



**UNIVERSIDAD DE FLORES**

**TESINA DE GRADUACIÓN**

**El diagnóstico y tratamiento psicopedagógico temprano favorece el pronóstico y mejora la calidad de vida en niños con Trastornos del Espectro Autista, en la ciudad de Tandil.**

Facultad de Psicología y Ciencias Sociales  
Rector Emérito. Dr. Roberto Kertész  
Rector. Mgter. Néstor H. Blanco Vice  
Rectora de Calidad. Prof. Nydia Elola Vice  
Rectora Académica. Arq. Ruth Fische  
Decana Facultad de Psicología y Ciencias Sociales. Lic. Beatriz Labrit  
Tutora Temática Lic. Mathieu, Mónica  
Asesor Metodológico Muller, M  
AUTOR: de Bastos, María Mercedes  
Número de Legajo: 15701  
Buenos Aires, septiembre de 2020

## Índice

Resumen	
Abstract	
Introducción.....	5
1. Marco teórico.....	7
1.1. Trastornos del Espectro Autista. Definición.....	7
1.2. Un poco de historia.....	10
1.3. Importancia del diagnóstico temprano en TEA.....	11
1.3. Pasos para un diagnóstico temprano.....	13
1.5. Importancia y beneficios del tratamiento de los TEA en edad temprana...	17
1.6. Atención temprana y neuroplasticidad.....	19
1.7. Tratamiento psicopedagógico temprano en TEA.....	20
1.8. Áreas de intervención en el tratamiento psicopedagógico en TEA.....	22
2. Antecedentes.....	26
3. Planteo del problema.....	30
4. Objetivos.....	30
5. Hipótesis.....	31
6. Método.....	31
6.1 Diseño.....	31
6.2 Participantes.....	31
6.3 Técnicas de recolección de datos.....	32
6.4 Procedimiento.....	32
7. Resultados.....	33
8. Discusión y conclusiones.....	35
Referencias.....	41
Agradecimientos.....	44
Anexos.....	47

## Resumen

Mediante la realización de este trabajo de investigación de índole cuantitativa, no experimental, me propuse exponer, informar y concientizar a cerca de la importancia del diagnóstico temprano en niños con Trastornos del Espectro Autista (TEA), como así también del comienzo de un tratamiento psicopedagógico inmediato luego de la detección del Trastorno, en conjunto con otros tratamientos como el psicológico, fonoaudiológico, terapia ocupacional entre otros. Con un diseño transversal, correlacional dicha investigación permitió explorar hasta qué punto se relacionan las dos variables involucradas en el estudio: Edad de diagnóstico y comienzo de tratamiento por un lado y pronóstico y calidad de vida de los niños con TEA por otro. Se realizó el trabajo de campo por medio de una encuesta a 30 profesionales de la ciudad de Tandil que trabajan con niños con dicha patología (psicopedagogas, psicólogas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogas, musicoterapeutas) y con el análisis de las mismas se obtuvo como resultado que un diagnóstico a temprana edad y el comienzo de un tratamiento psicopedagógico, acorde a las necesidades particulares de cada individuo, favorecen el pronóstico como así también permiten mejorar la calidad de vida del niño y su familia. A menor edad, mejor pronóstico. Es de gran importancia para el logro de diagnósticos y tratamientos tempranos en TEA la concientización, conocimiento y compromiso de toda la sociedad.

**Palabras clave:** Trastornos del Espectro Autista (TEA), Diagnóstico temprano en TEA, Tratamiento Psicopedagógico temprano en TEA.

## **Abstract**

By carrying out this research work of a quantitative, non-experimental nature, I set out to expose, inform and raise awareness about the importance of early diagnosis in children with Autism Spectrum Disorders (ASD), as well as the beginning of a psychopedagogical treatment immediately after the detection of the Disorder, in conjunction with other treatments such as psychological, speech and language, occupational therapy, among others. With a cross-sectional, correlational design, this research allowed us to explore to what extent the two variables involved in the study are related: age of diagnosis and start of treatment on the one hand and prognosis and quality of life of children with ASD on the other. The field work was carried out by means of a survey of 30 professionals from the city of Tandil who work with children with this pathology (psychopedagogues, psychologists, occupational therapists, speech therapists, music therapists) and with the analysis of the same it was obtained as a result that an early diagnosis and the beginning of a psychopedagogical treatment, according to the individual needs of each individual, favor the prognosis as well as improve the quality of life of the child and his family. At a younger age, better prognosis. It is of great importance for the achievement of diagnoses and early treatments in ASD the awareness, knowledge and commitment of the entire society.

**Keywords:** Autism Spectrum Disorders (ASD), Early Diagnosis in ASD, Early Psychopedagogical Treatment in ASD.

## **Introducción**

Tal como expresa Marina Müller (1993), la psicopedagogía se ocupa de las características del aprendizaje humano: cómo el sujeto aprende, cómo el aprendizaje varía y está relacionado con distintos factores, cómo reconocerlos y tratarlos, qué hacer para prevenir y qué para promover procesos de aprendizaje que tengan sentido.

La psicopedagogía comprende diferentes campos de acción en los cuales puede desenvolverse el profesional. Uno de ellos es el campo preventivo.

Según el diccionario, prevenir: “es tomar las medidas precautorias necesarias y más adecuadas con la misión de contrarrestar un perjuicio o algún daño que pueda producirse”. En el campo de la salud la prevención se define como “la actividad de generar comportamientos saludables”

Considera Marina Müller (1993) que la tarea más importante del psicopedagogo en el área preventiva es contribuir a optimizar los resultados del aprendizaje, evitando los fracasos educacionales y realizar tareas de asesoramiento a docentes y padres en etapas tempranas. El campo de acción del profesional sería en este caso el preventivo.

Comprometernos en realizar diagnósticos de TEA y tratamientos psicopedagógicos (entre otros) tempranos, es trabajar en prevención. Si bien no se previene la patología, si se pueden prevenir otras cuestiones más complejas que devienen de ella y que son más factibles de abordar en un tratamiento psicopedagógico precoz e individualizado para cada niño en particular (Valdez y Ruggieri, 2006).

El objetivo principal de esta investigación es poder responder a los interrogantes planteados sobre el diagnóstico y tratamiento temprano en Trastornos del Espectro Autista (TEA), mediante un trabajo de campo. El cual se lleva a cabo a través de la realización de una encuesta a treinta terapeutas de la ciudad de Tandil, que trabajan con niños con TEA. En las entrevistas se indaga puntualmente sobre la importancia de un diagnóstico temprano en dicha patología, los beneficios que conllevan la detección y abordaje precoz y las diferencias presentadas en la evolución de los diferentes pacientes teniendo en cuenta la edad en que

fueron diagnosticados y el momento en que comenzaron con su tratamiento psicopedagógico específico e individualizado indicado para dichos trastornos, junto al comienzo de otros tratamientos como fonoaudiológico, terapia ocupacional, psicología entre otros.

Es necesario para la realización de diagnósticos y tratamientos tempranos en TEA, que la sociedad en general esté concientizada de la patología y que conozca mínimamente de que se trata. Como así también es fundamental que toda persona que esté en contacto con niños de 18 a 36 meses de edad, conozca las pautas de desarrollo de los niños (Valdez y Ruggieri, 2006). Y que ante cualquier característica que les llame la atención se consulte al médico. Es imprescindible para ello entonces, que los médicos pediatras estén informados sobre la patología y deriven al niño a un profesional idóneo (neurólogo, psicólogo infantil), que pueda comenzar con una evaluación específica para el diagnóstico de estos niños. Se necesita por lo tanto la concientización, conocimiento y compromiso de toda la sociedad para poder lograr Diagnósticos y tratamientos tempranos en TEA.

Personalmente considero este un tema de gran importancia, y debido al aumento estadístico en la cantidad de casos en la actualidad, es mi deseo compartir con la sociedad en general este tema, y con profesionales y colegas que quieran interiorizarse en la patología, que puedan saber qué son los denominados Trastornos del Espectro Autista, cuáles son las características generales y principales de los niños que lo padecen, como puede trabajarse con ellos, particularmente desde el tratamiento psicopedagógico y sobre todo, el principal objetivo de este trabajo de investigación es que los profesionales (que trabajen o no con dicha patología), las personas que tengan relación o no con niños con dicho diagnóstico (padres, hermanos, familiares, docentes, cuidadores, médicos, etc.) conozcan la importancia y los beneficios de un diagnóstico y tratamientos idóneos tempranos que les permitirán a estos niños mejorar su pronóstico y optimizar la calidad de vida, tanto de ellos como de su familia.

## 1. Marco teórico

### 1.1 Trastornos del Espectro Autista. Definición

Son un grupo de afecciones que se manifiestan normalmente de manera precoz en el desarrollo, a menudo antes que el niño comience la escuela primaria, y se caracterizan por un déficit del desarrollo que produce deficiencias del funcionamiento personal, social, académico u ocupacional. El rango de los déficits del desarrollo varía desde limitaciones muy específicas del aprendizaje o del control de las funciones ejecutivas hasta deficiencias globales de las habilidades sociales o de la inteligencia. Los trastornos del neurodesarrollo concurren frecuentemente; por ejemplo, los individuos con un trastorno del espectro autista a menudo tienen una discapacidad intelectual” (DSM IV, 2000)

Según el DSM V (2014), El trastorno del espectro autista se caracteriza por déficits persistentes en la comunicación social y la interacción social en múltiples contextos, incluidos los déficits en la reciprocidad social, los comportamientos comunicativos no verbales usados para la interacción social y las habilidades para desarrollar, mantener y entender las relaciones. Además de los déficits nombrados, el diagnóstico del trastorno del espectro autista requiere la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades de tipo restrictivo o repetitivo. Estos síntomas están presentes desde la primera infancia y limitan o impiden el funcionamiento cotidiano. La etapa en que el deterioro funcional llega a ser obvio, variará dependiendo de las características del individuo y de su entorno. Las manifestaciones del trastorno varían mucho según la gravedad de la afección autista, el nivel de desarrollo y la edad cronológica, de ahí el término espectro (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

El trastorno del espectro autista incluye trastornos previamente llamados autismo de la primera infancia, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no especificado, trastorno desintegrativo de la infancia y trastorno de Asperger. El DSM V (2014) explica que los deterioros de la comunicación y la interacción social, presentes en el Trastorno del espectro autista son generalizados y prolongados. Las deficiencias verbales y no verbales de la comunicación social tienen diferentes manifestaciones según la edad, el nivel intelectual y las capacidades

lingüísticas del individuo, además de otros factores, como la historia del tratamiento y las ayudas que el niño recibe. Las deficiencias lingüísticas en el espectro varían desde la ausencia completa del habla por retrasos del lenguaje hasta la escasa comprensión del habla de los demás, la ecolalia o el lenguaje poco natural y demasiado literal. Aun cuando estén intactas las capacidades formales del lenguaje (por ejemplo: vocabulario, gramática), el uso de este en el trastorno del espectro autista estaría deteriorado para la comunicación social recíproca.

Explica también el DSM V (2014) que las deficiencias de reciprocidad socioemocional, es decir, la capacidad para interactuar con otros y compartir pensamientos y sentimientos, es claramente evidentes en los niños pequeños con el trastorno, que pocas veces o nunca inician la interacción social y no comparten emociones, junto a una imitación reducida o ausente del comportamiento de otros. El lenguaje que existe muchas veces es unilateral, carece de reciprocidad social y se utiliza para pedir y clasificar más que para comentar, compartir sentimientos o conversar. En los adultos sin discapacidades intelectuales o retrasos del lenguaje, las deficiencias de la reciprocidad socioemocional pueden ser más evidentes en la dificultad para procesar y responder a las señales sociales complejas (por ejemplo: cómo y cuándo unirse a una conversación, cosas que no se deberían decir, etc.). Los adultos que han desarrollado estrategias de compensación para algunas dificultades sociales siguen teniendo problemas en las situaciones nuevas o sin ayuda, y sufren por el esfuerzo y la ansiedad de tener que calcular conscientemente lo que resulta socialmente intuitivo para la mayoría de las personas.

Expone el DSM V (2014), que las deficiencias en los comportamientos comunicativos no verbales utilizados para la interacción social se manifiestan por contacto ocular, gestos y expresiones faciales, orientación corporal o entonación de la voz que están disminuidos o ausentes o son atípicos. Una característica temprana del trastorno del espectro autista es una alteración de la atención compartida que se manifiesta por incapacidad para señalar con las manos o para mostrar o llevar objetos cuyo interés pueda compartirse con otros; como así también la incapacidad para seguir como otro señala con las manos o dirige la mirada. Los individuos pueden aprender algunos gestos funcionales, pero su repertorio es menor que el de otras personas y a menudo no utilizan gestos expresivos espontáneamente en la comunicación.

Siguiendo a Valdez y Ruggieri (2011), las deficiencias para desarrollar, mantener y entender las relaciones se deberían valorar según la normalidad para la edad, el género y la cultura. Puede haber un interés social ausente, reducido o atípico, manifestado por el rechazo a las otras personas, la pasividad o un trato inapropiado que parece agresivo o destructivo. Estas dificultades son particularmente evidentes en los niños pequeños, que muchas veces muestran falta de juegos sociales y de imaginación compartidos (por ejemplo: un juego simbólico flexible y apropiado para la edad), e insisten en jugar según reglas muy inflexibles. Los individuos más grandes pueden tener problemas para entender que comportamientos se consideran apropiados en una situación, pero no en otra (por ejemplo: el comportamiento informal durante una entrevista de trabajo) o las diferentes maneras en que el lenguaje puede utilizarse para comunicar (por ejemplo: ironías, mentiras piadosas). “Puede haber una obvia preferencia por las actividades solitarias o las interacciones con gente mucho más pequeña o mayor. Frecuentemente existe el deseo de establecer amistades sin una idea completa o realista de qué supone la amistad (por ejemplo: amistades unilaterales o amistades basadas únicamente en intereses especiales compartidos)” (DSM V, 2014)

Según la American Psychiatric Association (2014) el trastorno del espectro autista también se define por patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas, que se manifiestan de forma distinta según la edad y la capacidad, la intervención y las ayudas recibidas. Entre los comportamientos estereotipados o repetitivos se incluyen las estereotipias motoras simples (por ejemplo: el aleteo de manos, los movimientos rápidos de los dedos), el uso repetitivo de objetos (por ejemplo: alinear juguetes, girar las ruedas de los autos) y el habla repetitiva (por ejemplo: ecolalia, la repetición retrasada o inmediata de palabras y frases escuchadas, el uso del “tu”, el uso de palabras, frases o patrones prosódicos estereotipados). La excesiva inflexibilidad de las rutinas y patrones de comportamiento restringidos se pueden manifestar como una resistencia a los cambios (por ejemplo: angustia por cambios aparentemente pequeños, como el cambio de camino por el que se traslada hacia algún lugar) o patrones de comportamiento verbal o no verbal ritualizados (por ejemplo: preguntas repetitivas, caminar continuamente por determinado perímetro). Los intereses muy restringidos y fijos en el trastorno del espectro autista tienden a ser anormales en su intensidad o foco (por ejemplo: un niño pequeño con un fuerte apego por un sartén, un adulto que se pasa

horas escribiendo horarios). Algunas fascinaciones y rutinas pueden tener relación con un aparente híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales, que se manifiesta por respuestas extremas a sonidos o texturas específicos, oler o tocar objetos excesivamente, fascinación por las luces u objetos que giran y a veces una aparente indiferencia al dolor, el calor o el frío. Son frecuentes las reacciones extremas y los rituales relacionados con el sabor, el olor, la textura o la apariencia de los alimentos, y las restricciones alimentarias excesivas, que pueden ser una característica de la presentación del trastorno del espectro autista.

## **1.2 Un poco de historia**

Fueron dos médicos vieneses quienes iniciaron la investigación en el campo de lo que hoy llamamos trastorno del espectro autista. El Dr. Leo Kanner, en el hospital John Hopkins de Baltimore (USA), publicó en el año 1943 su artículo “Autistic disturbances of affective contact”, donde crea el nombre “Autismo infantil temprano o precoz”, para describir un síndrome conductual de un grupo de once niños que manifestaban alteraciones del lenguaje, de las relaciones sociales y los procesos cognitivos en las primeras etapas de la vida (Kanner, L, 1943). Paralelamente en Austria en 1944 el Dr. Hans Asperger publicaba “La psicopatía autista en la niñez”, describiendo a un grupo de niños con características muy similares respecto del grupo de Leo Kanner, aunque con algunas diferencias como un mejor desempeño en el lenguaje (Asperger; 1944)

Con respecto a las causas de la disfunción que observaban, Kanner se inclinó por pensar la sintomatología como una alteración del contacto socio-afectivo de causas psicológicas, mientras que Asperger la consideraba preponderantemente constitucional. El trabajo de Asperger no fue publicado en inglés y tuvo poca repercusión inicialmente, mientras que el trabajo de Kanner tuvo mayor difusión. En función de lo postulado por Kanner, en las dos décadas posteriores, la mayor parte de las investigaciones identificaron al autismo con trastornos emocionales, enfoque que desarrolló principalmente el psicoanálisis, considerando el cuadro como una forma cercana o dentro de la psicosis. A partir de los años sesenta se abrieron nuevas líneas de investigación, y durante los años 70 la aparición de nuevos estudios disponibles por el avance tecnológico, permitieron comenzar a comprender estas disfunciones

como trastornos del desarrollo de ciertas capacidades infantiles (de la socialización, la comunicación y la imaginación), y desde allí las clasificaciones médicas internacionales los ubicaron en el eje correspondiente a otros problemas ligados al desarrollo, como el retraso mental. Se acuñó entonces el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y se aceptó de manera prácticamente universal que estos trastornos se debían a problemas relacionados con una disfunción cerebral (American Psychiatric Association; 1995). A partir de la presentación del DSM V, pasaron a llamarse Trastorno del espectro autista, tal como hoy lo conocemos, y hubo cambios tanto en los diferentes trastornos que componían los Trastornos Generalizados del Desarrollo, como así también en los criterios diagnósticos.

El término Trastorno del espectro autista, se utilizaba ya antes del cambio de manual, a partir de una publicación de (Wing; 1979), donde resaltan la noción de un continuo dentro de los trastornos antes que la existencia de categorías o cuadros clínicos perfectamente separados unos de otros. El término Trastorno del espectro autista refiere a las diferentes gradaciones de las alteraciones cualitativas y cuantitativas de los síntomas del autismo. Cuando hablamos de niños con Trastorno del espectro autista, estamos hablando de casos muy diferentes entre sí a pesar de las características que puedan tener en común para poder ser agrupados bajo un mismo cuadro diagnóstico.

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2014) los niños o adultos pueden tener muy diversa afectación de los síntomas clave del diagnóstico, desde los casos más acentuados a aquellos que poseen solo rasgos fenotípicos, que pueden tener un funcionamiento cercano a lo que llamamos “la normalidad”; así como en lo cognitivo se puede ir desde los casos asociados a un retraso mental moderado o severo a otros con alto grado de inteligencia. En cuanto a sus causas biológicas, puede haber casos vinculados a trastornos genéticos o neurológicos y otros en los que no se logran identificar causas biológicas subyacentes.

### **1.3 Importancia del Diagnóstico temprano en los Trastornos Del Espectro Autista**

Actualmente no existe ninguna prueba biológica objetiva, tal como un análisis de sangre o un examen de rayos- x, que pueda confirmar un diagnóstico de Trastorno del espectro autista en un niño. Diagnosticar TEA es complicado. Por lo tanto, para obtener un diagnóstico

temprano preciso se requiere una evaluación realizada por un profesional con experiencia, especializado en el trabajo con estos niños. Por lo general lo ideal es que la lleve a cabo un Neurólogo infantil o un psicólogo del desarrollo. La evaluación diagnóstica se basará en la conducta del individuo con el objetivo de identificar el conjunto de síntomas y signos que constituyen el cuadro clínico (Valdez y Ruggieri, 2011)

Sostiene la American Psychiatric Association (2014) que al hacer uso del término “Trastornos del espectro” autista, se incluye un grupo de trastornos que a pesar de compartir los tres grupos principales de síntomas (alteraciones cualitativas en la comunicación e interacción social recíproca, restricción de intereses y conductas estereotipadas), pueden variar de extremo a extremo en cada una de esas características: mientras que un niño puede presentar conductas estereotipadas o rituales muy marcados, existen otros que no manifiestan ninguna alteración dentro de esa característica. Así mismo, hay niños muy sociables a quienes les gusta interactuar, pero no saben cómo, y sus intentos son tomados como extraños o inusuales; y en el otro extremo, hay niños que activamente ignoran la presencia de otras personas. Por tal motivo tratar de englobar a los TEA dentro de categorías es una tarea muy difícil, ya que estos desafían la generalización. Por dicha razón es imprescindible que los protocolos de evaluación sean lo suficientemente sensibles como para identificar los distintos aspectos de los TEA en sus diferentes niveles, grados o severidades. Según Valdez (2016) Es primordial para poder realizar diagnósticos tempranos, que la sociedad en general esté informada, ya que la cantidad de casos año a año aumenta en todo el mundo. Es importante que los médicos pediatras que atienden a los niños sepan sobre las principales características que presentan los niños con TEA y que se apliquen las guías de pesquisa diseñadas para captar los posibles casos en todos los niños de 24 meses de edad.

Según Valdez y Ruggieri (2011), es también primordial la información y formación de docentes que comparten tiempo con los niños en edad temprana, para que puedan estar atentos a posibles conductas o características que presenten los niños e identificar posibles casos informando a sus padres en el momento oportuno para poder realizar las consultas necesarias a los diferentes especialistas que puedan brindar un diagnóstico y tratamiento temprano al niño.

#### **1.4 Pasos para un diagnóstico temprano**

La Academia Americana de Pediatría (Johnson y Myers, 2007) y la Academia Americana de Neurología (Filipek et al, 1999) presentaron guías para la identificación y el diagnóstico del Trastorno del Espectro autista. Proponen el uso de diferentes estrategias de evaluación, de acuerdo con la etapa del proceso que involucra tres niveles:

- La vigilancia del desarrollo e identificación de posibles casos.
- La detección específica de los trastornos del desarrollo
- El diagnóstico.

Esta guía propone que primeramente haya un despistaje o cribado en todo niño pequeño que para los doce meses de edad no balbucee, no señale con el dedo índice, y/o lo imite. De igual forma debe repetirse a los dieciséis meses para aquellos niños que no emitan palabras, o a los veinticuatro meses si no hay frases espontáneas de dos o más palabras (por ejemplo: dame agua, vení acá, etc.) Este despistaje puede ser realizado por pediatras en las consultas habituales de control que la familia realiza con el niño y sirve fundamentalmente para hacer una pesquisa e identificar niños que estén en riesgo de padecer autismo. El más conocido y utilizado es el M-CHAT, el cual consta de 23 ítems a ser completados por los padres, aplicable a los 24 meses de edad.

En la Argentina en los últimos años se ha comenzado a concientizar a los profesionales de la salud, docentes, padres de niños pequeños y sociedad en general de la importancia de esta herramienta para identificar posibles casos de autismo. Si bien no se aplica en todos los centros de salud como debería, en Capital Federal y algunos lugares del conurbano bonaerense ha comenzado a implementarse. Es el primer paso para poder lograr diagnósticos tempranos y abordar cada caso de la mejor manera posible prematuramente.

En la segunda fase o nivel, se busca que una vez realizada la identificación de aquellos niños que están en riesgo para una amplia gama de discapacidades, se pueda diferenciar entre los niños con Trastorno del espectro autista y niños con otras discapacidades (por ejemplo:

retardo en el desarrollo, trastornos de la comunicación, etc.) Aquí se incluyen las medidas de cribado específicas para autismo, es decir, los instrumentos diseñados con el fin de diferenciar a niños con riesgos para autismo de aquellos que presentan riesgos para otras discapacidades en el desarrollo. Existen varias escalas a aplicar dependiendo de la edad del niño a evaluar, entre ellas:

- *Lista de Chequeo de Conductas autistas (ABC) (Krug et al., 1980)*; Este instrumento es una lista de preguntas sobre la conducta del niño, a ser contestada por un familiar o cuidador del niño. Consta de 57 preguntas divididas en 5 categorías:

- 1) Sensorial,
- 2) Relaciones,
- 3) Uso del cuerpo y objetos,
- 4) Lenguaje y social
- 5) Autocuidado.

Sólo está validada en población preescolar, y se han reportado altos porcentajes de falsos positivos y negativos. No detecta a aquellos niños de alto funcionamiento. El ABC solo no puede ser considerado un instrumento diagnóstico robusto, debido a su relación limitada con los síntomas diagnósticos actuales, que ofrecen una sensibilidad viable.

- *Escala de Evaluación del Autismo Infantil (CARS) (Schopler et al., 1988; Chebowski et al., 2010; Sevin et al., 1991; Eavens y Milner, 1993)*. Es una entrevista estructurada de 15 ítems más un instrumento de observación, y cada uno de ellos consta de una escala con 7 puntuaciones que indican el grado en que la conducta del niño se desvía de una norma de edad apropiada; además distingue el autismo severo del moderado. Se considera apropiada para usar con niños de más de 24 meses de edad.
- *Cuestionario de Comunicación y Socialización (SCQ) (Rutter et al., 2003)*. Este cuestionario consta de 40 ítems en el formato sí/no. Está diseñado para ser utilizado con niños mayores de 4 años. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que la sensibilidad y especificidad del SCQ es similar cuando se emplea en niños menores.

- *Escala de Responsividad Social (SRC) (Constantino y Gruber, 2005)*. Esta escala consta de 65 ítems y mide la severidad de los síntomas de autismo tal y como se manifiestan en situaciones sociales naturales. Es completada por padres o docentes y toma entre 15 y 20 minutos el ser llenada. El SRC ofrece una medida del procesamiento de la información social; la capacidad para la comunicación social recíproca; la evitación o la ansiedad social, y las preocupaciones o rasgos autistas. El rango de edad en el que se emplea es entre los 4 y los 18 años. Una de las ventajas de SRC es que al no tener formato de sí o no, ofrece una medida de severidad en consonancia con la tendencia actual de considerar al autismo como un continuum y no como una categoría.

En la tercera y última fase se busca la precisión diagnóstica, catalogando no solo si el niño en cuestión presenta Trastorno del espectro autista, sino también su nivel de funcionamiento (por ejemplo: niños verbales, con inteligencia dentro del promedio, niños agresivos, entre otros). En esta etapa, como primer paso, el profesional realiza una entrevista con los padres. La más utilizada es la Entrevista para El Diagnóstico de Autismo-Revisada (ADI-R) (Le Couteur et al., 2003), la cual es una entrevista semiestructurada, evalúa las esferas de la interacción social recíproca; las limitaciones comunicativas y de lenguaje; el juego; las conductas ritualizadas o perseverantes y el momento en el que aparecieron. Requiere un entrenamiento específico y procedimientos de validación. ADI-R es hoy día el instrumento de referencia, en todo protocolo adecuado de investigación en autismo. Al realizar la entrevista, el investigador debe explorar si el comportamiento del niño concuerda con el criterio especificado (en este caso el síntoma de autismo que indaga la pregunta). Para esto, es necesario obtener descripciones detalladas, y, adicionalmente, conocer si el comportamiento descrito es siempre de esta manera, o si varía, cómo y cuándo cambia. Por lo tanto, quien realiza la entrevista debe tener experiencia clínica con niños con autismo. El rango de edad va desde la niñez hasta la adultez (con una edad mental mayor a 2.0). No es sensible para niños por debajo de los 18 meses de edad. La entrevista está organizada en ocho secciones:

1. Antecedentes,
2. Preguntas introductorias,
3. Historia del desarrollo temprano,
4. Adquisición y pérdida de lenguaje y otras habilidades,

5. Funcionamiento de lenguaje y comunicación,
6. Desarrollo social y juegos,
7. Intereses y comportamientos,
8. Comportamientos generales.

Luego de las 93 preguntas, la información recogida se codifica y traslada a unos sencillos y útiles algoritmos que orientan el diagnóstico y la evaluación de la situación actual.

Sumado a la entrevista a los padres, en este nivel se aplica una escala de observación directa. La más recomendada por todos los grupos de expertos internacionales en autismo es la Escala de Observación Diagnóstica de Autismo (ADOS-G). Es un protocolo de valoración que consta de varias actividades que permiten que el observador evalúe la comunicación, la interacción social recíproca, el juego, la conducta estereotipada, los intereses restringidos y las conductas anormales. Al igual que en ADI-R, la administración del ADOS-G requiere de formación especializada y es un instrumento de referencia en todo protocolo apropiado de investigación.

ADOS-G presenta 4 módulos que se administran en función de la edad del niño y de sus competencias lingüísticas:

- Módulo 1: No tiene habla espontánea ni en frases.
- Módulo 2: Alguna flexibilidad en el uso de las frases, no verbalmente fluido.
- Módulo 3: Verbalmente fluido.
- Módulo 4: Fluidez verbal, más conversacional.

Una vez realizada la observación, las conductas presentes durante la misma son codificadas de acuerdo con los patrones establecidos en el protocolo. Debido a sus características, el ADOS está recomendado para niños sin pérdida auditiva significativa, niños que puedan caminar, con una edad mental no verbal de al menos 18 meses (Lord et al., 2000). Se considera que el ADOS aporta un retrato de la persona en un contexto que es preparado, por lo tanto, es una fuente de información, aunque no es suficiente para el diagnóstico.

En el diagnóstico, los profesionales utilizan como herramienta el Manual DSM, el cual es el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, que suelen utilizar los médicos y profesionales de la salud mental como guía para el diagnóstico del Trastorno del

espectro autista. El objetivo del manual, es que el criterio de diagnóstico no se utilice como una lista de comprobación, sino como una guía para el diagnóstico.

Existen un sinnúmero de opciones para la evaluación y diagnóstico de los TEA. Sin embargo, no todas cumplen con los requerimientos necesarios para un buen diagnóstico. De acuerdo con la Asociación Americana de Neurología (Filipek et al., 2000), el diagnóstico de autismo debe incluir el uso de un instrumento diagnóstico de moderada sensibilidad y buena especificidad. La meta final de cualquier sistema de cribado debe ser facilitar la referencia para programas de intervención temprana, que a la larga repercutirán en un mejor desarrollo del niño.

Según Valdez (2016) El diagnóstico tiene como objetivo no solo atribuirle un nombre a la patología y dar un diagnóstico preciso, sino también determinar las características específicas del niño, sus fortalezas y debilidades, que contribuirán a la planificación terapéutica más adecuada para su perfil. El apoyo brindado por los profesionales al grupo familiar en el período que transcurre desde las primeras sospechas hasta el diagnóstico final, durante el cual los padres experimentan angustia, incertidumbre y se encuentran desorientados, va a reducir notoriamente su estrés y ansiedad, lo que redundará en una mejor disposición para la comprensión del diagnóstico y la orientación hacia la intervención terapéutica del niño (Valdez y Ruggieri, 2011)

### **1.5 Importancia y beneficios del tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista en edad temprana**

Cuando los niños son diagnosticados tardíamente con Trastorno del espectro autista, sucede que comienzan el tratamiento más tarde de lo indicado. También puede ocurrir que, si bien se realiza un diagnóstico temprano, suele pasar demasiado tiempo hasta que los niños luego de ser diagnosticados con TEA acuden a consulta.

Una detección precoz de los Trastornos del espectro autista es fundamental, debido a que permite:

- Inicio temprano de tratamiento.

- Planificación educativa y atención médica.
- Previsión de ayudas familiares
- Manejo del estrés familiar

La importancia del comienzo de un tratamiento temprano radica en que una intervención a tiempo, específica y personalizada para el niño con Trastorno del espectro autista y su familia, conduce a un mejor pronóstico y mejora su calidad de vida. (Valdez y Ruggieri, 2011)

Según Hernández, Artigas, Martos, Palacios, Fuentes, Belinchón, Canal, Diez, Ferrari, Hervás, Idiazabal, Mulas, Muñoz, Tamarit, Valdizan y Posada (2005) Podemos definir la intervención temprana como el conjunto de acciones, dirigidas a la población infantil, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones deben considerar la globalidad del niño y ser planificadas por un equipo de profesionales de distintas áreas, que según cada caso en particular puede incluir: psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, neuropediatras, entre otros; que brinden un abordaje integral del niño, potencien sus capacidades y promuevan su mejor funcionamiento.

El tratamiento para los trastornos del espectro autista debe ser en primer lugar un tratamiento individualizado, es decir, diseñado para cada niño en particular. Esto se debe a las grandes diferencias que existen en cada niño a pesar de estar enmarcados dentro del mismo cuadro diagnóstico. Es el diagnóstico el que brinda cierta información sobre el niño, la cual debe ser la base de un plan de intervención individualizado y adecuado para cada pequeño y su familia. “No existen fórmulas aplicables a todos los niños” (Valdez, 2009)

Los resultados del tratamiento dependerán de múltiples factores, entre ellos: el potencial y características del niño, el entorno familiar y comunitario, el tipo de abordaje (modalidad e intensidad), de los profesionales, y de la interacción de todos estos factores a lo largo del tiempo. Explican Valdez y Ruggieri (2011), que básicamente se utilizan toda una serie de tratamientos de manera simultánea, que incluyen principalmente la modificación de la conducta, enfoques de enseñanza estructurada, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, en algunos casos medicación y por supuesto asesoramiento a padres. Todos estos tratamientos

promueven un comportamiento social y comunicativo más normal y minimizan los comportamientos negativos (por ejemplo, hiperactividad, comportamiento repetitivo, agresividad, etc.) los cuales intervienen en el funcionamiento y en el aprendizaje del niño.

Un tratamiento de calidad debe principalmente contar con terapeutas especializados y con experiencia en Trastornos del espectro autista y es muy importante el trabajo en equipo y con coordinación de objetivos cuando el niño recibe la intervención de diferentes terapias, idealmente supervisadas y coordinadas por un profesional especialista en el tema. Todos los profesionales que tratan al niño deben estar al tanto de que cosas trabaja el paciente en las otras terapias, conocer los objetivos y ciertas estrategias que sean útiles para los diferentes momentos de la terapia. “Es muy importante que los terapeutas sigan la misma línea de acción, es decir, si por ejemplo uno de los objetivos a trabajar es eliminar una conducta disruptiva, como gritar cuando no quiere algo, todos los terapeutas deben trabajar tal objetivo de la misma manera, ya que si no serán contradictorios con el niño y este tardara más tiempo en lograr el objetivo o en algunos casos inclusive no será logrado” (Valdez y Ruggieri, 2011)

## **1.6 Atención temprana y neuroplasticidad**

Las investigaciones realizadas en el ámbito de las neurociencias han permitido realizar comprobaciones empíricas que fundamentan la importancia de la atención temprana y aprovechamiento de las primeras etapas del desarrollo, debido a las posibilidades plásticas del sistema nervioso. Llamamos neuroplasticidad o plasticidad neuronal a la capacidad que tienen las células del sistema nervioso central de regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sometidas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos o enfermedades. En otras palabras, “la capacidad que tiene el cerebro para formar nuevas conexiones nerviosas, en respuesta a la información nueva o a la estimulación sensorial” (Pallarés, 2007)

Esta potencialidad para el cambio que posee el sistema nervioso central a lo largo de todo el desarrollo ontogenético del hombre se observa principalmente durante la infancia. En esta etapa es que tiene lugar la maduración intensiva del organismo, y en particular del cerebro, ya que durante los seis primeros años de vida la masa encefálica aumenta 3,5 veces,

lo cual quiere decir que se transforma, multiplica y perfecciona en sus funciones. Gardner (1994) afirma que en etapas tempranas de la vida existe una máxima flexibilidad o plasticidad cerebral.

Las capacidades que va adquiriendo el niño durante su desarrollo no son producto solamente de la maduración a nivel neurológico, sino que en gran medida son el resultado de la interacción del niño con el medio, de su estimulación y educación. Cuanto mayor sea la estimulación que recibe más completa será su organización neurológica y mejores expectativas al nivel de habilidades y capacidades. Es aquí donde se resalta la importancia de la estimulación precoz o tratamiento temprano en la primera infancia, fundamental y decisiva después de la evaluación diagnóstica de un retraso o déficit.

Es importante resaltar que la intervención temprana es efectiva pero no milagrosa. Por lo cual debe existir compromiso por parte de los familiares con cada una de las terapias que el niño realiza, debido a que la constancia y regularidad de la intervención hará más probable el avance del mismo (Valdez y Ruggieri, 2011)

### **1.7 Tratamiento psicopedagógico temprano en TEA**

Luego de realizado el diagnóstico, se planifica para cada niño en particular un esquema terapéutico basado en sus fortalezas y debilidades, observadas a partir de las habilidades demostradas en el diagnóstico. Si bien el esquema terapéutico varía en función de cada niño, los tratamientos básicos que el 90% de los niños recibe son psicología, psicopedagogía, fonoaudiología y terapia ocupacional. En algunos casos se incluyen terapias como musicoterapia, kinesiología, etc. en base a las capacidades y necesidades del niño. Es por lo tanto el Tratamiento Psicopedagógico uno de los primordiales en el esquema terapéutico de niños diagnosticados con TEA, y es de suma importancia que sea de forma temprana, ya que será sinónimo de mejores pronósticos y ayudará al niño y a su familia a tener una mejor calidad de vida.

Siguiendo a Valdez y Ruggieri (2011) son tres las unidades con las que el psicopedagogo debe trabajar siempre en un tratamiento temprano de Trastorno del espectro autista:

*Con el niño:* Desarrollando habilidades sociales, comunicativas y de adaptación a su entorno, a través de diferentes programas de aprendizaje diseñados especialmente para su modo de procesamiento de la información. Fomentando el juego funcional, simbólico, de turnos, a medida que va avanzando en el logro de objetivos. Estimulando en el niño el deseo por compartir con el otro, la atención y disfrute compartidos, la intención comunicativa, la imitación (como base principal de los aprendizajes en niños con TEA), entre otras. Trabajando en la mayoría de los casos con enfoques de enseñanza estructurada. A medida que el niño avanza, se irán sumando nuevos objetivos, complejizando actividades y tratando de lograr generalización de los mismos siempre teniendo en cuenta las diferentes áreas del desarrollo).

*Con la familia:* Brindando información y apoyo tanto psicoeducativo como emocional e integrándola como base fundamental de la intervención, que permitirá al niño generalizar lo aprendido. Es de gran utilidad en algunos niños con Trastorno del espectro autista el desarrollo del tratamiento en el hogar (al comienzo del tratamiento). Por un lado, generalmente el comienzo de tratamiento implica trabajar la enseñanza de muchos hábitos en los pacientes, en su mayoría son habilidades de la vida diaria, como por ejemplo lavado de manos, lavado de dientes, vestido y desvestido, control de esfínteres, etc. El mejor lugar para adquirir tales aprendizajes es sin dudas el espacio donde el niño está la mayor parte de su tiempo, y el cual es su lugar de pertenencia. Por otro lado, la terapia en domicilio permite trabajar con los padres del paciente, brindándoles la posibilidad de convertirse ellos mismos en terapeutas de sus hijos, que se sientan partícipes y puedan estar presentes en las sesiones, aprendiendo ciertas estrategias de los terapeutas que luego podrán llevar a cabo en diferentes situaciones de la vida diaria. A medida que se van logrando los objetivos planteados, el tratamiento puede darse en otros lugares de la casa, e incluso en consultorio o en ciertos lugares puntuales dentro de la sociedad.

Es importante que el equipo tratante del niño se reúna con la familia periódicamente para ir manteniéndolos al tanto de los objetivos trabajados, de los logros adquiridos, de los

cambios que se vayan presentando y sobre todo de la forma en que se trabaja. Cuando el tratamiento se realiza fuera del hogar es importante invitar de vez en cuando a los papás a las terapias con el objetivo de brindarles la oportunidad de ver como ciertas estrategias funcionan con el niño, para poder luego ellos aplicarlas en casa, ya que son ellos quienes comparten el mayor tiempo con su hijo.

*Con el entorno del niño:* Específicamente el ámbito educativo y comunitario, ya que es clave un plan adecuado que posibilite un correcto desenvolvimiento académico, conductual y socioemocional, teniendo en cuenta que el objetivo es la adaptación y la mejor actuación posible en su contexto natural. Es muy importante, en caso de que el niño este escolarizado, poder reunirse con sus docentes y estar en contacto con la institución para poder brindarle el apoyo que necesiten y trabajar en conjunto, brindando las estrategias que sean de utilidad tanto para el trabajo con el niño en sí, como para adaptar alguna actividad o característica en el espacio físico, etc. De manera que siempre sea placentero el espacio y la actividad, y estén acordes a las características, necesidades y posibilidades del niño. (Leaf, Mc Eachin, 1999)

Lo importante para brindar un tratamiento psicopedagógico de calidad es enfocarse en el niño, en las habilidades que tiene y en las que debe aprender, en sus fortalezas y debilidades y a partir de allí armar un programa de intervención único e individualizado, ya que como sabemos los TEA se caracterizan por compartir la tríada de síntomas, pero todos en diferentes niveles. El tratamiento ideal será uno que complemente diferentes estrategias, modelos y escuelas, no siendo totalmente estructurado, pero tampoco libre en exceso ya que los TEA por lo general necesitan de cierta estructura para funcionar.

Debemos por lo tanto como psicopedagogos:

- Adoptar una mirada interdisciplinaria y de trabajo colaborativo en equipo, que tenga en cuenta no solo las dificultades sino las posibilidades, el potencial y las fortalezas de cada niño.
- Iniciar temprano los tratamientos, cuando aparecen las primeras alertas de riesgo.
- Apuntar siempre a los aprendizajes funcionales, la autonomía, la autodeterminación y la inclusión educativa y social.
- Compartir los objetivos de tratamiento, las orientaciones y las inquietudes con las familias.

- No centrarse exclusivamente en los programas sino en las personas y su singularidad, privilegiando así la planificación centrada en el niño y sus posibilidades de aprendizaje y desarrollo. (Kazdin, A E., 2003)

### **1.8 Áreas de intervención en el Tratamiento Psicopedagógico en TEA**

Recordemos que el objetivo principal de la intervención psicopedagógica con niños con TEA, es que puedan acceder a aprendizajes de cosas que no aprendieron de forma natural. Y una vez aprendidas ciertas habilidades logren complejizarlas y generalizarlas en diferentes ambientes lo más naturalmente posible. En el tratamiento Psicopedagógico se trabajará entonces en base a las 5 áreas primordiales en el desarrollo:

- ✓ Área Cognitiva
- ✓ Área de la Conducta
- ✓ Área de Comunicación y lenguaje
- ✓ Área de Juego y socialización
- ✓ Área de autovaloramiento.

Las diferentes áreas serán trabajadas a través de programas específicos de aprendizaje, diseñados para el modo de procesamiento de la mayoría de estos niños; donde aprenderán de forma especial aquello que no aprendieron de manera natural como el resto de los niños de su misma edad cronológica. (Valdez y Ruggieri, 2011)

Generalmente cuando se recibe un diagnóstico temprano, y se comienza un plan de Tratamiento también temprano, el tratamiento psicopedagógico comparte algunos objetivos con otros de los tratamientos que el niño recibe, es decir tanto en el tratamiento psicológico, fonoaudiológico como psicopedagógico por lo general se trabajará enfocados en los mismos programas específicos, con los mismos objetivos, abordando todas las áreas del desarrollo. A medida que el niño crece o avanza, dependiendo de sus necesidades se irán separando los tratamientos más específicos por área. Se describe a continuación por una cuestión de

extensión sólo el área cognitiva, que es la que se encuentra más relacionada con el quehacer psicopedagógico.

**Área cognitiva:** Esta es un área muy amplia y abarcativa. Se trabajarán infinidad de objetivos a medida que el niño avanza. Se comenzará por enseñarle al niño diferentes habilidades desde el comienzo del tratamiento. El niño deberá comprender y aprender a permanecer sentado, a mantener la atención en la tarea, a comenzar, mantener y terminar una actividad para poder empezar otra, comprender las recompensas de sus logros, causa y efecto, implementación de ordenes simples, llamado también obediencia; esto consiste en seguir diferentes directivas que pueden ir acompañadas de gestos para facilitar la comprensión. El objetivo es promocionar la actitud de estar dispuesto a obedecer a simples solicitudes utilizando lenguaje sencillo que debe comprender (lleva, tomá, dame, poné, tirá, saca, etc.) las mismas se trabajarán con materiales atractivos y de interés para el niño, que a veces también sirven para el trabajo de otros objetivos, por ejemplo, ante la realización de un encastre de formas geométricas (trabajo de motricidad fina) decirle tomá, pone, etc. Se irán complejizando luego a órdenes de dos o tres pasos, órdenes a distancia, etc.

Se trabajará la imitación no verbal, con el objetivo de que el niño aprenda a imitar las acciones de otros. La imitación es un fundamento en el que se basan otras habilidades importantes (autovaloramiento, verbalización, socialización, juego, etc.) como así también mediante la imitación el niño desarrolla habilidades de atención. Se trabajará imitación en conjunto con motricidad gruesa, motricidad fina, en mesa, teniendo que pararse e imitar a distancia, imitación de acciones encadenadas, etc. todo en orden creciente en complejidad a medida que se presentan los logros. Imitación con bloques: Será un programa mediante el cual los niños aprenderán a jugar con un objeto en forma correcta y apropiada, aumentando las habilidades de formar patrones visomotores, aumentando atención, memoria y habilidades de motricidad fina, esperar turnos.

Aparear objetos: El objetivo es que el niño ponga juntos objetos que están asociados (al comienzo será apareado de idénticos, luego semejantes, por función, asociación lógica, etc. Esta actividad servirá al niño para aprender a prestar atención a los detalles, desarrollar representación simbólica, establecer la base para desarrollar la denominación receptiva y expresiva, desarrollar la habilidad que ayudará a la introducción de conceptos más avanzados

(por ejemplo iguales/ diferentes) Seguirá una secuencia de dificultad ascendente: comenzará apareando objeto- objeto (tridimensional)/ tarjeta con tarjeta (fotos, imágenes) idénticos de cualquier categoría, animales, colores, transportes, comidas, formas, etc./ Objeto con foto (idénticos)/ Foto con objeto (idénticos)./ objetos no idénticos/ fotos no idénticas (por ejemplo aparear diferentes perros)/ acciones no idénticas (por ejemplo, fotos de diferentes personas haciendo la misma acción/ cantidad (apareado de tarjetas que muestran la misma cantidad, por ejemplo tres patos con tres estrellas) asociaciones (debe poner el objeto con el objeto asociado, por ejemplo, media y zapato, almohada y cama, tren y vía, etc./ emociones (apareado de caras que muestren las diferentes emociones/ letras números y palabras.

Será objetivo dentro del área cognitiva también, por ejemplo, el reconocimiento de diferentes objetos pertenecientes a diferentes categorías (animales, comidas, transportes, colores, formas, etc.) que el niño irá aprendiendo como vocabulario nuevo en comienzo (receptivo y expresivo) y que luego irá categorizando. Será objetivo dentro de éste área la asociación lógica de diferentes objetos, reconocimiento de objetos por función al comienzo siempre trabajando con objetos concretos, pasando luego al uso de tarjetas. Se trabajará con actividades grafomotoras en hoja con diferentes materiales (fibras, lápices de colores, crayones, temperas) con dibujos más libres y actividades más estructuradas de motricidad fina como trazos, laberintos, recorridos, imitación gráfica, dependiendo siempre la dificultad del nivel del niño. Previo a las actividades grafo plásticas se trabajan actividades con objetos más concretos como encastres, enhebrados, rompecabezas, juegos con masa, jeringas, goteros, etc. que ayudan al desenvolvimiento de las habilidades motoras finas. (Leaf y McEachin, 2000)

Dependiendo de la edad y nivel del niño comenzarán luego dentro del área cognitiva a trabajarse números, letras, comenzarán a adquirir la lectoescritura en algunos casos, a veces de manera tradicional y otras a partir de métodos de alfabetización más globales (es muy utilizado en el trabajo de alfabetización de niños con TEA el Método SELEC). Se realizarán actividades de trabajo independiente a modo de generalización de los objetivos trabajados. En las actividades de trabajo independiente los niños ponen en juego su habilidad para mantener la atención sostenida en la tarea trabajando con objetivos ya aprendidos de forma solitaria, por ejemplo, en una carpeta de trabajo independiente debe aparear colores, números, letras, poner número con cantidad, etc. Sirve para reforzar lo aprendido logrando hacerlo

independientemente. Pudiendo comenzar, sostener y terminar una actividad determinada sin asistencia del adulto.

## **2. Antecedentes**

En la última década los Trastornos del Espectro Autista aumentaron ampliamente, llegando a ser de un 86% en aumento estadístico a nivel Nacional en el último año. En paralelo fue cada vez mayor la información sobre dicha patología y se comenzó a investigar y exponer sobre los beneficios de la detección diagnóstico y tratamiento temprano en la condición del Espectro en todas partes del mundo.

Tal es el caso de la investigación llevada a cabo por Sampedro, M., González, M. y Vélez-Viera, S. (2013), en México. Aborda la temática de la detección temprana del Trastorno del Espectro Autista, como una variable determinante para un mejor pronóstico en dicha patología. Es un trabajo descriptivo y retrospectivo del proceso de detección y diagnóstico de 42 niños con Trastornos de Espectro Autista (TEA) por medio de una entrevista semiestructurada y a través de la revisión de historias clínicas en el Hospital Infantil de México. En tal estudio se encontró que los padres son las personas que inicialmente sospechan la presencia de algún trastorno, alrededor del año y diez meses de edad. Los signos de alarma más frecuentes son comportamientos ausentes, la falta de lenguaje y el retraso motor. Para la detección y diagnóstico participan en promedio cinco profesionales, siendo el neurólogo y

psicólogo infantiles quienes más diagnósticos de TEA realizaron entre los tres y los cinco años de edad. El estudio concluye que la detección temprana del autismo es una variable determinante de un mejor pronóstico y resalta la importancia de formar y capacitar profesionales de la salud, para lograr que la detección e intervención de los TEA sea cada vez más oportuna.

Por otra parte, el estudio realizado por Medina Dorrego V (2015) sobre el proceso diagnóstico (precoz) en niños con Trastornos del Espectro Autista en Uruguay, intenta contribuir al conocimiento del proceso diagnóstico de niños con TEA en Uruguay. Esta investigación de tipo cualitativo y diseño descriptivo planteó como objetivos generales conocer si en Uruguay existe el diagnóstico precoz en TEA y profundizar en cómo se realiza el diagnóstico clínico de los Trastornos del Espectro autista en Uruguay. La muestra estuvo integrada por 40 profesionales de la salud (psiquiatras, psicólogos, pediatras, neuropediatras y enfermeros) de ambos sexos y 20 padres de niños con TEA, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a los profesionales y a los padres. Los resultados reflejan que el diagnóstico es más precoz en la actualidad. Hace algunos años los niños llegaban hasta con 5 o 6 años sin diagnosticar, actualmente el diagnóstico es alrededor de los 3 años promedio. La investigación arroja como resultado también que son los padres por lo general quienes observan los primeros síntomas y a partir de ello concurren a los profesionales de la salud, como así también se desprende como resultado de las entrevistas que en Uruguay aún faltan más docentes y profesionales formados en TEA y que en comparación con otros países la oferta de tratamientos es muy reducida.

En la misma línea que Medina Dorrego (2015), un estudio llevado a cabo por Zalaquett, D., Schönstedt, M., Angeli, M., Herrera, C., y Moyano, A. (2015), todos profesionales del área de la salud chilenos (psicóloga, psiquiatras, fonoaudióloga y terapeuta ocupacional infanto- juveniles), sobre fundamentos de la intervención temprana en niños con Trastornos del Espectro Autista, buscaba actualizar conceptos sobre la relevancia de intervenir tempranamente en dicho Trastorno. Fue llevado a cabo con una muestra de 120 profesionales de la salud especializados en dicha patología. Con el análisis de la información que recopilaron mediante entrevistas se confirmó la importancia de la intervención temprana en niños con TEA, como así también, el rol primordial de pediatras y otros profesionales de la

salud en la detección precoz de estos trastornos. Dicha investigación concluye en sus resultados que la detección precoz es fundamental para poder intervenir tempranamente e intentar variar el pronóstico funcional a largo plazo de los niños con TEA y que los profesionales que controlan o hacen seguimiento del desarrollo de niños pequeños tienen un rol fundamental en la sospecha, detección de signos tempranos y derivación oportuna a evaluación y tratamiento especializado. Es ampliamente aceptado que mientras más temprano comience la intervención, mejores resultados se obtienen en el curso del desarrollo. Sostienen en dicha investigación cualitativa con diseño descriptivo que, si bien la evolución en niños con TEA es variable, se ha visto que la intervención temprana es un factor muy importante en la determinación del pronóstico

Otra investigación llevada a cabo por Fortea Sevilla, M (2011) sobre Detección temprana y diagnóstico en los Trastornos del Espectro Autista en la comunidad canaria. Expone sobre la experiencia durante el proceso diagnóstico de las familias de personas con TEA. Esta investigación de tipo cuantitativo y diseño descriptivo tuvo como objetivo principal conocer la opinión de las familias canarias sobre el proceso de diagnóstico a través de sus propias vivencias; que ocurre desde que la familia observa, o es informada de los primeros síntomas hasta que recibe un diagnóstico de TEA, que profesionales están implicados y que pruebas se realizan, quién y cómo comunica el diagnóstico y que asesoramiento reciben. La muestra estuvo conformada por 72 participantes, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue una encuesta realizada a los familiares de las personas con Autismo compuesta por 43 preguntas de datos familiares y relativos al diagnóstico. Los principales resultados arrojados por la investigación son, que las personas que tuvieron las primeras sospechas de que algo no iba bien en el desarrollo de los niños, fueron los propios familiares (79%), seguidas de los profesores o educadores (15%), pediatras (4%) y psicólogos (2%). Esas primeras sospechas ocurrieron en su mayoría entre los 12 y 18 meses de edad (40%). El 23% inició sus sospechas entre los 2 y 3 años; el 8% entre los 3 y 5 años; el 2% entre los 6 y 9 años. Tan sólo el 9% comenzó a preocuparse antes de los 12 meses de edad. La mayoría consultan sus sospechas por primera vez entre los 12 y 24 meses. Una vez presente la preocupación, se comienza a buscar asistencia sanitaria. El primer servicio al que acuden es el pediatra (65%), seguido de especialistas psicólogos y/o logopedas (27%) y en menor medida a otros

profesionales de la salud (neuropediatras, médicos del oído...). El 68% de los niños recibieron su diagnóstico durante los 3 primeros años, el 32% antes de los dos años.) El 85% recibe algún tipo de terapia además de la escolarización. La mayoría hace “terapias” fuera del centro escolar. Las terapias hacen referencia a programas de atención temprana, apoyo psicológico, apoyo pedagógico y logopedia principalmente. Queda reflejada la necesidad de una detección temprana del autismo para un buen pronóstico del trastorno en los afectados.

Otro estudio que cabe destacar, fue llevado a cabo por Gianopulos, T (2018), en Panamá. Es una investigación cuantitativa de diseño descriptivo, realizada con una muestra de 43 pediatras panameños que completaron una encuesta. El objetivo general del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre TEA entre pediatras, los cuales completaron dentro de la encuesta un cuestionario diseñado por Children.org, H. (2018), American Psychiatric Association APA-(2014). Los datos fueron analizados con SPSS (versión 15). Como resultado se identificaron las 5 principales características necesarias, según los pediatras encuestados, para el diagnóstico temprano del TEA en Panamá. El 95% de los pediatras encuentra la falta de contacto visual como la característica más significativa.

Por otra parte, encontramos el estudio realizado por Mesa Zipitria, Lucía (2016) en Uruguay. El objetivo de esta investigación fue conocer los instrumentos utilizados en el diagnóstico precoz de los TEA en Uruguay, que profesionales están implicados en dicho proceso y si el mismo se realiza en forma interdisciplinaria. Es un estudio de carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo, que realizó la recolección de datos a través de entrevistas semidirigidas a diferentes profesionales de la salud, exactamente la muestra estuvo compuesta por 25 profesionales (5 neuropediatras, 15 psicólogos y 5 psiquiatras infantiles, que trabajan con población con niños con esta condición). Los resultados exponen que en Uruguay son el neuropediatra y los psicólogos infantiles quienes mayormente realizan el diagnóstico en TEA, la prueba psicométrica ADOS, es la más utilizada en el diagnóstico, acompañada de una observación clínica y de la entrevista ADI-R aplicada a los padres de los niños. Se refleja además en los resultados que son los padres quienes por lo general visualizan alguna sintomatología o falta de ciertas adquisiciones en el desarrollo, acuden al pediatra, quien los deriva al neuropediatra o psicólogo infantil para la evaluación pertinente. Con dicha investigación se pretende fomentar la concientización y capacitación sobre la importancia de

la detección temprana de los TEA en agentes y comunidades que trabajen con estas personas, destacando la misma para favorecer el desarrollo del niño, reduciendo la gravedad de sus síntomas y mejorando la calidad de vida del individuo.

Por último, Rattazzi, A. (2014) Psiquiatra infantojuvenil del Centro PANAAACEA, en nuestro país publica un artículo de índole cualitativa e intenta fundamentar la Importancia de una pesquisa sistemática de los Trastornos del Espectro Autista en deambuladores, la conveniencia de evaluaciones diagnósticas integrales y oportunas por parte de equipos interdisciplinarios especializados en desarrollo y la importancia fundamental de la intervención temprana. Sosteniendo que ésta resulta beneficiosa debido a la neuroplasticidad existente en etapas iniciales de la vida que impacta positivamente en el pronóstico de los niños y en la calidad de vida de las familias. El brindar a los niños con TEA los apoyos necesarios lo más tempranamente posible tiene como objetivo limitar sus desafíos, potenciar sus fortalezas, favorecer su pronóstico y promover una mejor calidad de vida familiar. Si bien en dicho artículo no aparecen indicados la muestra exacta, ni el método de recolección de datos, se incluye en los antecedentes por ser el único artículo publicado en nuestro país relacionado con la temática abordada en este trabajo de investigación.

### **3. Planteo del problema**

Debido al aumento estadístico en la cantidad de casos de los Trastornos del Espectro Autista en la actualidad, se realizó la presente investigación cuantitativa, con el objetivo principal de indagar si el diagnóstico y tratamiento temprano en niños con TEA es beneficioso y diferencial en el pronóstico de estos niños. Desde el campo de la psicopedagogía, si bien no realizamos el diagnóstico de los casos, podemos trabajar inmediatamente de recibido el diagnóstico, desde el área preventiva, ya que cuanto antes sea la intervención, mayores serán los beneficios para ese niño y su familia, en la calidad de vida y en su pronóstico, tratando de que aprendan todo aquello que no aprendieron de forma natural, abarcando las diferentes áreas del desarrollo. Trabajando en forma paralela con otros tratamientos y aprovechando al máximo la plasticidad neuronal que los niños presentan en edades tempranas.

Es importante que la sociedad en general conozca un poco más sobre la patología, para estar atentos y concientizarlos de que entre todos es posible realizar pesquisas más tempranas y con ellas diagnósticos precoces y los correspondientes tratamientos contiguos sin perder tiempo.

El disparador de este trabajo es la pregunta: “¿El diagnóstico y tratamiento temprano en niños con Trastornos de Espectro Autista, es beneficioso para mejorar el pronóstico de dichos niños y para mejorar su calidad de vida y la de su familia?”.

#### **4. Objetivos**

##### **4.1. Objetivo General:**

- Indagar si el diagnóstico y tratamiento psicopedagógico temprano favorece el pronóstico y mejora la calidad de vida en niños con Trastornos del Espectro Autista, en la ciudad de Tandil.

##### **4.2. Objetivos específicos:**

- Analizar y evaluar la importancia de la detección temprana en TEA.
- Analizar y evaluar la importancia y beneficios de la realización de tratamientos tempranos luego del diagnóstico de TEA.

#### **5. Hipótesis**

El diagnóstico y tratamiento temprano en niños con Trastornos del Espectro Autista, favorecen el pronóstico y mejoran su calidad de vida, en la ciudad de Tandil.

## **6. Método**

### **6.1. Diseño**

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo (no experimental), con diseño transversal, correlacional, ya que en el mismo se trata de establecer el grado de relación entre dos variables, en este caso: la relación existente entre el “Diagnóstico y tratamiento temprano en TEA” y “el pronóstico de los niños con TEA”. Se desea demostrar que, si varía la primera variable, automáticamente la segunda también varía. Puntualmente mostrar que, si existe un Diagnóstico y tratamiento temprano, se favorecerá el pronóstico y avances del niño con TEA en cuestión.

### **6.2. Participantes**

Los participantes implicados fueron 30 terapeutas de la ciudad de Tandil (6 Psicólogas, 9 Psicopedagogas, 5 Fonoaudiólogas, 8 Terapistas Ocupacionales y 2 Musicoterapeutas), todas de sexo femenino, de entre 30 y 45 años de edad, especializadas en el trabajo con niños con TEA, con un promedio de doce años de experiencia en el trabajo con niños con dicha patología, que actualmente ejercen su labor en la ciudad de Tandil.

### **6.3 Técnica de recolección de datos**

La técnica que se utilizó fue una encuesta, elaborada y presentada a cada una de las 30 profesionales de las diferentes disciplinas de la ciudad de Tandil. La encuesta constaba de 6 preguntas claras, cortas y con varias opciones para responder en cada interrogante. Enfocando en la importancia del diagnóstico y tratamiento temprano, importancia de la edad del niño al

momento del diagnóstico y comienzo del tratamiento, importancia del tratamiento personalizado e individualizado para cada niño en particular dependiendo de sus características, importancia de otros factores claves que deben acompañar al diagnóstico y tratamiento temprano. Dichas preguntas contienen las cuestiones que se consideran más centrales y legítimas para el objetivo de la investigación.

#### **6.4 Procedimiento**

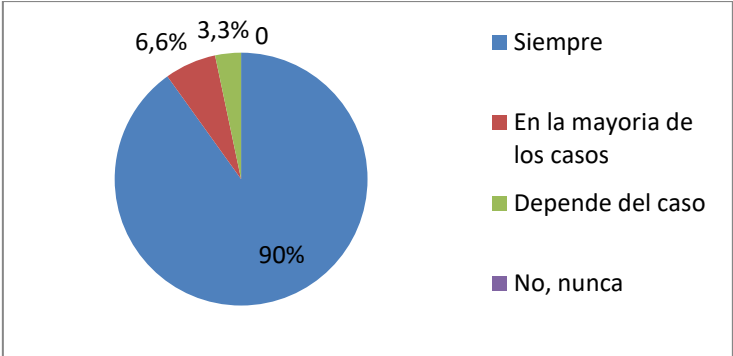
El procedimiento consistió en plantear el problema y a partir de allí elaborar la encuesta, la cual se presentó a las diferentes profesionales implicadas en la muestra, las cuales contestaron las mismas de forma anónima. Tuvieron una semana para contestar, una vez completas se procedió a analizar los resultados, confeccionando con los mismos gráficos de torta para representar los valores obtenidos de forma clara, y se realizó una breve conclusión a partir de los mismos, para cada uno de los objetivos planteados en la investigación, para luego con ellas arribar a una conclusión final que nos permitirá confirmar o refutar la hipótesis planteada en la investigación: **“El Diagnóstico y Tratamiento temprano en niños con Trastornos del Espectro Autista favorece el pronóstico y mejora su calidad de vida”**

### **7. Resultados**

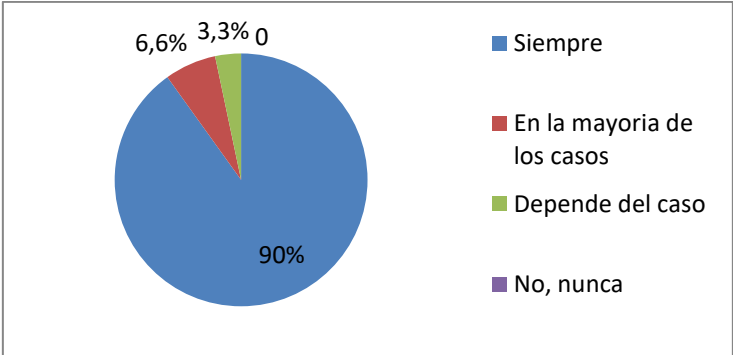
Partiendo del objetivo general y los objetivos específicos que guían esta investigación y teniendo en cuenta los resultados obtenidos de las encuestas realizadas a las profesionales especializadas en TEA de la ciudad de Tandil, es posible extraer información de gran relevancia para la temática analizada, se presentan a continuación los resultados.

En cuanto al objetivo general: Indagar si el diagnóstico y tratamiento temprano en niños con TEA es beneficioso y diferencial en el pronóstico de estos niños. Como puede verse en el gráfico que se muestra a continuación, 27 de las encuestadas, lo cual representa un 90% de la muestra, sostiene que siempre el diagnóstico y tratamiento temprano es beneficioso y

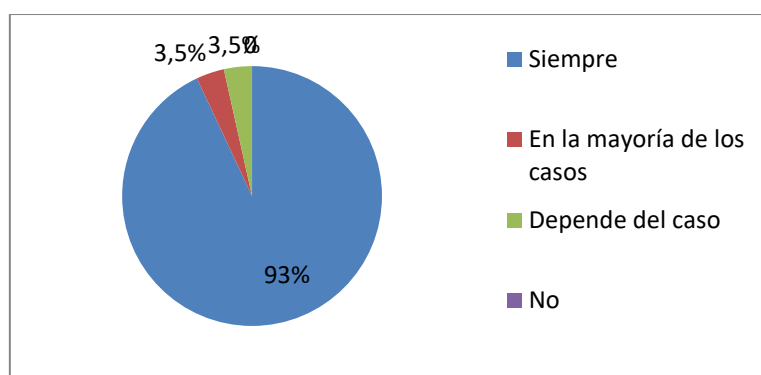
diferencial en el pronóstico de los niños con TEA, 2 de las encuestadas (6,6% de la muestra) opina que en la mayoría de los casos esto es así, y 1 de las participantes (3,3% de la muestra) opina que depende del caso. Ninguna encuestada contestó que esto nunca es así (0% de la muestra)



Con respecto al primer objetivo específico: Analizar y evaluar la importancia de la detección temprana del TEA, Como puede verse en el gráfico que se muestra a continuación, 27 de las encuestadas, lo cual representa un 90% de la muestra, sostiene que siempre el diagnóstico temprano es beneficioso y diferencial en el pronóstico de los niños con TEA, 2 de las encuestadas (6,6% de la muestra) opina que en la mayoría de los casos esto es así, y 1 de las participantes (3,3% de la muestra) opina que depende del caso.



En cuanto al segundo objetivo específico: Analizar y evaluar la importancia y beneficios de la realización de tratamientos tempranos luego del diagnóstico de TEA. Se puede observar en el siguiente gráfico que 28 de las encuestadas, lo cual representa un 93% de la muestra, sostienen que siempre un tratamiento temprano en TEA es beneficioso para mejorar el pronóstico del niño en cuestión, 1 de las encuestadas (3.5% de la muestra) respondió que en la mayoría de los casos es beneficioso realizar tratamientos tempranos, y 1 de las encuestadas (3.5% de la muestra) contestó que depende del caso.



## **8. Discusión y conclusiones**

El objetivo general de este estudio fue indagar si el diagnóstico y tratamiento temprano en niños con TEA es beneficioso y diferencial en el pronóstico de estos niños. Los resultados que arrojaron las encuestas del trabajo de campo realizado fueron: 27 de las encuestadas, lo cual representa el 90% de la muestra, sostiene que siempre el diagnóstico y tratamiento temprano es beneficioso y diferencial en el pronóstico de los niños con TEA, 2 de las encuestadas (6,6% de la muestra) opina que en la mayoría de los casos esto es así, y 1 de las participantes (3,3% de la muestra) opina que depende del caso. Ninguna encuestada contestó

que esto nunca es así (0% de la muestra). Podemos concluir ante estos resultados que cuando menor es la edad del niño al momento del diagnóstico y al comienzo de un tratamiento, mejor será su pronóstico y mayores y más rápidos sus avances, esto podría deberse a la neuroplasticidad o plasticidad neuronal. Pallarés (2007) la define como la capacidad de las células del sistema nervioso central de regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sometidas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos o enfermedades. Las investigaciones realizadas en el ámbito de las neurociencias han permitido realizar comprobaciones empíricas que fundamentan la importancia de la atención temprana y aprovechamiento de las primeras etapas del desarrollo, debido a las posibilidades plásticas del sistema nervioso. Sostiene Valdez (2016) que las capacidades que va adquiriendo el niño durante su desarrollo no son producto solamente de la maduración a nivel neurológico, sino que en gran medida son el resultado de la interacción del niño con el medio, de su estimulación y educación. Cuanto más tempranamente y cuanto mayor sea la estimulación que recibe más completa será su organización neurológica y mejores expectativas al nivel de habilidades y capacidades. **Es aquí donde se resalta la importancia de la estimulación precoz o tratamiento temprano en la primera infancia,** fundamental y decisiva después de la evaluación diagnóstica de un retraso o déficit. Autores como Zalaquett, Schönstedt, Angeli, Herrera, y Moyano(2015), desarrollaron una investigación que confirmó en los resultados la importancia de la intervención temprana en niños con TEA, como así también, el rol primordial de pediatras y otros profesionales de la salud en la detección precoz de estos trastornos.

Con respecto al primer objetivo específico, Analizar y evaluar la importancia de la detección temprana en TEA, 27 de las encuestadas sostienen que siempre el diagnóstico temprano es beneficioso y diferencial en el pronóstico de los niños con TEA, 2 de las encuestadas opinan que esto es así en la mayoría de los casos y 1 sola de las encuestadas respondió que depende del caso. Ante estos resultados podemos concluir que un 96.6% de la muestra considera la detección y el diagnóstico temprano en TEA como un paso primordial que marca diferencia en el pronóstico de los niños con dicho diagnóstico. Coincidente con los resultados arrojados por la investigación, Valdez (2009) sostiene que el diagnóstico tiene como objetivo no solo atribuirle un nombre a la patología y dar un diagnóstico preciso, sino

también determinar las características específicas del niño, sus fortalezas y debilidades, que contribuirán a la planificación terapéutica más adecuada para su perfil. Es el diagnóstico el que brinda cierta información sobre el niño, la cual debe ser la base de un plan de intervención individualizado y adecuado para cada pequeño y su familia. No existen fórmulas aplicables a todos los niños. Es así que a partir de las particularidades se deciden los Tratamientos recomendables a comenzar y dentro de cada tratamiento se plantean diversas estrategias de acción en base a las capacidades (fortalezas y debilidades) del niño.

Valdez y Ruggieri (2011) agregan que, para obtener un diagnóstico temprano preciso en TEA, se requiere una evaluación realizada por un profesional con experiencia, especializado en el trabajo con estos niños. Por lo general lo ideal es que la lleve a cabo un Neurólogo infantil o un psicólogo del desarrollo. La evaluación diagnóstica se basará en la conducta del individuo con el objetivo de identificar el conjunto de síntomas y signos que constituyen el cuadro clínico. Es imprescindible que los protocolos de evaluación sean lo suficientemente sensibles como para identificar los distintos aspectos de los TEA en sus diferentes niveles, grados o severidades. Valdez (2016) sostiene además que es primordial para poder realizar diagnósticos tempranos, que la sociedad en general esté informada, ya que la cantidad de casos año a año aumenta en todo el mundo. Es importante que los médicos pediatras que atienden a los niños sepan sobre las principales características que presentan los niños con TEA y que se apliquen las guías de pesquisa diseñadas para captar los posibles casos en todos los niños de 24 meses de edad. Gianopulos (2018), en Panamá, quien desarrollo una investigación que rastreaba el conocimiento sobre TEA entre pediatras coincide en este punto de la importancia del conocimiento sobre la patología por parte de los mismos.

Además, sostienen Valdez y Ruggieri (2011) que es primordial la información y formación de docentes que comparten tiempo con los niños en edad temprana, para que puedan estar atentos a posibles conductas o características que presenten los niños e identificar posibles casos informando a sus padres en el momento oportuno para poder realizar las consultas necesarias a los diferentes especialistas que puedan brindar un diagnóstico y tratamiento temprano al niño

En cuanto al segundo objetivo específico: Analizar y evaluar la importancia y beneficios de la realización de tratamientos tempranos luego del diagnóstico de TEA. 28 de las

encuestadas sostienen que siempre un tratamiento temprano en TEA es beneficioso para mejorar el pronóstico del niño en cuestión, 1 de las encuestadas respondió que es así en la mayoría de los casos y 1 de las encuestadas respondió que depende del caso. Por lo tanto, un 96,5% de las encuestadas cree que el Tratamiento temprano (entre ellos el psicopedagógico) también es muy importante para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los niños con TEA. Valdez (2016) coincidente con lo anterior, sostiene que la importancia del comienzo de un tratamiento temprano radica en que una intervención a tiempo, específica y personalizada para el niño con Trastorno del espectro autista y su familia, conduce a un mejor pronóstico y mejora su calidad de vida. Parafraseando a Hernández, Artigas, Martos, Palacios, Fuentes, Belinchón, Canal, Diez, Ferrari, Hervás, Idiazabal, Mulas, Muñoz, Tamarit, Valdizan y Posada (2005) podemos definir la intervención temprana en Psicopedagogía como el conjunto de acciones, dirigidas a la población infantil, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con alteraciones en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estos mismos autores citados con anterioridad sostienen que es mediante el tratamiento psicopedagógico que el niño se apropia de aprendizajes que no realizó de forma natural y que es más fácil incorporar en edad temprana debido a la permeabilidad del cerebro. Agrega Valdez (2016) que son tres las unidades con las que se debe trabajar siempre en un tratamiento Psicopedagógico temprano de Trastorno del espectro autista: con el niño, con la familia y con el entorno (educativo y comunitario).

. Tomando los aportes de Valdez y Ruggieri (2011), los mismos consideran que es importante resaltar que la intervención temprana es efectiva pero no milagrosa. Por lo cual debe existir compromiso por parte de los familiares con cada una de las terapias que el niño realiza, debido a que la constancia y regularidad de la intervención hará más probable el avance del mismo. Coincidente dicha información sobre el Tratamiento temprano en TEA con los hallazgos de la investigación realizada, reflejándose en las encuestas que al hacer hincapié en la importancia de un tratamiento individualizado que tenga en cuenta las características de cada niño en particular nos referimos a que al hacer uso del término “Trastornos del espectro” autista, se incluye un grupo de trastornos que a pesar de compartir los tres grupos principales de síntomas (alteraciones cualitativas en la comunicación e interacción social recíproca,

restricción de intereses y conductas estereotipadas), pueden variar de extremo a extremo en cada una de esas características, así por ejemplo, mientras que un niño puede presentar conductas estereotipadas o rituales muy marcados, existen otros que no manifiestan ninguna alteración dentro de esa característica. Así mismo, hay niños muy sociables a quienes les gusta interactuar, pero no saben cómo, y sus intentos son tomados como extraños o inusuales; y en el otro extremo, hay niños que activamente ignoran la presencia de otras personas (American Psychiatric Association, 2014). Por tal motivo tratar de englobar a los TEA dentro de categorías es una tarea muy difícil, ya que estos desafían la generalización. Por dicha razón es imprescindible que los protocolos de evaluación sean lo suficientemente sensibles como para identificar los distintos aspectos de los TEA en sus diferentes niveles, grados o severidades

Existen gran cantidad de abordajes y técnicas aplicables en los tratamientos Psicopedagógicos de niños con Trastornos del espectro autista. En el ámbito de las intervenciones encontramos varios modelos de intervención. Es función de los profesionales ser lo suficientemente abiertos como para poder utilizar lo mejor de cada escuela, modelo o técnica en beneficio de los avances del niño con el que trabajan. Coincidente una vez más la teoría con los hallazgos en el trabajo de campo realizado, donde se refleja en las encuestas que Un tratamiento individualizado, que tenga en cuenta las necesidades y características de cada niño en particular es ideal para mejorar la calidad de vida y mejorar el pronóstico de los niños con Trastorno del Espectro Autista.

Personalmente considero el tema de esta investigación de gran importancia, y debido al aumento estadístico en la cantidad de casos en la actualidad, es mi deseo compartirlo con la sociedad en general, y con profesionales y colegas que quieran interiorizarse en la patología, que puedan saber qué son los denominados Trastornos del Espectro Autista, cuáles son las características generales y principales de los niños que lo padecen, como puede trabajarse desde el tratamiento psicopedagógico con ellos, y sobre todo, el principal objetivo de este trabajo de investigación es que los profesionales (que trabajen o no con dicha patología), las personas que tengan relación o no con niños con dicho diagnóstico (padres, hermanos, familiares, docentes, cuidadores, médicos, etc.) conozcan la importancia y los beneficios de un diagnóstico y tratamiento temprano (entre ellos el Tratamiento Psicopedagógico) que permitirá a estos niños mejorar su pronóstico y optimizar la calidad de vida, tanto de los pequeños como

de su familia. Teniendo siempre en cuenta las fortalezas y debilidades de cada niño, lo cual permitirá idear y ofrecer a cada uno un tratamiento personalizado, ya que, si bien están englobados bajo el diagnóstico de TEA, dicho diagnóstico supone un espectro, como un gran abanico, donde cada niño es único, y por lo tanto necesita un tratamiento acorde a sus características individuales.

Se aclara en el párrafo anterior: “entre ellos el Tratamiento Psicopedagógico”, ya que si bien esta es mi profesión y es el Tratamiento que llevo a cabo, es el tratamiento psicopedagógico, en conjunto con los demás tratamientos recomendados como el psicológico o el fonoaudiológico, que debe ser de inicio temprano para marcar diferencias en la calidad de vida de ese niño. Si bien el trabajo de investigación está generalizado a todas las terapias hay que destacar que dentro de esos tratamientos tempranos se encuentra el Tratamiento psicopedagógico, ya que el 90% de los casos lo incluyen dentro de los tratamientos claves en el comienzo de las terapias en TEA.

Trabajando en equipo, y comprometidos como sociedad se pueden lograr muchas mejoras y avances. Sobre todo, en lograr detectar casos en edades tempranas para poder comenzar un tratamiento psicopedagógico adecuado lo más pronto posible, ofreciendo así mayores posibilidades de adaptación a estos niños y a sus familias. Los programas de intervención temprana dan respuesta a los avances de la investigación en el campo del autismo que, en la actualidad, permiten detectar alertas de riesgo y favorecen los diagnósticos de niños más pequeños. Esa respuesta debería generalizarse y estar al alcance de todas las familias, ya que la intervención temprana, entre ellas el tratamiento psicopedagógico, en paralelo con los demás tratamientos, mejora el pronóstico y aporta una luz de esperanza para vencer barreras y generar mejores expectativas de calidad de vida y bienestar emocional. Los programas de intervención en niños pequeños son importantes en sí mismos, pero también son importantes en la construcción a futuro de los caminos del desarrollo adulto.

En cuanto a los alcances y limitaciones de la investigación como así también las recomendaciones para futuros trabajos. Se pudo indagar y dar respuesta a la pregunta que nos planteamos al comienzo de la investigación: “¿El diagnóstico y tratamiento temprano en niños con Trastornos de Espectro Autista, es beneficioso para el pronóstico de dichos niños y para mejorar su calidad de vida y la de su familia?”. Podría pensarse para futuros

trabajos realizar la misma investigación, pero cambiar la muestra realizándola con profesionales que trabajen con niños con TEA, pero en el ámbito de salud público, para ver las diferencias en cuanto al ámbito privado que es donde se desenvuelven laboralmente los profesionales de la presente investigación. Posiblemente al modificar el ámbito se modifiquen las experiencias y con ellas los resultados de la investigación ya que interfieren diferentes variables.

### **Referencias**

American Psychiatric Association. (1995) Versión española de la cuarta edición de la obra original en lengua inglesa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-IV Versión en español*. Barcelona. Masson S.A.

American Psychiatric Association. (2014) Versión española de la quinta edición de la obra original en lengua inglesa *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-V Versión en español*- Traducción y revisión científica efectuada por CIBERSAM. Editorial Médica Panamericana.

Asperger, H. (1944) “*Autistischen Psychopathen*” im Kindesalter. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten,(117), 73-136.

Baker, B. (1989). *Parent Training and Developmental Disabilities*.

Cooper, J., Heron, T.& Heward, W. (1987). *Applied behavior analysis*. Prentice Hall Inc. New Jersey.

Gardner, H. (1994) *Estructuras de la mente, La teoría de las inteligencias múltiples*.España: Fondo de cultura económica

Goñi, M. (2007) *Cuando te besa un Ángel*. Buenos Aires: Dunken

Grandin, T; Scariano, M. (2008) *Atravesando las puertas del autismo, Una historia de esperanza y recuperación*. Buenos Aires: Paidós.

Greenspan, S; Wieder, S. (2007) *Comprendiendo el autismo/ Engaging Autism* (Edición en español): Rb Publicaciones.

Greenspan, S. (1992) *Infancy and Early Childhood*. International Universities Press.

Greenspan, S. (2000) *Las primeras emociones*(Edición en español): Paidós Ibérica.

Greenspan, S. (1997) Traducción: Sindelar, M. *The child with Special needs*: Perseus Books

Hernández, J., Artigas, J., Martos, J., Palacios, S., Fuentes, J., Belinchón, M., Canal, R., Diez, A., Ferrari, M., Hervás, A., Idiazabal, M., Mulas, F., Muñoz, J., Tamarit, j.,

- Valdizan, J. Y Posada, M. (2005) *Guía de buena práctica para la detección temprana de los Trastornos del Espectro Autista*. *Revista de Neurología*, 41(4), 237-245.
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. *Metodología de la Investigación (Segunda edición)*
- Kanner, L. (1943). *Autistic Disturbances of Affective Contact*. *Nervous Child* (2), 217-50.
- Kazdin, A. (2003). *Evidence- Based Psychotherapies for Children and Adolescents*, Guilford Press. New York.
- Leaf, R.&Mc Eachin, J(1999) *A work in Progress. Behavior Management Strategies and a Curriculum for intensive Behavioral Treatment of Autism*. New York. Drl Books Inc.
- Leaf, R; McEachin, J. (2000). *Esperanzas para el autismo*. Buenos Aires. Rincón Especial
- Luke Y. &Tsai, M.(1998) Traducción: Vázquez, E. *Trastornos Generalizados del Desarrollo (PPD)*. Washington, DC. Documento informativo de NICHCY (Centro Nacional de Información para Niños y Jóvenes con Discapacidades)
- Müller, M. (1993).*APRENDER PARA SER. Principios de psicopedagogía clínica*. Buenos Aires. Editorial Bonum.
- Pallarés, J. (2007). *Atención precoz de los trastornos del neurodesarrollo. A favor de la intervención precoz de los trastornos del neurodesarrollo*. *Revista de Neurología*, (44), 31-34.
- Reep, A., Horner, R (1999) *Functional Analysis of Problem Behavior*. Thomson Learning. Stamford, Connecticut.
- Tamarit, J. (1988) “*Sistemas alternativos de comunicación en autismo; Algo más que una alternativa*” Madrid. Editorial Inersso.

- Valdez, D. (2016) *AUTISMOS Estrategias de intervención entre lo clínico y lo educativo*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Valdez, D. (2009) *AYUDAS PARA APRENDER. Trastornos del desarrollo y prácticas inclusivas*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Valdez, D; Ruggieri, V. (2011) *AUTISMO, Del diagnóstico al tratamiento*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Wing, L. (1981). *Asperger's Syndrome: A clinical account*. Psychological Medicine, (11), 115-130.
- Wing, L., Gould, J. (1979). *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children epidemiology and classification*. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, (9), 11-29
- Wschler, M. (2010)*Chicos extraordinarios de padres comunes y corrientes*. Buenos Aires. Editorial Gama.

## **9.Agradecimientos**

En primer lugar, agradezco a mi esposo Fernando y a mi hijo Ciro por apoyarme y acompañarme en los años que me llevo la cursada de la Licenciatura y la producción de esta Tesina. A mis hijos Nacha y Manu que primero estuvieron acompañándome desde la panza y luego desde afuera bancándose cambios de rutina, de horarios, idas y vueltas para ayudar a mamá a culminar esta etapa.

A mis viejos y mis suegros por cuidar a los chicos o estar al pie del cañón siempre para que mis tiempos se estiren un poco más y pueda ponerle pilas y horas a la realización de este trabajo de investigación.

A mis colegas por colaborar contestando las encuestas y aportando material e ideas cuando los focos se apagaban.

A mis amigas de siempre por colaborar también en esos momentos en que se hace cuesta arriba y se agotan las ideas y aportar desde sus profesiones o tesis ya realizadas, o simplemente escuchar, compartir y darme fuerzas y apoyo para lograr terminar esta producción.

A mis hermanas y cuñadas, siempre dispuestas a dar una mano para que pueda concluir este trabajo de investigación.

Por último a mis pacientes, aquellos con los que “debute” de alguna manera en el 2007 cuando empecé a interesarme por esta patología, con algunos miedos e incertidumbre de poder hacerlo, de aprender a conocerlos, a entenderlos, poder descifrar cosas en sus acciones, miradas, conductas, cuando las palabras no aparecían ; que me enseñaron muchísimo y con los que comencé este camino como terapeuta que me apasiona, también gracias a aquellos niñitos con los que trabajo actualmente que día a día me sorprenden y siguen enseñando cosas. Son ellos sin dudas los protagonistas de este trabajo de investigación.

Gracias a todos los que hicieron posible de una u otra manera que pueda realizar y terminar mi tesina de graduación.

### Anexos

**Anexo I: Modelo de encuesta realizado a los diez profesionales que son la muestra de este trabajo de investigación.**

**Encuesta sobre diagnóstico y tratamiento temprano en niños con TEA**

**Nombre:**

**Profesión:**

**Años de antigüedad en el trabajo con dicha patología:**

**Institución en la que trabaja actualmente:**

**Otras instituciones y trabajos en los que trabajo con TEA:**

1. **¿Cree usted que el diagnóstico temprano en TEA es beneficioso para mejorar el pronóstico del niño?**

Siempre.  Depende del caso.   
En la mayoría de los casos.  No, nunca.

2. **¿Cree usted que el tratamiento temprano en TEA es beneficioso para mejorar el pronóstico del niño?**

Siempre.  Depende del caso   
En la mayoría de los casos.  No, nunca.

3. **¿Cree usted que un tratamiento individualizado y personalizado, que tenga en cuenta las características del niño es el más beneficioso para mejorar su pronóstico y su calidad de vida?**

Siempre.  Depende del caso.   
En la mayoría de los casos.  No, nunca.

4. **¿Cuánto menor es la edad del niño al momento del diagnóstico y comienzo de un tratamiento mejor será su pronóstico y mayores y más rápidos sus avances?**

Siempre.  Depende del caso.   
En la mayoría de los casos.  No, nunca.

5. **¿Existen otros factores además del diagnóstico y tratamiento temprano que incidan en los avances de los niños con TEA Y en la mejora de su calidad de vida?**

Siempre.  Depende del caso.   
En la mayoría de los casos.No,  Sí

6. **¿Cuáles son los factores que considera que inciden en los avances de un caso y las mejoras de la calidad de vida de los niños con TEA, además del diagnóstico y tratamiento temprano?**

Trabajo interdisciplinario.   
Compromiso y apoyo familiar.   
Inclusión y apoyo del entorno del niño (escolar y comunitario).   
Profesionales capacitados y comprometidos.   
Todos estos.   
Otros.  ¿Cuale/s?.....

**Anexo II: Cuestionario M-CHAT (Instrumento de pesquisa de Trastorno del espectro autista TEA en edad temprana)**

**Nombre:** Modified Checklist for Autism in Toddlers – Revised with Follow-Up

**Traducción:** Lista de Chequeo Modificada para Autismo en Deambuladores – Revisada con Seguimiento

El Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009) es una herramienta de detección en 2 etapas que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). El M-CHAT-R/F está disponible para su descarga gratuita para propósitos clínicos, de investigación y formativos.

Instrucciones de Uso El M-CHAT-R puede administrarse como parte de una visita en el programa de atención al niño sano y también los especialistas u otros profesionales lo pueden utilizar para evaluar el riesgo de TEA. El objetivo principal del M-CHAT-R es lograr la máxima sensibilidad, es decir, detectar el mayor número de casos de TEA que sea posible. Por tanto, existe una alta tasa de falsos positivos, lo que significa que no todos los niños que obtengan una calificación en riesgo serán diagnosticados de TEA. Para solucionar este problema hemos desarrollado las preguntas de seguimiento (M-CHAT-R/F). Los usuarios deben ser conscientes de que incluso con el seguimiento, un número significativo de niños que dan positivo en el M-CHAT-R no serán diagnosticados de TEA, sin embargo, esos niños están en alto riesgo de tener otros trastornos del desarrollo o retraso y, por lo tanto, se está garantizando la evaluación para cualquier niño con un resultado positivo. El M-CHAT-R se puede corregir en menos de dos minutos.

Son 23 preguntas que se contestan por sí o por no, y que pueden ser completadas por los padres, cuidadores u otro adulto que conozca bien al niño.

**Este no es un test diagnóstico** y un resultado positivo no significa que el niño tiene un problema. En todo caso, un resultado de riesgo **sólo indicaría que el niño se puede beneficiar de una consulta con un profesional y/o de una evaluación de su desarrollo.**

**CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL EN LA INFANCIA  
(M-CHAT/ES)**

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor **cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándole en sus rodillas, etc.?  | Si | No |
| 2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas?   | Si | No |
| 3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...?  | Si | No |
| 4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras” (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente)   | Si | No |
| 5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así? | Si | No |
| 6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo?   | Si | No |
| 7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención?  | Si | No |
| 8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos?                    | Si | No |
| 9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos?   | Si | No |
| 10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos?   | Si | No |
| 11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.)   | Si | No |
| 12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe?   | Si | No |
| 13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace)   | Si | No |
| 14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre?  | Si | No |
| 15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete?  | Si | No |
| 16. ¿Ha aprendido ya a andar?  | Si | No |
| 17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo?   | Si | No |
| 18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos?  | Si | No |
| 19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo?  | Si | No |
| 20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera?  | Si | No |
| 21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice?   | Si | No |
| 22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito?  | Si | No |
| 23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar?  | Si | No |

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton  
Translated by Joaquín Fuentes, 2006

### **Anexo III: Criterios diagnósticos según DSM-IV y DSM-V de los Trastornos generalizados del Desarrollo (TGD) y Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

En primer lugar, observamos los criterios diagnósticos para los Trastornos Generalizados del Desarrollo (Como se llamaba a los TEA en la clasificación del manual anterior) Se incluyen solo los criterios diagnósticos del Trastorno Autista, del Síndrome de Asperger y del Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado, ya que son los tres diagnósticos que se corresponderían con los que actualmente en el DSM-V se denominan Trastornos del Espectro Autista (TEA). No incluimos aquí los criterios diagnósticos del Síndrome de Rett y del Trastorno Desintegrativo infantil, que formaban parte de los llamados TGD junto a los tres Trastornos seleccionados.

#### **Criterios para el diagnóstico de F84.0 Trastorno autista [299.00]**

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) 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 adecuadas 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

(2) 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

(3) 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

B. 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 o (3) juego simbólico o imaginativo.

C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

### **Criterios para el diagnóstico**

#### **de F84.5 Trastorno de Asperger [299.80]**

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

(1) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social

(2) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto

(3) 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)

(4) 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:

(1) preocupación absorbente por uno o más patrones de interés estereotipados y restrictivos que son anormales, sea por su intensidad, sea por su objetivo

(2) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales

(3) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p. ej., sacudir o girar manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo)

(4) 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

#### **F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo no especificado**

**(incluyendo autismo atípico) [299.80]**

Esta categoría debe utilizarse cuando existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de comunicación no verbal, o cuando

hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no se cumplen los criterios de de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación. Por ejemplo, esta categoría incluye el «autismo atípico»: casos que no cumplen los criterios de trastorno autista por una edad de inicio posterior, una sintomatología atípica o una sintomatología subliminal, o por todos estos hechos a la vez.

**Los siguientes son los criterios diagnósticos de los Trastornos del Espectro Autista (TEA), del DSM-V (Actual manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).**

### **Trastorno del espectro autista**

**Criterios diagnósticos: 299.00 (F84.0)**

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

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos

sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

*Especificar la gravedad actual:*

**La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos** (véase la Tabla 2).

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

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos, texturas específicas, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

*Especificar la gravedad actual:*

**La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos** (véase la Tabla 2).

*C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades*

*limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).*

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

*E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.*

**Nota:** A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista,

Enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

**Con o sin déficit intelectual acompañante.**

**Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.**

**Asociado a una afección medicada o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación:** Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).

**Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación:** Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).

**Con catatonia** (véanse los criterios de catatonia asociados a otro trastorno mental; para la definición, (véanse las págs. 119-120). (**Nota de codificación:** Utilizar el código adicional 293.89

[F06.1] catatonia asociada a trastorno del espectro autista para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

### **Especificadores**

Los especificadores de gravedad (véase la Tabla 2) pueden utilizarse para describir sucintamente la sintomatología actual (que podría estar por debajo del nivel **1**), con el reconocimiento de que la gravedad puede variar según el contexto y fluctuar en el tiempo. La gravedad de las dificultades para la comunicación social y de los comportamientos restringidos y repetitivos se deberían evaluar por separado. Las categorías de gravedad descriptivas no se deberían utilizar para determinar la elegibilidad y la provisión de servicios; estas solo se pueden desarrollar a nivel individual y a través de la discusión de las prioridades y los objetivos personales.

Respecto al especificador "con o sin déficit intelectual acompañante", es necesario entender el perfil intelectual (a menudo inconsistente) del niño o del adulto con trastorno del espectro autista para interpretar las características diagnósticas. Es necesario hacer estimaciones separadas de la capacidad verbal y no verbal (p. ej., utilizando pruebas no verbales sin límite de tiempo para evaluar los posibles aspectos positivos de los pacientes con lenguaje limitado).

### **TABLA 2 Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista**

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
-------------------	---------------------	--

<p>Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"</p>	<p>Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de la acción.</p>
<p>Grado 2 "Necesita ayuda notable"</p>	<p>Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda <i>in situ</i>; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.</p>
<p>Grado 1 "Necesita ayuda"</p>	<p>Sin ayuda <i>in situ</i>, las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.</p>	<p>La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.</p>