jugar conjuntamente (puede manifestar agresividad y conductas disruptivas)
 - Falta de cumplimiento de las normas de la clase (criticar a los profesores, no cooperar en las actividades de clase, limitada habilidad para apreciar las normas culturales).
 - Los estímulos sociales le producen confusión o desagrado.
 - Fracaso en la relación normal con adultos (demasiado intensa o no relación).
 - Muestra reacciones extremas ante la invasión de su espacio personal o mental (resistencia intensa cuando se les presiona con consignas distintas a su foco de interés).
- C. Limitación de intereses, actividades y conductas:** Ausencia de flexibilidad y juego imaginativo cooperativo, aunque puede recrear él solo y frecuentemente ciertos escenarios imaginarios (copiados de los videos o dibujos animados).
 - Dificultad de organización en espacios poco estructurados.
 - Inhabilidad para desenvolverse en los cambios o situaciones poco estructuradas, incluso en aquellas en las que los niños disfrutan, como excursiones del colegio, cuando falta una profesora, entre otros.
- D. Otras señales:** Perfil inusual de habilidades y deficiencias (por ejemplo: habilidades sociales y motoras escasamente desarrolladas, mientras que el conocimiento general, la lectura o el vocabulario pueden estar por encima de la edad cronológica o mental). Cualquier otra evidencia de conductas tales como respuestas inusuales a los estímulos sensoriales, visuales u olfativos; respuestas inusuales al movimiento y cualquier historia significativa de pérdida de habilidades.

3

Estrategias de Intervención en el Aula

Algunos factores a tomar en cuenta en la atención educativa de las personas con Trastornos del Espectro Autista

- a. La asociación o no con discapacidad intelectual más o menos severa.
- b. El nivel de desarrollo del lenguaje (expresivo y comprensivo).
- c. La presencia o no de comorbilidad con otros trastornos (por ejemplo epilepsia).
- d. La gravedad de los síntomas que presentan y cómo éstos afectan su desenvolvimiento en diferentes áreas de su desarrollo (desarrollo del lenguaje, social, autonomía, entre otros).
- e. La edad y el momento evolutivo de la persona.
- f. El sexo: datos epidemiológicos revelan que el Trastorno autista afecta con más frecuencia a hombres que a mujeres (relación de 4 a 1). Cuando la alteración se da en mujeres, el grado de afectación es mayor.
- g. La adecuación y eficiencia de los tratamientos utilizados y de las experiencias de aprendizaje.
- h. El compromiso y apoyo de la familia.

3.1 Organizando y aplicando estrategias educativas

Se sabe que suele generar mucha incertidumbre en los docentes el aceptar en su aula un estudiante con TEA, pero sin duda, se considera que su presencia es un reto en el que se ven favorecidos tanto los docentes como compañeros de aula, pues se garantiza un aprendizaje más significativo y vivencial.

Para la atención educativa de un niño con TEA, será imprescindible considerar las medidas organizativas, curriculares, tutoriales y de recursos pertinentes que favorezcan sus aprendizajes significativos acorde a sus características e intereses individuales del estudiante y de la familia.

La opción educativa más realista está en la escuela regular donde el mejor lugar para aprender es el aula y donde sus compañeros, maestros y él mismo serán partícipes de su aprendizaje.

Para garantizar un mejor aprendizaje y para iniciar la Intervención Psicopedagógica de la persona con TEA es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Un ambiente organizado con la ayuda de apoyos visuales.
- Sistemas para el control y regulación de la conducta.
- Sistemas de signos y un lenguaje que sean familiares para el estudiante con TEA.
- Experiencias positivas y lúdicas donde el aprendizaje resulte significativo.
- Experiencias de aprendizaje concreto, vivencial.
- Condiciones de aprendizaje sin error, garantizando el éxito.
- Recursos para facilitar la comprensión del aprendizaje con un sistema de andamiaje y con énfasis en lo visual.
- Actividades con sentido.

3.2 Consideraciones para la inclusión de un niño con TEA en la Escuela Regular

Una vez que se conoce las características diferenciales del niño con TEA que va a ingresar a nuestra institución, se organiza los aspectos educativos y sociales involucrados en la atención educativa y en la dinámica de la escuela, considerando:

- La estructura del ambiente: organizar el aula teniendo en cuenta las características del niño con TEA. El niño debe estar sentado cerca a la pizarra y pupitre de la profesora.
- Cuidar la estimulación sensorial del ambiente, en función del perfil sensorial individual del niño.
- La programación semanal, mensual y anual debe ser pensada en términos de funcionalidad, es decir, que lo que se programe de énfasis a aquellas habilidades, competencias y contenidos que sean provechosas y muy útiles para el niño con TEA, sin olvidar sus características individuales.
- Al momento de programar, se debe desglosar las actividades en pasos pequeños.
- Los recursos por excelencia serán todos aquellos que involucren imágenes.

- Los niños con TEA tienden a la rigidez, por lo que es recomendable favorecer su flexibilidad a través de una agenda (con fotos o imágenes) diaria, semanal y mensual, donde se le irán anticipando las actividades a realizar o los cambios que puedan presentarse.



- Es imprescindible usar un lenguaje claro y preciso. En muchos casos deberá usar el apoyo de tarjetas visuales, para lograr una mayor comprensión.
- También resulta necesario estrategias para la modificación de conducta. Para esto, se sugiere que elabore un plan de modificación de conducta utilizando reforzadores sociales (felicitaciones verbales, sonrisas, gestos de aprobación, etc.) o un sistema de economía de fichas. En algunos casos, sería importante hacer un registro conductual en donde se coloque que pasa antes y después de una conducta inadecuada, para identificar las causas y ver alternativas de solución.
- Es importante reconocer que la conducta extrema que pueden presentar los chicos con TEA es una forma de expresar o comunicar un disgusto ante un cambio o malestar que le puede haber generado algún estímulo del ambiente (por ejemplo estímulos sensoriales del ambiente). se debe identificar aquello que le disgusta y luego aplicar técnicas de modificación de conducta, siempre utilizando los apoyos visuales.
- Tal como sugiere Valdez (2009) es importante realizar las adaptaciones requeridas, ya que se sabe que estos niños al ser más detallistas se tardan más al realizar sus trabajos. Una solución puede ser fotocopiarle las consignas y brindárselas por adelantado, brindarle más tiempo para realizar los exámenes o realizar un examen objetivo.
- El adulto debe supervisar y ayudar al niño con TEA a planificar, ya que la planificación es una dificultad en ellos. Gradualmente, se debe fomentar que sea el propio niño el que se autoplanifique.
- Es necesaria la mediación para el aprendizaje, la cual está referida a todas aquellas acciones realizadas por algún adulto que ayuda en la interacción de los estudiantes con TEA, con quienes deben vincularse cotidianamente y al mismo tiempo le dan seguridad. El mediador se constituye en un referente que guía la integración del estudiante en los distintos ambientes, pues pasa a ser un decodificador de las reglas sociales implícitas.

- Facilitar los espacios estructurados que permitan al estudiante el control de la angustia siendo eficaz en la contención afectiva y efectiva.
- Se sabe que uno de las dificultades centrales de los niños con TEA, es la sociabilidad, por lo tanto, es importante anticiparse a ello y brindarle estrategias en los espacios libres o semi estructurados, como puede ser el recreo.
- También, es importante tener en cuenta que estos niños presentan dificultades para comprender las sutilezas sociales (bromas o travesuras) y para entender las convenciones sociales relativas a jerarquías (puede referirse al profesor como si lo estuviera haciendo con un compañero). Para estas dificultades se puede apoyar en los guiones sociales, que modularán su conducta.

El docente inclusivo:

- Debe reconocer en el niño y niña con TEA a un ser humano con necesidades y dificultades, pero también con potencialidades en todas las áreas del desarrollo.
- El docente inclusivo debe estructurar, con el apoyo de los profesionales del SAANEE o de un equipo transdisciplinario, un programa individual para el niño, como apoyo complementario que sea necesario.

3.3 Habilidades a trabajar en los niños con TEA

3.3.1 Habilidades de Organización y Planificación

- Elaborar una agenda diaria, con todas las actividades que se realizarán durante el día. Esta agenda debe ser con imágenes o fotos y debe incluir desde la llegada al colegio, hasta la hora de la salida. La agenda se colocará en un lugar visible para el niño, en forma horizontal y de izquierda a derecha. El horario lo pueden realizar las profesoras o terapistas en coordinación con el niño y padres.
- Luego de realizada cada actividad, el niño (al inicio con ayuda “andamiaje” de la profesora y luego él solo) colocará una mica transparente sobre la imagen. Esto para saber que esta actividad ya se realizó. También se puede colocar una flecha roja sobre la actividad que se está realizando en el momento.

- Esta agenda lo ayudará a anticipar lo que sucederá durante el día. Los cambios de actividades también se deben tener en cuenta en las agendas. Se deberá colocar una mica transparente con una **X** de color rojo, sobre el dibujo de la actividad que no se llevará a cabo y se colocará la figura de la actividad de reemplazo. Este cambio de actividad se deberá realizar con el niño. Por ejemplo, si ese día no podrán salir al patio a la hora del recreo porque está lloviendo y se quedarán en el aula, se colocará la mica con la **X** sobre la figura del recreo y en su lugar se colocará una figura con el patio mojado y luego otra con los niños en el aula.
- A través de estas agendas también se le puede anticipar al niño que ese día no se irá en movilidad como todos los días, sino que sus padres vendrán a recogerlo. Para lo cual se realizarán los mismos pasos mencionados líneas arriba. Es decir, colocar la mica transparente con la **X** sobre la figura de la movilidad y a un lado colocar la foto de los padres.
- Estas agendas también pueden ser semanales, quincenales o mensuales. Estas se utilizan para anticipar un paseo o vacaciones. Por ejemplo, si habrá un paseo a una granja, se le anticipará con el tiempo prudencial (de acuerdo a las necesidades de cada niño) y se le puede colocar la foto de una granja con muchos animales e incluso se pueden colocar las actividades (damos de comer a las vacas, vemos los patos, los conejos, almorzamos y tomamos el bus de regreso al colegio).
- En el aula, y de acuerdo a la metodología de trabajo, se puede tener un organizador visual para todos en un lugar visible o uno para cada estudiante, dependiendo de las necesidades de los niños.
- En las agendas, las materias se pueden diferenciar por el color del cuaderno, con los útiles a trabajar, con números o letras, o con la foto del profesor.
- El ambiente de estudio en casa debe estar libre de contaminación visual. Utilice los materiales visuales estrictamente necesarios.
- En casa, los niños con TEA también deben tener un horario diario.
- Es importante estar en permanente contacto con los padres o especialistas a cargo, con el fin de trabajar en equipo.